

ASPECTOS TEÓRICOS-TÉCNICOS SOBRE ENCUADRE, DEMANDA Y TAREA EN CONTEXTOS NATURALES DE INTERVENCIÓN (Bárbara Posada, Raquel Lucena)

El Programa Comunitario Intensivo (PCI), de intervención comunitaria y “atención flotante”, se integra desde el paradigma del tratamiento asertivo comunitario y la recuperación, y está destinado a promover la asistencia a pacientes desvinculados, sin posibilidad de sostener la continuidad de atención en los dispositivos ambulatorios. Atendemos en contextos naturales de existencia (casa, espacios comunitarios e institucionales, entorno próximo), también despacho y en ocasiones en contextos grupales. En esta mezcla se puede producir un efecto confusante respecto a las condiciones necesarias y el rol a sostener para poder llevar a cabo algo del orden de lo terapéutico.

EL ENCUADRE:

Lo individual, lo social y lo institucional del profesional

Como terapeutas tenemos que pensarnos a nivel particular, en la relación con el paciente pero también integrados en un equipo terapéutico. El equipo se organiza como un grupo, y por tanto debe operar como tal. En estos contextos hacemos intervenciones individuales, de pareja, familiares...alternando en función de los objetivos a abordar. Tenemos un enfoque ecléctico en relación a las modalidades de intervención pero con un paradigma común que incluye la oferta de un cuidado continuado: “estar siempre rondando”

Nuestra realidad asistencial es cambiante, aun cuando cuente con los mismos participantes: pacientes (con sus familias) y profesionales. Y, como en toda situación asistencial, se comprenden dos aspectos que funcionan en clivaje:

- Un no proceso en el sentido del conjunto de constantes de un fenómeno, método o técnica, el encuadre.
- Un proceso o conjunto de las variables que remiten al interjuego entre encuadre y transferencia.

Entendiendo que el encuadre es lo más presente, su mantenimiento más allá de lo necesario, o la falta de modificación de la relación puede significar una paralización en el desarrollo. Esto implica que debe transformarse a su vez en objeto de análisis y ser susceptible de flexibilización.

Por otro lado, el terapeuta debe reorganizar su intervención a partir del encuadre propio que los pacientes imponen. Si nuestro objetivo principal es llevar la mirada terapéutica a la vida cotidiana de los pacientes y sus familias, tenemos que adaptarnos a sus deterioradas capacidades de vinculación. Hay un cambio de encuadre y de rol, y una mayor horizontalidad en el encuentro.

Los contextos son propios y múltiples, lo que da una significación particular a la relación “asistencial”. Se desvelan, de una forma característicamente natural, dramática y literal a la vez, muchos significados que quedan más camuflados en contextos más “formales”.

El encuadre tiene que reasegurarse entonces desde una actitud mental, una posición ética. Y lo que debe permanecer como base de esta estructura sería el deseo del terapeuta, con su lugar y función de objeto-cause.

La progresiva asunción del encuadre produce efectos de subjetivización, al promover la participación social en el registro simbólico de los intercambios humanos. El encuadre da condiciones de posibilidad a aspectos de la autoconciencia y del aprendizaje.

Siguiendo el esquema de Bleger del encuadre revisamos algunas sus características:

A-. Un dispositivo: constituido por los elementos concretos

- Tiempo: definida por la intensidad, frecuencia y disponibilidad, que regulamos desde el ritmo de intervención, acompasándonos a los pacientes, sus incidencias o necesidades intercurrentes.
- Espacio: debe garantizar condiciones de intimidad por razones éticas y técnicas, en su casa o lugares propios. Los espacios naturales son altamente configurables y son el efecto de una vivencia que inscribe algo particular en ellos.

B-. Un conjunto de reglas que precisan el estatuto del terapeuta y el estatuto de paciente.

- el rol de la asociación libre del paciente, que se muestra en una intimidad incluso de la literalidad.
- El rol del coordinador, con sus normas
 - la regla de abstinencia, y sus matices. Muchos pacientes no pueden significarse en la relación como para pedir ayuda, otros no pueden sostenerla sin disponer de cierto acceso a una gratificación de sus necesidades de dependencia o narcisistas. El encuadre útil será entonces aquel que posibilite una experiencia emocional recíproca y afectiva, con despliegue de la transferencia, la libre expresión emocional, y con la internalización de nuevos modos de vinculación.
 - La actitud clínica: Bleger plantea que “la primera condición del encuadre se refiere al psicólogo mismo, quien debe cumplir con la actitud clínica: un cierto grado de disociación instrumental que le permita, por un lado, identificarse con los sucesos o personas, y por otro le posibilite mantener con ellos cierta distancia que haga que no se vea personalmente implicado y que su rol específico no sea abandonado”. De acuerdo con esta perspectiva, lo que el profesional debe estar comprometido a otorgar es su atención total durante el tiempo limitado del encuentro, su honestidad radical y su respeto sin reservas hacia la persona que se somete a sus cuidados.

