

LA FRANJA T COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

SERGIO CASTELLANOS*

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ, COLOMBIA

Recibido: mayo 15 de 2006

Revisado: abril 18 de 2007

Aceptado: junio 27 de 2007

“FRANJA T” AS A GROUP PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN MENTAL HEALTH INSTITUTIONS IN COLOMBIA

ABSTRACT

Franja T is a group intervention strategy psychoanalytically oriented and was created in the university context for Colombian mental health institutions. It is based upon the psychoanalytic theory of D. Winnicott who affirms that the flaws of the facilitating environment, that occur during the maturation processes of the baby and originate most mental disorders, can be corrected. The corrective experience is made possible for all through the transitional phenomena. It is through the relationship between the external and interior worlds of the participants that the separation with the mother, the external world and other situations that imply suffering can become tolerable and acceptable, being able to give them sense. For the results analysis of the process that went through two and a half years this were to gather in four elements: a) no use of the space. b) transitional phenomena from the object relationship towards the use relationship. c) Object use expression according to the paradox –creation illusion and finding the object on the external reality-. d) resignificance. The research – intervention process with Franja T permits, so far, to affirm that this strategy is a transitional phenomenon and there by is therapeutic and accurate for Colombian mental health institutions.

Key words: clinical psychology, psychotherapy, transitional phenomena, psychoanalysis, Franja T.

* Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Cra. 5ª No 39-00, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: scastellanos@javeriana.edu.co

RESUMEN

La Franja T es una estrategia de intervención psicoterapéutica grupal de orientación psicoanalítica que nace desde el ámbito universitario para el contexto de las instituciones de salud mental en Colombia. Se construyó con base en la teoría del psicoanalista D. Winnicott, quien plantea que es posible corregir las fallas en el ambiente facilitador de los procesos de maduración del bebé, en las que se originan gran parte de los trastornos mentales. La experiencia correctiva se hace posible para todos a través de los fenómenos transicionales, en los cuales, en el interjuego de su mundo interno y su mundo externo, se tornan en tolerables y aceptables la separación con la madre, el mundo externo y otras situaciones semejantes de la realidad que implican sufrimiento. Se les puede dar sentido. Para analizar los resultados del proceso realizado durante dos años y medio éstos se agruparon alrededor de cuatro elementos: a) No uso del espacio. b) Fenómenos transicionales del paso de la relación de objeto a la de uso del objeto. c) Uso del objeto expresado a través de la paradoja ilusión de creación y aparición del objeto en la realidad externa. d) Resignificación. El trabajo de investigación-intervención hasta el momento realizado permite dar cuenta de la Franja T como un espacio transicional y, por ende, terapéutico adecuado para las instituciones de salud mental en el contexto colombiano.

Palabras clave: psicología clínica, psicoterapia, fenómenos transicionales, psicoanálisis, Franja T.

En Colombia, el sistema de seguridad social en lo relacionado con la salud fue modificado significativamente con la Ley 100 de 1993. Desde entonces, todo residente, trabajador o pensionado, mediante un proceso de aporte obligatorio a la EPS –Entidad Promotora de Salud– de su escogencia será atendido por personal directo de dicha entidad o por personal de las IPS –Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud– adscritas a dicha EPS. De estos aportes obligatorios, un porcentaje va a las EPS y a las correspondientes IPS, y otro va a un fondo especial manejado por el gobierno, el cual lo emplea para cuidar la salud de los más necesitados y de los enfermos graves, que no aportan a este sistema. Uno de los efectos de esta ley ha sido la búsqueda de la reducción de los costos de las intervenciones clínicas, puesto que las EPS, como entidades privadas, tienen entre sus objetivos, no sólo su autosostenimiento, sino también producir unos rendimientos económicos. En Colombia, antes de la Ley 100, el aporte obligatorio de los residentes se hacía solamente al ISS –Instituto de Seguro Social– que, como entidad del Estado, era subsidiada por éste y no priorizaba entre sus objetivos la productividad económica. Un efecto directo de estos cambios, que se ha observado en las instituciones de salud mental, es la reducción en los tiempos promedio de hospitalización de los pacientes. Simultáneamente, se han estimulado estrategias de intervención alternativas que permitan manejar costos más bajos y mantener ciertos niveles de efectividad. Dentro de estas estrategias están los diversos programas de hospital día.

Por otro lado, las prácticas de los estudiantes de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá

trascienden el aprendizaje del quehacer psicológico tradicional, en tanto tienen un fuerte énfasis en la investigación. Las prácticas del área clínica de orientación psicoanalítica, donde tradicionalmente se enseña a los estudiantes elementos de teoría y técnica, que, complementados con la supervisión individual de sus intervenciones, buscan desarrollar en ellos las habilidades necesarias para realizar “acompañamientos psicoterapéuticos” con las características propias de este enfoque. Dentro de estas características es pertinente destacar lo que Gutiérrez y Lastra (2001) denominaron actitud terapéutica: el respeto y consideración por el deseo del paciente, la observancia de la neutralidad y abstinencia por parte del acompañante, y el desarrollo de una escucha psicoanalítica con las características que plantea Guillermo Arcila, psicoanalista colombiano (Arcila, 1999).

Entre julio de 2002 y diciembre de 2004, se desarrolló una práctica por proyecto de investigación llamada “Institución clínica y subjetividad”¹, inscrita en el área clínica de orientación psicoanalítica, en la cual los estudiantes rotaban, entre otras, por la Clínica La Inmaculada, institución de salud mental que encomendó a uno de los docentes, el responsable de lo concerniente a la intervención grupal, planear y coordinar una actividad psicoterapéutica con los pacientes del programa de hospital día. Es bajo esta coyuntura que nace la Franja T como una alternativa clínica de intervención grupal, desde la psicología clínica de orientación psicoanalítica, para los pacientes de los programas de hospital día de una institución de salud mental. Su puesta en marcha y ejecución, durante dos años y medio, fue realizada con el apoyo de los practicantes de psicología clínica de la Uni-

¹ Práctica por proyecto de investigación *Institución clínica y subjetividad*, coordinada por la Dra. Sandra Romero. Fue realizada en la Clínica La Inmaculada, Clínica Nuestra Señora de la Paz y Servipsa –Campo Abierto–, en los años 2002, 2003 y 2004.

versidad Javeriana y supervisada permanentemente por el docente que la diseñó. Su contexto, dentro del marco psicoanalítico y dentro de las prácticas investigativas universitarias, la inscribe dentro de una propuesta de investigación-intervención.

