



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº28 – Invierno 2024

POR EL CAMINO DEL PUCHERO:

Una reflexión acerca de mi práctica clínica como psiquiatra en el ETIC¹

Blanca Fontán Domínguez²

1. INTRODUCCIÓN

Hace unos meses comenzamos un tratamiento en el domicilio de un chico, M. Llevaba diez meses sin salir a la calle, solo recibía las visitas de su madre y de las voces, que como dice M., le acompañan siempre. Antes de cada visita, Irene³ y yo nos preguntábamos: ¿cómo estará hoy? ¿qué queremos conseguir? Son tantas áreas las que veíamos afectadas, que nos preguntábamos por dónde empezar. A Irene, con buen criterio, le preocupaba el peso que M. iba cogiendo por meses.

—¿Qué comes? le pregunta Irene.

— Le digo a mi madre que me compre kebab congelados, es lo que más me gusta, cuando las voces me dejan. (Suele terminar así las respuestas. Las voces guían su conducta.)

¹ Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario

² Psiquiatra en el Hospital de Día de Salud Mental y programa ETIC de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves

³ Enfermera Especialista en Salud Mental del Equipo ETIC

Irene, entre espanto y cuidado, dice: –¡Con lo rico que está un puchero y lo sano que es!

–¿Te gustaría que lo hiciéramos M.? Pregunto yo, con impulso, deseo y preocupación. M. responde algo asombrado que sí.

Quizás M. se estaba preguntando lo mismo que yo, ¿qué hacen una enfermera y una psiquiatra cocinando conmigo en mi casa?

Esta escena no es única. Somos muchos los que nos hemos visto en situaciones en las que hemos iniciado o hemos participado en una acción que estaría “fuera de lo estrictamente profesional”. Una escena que, a pesar de sentirte cómodo con el paciente, si la analizas desde *fuera* te genera dudas sobre la rigurosidad, te da vergüenza compartir con otros compañeros, te cuestionas la finalidad en sí, lo terapéutico o no que puede ser...

Señalo *fuera* por diferentes motivos. Cuando hablo de estar “fuera de lo estrictamente profesional” me refiero a todo acto que no se limite a las competencias marcadas por la institución para un psiquiatra. Evaluar, diagnosticar y tratar, entre otras. Si hay un *fuera*, es porque hay un *dentro*. Me pregunto qué es lo que está *dentro* del rol de psiquiatra, y como consecuencia de lo anterior ¿esta separación está mediada por algún mecanismo de escisión? en caso afirmativo, ¿cuál? ¿En qué medida estar fuera del setting institucional, la consulta, nos lleva a hacer cosas fuera de lo delimitado para el rol? Al hablar de fuera, también señalo la relación terapéutica ¿qué aspectos se pueden entender desde fuera de esta relación, y qué otros solo se pueden entender desde *dentro*? ¿Es preciso estar *dentro* para analizar escenas como esta?

Me propongo a redactar el trabajo final de la formación en psicología social y metodología grupal, desde el modelo operativo de grupo. Entre otras cosas, estos tres años de formación en psicología social me han ido aportando un conjunto de conocimientos con los que ahora observo mi práctica clínica.

Pichon-Rivière (1980) se refiere al ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) como “*un conjunto organizado de conceptos universales que permiten una aproximación adecuada al objeto particular*”. Solo a través de un ECRO es posible una investigación que adecue una teoría a la realidad, de una forma operativa y referencial.

El ECRO que he ido construyendo a lo largo de estos años me lo imagino como una especie de gafas con las que mirar mi trabajo. No se puede ver si no está nombrado (teoría) y luego internalizado (aprendizaje). A partir de esta primera escena clínica y las preguntas

posteriores, me dispongo a analizar parte de mi práctica clínica como profesional de la salud mental. Pero ¿para qué? ¿cuál es la motivación que me lleva a pensar?

Durante los últimos seis meses llevo dándole vueltas a mi función como psiquiatra para la institución. Se debe, a que hace seis meses me proponen comenzar a trabajar en un “nuevo” programa llamado ETIC. Digo “nuevo” porque en el hospital donde trabajo no había un programa similar hasta ahora, lo que supone la constitución de un nuevo equipo de trabajo y de un protocolo que defina cuál va a ser nuestra tarea: ¿cómo?, ¿dónde?, ¿para quién?, ¿con quién? Los ETIC pretenden ser dispositivos para trabajar con aquellos pacientes con trastornos mentales graves (fundamentalmente psicóticos) más vulnerables y desvinculados de la red de salud mental. Se constituyen por un equipo multidisciplinar, a tiempo parcial o total, que se traslada al lugar donde se encuentra el paciente, ya sea éste la calle o el domicilio particular.

Sin embargo, no todo es nuevo. Somos el último hospital de Andalucía en implantar este programa. Vamos dos años tarde. Tampoco los miembros del equipo somos nuevos. La mayoría de los que lo constituimos ya trabajamos juntos en otro dispositivo. Ahora nos conformamos como un nuevo equipo, con roles diferentes, con lo que eso supone. Tampoco es nuevo el trabajo en la comunidad. Estamos hartos de escuchar que la reforma psiquiátrica fue un movimiento que trasladó a los locos del manicomio a la comunidad. De hecho, aquello que llamados “equipos de salud mental” tienen como nombre oficial “unidades de salud mental *comunitaria*”. Entonces me pregunto ¿cómo lo nuevo viene a cambiar lo que ya estaba? o ¿es que quizás lo nuevo es un “lavado de cara” de lo antiguo? La constitución de los ETIC en Andalucía ¿viene a reforzar el sistema ya instituido? ¿o surge como un nuevo instituyente?

Como veis, en las pocas palabras que llevo escritas, lo que predominan son las preguntas. La incertidumbre de no obtener respuestas, de lo nuevo, lo desconocido, me ha producido angustia. Los miedos básicos que define Pichon-Rivière han estado presentes en esta etapa profesional de cambio. Miedo a perder la estabilidad fantaseada que había logrado en mi rol como profesional. Tras dos años y medio como adjunta de psiquiatría, empezaba a estar “cómoda” en mi rol, creía saber lo que tenía que hacer, para qué lo hacía. Miedo a la pérdida se llama. Seguido está el miedo al ataque. ¿Qué esperan de mí trabajando en la comunidad?, ¿cómo puedo integrar el rol profesional que ahora tengo con el trabajo en la calle?, ¿será que la estabilidad que creía tener no era real?