Lo comunitario y lo cotidiano: encontramos a los pacientes en sus espacios naturales, íntimamente ligados a aspectos personales y primitivos, en una cotidianeidad no investida como tal, sino clivada (estereotipada), igual que están clivados proceso y no proceso. Si pensamos que lo social es un espacio vincular, desde este encuentro en un contexto de significados propios como es su cotidianeidad, podemos abrir posibilidades al lazo social, del que nunca están del todo excluidos.

La informalidad: el encuentro en lo cotidiano casi siempre surge esta informalidad, que deviene en mayor horizontalidad. Esto supone un cambio de rol que hay que libidinizar para no impostarlo ni confundirlo.

Cabe preguntarse si esta familiaridad que se manifiesta cuando se conforma el vínculo tiene que ver con partir de cierta seguridad que les da los pacientes estar en su contexto, y si puede calmarlos. También podría considerarse la idea de la familiaridad como una variante de la intimidad en lo terapéutico, podría ser el negativo de la intrusividad. Habría que dar forma a una familiaridad continente

Trabajo sobre la Demanda:

La petición de intervención casi nunca parte del paciente, sino de la familia u otros agentes sociales, que expresan una necesidad de atención como queja disociada en la que hay una expectativa de que los profesionales tomen cargo del desbordamiento del sistema. Ahora se invierte el sentido y la oferta se presenta sin demanda.

En rehabilitación, la ausencia de demanda del paciente se escotomiza, con implementación de múltiples intervenciones que sellan la indiscriminación del paciente y lo encajan en un perfil de enfermedad. Se produce una reducción de la demanda a la

supuesta necesidad del paciente, cuando remite realmente a la supervivencia de los dispositivos asistenciales.

Mantenemos una actitud asertiva, intervenimos sin necesidad de un pedido previo del paciente designado. Vamos en busca de una estridencia, en una actitud expectante pero no conservadora. Esto posibilita una continuidad en la atención, sostenida desde cierta función concreta del rol terapéutico, una continuidad que a su vez es condición para el proceso en estos pacientes. Ya no es preciso pedirle motivación a un paciente para considerar la posibilidad de ayudarlo.

Además, llamativamente apenas hemos tenido rechazos a la oferta de atención, como si de una demanda (disponibilidad) pasiva, no formulada, se tratara. El equipo acude como representante de lo social, de un otro posibilitador de subjetivización. La relación terapéutica sería la técnica, y los profesionales las herramientas. La continuidad asistencial es así planteada como continuidad vincular.

Cuando aparece dicha estridencia durante el proceso de la vinculación, habrá de ser recogida al ritmo particular de cada paciente, y elaborada como una demanda propia, en la que poder ir formulando objetivos compartidos que abordar.

La Tarea.

Nos planteamos un propósito que sirva de justificación para el acercamiento, esto sería la tarea explícita con la que nos presentamos. La tarea implícita implicaría aquellas acciones orientadas a generar un vínculo de confianza, que permita ir explorando y elaborando ansiedades, resistencias y otros tantos elementos generados por la propia dinámica de relación, condición necesaria a su vez para el logro de la tarea explícita.

Generalmente estos pacientes manejan códigos de comunicación que son ineficientes, y que les dejan bordeando lo social. La tarea involucra un vínculo, una relación mutuamente modificante, que engloba al sujeto, su relación con los otros y su situación, y define la finalidad del encuentro, encaminándose a un objetivo. Tarea sería reconstruir la posibilidad de comunicación como reconstrucción del vínculo con lo social.

Asimismo, es también tarea el diseño y elaboración de dispositivos adecuados que permitan articular los elementos necesarios para otorgar direccionalidad y sentido a la intervención, posibilitando su operatividad.

El Equipo: grupo familiar, equipo de trabajo y grupo operativo son susceptibles de la misma definición. El encuentro es también con un equipo y una forma de trabajar. Y para trabajar en equipo (como grupo en tarea) hay que elaborar un vínculo de confianza también entre los miembros, vivido como una experiencia grupal de aprendizaje. Sólo desde esta experiencia podríamos alcanzar el descentramiento particular preciso para dar paso a una continuidad, necesaria para el conocimiento mutuo, la reciprocidad y la modificación de los errores pasados.

La tarea institucional: el conflicto de ambivalencia con la comunidad está también en la institución a través del mito de la reforma psiquiátrica. Este mito mantiene una fantasía de apertura y horizontalidad que no se corresponde con la realidad de la discontinuación de la reforma comunitaria, de forma que se han acabado reproduciendo fenómenos que pretendía combatir. Las discontinuidades son una realidad en la vida de nuestros pacientes, y de hecho son el puntal de la demanda institucional que se nos delega. Hay aspectos de lo traumático y su repetición estereotipada, entrecruzados en la institución, los equipos, y la intervención en la propia vida traumatizada de pacientes y familias. Y nuestra intervención tiene un potencial riesgo de iatrogenia si estas cuestiones se niegan