Ahora bien, en relación con los insumos del orden de la teoría y la práctica para llegar a dicha propuesta de intervención, en un artículo anterior (Castellanos & Trevisi, 2005) se mencionan los provenientes de otra experiencia de práctica de psicología² de la Pontificia Universidad Javeriana, también del área clínica de orientación psicoanalítica y de carácter grupal, situada más que en el orden de la prevención, en el de la promoción de condiciones favorecedoras de la salud mental. En este trabajo se prestaba especial atención al juego, a lo lúdico, como un espacio privilegiado de expresión y creatividad, es decir, como herramienta útil para el manejo de los conflictos. Otro insumo ha sido un trabajo de Castellanos y Olarte (1996), en el que se profundizó acerca de las condiciones del espacio transicional, propuesto por el pediatra y psicoanalista inglés Donald W. Winnicott, como herramienta para resignificar, dar sentido, al acto violento.

A través del presente artículo se busca, entonces, presentar la puesta en escena de la Franja T, recapitular algunos elementos teóricos que la sustentan, presentar los resultados observados, y, a través de este proceso, plantear y resolver interrogantes en relación con la estrategia y con la pertinencia y utilidad en las instituciones de salud mental en Colombia.

La Franja T (franja transicional) es una alternativa de investigación-intervención grupal, basada en los postulados teóricos de Winnicott, en tanto que éstos permiten, desde el diseño de la estrategia, la integración de ciertas condiciones. La primera es que, como intervención de orientación psicoanalítica, debe velar tanto por el respeto y consideración del deseo del paciente, como por la observancia de la neutralidad y abstinencia por parte del acompañante, propias de la escucha psicoanalítica (Arcila, 1999). Además, debe tener en cuenta las características de los pacientes institucionalizados en las clínicas de salud mental, es decir, que sus trastornos son del orden de las psicosis o cercanos a éstas en su funcionamiento. A la condición anterior es necesario agregar que, en el contexto colombiano, los periodos de institucionalización de los pacientes suelen ser muy breves. Se explicita a continuación la integración de estas condiciones a través de la presentación de los fundamentos de la

Franja T, la estrategia propuesta tal como se ejecutó y la lente teórica con la que se observó la fase que aquí se presenta.

Franja T: fundamentos

Anteriormente se expuso (Castellanos & Trevisi, 2005) que dentro de las conveniencias para tomar los planteamientos de Winnicott como eje teórico están sus propuestas en relación con la enfermedad mental, pues él considera que tanto ésta como los procesos de maduración de los individuos están supeditados a las condiciones y sus relaciones con el ambiente. Por ello, las alteraciones en el funcionamiento psíquico se originan cuando prevalecen fallas en el ambiente y, de manera secundaria, por la reacción del niño frente a éstas (Torres, 2005; Winnicott, 1993b). Según Winnicott, la psicosis es producida por una deficiencia ambiental en una etapa de dependencia máxima del bebé, lo cual afecta el desarrollo de la personalidad y el establecimiento de un *self* individual. Por esto, el funcionamiento del psicótico está caracterizado por defensas muy primitivas, es decir, por un cierto funcionamiento infantil. Además, Winnicott plantea que en la psicosis cabe la posibilidad de cura: “Algún acontecimiento ambiental (...) proporciona la corrección de una falla de la provisión básica y quizá desate el nudo que impedía la maduración” (Winnicott, 1993a, p. 338).

Otro elemento teórico fundamental es que esta alternativa se sustenta en el concepto de los fenómenos transicionales propuesto por Winnicott. El psicoanalista plantea que, en el proceso de diferenciación del bebé y su madre, ella pasa de ser “un objeto que es subjetivo para el bebé a otro que es objetivamente percibido o externo. Al principio, cualquier objeto que entabla relación con el bebé es creado por éste. Es como una *alucinación* (...) Si el bebé pudiera hablar, diría: ‘Este objeto es parte de la realidad externa y yo lo creé’” (Winnicott, 1991, p. 72). El bebé busca un objeto que le represente³ a la madre, precisamente en el momento en el que ella se ausenta para, de esta manera, hacer más tolerable su ausencia. Este objeto será su *primera posesión no-yo* (Winnicott, 1979a, 1979b) y le servirá como defensa contra la ansiedad producida por la sensación de indefensión ante la amenaza de separación con la madre y le permite, a su vez, la continuidad en la experiencia.

Winnicott (1979a, 1979b) plantea que el bebé descubre así una zona intermedia entre lo subjetivo y lo que

² Práctica por proyecto de investigación “Expresión y creatividad en niños como posibilitador del manejo de conflictos”, coordinada por la Dra. Silvia de Castro. Fue realizada en la Casa de la Cultura del barrio La Perseverancia, durante los años 1994 y 1995.