Ante la ansiedad del cambio, se produjo la estereotipia. Si seguimos con Pichón y su noción de enfermedad, dice que cuando no es posible una adaptación activa a la realidad, es decir, cuando se produce la estereotipia en el sujeto, éste enferma. En el trabajo sobre “Aprendizaje y Vínculo” Paulo-Freire y Pichon entienden la adaptación activa como el aprendizaje a lo real. Definen aprendizaje como la apropiación instrumental de la realidad que permite “[...] *la modificación de viejas estructuras por nuevas que otorgan una nueva lectura y forma de operar sobre el mundo que lo rodea*” (Pampliega de Quiroga-Freire, Paulo, 2000).

Durante meses he sentido que la ansiedad me ha paralizado. Dejé de aprender. No podía pensar. Los miedos ante el cambio de mi situación profesional: cambios de rol, de encuadre, de equipo...me hacían quedarme inmóvil. Surgen también otros mecanismos de defensa: escisión y proyección. En ciertos momentos, la culpa de mi malestar era escindida y proyectada a la institución porque no defiende la continuidad del trabajo. Otras veces los “malos” eran los jefes porque no reconocen la especialización de los profesionales. Estaba funcionando en la posición esquizo-paranoide de Melanie Klein.

Por suerte, el grupo y mi análisis personal me han ido permitiendo pensar y aprender a salir de estos momentos de parálisis. De diferentes formas, y repetidas veces, tanto el equipo coordinador como mis compañeros me han hecho saber que mi afán por retirar cualquier tipo de ansiedad que surja en mí o en el grupo no permite avanzar en la espiral dialéctica. Es necesario un monto de angustia para aprender.

El trabajo intenta ser un recorrido de *dentro a fuera*, para luego volver *dentro*, con la pretensión de haber producido un cambio dialéctico en esa vuelta de espiral. Utilizaré como eje articular del texto la experiencia de acompañamiento con M., en concreto la escena de cocinar juntos un puchero. Con ello quiero conjugar un dentro-fuera que muchas veces he escindido. De la cocina de M. a la comunidad, de lo interno a lo externo, de lo individual a lo social, de lo intrapsíquico a lo intersubjetivo; para luego volver de nuevo dentro, desde un afuera transformado y transformador. Para ello revisaré la teoría del vínculo de Pichón-Riviere, conceptos sobre la institución que aporta la psicología social, la noción de tarea como organizadora del rol y del encuadre, terminando con algunas propuestas de intervención que Leonel Dozza define mediante el ejercicio del acompañamiento terapéutico.

Comenzamos el recorrido:

2. DESDE FUERA

Después de la propuesta, algo impulsiva por mi parte, de hacer un puchero, M. nos recordó que debíamos fijar una fecha para que pudiera comprar “los avíos” con su madre. Lleva tiempo sin salir de casa, así que nos reforzó que era un buen plan. Hizo una lista de la compra y fijamos la fecha.

El jueves antes del encuentro, su madre se pone en contacto con nosotras para decirnos que al ir a verle como cada tarde, M. se había puesto a gritar, le había identificado con el demonio y le había echado de la casa. Sabíamos, por su historia de salud, que estos episodios habían ocurrido en el pasado, cuando M. se encontraba peor.

Decidimos ir a verle el día acordado, viernes. Llamamos al timbre como otras veces pero no nos abrió. Nos quedamos un rato en la puerta de casa, escuchábamos el sonido de su móvil dentro de la casa cuando le llamábamos, pero no obtuvimos respuesta. Así que nos marchamos, pensando que estaría dormido. M. se queja constantemente de no dormir, las voces no le dejan en paz. A causa del agotamiento, a ratos duerme unas horas por las mañanas. A pesar de eso, M. no desea tratamiento farmacológico. Ya ha probado diferentes antipsicóticos a lo largo de los 4 años que lleva diagnosticado de esquizofrenia. Para M. las voces son una cuestión personal con dios y el demonio, una lucha interna. Nada que ver con las explicaciones que recibe de la psiquiatría. Sin embargo, acepta nuestra compañía.

Al irnos, le dejamos una nota en la ventana:

“Irene y yo hemos estado aquí, escríbenos cuando te levantes y hablamos. Un saludo”

Me quedé tranquila. Sin embargo, al final de la jornada laboral de ese viernes me asaltó la duda: ¿y si no estaba dormido?, ¿y si le había pasado algo? Me venían a la cabeza los momentos en los que M. confesaba “esto no es vida, es para pegarse un tiro”. El miedo me inundó bruscamente. Me empecé a reprochar internamente: “qué haces pensando en pucheros, cuando lo que tienes que hacer es ingresarle”, “como se te ocurre simplemente dejar una notita”, “tienes que trabajar pensando en las repercusiones legales de tus actos”, “deberías centrarte en que se tomara la medicación”.

Por un lado, podía ejercer el poder que me otorga la institución y decidir un ingreso involuntario. Había criterios suficientes para ello: el diagnóstico de esquizofrenia, la no adherencia al tratamiento farmacológico, la falta de contención familiar, el empeoramiento descrito por su madre la tarde previa, la presencia de síntomas positivos, etc. Tengo detrás de mí toda una institución que apoyaría esta actuación. Actuación que por mi parte se

produciría desde un rol alienado. Por otro lado, está lo que me dice la experiencia y la relación con M. Hasta ahora los tratamientos farmacológicos no le han aliviado el sufrimiento psíquico, en encuentros previos hemos llegado al acuerdo de que solicitará un ingreso si cree que no puede aguantar más, acepta que le acompañemos. Decido confiar en el vínculo.

Esta escena me lleva a preguntarme: ¿cuál es el rol que me propone la institución? ¿qué tarea cumple el psiquiatra?, ¿esta tarea se ha modificado a lo largo de los años?, ¿qué peso tiene la historia de la psiquiatría, y en particular, la historia de nuestra comunidad, en esta actuación concreta? y entonces, ¿qué peso tiene mi propia historia personal?

Pienso en Bleger y su teoría de los ámbitos. Bleger (1976) sitúa la conducta de un sujeto como emergente de un campo. El campo es el conjunto de elementos coexistentes e interactuantes en un momento dado. Así, la conducta no es una mera exteriorización de las cualidades internas del sujeto. De esta forma el concepto de ámbito hace referencia a la amplitud de la totalidad de elementos a la que hace referencia el campo. En esta escena que describo, la decisión sobre mi conducta está mediada por los ámbitos comunitario, institucional, sociodinámico y psicosocial.

2.1 SOBRE EL ÁMBITO COMUNITARIO

Como dice Carlos Fumagalli (1987), el rol es un concepto bisagra entre la sociedad y el individuo, entre la cultura y la personalidad, entre el grupo y el integrante. El rol incluye una noción de estatus, de posición, la expectativa que se espera por ocupar cierto lugar. Pienso en la dimensión sociológica del rol de psiquiatra. Cuando nos investimos con este rol, no podemos desprendernos de la historia que trae consigo.

En “Historia de la Locura”, Foucault (1967) ya nos habla del inicio de la psiquiatría como especialidad médica. Previamente la locura había estado en manos de la Iglesia o los rituales mágicos. Ya sobre el 1500 ilustrada El Bosco en su obra la “Extracción de la piedra de la locura” donde se representaba al loco como aquel perturbado que no seguía las reglas sociales establecidas, con figuras a su alrededor como el sacerdote y la mujer que representa la sabiduría popular. Sin embargo, no es hasta mediados del siglo XVIII cuando surgen los primeros asilos, que se conocerían como manicomios, etimológicamente: un espacio donde se atienden y vigilan a los “peligrosos y diferentes” (Sacristán, 2009). Foucault denominó “el gran encierro” al movimiento por el cual se confinó en los asilos a todos aquellos que portaban la bandera de la *sinrazon*, entre los que se mezclaban criminales, prostitutas,

homosexuales y locos. Señala al Estado, y a la psiquiatría como mediador de éste, de una forma de control social donde se excluye al otro diferente.

Cuando leo el titular “Cuando la enfermedad mental es una amenaza” (31 de Marzo de 2024) en un periódico local de Granada, no puedo evitar pensar quiénes somos y de dónde venimos. Como dice Foucault, el inicio de la historia de la psiquiatría tiene un fin de control social, entre otros. No es sencillo desprenderse de este origen. Siguiendo con la teoría del rol, habría que integrar esta parte de la historia de la psiquiatría, de dónde venimos, con las otras dimensiones (psicológica e interpersonal) que forman parte. Negarla nos puede llevar a reproducir una conducta alienada.

En el artículo periodístico, a raíz de un conflicto entre una persona diagnosticada y el vecindario, se plantea el reducido número de camas de internamiento para estas personas, la dificultad para su incapacitación y los problemas que conlleva el abandono de la medicación psiquiátrica.

¿Cómo influye todo esto en mi conducta?, ¿cuál es el papel que espera la sociedad granadina del trabajo comunitario en salud mental?

2.2 SOBRE EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

Somos herederos de la Reforma Psiquiátrica, un movimiento contra-institucional o “reformista” – en términos de H. Foladori (2008)– que se dio en España en un momento particular de la historia, conocido como “la transición democrática”. En Andalucía, se sitúa a partir de junio de 1984, cuando el Parlamento andaluz aprueba la ley de creación del Instituto Andaluz de Salud Mental. Los objetivos de esta ley, siguiendo las líneas que se daban a nivel nacional, fueron la sustitución de las arcaicas estructuras de asistencia psiquiátrica por una red de servicios de atención, integrados en el sistema sanitario público y orientados por los principios de la atención comunitaria.

Durante los siguientes 15 años, se fueron cerrando uno a uno, todos los hospitales psiquiátricos provinciales, a la vez que se iba dando respuesta a las necesidades de los pacientes. Este proceso también se conoce como “desinstitucionalización” de los enfermos mentales, pues se buscaban alternativas de rehabilitación fuera de las instituciones sanitarias. Marcelino López-Alvarez (2019) propone llamar a este proceso “*trans-institucionalización*” ya que lo que se dio fue un traslado de una gran parte de las personas

desde las viejas instituciones manicomiales a nuevas estructuras de atención residencial. Se calcula que solo un 5% de los internos pudo volver a sus hogares o con sus familias.

El contexto histórico y social donde tuvo lugar esta reforma fueron decisivos. La fisura de la que Foladori habla fue posible en un momento de transición democrática, donde muchos sectores de la sociedad española encontraron ese resquicio necesario para proponer un cambio en las instituciones, a la vez del impulso en otras partes del mundo del conocido como “movimiento antipsiquiátrico” que había comenzado 10 años antes. La fisura es el éxito de lo instituyente. Se trató de un acto revolucionario, en el sentido de romper con lo instituido para poder crear una nueva institución.

Como dice Elliott Jaques (1974), las instituciones cumplen una función social fundamental de regulación de las relaciones sociales, de normativización. Transmiten seguridad y protección frente a la amenaza del caos y la locura. Que no nos sirva esta institución – la manicomial – no significa que no sea necesaria otra institución.

En el trabajo de revisión de la reforma andaluza, cuatro décadas después, dice Marcelino López-Álvarez (2024) que se pudo completar el primer objetivo, el cierre de los hospitales psiquiátricos, sin embargo queda todavía por conformar una red comunitaria fuerte que se pueda hacer cargo de las necesidades actuales. Fernando Colina (2016) piensa que la llamada psiquiatría comunitaria se ha convertido en una simple denominación que tiene más que ver con el carácter de la red asistencial establecida, que se extiende de manera capilar en el mapa territorial de los dispositivos –de ahí lo comunitario– pero que no conserva sus funciones definitorias.