³ Según la Real Academia Española, representar es “hacer presente una cosa con palabras o figuras que la imaginación retiene”.

es percibido objetivamente. Es la zona intermedia la que permite el interjuego entre lo subjetivo (realidad interna-fantasía) y lo que es percibido objetivamente (realidad externa compartida). El primer objeto transicional tiene, entonces, como función hacer tolerable para el niño la ausencia de la madre, que se le impone en contra de su deseo. Ante la angustia producida por esto, el bebé descubre la capacidad de transformar la realidad por medio de juegos creadores, empleo de símbolos y representaciones (Winnicott, 1982). Por ello, el *objeto transicional* y los *fenómenos transicionales* están en la base misma del simbolismo, de las representaciones mentales, y marcan el origen de una *tercera zona* de la existencia que constituye la mayor parte de la experiencia del bebé, y que será retenida a lo largo de toda la vida dentro de la experiencia cultural: “las intensas experiencias propias del arte, la religión y el vivir imaginativo, así como de la labor científica creadora” (Winnicott, 1979a, p. 330). Una de las otras dos zonas es la realidad psíquica o interior del individuo, esto es, la zona de lo subjetivo. La segunda es la realidad exterior, el mundo que es paulatinamente reconocido como distinto de mí, lo no-yo. Los objetos y fenómenos transicionales son vividos como creaciones del sujeto, que se plasman en objetos externos que representan y son dichas creaciones. Ocurren en una zona neutral que implica un acuerdo, inicialmente entre el bebé y los otros, de respetar la paradoja entre lo creado y lo encontrado. Por ello Winnicott plantea que nunca se debe preguntar: “¿concebiste tú esto o te fue presentado desde afuera? Lo que importa es que no se espera ninguna decisión a este respecto. No debe formularse la pregunta” (Winnicott, 1979a, p. 326). Si a un niño mayor se le confronta con respecto a si efectivamente un juguete tiene las atribuciones que él le da mientras juega, nos respondería que realmente no, pero que durante el juego no se vale preguntar. Es decir, que la experiencia de los fenómenos transicionales facilita y permite la simbolización y las operaciones con las representaciones mentales; guarda estrecha relación con el pensamiento y con la posibilidad creadora y de resignificación del adulto. Winnicott ilustra esto con el siguiente ejemplo:

en términos algo burdos: vamos a un concierto y escuchamos uno de los últimos cuartetos de cuerdas de Beethoven. Este cuarteto no es un mero hecho externo producido por Beethoven y ejecutado por los músicos; ni tampoco es un sueño mío. La experiencia, sumada a mi manera de prepararme para ella, me permite crear un hecho glorioso. Lo disfruto porque, como digo yo, yo lo he creado, lo aluciné, y es real y estaría de todos modos allí aunque yo no hubiese sido concebido. (Winnicott, 1991, pp. 77-78)

La capacidad creadora del bebé está dada por la confianza en el mundo externo que le ha permitido la madre

a través de su adaptación activa. Las experiencias de las pequeñas fallas en el ambiente hacen que el bebé se percate de que el objeto —madre— es efectivamente independiente de él, y que, a su vez, él depende de éste. Winnicott denomina a dicho período, en relación con el bebé, de “dependencia relativa”. Las fallas ambientales que introduce la madre llevan al bebé a desarrollar su pensamiento y la creatividad. En el adulto está la capacidad creadora, que permite dotar de sentido las vivencias, es lo que Winnicott llama la experiencia cultural, de la que el juego es su base. La realidad externa e interna se hace tolerable por medio de los fenómenos transicionales.

Ahora bien, para que el bebé pueda tolerar la separación y ausencia de la madre es necesario que haya experimentado situaciones previas de satisfacción, es decir, para que el bebé pueda alucinar con un objeto que satisfaga sus necesidades es necesario que un objeto semejante se le haya presentado previamente y le haya satisfecho. Por ello es de suma importancia el papel de la madre, o de quien cumpla sus funciones, rol al que Winnicott (1993a, 1993b, 1993c) se refería inicialmente como el de una *madre lo suficientemente buena*, y que luego ampliaría al concepto del *ambiente facilitador*. Dice este psicoanalista que la madre debe anticiparse a las necesidades del bebé, a lo que denominó la *preocupación maternal primaria* que se ejemplifica así:

siendo madura y físicamente capaz, la madre es la que debe ser tolerante y comprensiva, de manera que sea ella quien produzca una situación que con suerte puede convertirse en el primer lazo entre el pequeño y un objeto externo. (...) dicho de otra forma, el niño acude al pecho cuando está excitado y dispuesto a alucinar algo. En aquel momento, el pezón real hace su aparición y el pequeño es capaz de sentir que eso, el pezón, es lo que acaba de alucinar. (Winnicott, 1979a, p. 213)

En una próxima ocasión, el bebé utilizará los datos de esta experiencia para, en una futura alucinación, evocar aquello que realmente está a su disposición. Es la madre la que debe seguir dándole al niño este tipo de experiencias. Este concepto se amplía al ambiente facilitador cuya función es “posibilitar que un objeto real esté exactamente allí donde el bebé alucina un objeto, de modo tal que el bebé se haga la ilusión de que un mundo puede ser creado” (Winnicott, 1991, p. 72).

En otras palabras, en el ámbito psicoterapéutico se habla de *holding*, que, en términos de los *procesos de maduración*, es el sostén que necesita el niño para su adecuado desarrollo. Son tanto los cuidados de la madre como las acciones que lleva a cabo para introducir la realidad por medio de pequeñas frustraciones, en dosis tolerables para el niño, que se van ampliando en la medida en que tanto

la capacidad de espera como la capacidad de aceptar y tolerar la realidad también hacen lo propio en el sujeto.

Franja T: la estrategia

Recapitulando lo recorrido hasta ahora, se puede presentar el objetivo de la Franja T, parafraseando a Winnicott (1956), así: proporcionar al paciente un espacio con las características de los fenómenos transicionales, en donde puede redescubrir, poner a prueba, experimentar y expresar sus impulsos y sus necesidades. Se trata de un espacio lúdico con las características de la tercera zona para que favorezca la simbolización, que tolere la paradoja de la alucinación-creación de la realidad, al mismo tiempo que se le presenta ésta. Se busca, pues, ofrecer un ambiente que brinde nuevas oportunidades para las relaciones del sujeto, a través de un soporte o sostén en el sentido del *holding*, del ambiente facilitador, o de la madre suficientemente buena. Es decir, un espacio en el que sea posible la resignificación de las vivencias previas a través de nuevas experiencias. Incluso, en términos de Winnicott, que se explican más adelante, que permita el paso de las relaciones de objeto a las relaciones de uso.