A mi alrededor es fácil escuchar “los psiquiatras no podemos hacer visitas a domicilio, eso lo hace enfermería porque cobran dispersión”. La burocratización, dice Isabel E.P. Menzies (1974), es una forma de alienación de los trabajadores, quitándoles el poder decisión, la iniciativa, la responsabilidad de sus actos y la comunicación. Esta forma de alienación es internalizada como mecanismo de defensa ante las angustias psicóticas. Tiene que ver con esa parte que sostiene la institución, la parte sincrética o no definida de la identidad de los sujetos. Desde este lugar, puedo entender otros mensajes como “los pacientes no son míos, son del SAS” o “en el ETIC tenéis el tiempo para hacer esas cosas”. La naturalización es otro mecanismo, en este caso político, para mantener la institución. No es casualidad que los residentes, recién incorporados, propongan ideas y preguntas, que a los que llevamos más tiempo – y estamos instituidos – nos parezcan fuera de lugar. La repuesta “eso ha sido siempre así”, “así son las cosas” serían un ejemplo de naturalización de las prácticas.

Siguiendo con la teoría de la fisura, es posible que lo instituyente de la reforma, ahora se haya convertido en instituido. Viejas formas (de pensar y de actuar) recuperan el lugar perdido durante la revolución. Bauleo nos recuerda, que existen los manicomios mentales en los cuales se apoya la resistencia al cambio. Somos herederos de nuestra historia. Leonardo Montecchi (2012) señala que la resistencia al cambio se atrinchera sobre el bastión de la identidad, todos tienen miedo a confundirse, a perder su identidad.

En este contexto, los ETIC ¿vienen a ser un solo cambio reformista? es decir, el cambio mínimo necesario para que lo instituido no se vuelva anacrónico, lo instituyente-en-lo-instituido. Si no es así, ¿es posible que la propia construcción de los ETIC ponga en evidencia la falta de desarrollo de lo comunitario en nuestra región? ¿Es posible una nueva fisura que dé lugar a un cambio de la institución? Si el miedo a confundirse, la pérdida de identidad supone una amenaza ¿cómo puede afectar trabajar en la comunidad para el rol como psiquiatra, para su identidad? ¿Cómo está influyendo este miedo a la resistencia al cambio?

Como veis, más que dar respuestas, este trabajo me genera más preguntas. Con suerte, habré aprendido a manejar la angustia a lo desconocido, de otra forma, y podré continuar pensando.

2.3 SOBRE EL ÁMBITO SOCIODINÁMICO

Bleger toma al grupo como una unidad. Este ámbito hace referencia a la observación del sujeto en su grupo.

Mi grupo de trabajo, como decía al principio, es un grupo en constitución. Es nuevo con respecto a la tarea –conformar un ETIC– pero viejo en los integrantes (yo ya había trabajado con todos ellos en otros dispositivos, además con la mayoría comparto el trabajo actual en Hospital de Día). Esta conjunción de cosas, viejas y nuevas, hace que a veces haya confusión.

Foladori menciona que puede existir un funcionamiento con dos encuadres. Por un lado, el encuadre institucional, genérico, del que os he hablado. Por otro lado, el encuadre más grupal, hecho a partir del trabajo y para el trabajo. Este último es más cercano a los profesionales que la integran y está también en relación a la demanda específica que deban atender. En nuestro caso, este segundo encuadre estaría constituido por dos demandas diferentes, nuestro trabajo parcial en el ETIC y nuestro trabajo parcial en Hospital de Día. Ambas prácticas tienen esquemas de trabajo comunes, y otras que difieren, lo que complejiza la tarea. Dice Foladori, que muchas veces surgen conflictos entre un encuadre y

otro, ya que los roles y las funciones definidas por el primer encuadre no tienen por qué tener una correspondencia con los roles y las funciones que define el segundo encuadre.

Como fuente de confusión, se añade que trabajamos en un equipo interdisciplinar, con diferenciación de roles según nuestras categorías profesionales. Estamos acostumbrados a trabajar con ese tipo de estructura grupal, sin embargo, parte de este funcionamiento está inscrito en un encuadre determinado: el del consultorio o el del hospital. En estos lugares, llevamos años trabajando en equipos compuestos por diferentes categorías, que en muchas ocasiones han ridiculizado sus roles. Recuerdo el emergente antes mencionado “esto es labor de enfermería”.

Ahora, el trabajo en la comunidad nos aleja de este encuadre, que al igual que la institución, contenía parte de las angustias psicóticas de cada uno de los miembros. Claudia López Mosteiro (2018) plantea que las modalidades alternativas de trabajo –como pueden ser los ETIC– pueden asumir una práctica inclusiva, comunitaria, territorial e intersectorial; o por el contrario, una modalidad asistencial, vertical y manicomial. Apunta a que es necesario estar atentos a este riesgo. Tenemos la ocasión de dejarnos atravesar por lo diverso, sin sentir amenazada la propia identidad profesional. Además, los equipos interdisciplinarios, pueden funcionar como garantes de una alerta ante los riesgos del propio aislamiento.

Cuando hago una visita a un paciente incluido en el programa ETIC, nunca voy sola. Siempre estoy acompañada por una enfermera, una monitora ocupacional o una trabajadora social. Este acompañamiento, generalmente vivido como seguro, otras veces lo experimento con vergüenza y miedo. Me saca del aislamiento de la consulta. Otro aprendizaje. También supone una oportunidad: “piensa en voz alta, así aprendemos todas”.

2.4 SOBRE EL ÁMBITO PSICOSOCIAL

Bleger define este ámbito para hacer referencia al individuo estudiado en sí mismo, pero estudiado en todos sus vínculos o relaciones interpersonales, desde el vínculo primario.

Cuando estoy dudando sobre cómo actuar con M. (si me dejo llevar por mis miedos, por mi parte alienada o por mi vínculo con él), no puedo olvidar la historia de mis grupos que conforman aquello que Pichón llamó grupo interno. Cualquiera que me conozca sabe que soy de Málaga, me suelo definir así y no se me escapa una oportunidad para decirlo. También sabe que toda mi familia es malagueña y que la decisión de venirme a Granada no fue fácil. Antes de comenzar mi formación como especialista en psiquiatría, ya había un

germen de lo que quería y esperaba ser. Decidí formarme aquí, porque conocía la unidad de psicoterapia “López Sánchez”. Siempre pensé que en una ciudad donde es posible crear y mantener un espacio así en el sistema público, tendría que tener algo especial. En ese momento pensaba, y creó que no me equivoqué, que los profesionales formados allí tendrían inquietudes más allá del modelo hegemónico. Ya llevo 7 años trabajando en la red pública de salud mental de Granada. Durante este tiempo me he formado con muchos profesionales que me han permitido cuestionar, pensar, innovar, sobre la práctica clínica. Me han proporcionado los elementos necesarios que Winnicott definía para un vínculo “suficientemente bueno”: seguridad, disponibilidad, accesibilidad y constancia. Es por esto que, cuando estoy delante de una decisión difícil, como la escena que ilustro, puedo decidir confiar en el vínculo con M. y no actuar un rol alienado. He de decir que no siempre lo consigo.

Los cuatro ámbitos que describo están presentes en el momento de mi conducta con M., en ese momento de confusión. En esta ocasión, como digo, “decidí confiar en el vínculo”, pero

¿qué significa esto?, ¿qué relación tiene el vínculo con la tarea que me convoca a estar allí, en casa de M., como profesional?

Seguimos el recorrido:

3. DESDE DENTRO

Sin pretender hacer una revisión del concepto de tarea, que ha sido revisado en otros trabajos por las diferentes acepciones con las que Pichón se refería a ella (fundamentalmente dos: como momento grupal y como finalidad que convoca a un grupo), me gustaría utilizar el concepto de tarea como instrumento para pensar mi relación con M. Como dice Bauleo (2006), la tarea convoca y provoca.

¿Qué nos convoca? En el plano manifiesto, M. es un paciente que cumple los criterios para ser incluido en el programa ETIC: diagnosticado de una patología mental grave, desvinculado de la red de salud mental, encerrado en su casa y con necesidad de tratamiento. Por mi parte, soy convocada como psiquiatra que trabaja en este programa con la finalidad de disminuir el sufrimiento psíquico de M. y fomentar de nuevo su vinculación a algún dispositivo de la red. En el plano latente, habrá una tarea implícita en M. por la cual nos permite acompañarle desde su casa, otra en mí que irá más allá de mi rol estatus de

psiquiatra. Iré descubriéndolas, en la medida que nos vayamos relacionando, buscando una parte común que nos permita continuar juntos.

¿Y qué provoca? Dice Bauleo que la tarea provoca movilizaciones inconscientes de los vínculos entre los integrantes, estimula la dinámica de la adjudicación y asunción de roles.

Ana Pampliega de Quiroga (en Suárez-Blázquez 2010) define: *“el objetivo-tarea-finalidad se perfila entonces como un principio organizador de esa estructura interaccional que es el grupo. [...] la ubicación de cada sujeto en la trama interaccional obedece a una racionalidad, una ley interna del sistema. Esa ley es el objetivo –tarea que otorga sentido a la relación recíproca– que requiere esas funciones, que en principio las origina, da lugar a ellas”*.

La tarea como finalidad en el encuentro con M. es la que organiza la estructura vincular entre ambos. Si es posible la comunicación, ese vínculo –condicionado por la historia de los vínculos previos, los de M. y los míos– producirá cambios en la conducta -en M. y en mí- que a su vez modificará nuestra historia vincular interna.

Para Pichón, el vínculo es una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto y su interacción mediante los procesos de comunicación y aprendizaje. Los elementos en sí resultan interdependientes. La interacción entre ellos significa una modificación mutua. De esa relación particular con un objeto, resulta una conducta más o menos fija, la cual forma un *pattern*, es decir, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. El vínculo interno condiciona los vínculos externos del sujeto. Y además, todo lo que es interno, en algún momento fue externo y se internalizó.

La teoría del vínculo constituye el esquema referencial fundamental y básico de la psicología social. A través del vínculo, Pichón va a entender al sujeto como un ser social. Dice Pichón (1992): *“el vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona: a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y espacios determinados”*. Entiende al sujeto como *“un ser de necesidades que se resuelven con los otros en relaciones que lo determinan”*. Aparece la necesidad como fundamento motivacional de toda experiencia de contacto con el mundo exterior, de todo vínculo, siendo a su vez esta experiencia la base y el fundamento de la subjetividad. Pichon-Rivière sostiene que a partir de la necesidad se comprende el carácter social de la esencia del sujeto. El ser humano nace con un alto nivel de vulnerabilidad y dependencia, *“es un ser de necesidades que solo se satisfacen socialmente en relaciones que lo determinan. El sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido”* (Zito Lema, 1985).

Si entendemos la comunicación con M. a través de la teoría del vínculo, siempre hay una interdependencia de los elementos sujeto y objeto, uno y otro se modifican continuamente, es lo que llamamos dimensión intersubjetiva. Amalia Alarcón (2018) recuerda, que en general, cuando existe una ruptura en la comunicación con el paciente, ésta se debe a la ansiedad del terapeuta, ya que el paciente busca permanentemente la comunicación, aunque sea desde la psicosis. Apunta a que los terapeutas, cuando no aceptamos la comunicación de pacientes graves o psicóticos, es porque no aceptamos nuestras propias ansiedades psicóticas. Es necesario que se dé un entrecruzamiento de depositaciones para poder establecer el vínculo terapéutico, aunque esto pueda hacer sentir enloquecer al terapeuta, quedar atrapado en su locura o contaminarse de ella.

La comunicación con M. es compleja. Como ya adelantaba, en mi vínculo con M. me juego mi propia historia vincular, como psiquiatra, desde fuera. Mis vínculos con la comunidad, con la institución, con mi equipo de trabajo, con mi identidad. Pichon defiende que el vínculo con el objeto interno es el que va a determinar la conducta estereotipada del sujeto. Yo tengo que estar atenta a esto.

En muchas ocasiones pienso en aprovechar la hora de visita para insistir sobre la toma de medicación, para realizar un ingreso hospitalario, para solicitar la ley de dependencia o la incapacidad, para buscarle una ocupación...sin menospreciar todas estas actuaciones, ya que pienso que muchas de ellas podrían ir en su beneficio, me pongo a pensar en la tarea. Creo que se produciría una ruptura en la comunicación con M. si la relación la establecemos desde ahí. Guardo en mi historia como profesional muchas escenas donde yo me encargo de decir: “tienes que venir a la consulta”, “te tienes que tomar la medicación”, “deberías salir más” y el otro en relación contestar “no puedo”, “me encuentro mal”, “no me funciona”, “me da miedo”. Lejos de comunicarnos, ambos estamos estancados en nuestra estereotipia de rol: yo en la de psiquiatra, el otro en la de paciente. Si la experiencia vincular es una oportunidad de cambio, desde aquí no lo hay. Pienso que la comunicación con M. debe ir desde otro lugar. ¿de qué forma? ¿qué estrategias tengo?