Como en toda estrategia de intervención psicoterapéutica, en la Franja T también es pertinente y necesario realizar un encuadre o marco para todos los participantes, pacientes y acompañantes psico-terapeutas. Encuadrar, es, según la Real Academia Española (1992): “determinar los límites de algo, incluyéndolo en un esquema u organización”. Ahora bien, en el contexto de la psicoterapia de orientación psicoanalítica, Coderch (1990) propone que se deben establecer los objetivos, la manera de alcanzarlos, las responsabilidades de cada uno de los participantes y las pautas o aspectos formales como la frecuencia, duración, costo y forma de pago de las sesiones.

Si bien ya se presentaron los objetivos desde la fundamentación teórica, a los pacientes de hospital día se les informó, al ingresar a dicho programa, que una tarde específica a la semana se realizaría una actividad grupal organizada por el equipo de psicología, llamada Franja T, y que sería conveniente participar en ella para estar mejor. Una vez estén claros los objetivos, hay que especificar cómo lograrlos. Al llegar los pacientes al sitio asignado para la actividad, se encuentran con un espacio constituido por tres zonas. Se trata de tres mesas con sillas, en las que se ofrecen materiales que están relacionados con los distintos niveles de representación y simbolización, así:

- Zona de juguetes: juguetes y títeres, objetos que facilitan la representación más concreta.
- Zona de dibujo: objetos para dibujar y pintar, los cuales permiten distintas tendencias de representación.

- Zona de construcción: compuesta por fichas de Armatodo o Estralandia o cubos de madera (objetos que apuntan hacia la abstracción).

Por otra parte, debe haber como mínimo tres acompañantes psicoterapeutas, a razón de uno por zona. Uno de ellos, escogido previamente, es el moderador, el cual presenta la actividad como un espacio que les puede ayudar a estar mejor a través de la representación libre, como cada uno pueda y quiera, alrededor de un tema generador que se les propone. Una vez presentado dicho tema, se les dice que pueden trabajar en una o en varias de las zonas, con el material dispuesto en cada mesa, y que cada uno de los acompañantes estará en una zona. Así mismo se les explicará que para ello disponen de 30 minutos aproximadamente. Luego se reunirán y pondrán en común, compartirán, lo que cada uno hizo. Al finalizar, se agradece a los participantes y se reitera la invitación para la Franja T de la siguiente semana. Es pertinente resaltar que se considera que la actividad se podría hacer sin un tema generador, pero se estimó que éste es pertinente en tanto les presenta a los pacientes una situación de la realidad relacionada con la que están viviendo, y con las necesidades de intervención inmediatas de la institución clínica.

Queda claro, entonces, que el rol del paciente es participar, si puede y quiere, haciendo una representación libre del tema generador propuesto en una o más de las zonas que encuentra dispuestas para esto. Luego se le invita a poner en común lo que hizo y a escuchar lo que otros hicieron, así como las intervenciones del moderador y de los otros acompañantes. El moderador y los acompañantes, en el momento de la representación, de la simbolización, deben buscar favorecer las condiciones para que el espacio tenga las características de tercera zona propicia para los fenómenos transicionales. En la primera parte no deben hacer intervenciones que rompan con la paradoja de lo creado y lo encontrado. Es en la segunda parte donde pueden hacer señalamientos en relación con elementos de la realidad que se escapan a la percepción de los pacientes, encaminados a favorecer la resignificación de las situaciones representadas. Durante toda la actividad se espera que los acompañantes tengan una actitud terapéutica acorde con los parámetros propios de la intervención clínica de orientación psicoanalítica en la que se están formando los practicantes (Gutiérrez & Lastra, 2001). En esto consiste principalmente el respeto por el deseo del paciente y la escucha psicoanalítica (Arcila, 1999).

La relación terapéutica en la Franja T no es de carácter jerárquico ni unidireccional, en el sentido acompañante (sujeto activo) - paciente (sujeto pasivo-receptivo). Se trata más bien de un vínculo en el cual el acompañante es un objeto no-yo con el cual puede interactuar el pa-

ciente y, así mismo, está disponible para ser usado en los términos winnicottianos. Esto último implica un manejo particular de la agresión, entendida como el resultado de las vicisitudes propias de los instintos. Éstas, en etapas tempranas, cuando la separación con el otro y la propia integración no se han desarrollado cabalmente, no van mediadas por la culpa y la consideración por el otro, en tanto no se ha dado el paso a las relaciones de uso, sino que, por el contrario, se permanece en las de objeto, en las que la agresión efectivamente destruye al objeto. En la Franja T se busca favorecer el paso al uso a través del *holding*.

Es necesario mencionar que, dentro de los aspectos formales de la realización de la actividad, se avisa a los pacientes claramente el día, la hora y el lugar. Se les invita uno a uno, y si deciden no asistir, o asistir pero sólo observar, esto es bien recibido. La actividad no tiene ningún costo adicional para los pacientes y su duración aproximada es de una hora. Se les explica que el material sólo puede ser utilizado allí, y durante el tiempo de la Franja T. En relación con los dibujos que realicen, se les propone que permitan a los acompañantes conservarlos.