Decíamos que la trama vincular interna de cada uno estará mediando la comunicación y la conducta con respecto al otro en relación, al objeto.

Diego Vico (2015) define grupo interno al conjunto de *“objetos internos: experiencias inconscientes, gente pequeña, liliputienses dentro que, relacionándose particularmente entre sí, crean un poblado, un grupo interno estructurado de tal forma que les permita convivir con un estilo marca de la casa que se mostrará hacia fuera (vínculo externo) dando noticias del vínculo interno, según el contexto sociocultural”*.

El grupo interno, ese conjunto de objetos internos, sus vínculos y experiencias, forman un esquema con el que nos relacionamos, un pattern. La relación con los objetos externos, con el afuera, modifica la red vincular interna, es transformada. Es decir, el sujeto es transformado, pero también es transformador. Cuando este mecanismo *fuera-dentro-y-vuelve-fuera* es interrumpido, se estanca, no hay una adaptación activa a la realidad. La comunicación se interrumpe. Se produce la conducta estereotipada. El objetivo de la terapia es modificar la conducta estereotipada que hace al sujeto enfermar. La conducta, el fuera, será modificada desde dentro, el vínculo. La terapia busca reformular el vínculo interno a través de “*la experiencia emocional correctiva*” dice Amalia Alarcón.

Lo que se inscribe en el grupo interno, tiene que ver con la experiencia. Es a través de la experiencia como podemos modificar el vínculo.

En el ETIC trabajamos con pacientes llamados “graves”. La condición de gravedad viene dada por diferentes motivos, entre los que yo identifico:

- un diagnóstico como puede ser la psicosis, en la que sabemos que es necesario un abordaje multidisciplinar y un trabajo en equipo. Me planteo las dificultades que esto conlleva y pienso en la soledad que se puede vivir con un paciente psicótico.
- un contexto socio-familiar generalmente sobrepasado, como pocos recursos para hacer frente a las necesidades del paciente. Haciendo alusión al concepto de portavoz de Pichón, el paciente será el depositario de las ansiedades del grupo familiar. Habrá que ver cómo está el grupo interno.
- pacientes que han agotado las vías “ordinarias” de tratamiento, que no han sido suficientes los recursos que hasta ahora se les han ofrecido. Me vienen palabras como “resistencia al tratamiento”, “cronicidad”, “déficit”, “abandono”, “falta de adherencia”, “paciente difícil”. Pienso en cómo incluir a un paciente en una institución que ha rechazado pero que también le rechaza.

En estos pacientes graves, generalmente nos vamos a encontrar con historias vinculares deficitarias, es decir, donde ha predominado la frustración frente a la satisfacción de necesidades. Killingmo (1989) introduce el concepto de patología del déficit para hacer referencia a la patología cuya génesis se debe a la detención del desarrollo cuando el medio externo falla en proveer lo que el sujeto necesita. En su desarrollo introduce cómo cree que debería ser la intervención con las pacientes donde predomina esta patología. Frente a la interpretación –hacer consciente lo inconsciente– habla de intervenciones afirmativas, basadas en la relación vincular con el terapeuta.

4. DENTRO Y FUERA

Volviendo a la tarea como organizadora que facilita pensar en el encuadre y la intervención con el paciente, recojo la idea de Leonel Dozza (2018) sobre la tarea en el acompañamiento terapéutico.

Para Dozza la tarea consiste en “aminorar las manifestaciones vinculares enfermizas, que se manifiestan a modo de conductas y actitudes disruptivas y alienadas, con el fin de lograr un nivel óptimo de integración comunitaria, autonomía y desarrollo de factores protectores”.

Dice que la intervención debe ser puesta en escena lo más cotidiana posible, pero con un sentido clínico subyacente. Da nombre a una serie de intervenciones en las que integra el psicoanálisis y la psicología social con las particularidades de una intervención en la calle o el domicilio del paciente. Recojo este trabajo como una propuesta para encontrar una intervención que no permita una relación dialéctica en el *dentro-fuera* con M.

Dozza conceptualiza la “Clínica de lo Cotidiano” como una estructura sin la cual hay muchas posibilidades de que el profesional adopte conductas estereotipadas desde el paternalismo, pedagogismo, asistencialismo, etc. Parte del “descoloque” que puede generar en el profesional desplazarse del consultorio a la comunidad y al contexto familiar-hogareño del paciente. Plantea que es necesario revisar cómo pensar en la clínica, el rol, el encuadre, qué es intervenir y cómo hacerlo.

Destaco algunas conceptualizaciones:

- a) La “Alienación especular”. Se basa en la noción de especularidad, la actitud con la que el otro significativo *te mira y te valora* constituye una parte de la representación de ti mismo. Apunta a una cuestión acerca de qué ve el terapeuta cuando se relaciona con el paciente y cómo se ve el paciente en este espejo que es el otro. La especularidad alienante se tramita en el ámbito familiar pero se tiende a reproducir en el contexto de tratamiento. Señala Dozza, en palabras de Stern: *“suele ocurrir que el mensaje no verbal es el que significa, y el mensaje verbal es lo que se registra. Nos hacemos oficialmente responsables del mensaje registrado”*. El efecto alienante está intrínsecamente atravesado por las pertenencias institucionales del terapeuta. La clínica especular apunta a las formas de ser y estar con el paciente, teniendo en cuenta qué lugares ocupa en nuestra mirada y cómo esta mirada se manifiesta en nuestros discursos, actitudes, encuadre... Apunta a que los impulsos del paciente a desmarcarse atacando algunos aspectos del encuadre y la técnica del terapeuta pueden ser leídos desde aquí. Aspectos del encuadre y de la técnica

donde el terapeuta tiene institucionalizada su organización defensiva, compromisos corporativos e ideales.