Franja T: lo que se espera observar en el proceso

Para presentar los resultados observados en la ejecución de la Franja T, es necesario presentar primero, y de manera deductiva (Bonilla-Castro & Rodríguez, 2000), desde los fundamentos teóricos, aquello que se esperaba observar. Algunos de los aspectos que sirven como fundamento para estos elementos fueron presentados previamente por Castellanos y Trevisi (2005). Sin embargo, para el caso específico del presente artículo es pertinente señalar que en el proceso de investigación-intervención se plantearon inicialmente ocho elementos para analizar lo observado en la Franja T: 1) no uso de la Franja T; 2) el paso al uso del objeto; 3) la paradoja de la ilusión-creación; 4) la adaptación activa; 5) el tránsito a la realidad objetiva; 6) las verbalizaciones del paciente; 7) las intervenciones del moderador y los acompañantes; y 8) las reacciones de los pacientes. Durante el proceso de supervisión de la intervención, y con el apoyo de los seminarios teóricos, se fueron reconstruyendo estos elementos. Finalmente, y ya con la retroalimentación inductiva, se redujeron a cuatro elementos fundamentales, a saber:

- No uso del espacio.
- Fenómenos transicionales del paso de la relación de objeto a la de uso del objeto.
- Uso del objeto expresado a través de la paradoja ilusión de creación y aparición del objeto en la realidad externa.
- Resignificación.

La adaptación activa, cuarto elemento anterior, después de las mencionadas revisiones, se considera más bien una característica que debe tener el acompañante para responder a la dependencia absoluta y/o relativa del paciente, y los elementos 5 a 8 se recogen en lo que se denominó resignificación.

No uso del espacio

En los procesos de maduración primero se establece la relación entre el sujeto –bebé– y el objeto –madre–, a través de la adaptación activa de la madre. Esta relación es denominada por Winnicott relación de objeto, y la distingue de la relación de uso del objeto, posibilitada en la tercera zona y a través de los fenómenos transicionales. En esta primera relación, relación de objeto, el bebé no se perca de su diferenciación con la madre puesto que ésta satisface sus necesidades en el momento mismo en que se presentan. A esta función materna Winnicott la llamó “adaptación activa” de la madre, que en el bebé corresponde a un periodo de dependencia absoluta de ella. Ahora bien, como parte de esta función la madre debe ir, y por naturaleza ocurrirá, introduciendo pequeñas fallas en la adaptación. Estas fallas serán tolerables por el bebé en la medida que previamente haya tenido experiencias de satisfacción. Si ese *holding* no se da adecuadamente, el bebé puede experimentar como traumáticas esas fallas ambientales. La conducta adaptativa de la madre hace posible que el bebé encuentre afuera de sí mismo –*self*– lo que necesita y espera, a la vez que permite el desarrollo de la personalidad. En los casos en que la adaptación activa no sucede, Winnicott (1999) plantea que el individuo recurre poco a poco a reemplazar la protección que le falta por una fabricada por él. El *self* verdadero permanece escondido, podría decirse “protegido”, por un falso-*self*. Esto se manifiesta mostrando poco interés por lo que ocurre en el afuera. Aparenta una pseudo seguridad y pseudo independencia que realmente esconden una gran dificultad para tomar distancia de ciertas vivencias e impulsos internos, y por ende una gran dificultad de simbolizar y representar dichas vivencias e impulsos.

En lo concreto de la estrategia esto se traduce en tres posibilidades. Por un lado, a pesar de saber de la Franja T y de ser invitado, el paciente puede decidir no asistir. Otra opción es que asista y se retire antes de terminar la actividad. Por último, se puede presentar que asista y sólo observe lo que hacen los demás.

Fenómenos transicionales del paso de la relación de objeto a la de uso del objeto

Winnicott (1982) detalla algunos elementos implicados en el paso de una relación de objeto, en la cual no se ha

aceptado la diferenciación del sujeto –bebé– con el objeto –madre–, a una de uso del objeto. En las relaciones de uso, el uso del objeto indica la manera como el individuo hace servir un objeto no-yo para que represente algo, lo que pone de manifiesto la capacidad simbólica de esta acción.

Durante el proceso de unificación del yo, y por ende de diferenciación de los objetos no-yo, el bebé comienza a experimentar sentimientos de preocupación por el otro. En el momento en que ocurre una falla ambiental, que genera frustración, el bebé quiere agredir, destruir, al objeto malo que no lo satisface. La preocupación por el otro surge tras aceptar que la agresión hacia el objeto malo también llegó al objeto bueno, pues los dos son uno solo: ha combinado la experiencia erótica y agresiva en un solo objeto, alcanzando la ambivalencia. Entonces, el bebé intenta destruir el objeto y luego se preocupa por los alcances de su intento. En este punto la madre, o el cuidador, cumplen una función determinante, en tanto deben estar en capacidad de recibir y contener los impulsos agresivos del bebé, es decir, deben establecer con el bebé una relación de uso. Cuando el bebé corrobora que el objeto sobrevivió a sus ataques se percata de que el objeto tiene vida propia e independiente, y, por ende, él no tiene la omnipotencia que creía tener. Con la constatación, por parte del sujeto, de la supervivencia del objeto a sus intentos de destrucción, éste puede, entonces, empezar a “usar” dicho objeto en el sentido plenamente winnicottiano. De este modo, el desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro es señal de un cierto nivel de salud mental.

En lo observable y concreto de la Franja T se plantea varias posibilidades. Para observar las relaciones de uso, o por lo menos el paso a éstas, el paciente debe evidenciar el paso tres antecedido por lo menos por uno de los dos primeros. Las tres fases propuestas son las siguientes: 1) intentar destruir el objeto de manera directa o por medio de agresiones; 2) evidenciar su preocupación por lo que puede haberle ocurrido al objeto luego de la agresión o intento de destrucción; 3) verificar que el objeto no sólo no fue destruido, que sobrevivió al ataque, sino que, además, continúa relacionándose con él o ella, tal como lo hacía antes del intento de destrucción. En otras palabras, se trata de verificar que no sólo no dañó al objeto, sino que tampoco dañó su relación con éste. Ahora bien, en tanto que la relación de objeto antecede a las relaciones de uso del objeto, se convino aceptar que si solamente se presentan los pasos uno y/o dos no hay aún relación de uso.