- b) “Amistad profesional o transicional”. El autor propone sostener la paradoja (lo que para nosotros sería pasar de lo dilemático a un pensamiento dialéctico) de permitir y potenciar aquello que es del orden de la amistad, pero sin asumir el rol de amigo. Propone reflexionar acerca de un empleo clínico de la espontaneidad, cercanía afectiva y grado de simetría/asimetría del vínculo. El eje organizador de esta paradoja es el encuadre. Busca una técnica que no rompa la paradoja, que no tecnocratice la cotidianidad. Esta “amistad” al igual que el objeto transicional, está destinada a perder significación y diluirse. Esta actitud del profesional le lleva a las intervenciones escénicas.
- c) “Intervenciones escénicas”. Recoge las palabras de Winnicott: *“nos encontramos con que todas estas cuestiones acuden para su revivencia y corrección en la relación transferencial, y que no deben ser tanto interpretadas cuanto experimentadas”*. Plantea un símil entre el terapeuta y un actor, quien debe ser experto en la técnica, pero lo es con el objetivo de que el espectador no vea la técnica, sino tan solo al personaje. El actor, con su técnica, traslada sus sentimientos y experiencias personales (reales) al personaje. La paradoja consiste en que el personaje es “irreal” (una creación) pero es “real” (los sentimientos y experiencias personales). Dice que el vínculo terapéutico incluye cierta mezcla de conductas sinceras e insinceras.
- d) “Encuadre abierto o ambulante”. Recoge las palabras de Etchegoyen: *“el encuadre ordena una relación no convencional y asimétrica[...] la asimetría no impone supremacía, si no el reconocimiento de la polaridad de los roles”*. El encuadre se sujeta en la actitud mental y conductual del profesional. No existe un lugar fijo, ni un horario fijo. Tampoco incluye a las mismas personas, este encuadre autoriza a “intervenir” sobre terceras personas que forman parte del universo vincular del acompañado, limitándose a aquellas situaciones y personas que de alguna forma bloquean el flujo del acompañamiento o bien reflejan modos de vinculación que alinean al paciente.

Estas propuestas incorporan algunos de los conflictos en los que me he visto reflejada durante el acompañamiento de M. Es necesario un recorrido *dentro-fuera* en espiral para poder integrar elementos, pero como dice Dozza “sosteniendo la paradoja”.

Para terminar este trabajo reflexivo de nuevo traigo una escena con M. en la que le proponemos una salida hacia fuera. Me gustaría reflexionar sobre los elementos que se pusieron en conflicto, elementos que a lo largo del trabajo he ido analizando y que confluyen en la respuesta final de M.

Se abre Peñoncillos⁴. Toñi⁵, nos recuerda la posible derivación de M. Durante una de nuestras visitas –siguiendo uno de los objetivos que nos proponemos con M., como es disminuir el aislamiento social– le proponemos que sería posible solicitar una plaza en este recurso. En ese momento, M. lo escuchó con interés, dijo que le gustaría hablar con otras personas pero no con sus vecinos que es con quienes ha tenido conflictos. Cuando escuché esto, pensé en la ambivalencia psicótica: quiere y no quiere. Sin embargo, la actitud fue “tiramos para adelante” que forma parte de ese quehacer que a veces nos lleva a la “movilización” como huida del estancamiento.

Cuando Toñi nos recuerda: “han abierto Peñoncillos” el equipo se pone en marcha. Sabemos que hay muchas posibilidades de que diga que no en el último momento, o de que acepte ir pero que quiera volver a los pocos días. Nuestras dudas las hacemos explícitas en el equipo pero seguidas de un “para qué vamos a pensarlo”. Estamos animadas con la idea de que diga que sí, incluso fantaseamos con un proyecto: si va a Peñoncillos podríamos visitarle allí, a lo mejor empieza a verse mejor estando con los demás y nos podemos plantear un trabajo antes de que le pasen por el tribunal de incapacitación (yo pensaba “tenemos aún 6 meses”), quizás le podamos plantear tratamiento con Clozapina. Entre nuestras fantasías e ilusiones nos llega la burocracia. Para que le den la plaza tenemos que enviar bastante documentación entre la que se incluye: un documento de declaración responsable por parte de su familia en caso de fallecimiento, la cartilla del banco, justificación para estar exento de pago ya que no tiene prestación, etc. A todo ello, se une que tendría que estar allí desde el primer día de apertura, justo el lunes siguiente a nuestra visita programada.

Llega el viernes y vamos a verle. Tenemos la idea de ocupar la visita con esta noticia. Cuando nos abre la puerta me doy cuenta de que hoy no tiene buena cara, y así lo confirma: – aún no he podido dormir nada. Esa semana su madre le había informado que empezaba un trabajo en otra provincia, así que no podría ir a verle todas las tardes como ha estado haciendo desde que se encerró. Le dejaba lleno el congelador con comida y vendría cada 5 días. M. nos lo cuenta con indiferencia. Comienzo yo la intervención:

– ¡Tenemos una buena noticia que darte! – sabía el carácter manipulativo con el que comenzaba la intervención – hemos conseguido una plaza en Peñoncillos.

⁴ Casa forestal situada en la Sierra de Huétor y que funciona como Casa Hogar de FAISEM durante los meses de primavera-verano. Al estar abierto solo durante unos meses al año, el recurso es utilizado a modo de “respiro” o estancia temporal. Suele ser un recurso bastante solicitado, con un número de plazas limitado

⁵ Trabajadora social del equipo ETIC

M. nos dice que sí, que le gustaría ir. Creo que en parte responde a la manipulación y en parte al deseo de comunicación con el exterior.

Visto cumplidos nuestros deseos, nos disponemos a explicarle la retahíla de documentos que nos tiene que entregar –con un tono suave, amable, pero no por ello menos burocratizado, despersonalizado, descontextualizado – En esa exposición nosotras mismas nos dábamos cuenta de la presión que estábamos depositando en M. Debía sentirse agradecido –esas fueron mis palabras “tenemos una buena noticia” – y colaborar con nosotras en la gestión, aceptar como una oportunidad que en 3 días iría a un nuevo lugar durante una temporada. No reconocimos a M. Alienadas, repetíamos un rol profesional en el que M. era un usuario más de la institución que debía acogerse a las normas, sin pensar en su particularidad. No estábamos pensando en el chico que lleva 10 meses sin más contacto que su madre y las voces. Tampoco en que su madre se acaba de ir a trabajar fuera. Ni siquiera que no había dormido toda la noche y que nos decía que no tenía maletas para llevar sus cosas. Escuchamos a la institución, eso sí: recursos limitados, paciente grave, actitud defensiva...