Uso del objeto expresado a través de la paradoja: ilusión de creación y aparición del objeto en la realidad externa

En el espacio transicional, como en el juego en general, además de “usar” los objetos con fines representativos, el sujeto busca un dominio sobre la realidad que se le impone, inicialmente, la experiencia displacentera de la ausencia materna y por ende de su diferenciación. Esta diferenciación con la madre, que parte de las ausencias cada vez más extensas de ella, en las cuales el bebé debe esperar para la satisfacción de sus necesidades, le genera angustia. Esta experiencia hace que el bebé recurra a la ilusión de que su madre permanece viva y que satisfará sus necesidades. Dicha circunstancia es crucial, pues además de dar origen a los objetos y fenómenos transicionales, a la capacidad de ilusión-creación, también es el origen tanto de las representaciones mentales, base de la capacidad y desarrollo intelectual, como de la integración psíquica.

La ilusión-creación es la respuesta del bebé a la espera que se impone a sus necesidades debido a la realidad externa, en primera instancia, por la necesidad de la madre ahora ausente. La espera es permitida por la ilusión de que el objeto satisfactor vendrá, como lo ha hecho en experiencias previas. Esta ilusión va acompañada de la alucinación-creación del objeto satisfactor, el cual se presenta justo en el momento en que el sujeto lo ha creado. Como condición de este fenómeno transicional, es necesario no romper la paradoja de si el sujeto efectivamente creó al objeto o éste apareció externamente en el momento justo. La creatividad así enmarcada permite tanto la ilusión como la desilusión. Esta última es generada por la necesidad de prolongar en el tiempo y en el espacio la ilusión del objeto satisfactor. Es decir, si bien el bebé alcanza a sentir la desilusión, puede a través de su capacidad creadora y de representación aferrarse al objeto satisfactor. Esto supone el logro del niño para confiar lo suficiente en la realidad externa, desarrollar la habilidad de resignificar el fracaso de la adaptación y aceptar sus resultados (Winnicott, 1982).

Por otro lado, Winnicott distingue las *fallas* en el ambiente como aquellos sucesos que permiten la paradoja ilusión-creación de las *fallas*. Si el objeto satisfactor aparece luego del tiempo y el espacio en el cual el pequeño tiene la posibilidad de mantener la ilusión, es decir, si no coinciden la ilusión creadora interna con el objeto satisfactor externo, no se logra la confianza y la habilidad para explicar tanto el fracaso de la adaptación como para aceptar los resultados de la frustración. En conclusión, lo transicional no es posible si el objeto satisfactor inicial se torna en un objeto externo, persecutorio y negativo (Winnicott, 1982).

TABLA 1
FRECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LA FRANJA T POR PACIENTE

Número de sesiones	21	17	16	14	9	6	4	3	2	1
Número de pacientes	1	1	1	1	3	3	5	8	29	84

Como factor observable en la Franja T, este tipo de uso del objeto tiene que ver con la atribución, por parte del paciente, de características y/o simbolismos a un objeto, independientemente de si éste las tiene o no, o de si guarda algunas semejanzas. También tiene que ver con la asignación de roles y la representación de situaciones probablemente conflictivas. En las dos posibilidades planteadas es condición necesaria que el acompañante psicoterapeuta reciba la creación como tal o acepte el rol a representar que se le asigne, es decir, que respete la paradoja de creación propia de la tercera zona.

Resignificación

Si bien para Winnicott el juego se encuentra en la base de los fenómenos transicionales, se puede afirmar que lo terapéutico está en la posibilidad misma de jugar. Si se considera que el juego permite, desde la puesta en escena, la modificación de lo displacentero a través de una experiencia creativa y liberadora del sujeto, se sabe que éste se puede beneficiar de la toma de distancia de lo que acaba de representar. Si además se logra en el juego hacer una modificación en relación con el pasar de la pasividad a la actividad (o viceversa) en cuanto a la situación representada o en cuanto a tener un cierto control de la situación, se considera que hay una resignificación del suceso. Ahora bien, en cualquiera de estas situaciones se da una transformación de lo displacentero en placentero. Esta representación no es exclusivamente lúdica, también puede darse por medio de las relaciones con los demás o a través de la verbalización o puesta en palabras.

En la Franja T esto se aprecia tanto en los juegos de representación, como en el momento de la puesta en común. En esta última se logra verbalizándolo y compartiéndolo con los otros, que han estado allí presentes, lo que se ha, cuando menos, intentado representar. Es además en este último momento de la Franja T, momento ya no mediado por lo lúdico sino por la palabra, que por sus características similares a otras intervenciones grupales de orientación psicoanalítica, se considera pertinente señalar al grupo o a un sujeto individual aquellas cosas que no perciben de la realidad.

Metodología

Se pretende, entonces, evaluar cuáles son los alcances, y por ende la utilidad, de la Franja T como estrategia de intervención grupal en las instituciones de salud mental en Colombia. Se espera lograr esto a través del análisis de los resultados obtenidos.

Diseño

Como se mencionó anteriormente, la Franja T está inscrita dentro de un modelo de investigación-intervención propio de la orientación psicoanalítica, en el cual al mismo tiempo que se pone en práctica la intervención se van evaluando los resultados y haciendo ciertos ajustes. Se pretende trabajar con la realidad subjetiva de los pacientes y, por tanto, desentrañar los elementos de significación allí presentes.

Participantes

La Franja T, como herramienta de intervención psicoterapéutica grupal fue realizada, en la fase de la cual se da cuenta en este artículo, por estudiantes de pregrado de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. En su momento, ellos hacían parte de una práctica por proyecto⁴ del área de psicología clínica de orientación psicoanalítica. Esta intervención fue supervisada semanalmente por el profesor que diseñó la herramienta. Esto se hizo a través del registro llevado de cada sesión por medio de un protocolo diseñado para tal efecto.