Finalmente M. nos dijo que no se veía preparado y que sentía el esfuerzo que habíamos hecho – Me estoy agobiando, me está dando dolor de cabeza, no puedo ir –

Se produjo un silencio entre nosotras.

Cuando salimos del piso, la sensación del equipo (íbamos Irene, Estíbaliz⁶ y yo) fue una mezcla de fracaso, culpa, miedos y decepción.

–Lo siento, no debería haber hecho tanta presión.

–Yo también creo que debería haber intervenido de otra forma.

–En realidad el más cuerdo ha sido M. nosotras nos hemos dejado llevar por los trámites. Es lógico que de un día para otro no quiera irse.

–Yo siento que estamos estancadas con M.

Esto último me hizo pensar. Dozza hablaba de “alienación especular”, ¿cómo estábamos mirando a M.? probablemente desde esa concepción institucionalizada de paciente grave. Es fácil, nos dice, caer en una especie de estereotipo asistencial en el que es mejor “hacer” que “sentirse estancadas”. No supimos articular el *fuera-dentro*. En ese momento pudieron la alienación, los miedos institucionales, comunitarios, personales y del equipo.

⁶ Monitora de FAISEM que forma parte del equipo ETIC

Tras el shock inicial, volvemos a darle una vuelta a la espiral. Recuerdo “por el camino del puchero, se llega a la realidad” que me dijo María Angustias⁷. Volvemos a los inicios, pero con nuevas ideas. ¿La tarea no era disminuir el sufrimiento? Pensamos otra vez desde dentro de la relación con M., desde *dentro* de su mundo. Escuchamos sus tiempos, sin olvidar los nuestros. Estoy atenta a mi conducta, desde *fuera*, mediada por todos los ámbitos que confluyen en ese momento cuando le digo: ¡tenemos una buena noticia, hemos conseguido una plaza en Peñoncillos! El entrecruzamiento de depositaciones entre M. y nosotras, en la búsqueda de la comunicación y del vínculo, parece que nos ha hecho enloquecer. Nuestras angustias psicóticas se han disparado de nuevo: ¿qué estamos haciendo? ¿hacia dónde vamos? ¿estamos estancadas?

Tras el silencio inicial intentamos recomponernos. Pensamos como equipo: –vamos a tener que ir más despacio. Pasamos de la estereotipia al estado depresivo. Pensamos en la locura de nuestra propuesta: –yo misma no lo habría aceptado, dice una de nosotras. Nos volvemos a dar una nueva oportunidad, volvemos la próxima semana.

Recuerdo que M. nos guardó un tupper de puchero, a Irene y a mí. Le había gustado la experiencia. Nos regaló puchero a nosotras, a su abuela, a su madre y le quedó para comer durante unos días. Le escribí una nota: “gracias por el tupper, me has *salvado* la comida de hoy”. Con estas palabras quería agradecerle, a modo de intervención escénica, que se hubiera acordado de nosotras. Utilicé conscientemente la palabra *salvar* como un acto en el que mezclo un sentimiento real (no tenía otra comida) con parte del papel que represento como psiquiatra. Quiero que sepa que lo de *dentro* –pensar en nosotras y guardamos un tupper – pasa *afuera* – yo me acuerdo de él mientras me como el puchero y es importante.

Bibliografía

- Alarcón, A. (2018). El vínculo en la concepción operativa de grupo. Clase 2 de marzo 2018.
- Bauleo, A. (2006). Sobre la actualidad del grupo operativo. Conferencia inaugural en Congreso Internacional “Actualidad del grupo operativo”. Rev. Área 3, número especial 24-26 febrero 2006
- Bleger, J. (1976). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós
- Colina, F. (2016). “Luces y sombras de la salud mental”. Norte de Salud Mental, 14(54),1.
- Dozza, L. (2018). Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano. Editorial Amazing Books, 2ª edición.
- Foladori, H. (2008). “Teoría de la fisura”. En *La Intervención Institucional: hacia una clínica de las instituciones*. Santiago de Chile: Editorial Arcis.
- Foucault, M. (1967). “El gran encierro”. En *Historia de la locura en la época clásica* (75-210). México: Fondo de cultura económica.

⁷ Psiquiatra y compañera de trabajo en Hospital de Día y programa de Intervención Temprana en Psicosis de Granada. Anterior referente de M.

- Fumagalli, C (1987). "Teoría del rol". Clase dictada en la Primera Escuela Privada de Psicología Social, primer año. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Killingmo, B. (1989). "Conflicto y déficit: implicaciones para la técnica". Libro anual de psicoanálisis. The British Psycho-Analytical Soc., Ed. Psic. Imago SRL, Londres-Lima.
- López-Álvarez, M. (2024). "La reforma psiquiátrica en Andalucía: Cuatro décadas de transformaciones en los servicios públicos de salud mental". *Apuntes de Psicología*, 42 (1), 1-10.
- López-Alvarez, M. (2019). "Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental (I)". *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39 (136), 89-116.
- López-Mosteiro, C. (2018). Entre el encierro de los pacientes y el de los profesionales, las prácticas y los equipos: el trabajo vivo en el acto. *Rev. Area3*, extra nº3 verano 2018.
- Menzies, I. y Jacques, E. (1974). *Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*. Paidós.
- Montecchi, L. (2012). El Equipo de trabajo y el trabajo en equipo. *Rev. Área 3*, 16 (Invierno 2012).
- Navarrete, M. y Bárcena, S. (31 de Marzo de 2024). "Cuando la enfermedad mental es una amenaza". *Ideal*, 2-4.
- Pampliega de Quiroga-Freire, Paulo. (2000). *El Proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichon-Rivière*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Pichon-Rivière, E. (1980). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1992). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16 (45), 163-188.
- Suárez-Blázquez, V. (2010). "La tarea. Una revisión de su evolución como concepto (1ª parte)". *Rev. Área3*, nº14.
- Vico, D. (2015). "En busca de los grupos interno y externo". *Rev. Área 3*, nº 19.
- Zito Lema, V (1985). *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.