De los 136 pacientes que en total participaron a lo largo de los dos años y medio en que se realizó esta fase de la Franja T, se escogió el material de aquellos pacientes que participaron con una frecuencia total de tres o más sesiones, esto es, de 18 pacientes. Se considera que, en tanto que la muestra escogida corresponde a un 13% del total de participantes, ésta es representativa de la población total. Además, es la más pertinente de analizar dado que corresponde a aquellos que, por el número de sesiones en las

⁴ Práctica por proyecto de investigación *Psicosis y subjetividad*, coordinada por la Dra. Sandra Romero. Realizada en la Clínica la Inmaculada, Clínica Nuestra Señora de la Paz y Campo Abierto (2002, 2003 y 2004).

que participaron, pudieron experimentar la Franja T como un proceso. Estos casos son escogidos con un criterio no probabilístico intencional, pues la única característica en común es que los pacientes hacían parte del programa de hospital día de la Clínica La Inmaculada de Bogotá.

Instrumento

Se realizaron un total de 67 sesiones de la Franja T siguiendo el modelo que se presentó anteriormente. De todas se conserva registro, es decir, un protocolo, así como casi la totalidad de los dibujos realizados en cada sesión. Se revisó sólo los protocolos de aquellas sesiones en las que participaron los pacientes escogidos como muestra, esto es, los correspondientes a 37 sesiones, el 62% del total.

Análisis

Al caso de cada paciente se le hizo un análisis intrasujeto. Los resultados fueron organizados a través de los elementos mencionados como aquello *que se espera observar en el proceso*, por medio de matrices. Fueron presentados por grupos de estudiantes a los demás alumnos y al supervisor. A partir de esas presentaciones se hicieron precisiones en los cuadros o matrices. Paralelo al proceso del análisis de los datos, se trabajaron los elementos fundamentales de la teoría que sustenta la herramienta con los estudiantes, en seminarios. De esta manera se fueron haciendo precisiones en la definición de aquello *que se espera observar en el proceso* y se ganó en la definición del rol del acompañante.

Resultados

De la totalidad de los casos se analizaron los 18 que se escogieron como muestra. Puesto que hacer la presentación de cada caso no es pertinente, en tanto que se está evaluando la herramienta, se presentan a continuación los resultados organizados a través de los elementos mencionados como aquello *que se espera observar en el proceso*. Es conveniente resaltar que este análisis de resultados implicó la revisión total del 62% de los protocolos, es decir, que en la discusión de cada elemento se tendrán en cuenta aspectos que corresponden a una mirada más global del proceso, que incluye las intervenciones de pacientes que no fueron seleccionados dentro de la muestra.

No uso del espacio

Se plantearon tres posibilidades de no uso. En cuanto a la posibilidad del paciente de no asistir, a pesar de saber de la Franja T y de ser invitado, no se cuenta con datos precisos de cuántas veces ocurrió, pero se sabe que pasó por lo menos con tres pacientes, es decir, el 17%. Estos tres pacientes efectivamente son los que mayor dificultad encuentran en representar los temas sugeridos, sin embargo, hacen el uso que pueden del espacio, lo que incluye la posibilidad de no asistir. Uno de estos casos es el de un paciente, JA (83)⁵, que pudo haber asistido a 18 sesiones y solamente lo hizo a 15, de las cuales llega tarde a 11. Esto no es precisamente señal de no uso del espacio, sino que más se trata de un uso particular del mismo. Por otro lado, en cuanto a la posibilidad de que un paciente asista y se retire antes de terminar la actividad, se encontraron dos casos, uno de ellos, NC (72), lo hizo en una ocasión de 17 sesiones a las que asistió. AG (52), por su parte, desistió de la actividad en la primera ocasión: “No entiendo, no entiendo nada en absoluto, no me gustó esta terapia” (S.19)⁶. Por último, está la posibilidad de que el paciente asista y sólo observe lo que hacen los demás, lo cual se presentó al menos una vez en el 33% de los pacientes. Dentro de este último porcentaje están incluidos los pacientes anteriormente presentados, es decir, se puede afirmar que el no uso del espacio transicional sólo se presentó en el 33% de los casos.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el no uso del espacio transicional tiene que ver con la dificultad de tomar distancia de los impulsos y conflictos del mundo interno del sujeto, se encontró que solamente una tercera parte de la muestra presenta esta dificultad. Por otro lado, como se presenta en los siguientes elementos de observación, es probable que este no uso inicial sea el paso para alguna condición de uso. Esto ocurre con la mitad de los pacientes. El 50% restante presentó trastornos severos que los mantuvo en esta condición de observadores, en un promedio de 10 sesiones.

Fenómenos transicionales del paso de la relación de objeto a la de uso del objeto

Se encontraron aspectos relacionados con este elemento en ocho pacientes, es decir, en el 44% de la muestra. En siete casos hubo tanto intentos de destrucción del objeto, como preocupación por el mismo. Sólo en un caso,

⁵ Las dos letras en mayúsculas corresponden a las iniciales del nombre del paciente. Por ética y confidencialidad, no se revela su nombre. La cifra entre paréntesis corresponde al número que se le asigna al paciente para hacer el seguimiento (investigación-intervención) en la Franja T. Esta convención se usa para la presentación de todos los pacientes.

⁶ Corresponde a la sesión número 19, registrada en el protocolo 19. Ésta es la convención que se usa para citar el protocolo correspondiente a una sesión determinada.

CC (2), se observó claramente un cambio en un paciente, que en la sesión 5 (S.5), cuyo tema generador era la clínica, la dibuja como una cárcel. Luego, en el momento de compartir, dice que el encierro y el manejo que se hace allí de los pacientes no lo favorece. En la medida en que no ve una reacción de los acompañantes, "... se muestra cada vez más emocionado, destacando una y otra vez que las cosas allí dichas pueden ser censuradas y lo son constantemente" (S.5). Luego se va calmando y afirma que la Franja T es un espacio diferente.

Sólo en ese caso se pudo afirmar que el sujeto constató la supervivencia del objeto que había intentado destruir. Sin embargo, después del análisis de la situación de otros pacientes, se consideró que esto es algo que debe observar el sujeto sin que necesariamente dé muestras de ello. Esto lo observa en la reacción del objeto, y más precisamente en la de los acompañantes. Son éstos quienes, con su reacción, evidencian o no un daño, aprueban o no lo realizado, y, en últimas, cambian o no su manera de relacionarse con el paciente. Ahora bien, con respecto a la propuesta de pasar a la relación de uso, sólo si se observaba la constatación de la supervivencia precedida por el intento de destrucción y/o la preocupación por el objeto, se discutió que es muy difícil mantener esa condición, pero que, al mismo tiempo, no se puede prescindir de ella. Esto es, que debe analizarse cada caso por separado, de manera longitudinal y no transversal, lo cual trasciende el presente estudio. No es preciso entonces afirmar que ningún paciente pasó de la relación de objeto a la de uso. Esto es un proceso más complejo y parece ser más que un estado al que se llega y en el que se permanece. Precisamente, en términos de D. Winnicott, es del orden de la experiencia y algunas veces se tiene y otras no.

Uso del objeto expresado a través de la paradoja: ilusión de creación y aparición del objeto en la realidad externa

En el 83% de la muestra se encontró claramente aspectos relacionados con este elemento. El 17% restante corresponde a los pacientes que se considera que no lograron efectivamente usar el espacio, en tanto que se caracterizaron por ser observadores. Ese es quizás el uso que podían darle, pero, como tal, no hicieron representaciones o simbolizaciones que dieran muestra de la ilusión-creación.

Un ejemplo de las representaciones que hacían los pacientes es el de LE (33), quien en una sesión cuyo tema generador era la clínica, hizo lo siguiente: "se ubicó en la zona de juguetes, donde representa en primer lugar al médico con el muñeco más grande y le pone al lado un helicóptero, aparte pone a los otros muñecos que dice

que son los pacientes. Los ubica acostados y a una distancia considerable de los médicos y afirma que en ese momento están en una de las conferencias que realizan en la clínica y que tanto le ayudan a él" (S.5a).

En relación con lo observado, en este aspecto se puede afirmar enfáticamente que la mayoría de los pacientes de la muestra están en condiciones de simbolizar tanto sus impulsos como sus conflictos internos. Esta condición abre muchas posibilidades terapéuticas, entre ellas la continuidad de la Franja T, pues uno de sus elementos esenciales es que el acompañante psicoterapeuta reciba la creación como tal o acepte el rol a representar que se le asigne, es decir, respete la paradoja de creación propia de la tercera zona. Sin embargo, y de acuerdo con el análisis realizado, surge más bien la pregunta por el nivel de dicha simbolización de los pacientes.

Resignificación

El 72% de los pacientes de la muestra resignifica, es decir, la mayoría logra compartir y explicar verbalmente a los demás lo que ha representado. Hay una disminución de un 11% entre los pacientes que simbolizan en la parte lúdica de la Franja T y aquellos que logran explicar lo que han hecho. Esto puede deberse a que en esta última parte es cuando se puede otorgar un nuevo sentido a ciertas situaciones, lo que requiere una mayor capacidad para comprender y tolerar la realidad. Así mismo, en este momento los acompañantes intervienen, no tanto como objetos disponibles para ser usados, sino como objetos que, sin perder lo propio del *holding*, sí hacen señalamientos al grupo o a un sujeto individual de aquellas cosas que no están percibiendo de la realidad.

A pesar de que habría numerosos ejemplos para citar aquí, se escogió el siguiente por considerarlo muy representativo. JA (83) pinta un camino demarcado por unas flechas que dicen o "guía", o "realidad". Dentro del camino dibuja a cinco personas con binoculares. Por fuera del camino hay letreros que dicen "lo irreal". En el momento de compartir, el paciente explica: "pues aquí va un ciempiés que va por el camino de la realidad. Lo que pasa es que a veces hago cosas que no tienen que ver con la realidad porque a veces uno se desvía y como que no voy por la realidad, uno se desubica y parece que no hay arreglo, pero entonces pinté a cinco personas con binoculares que son los que me ayudan porque tratan mi enfermedad" (S.37).

Casi tres cuartas partes de los pacientes de la muestra evidenciaron su capacidad de resignificar. Se trata de un porcentaje bastante alto que permite la afirmación de que la Franja T facilitó, en la mayoría de los pacientes, aquello que en el niño permite el juego. Esto es, tanto la posibilidad de simbolizar impulsos y conflictos, como

la de resignificarlos permitiendo la construcción de sentido, es decir, transformando lo doloroso en placentero.

Discusión

Después de la presentación de los resultados de esta experiencia, la Franja T se posiciona claramente como una herramienta de intervención-investigación. Por medio de las condiciones terapéuticas del espacio—actitud terapéutica de los acompañantes— y por la disposición de elementos lúdicos, se facilita la simbolización y representación de los impulsos y conflictos del mundo interno del sujeto. Por ende, se abre para la mayoría de los pacientes la posibilidad de movilizar elementos internos que determinan su funcionamiento psíquico. Los pacientes pueden resignificar sus conflictos representándolos a través de una creación, producto de poner en juego sus fantasías, temores, deseos e ilusiones, tal como lo haría un niño, haciendo uso de sus dispositivos internos para crear otras realidades a partir de elementos que encuentra en la realidad externa.

Los resultados de La Franja T como experiencia transicional se deben a la relación que se establece entre el paciente, los acompañantes y los elementos favorecedores de lo lúdico. Es decir, que la actitud terapéutica de respeto por el deseo del paciente, de *holding* y de escucha psicoanalíticamente orientada que observan los acompañantes, es determinante para que el paciente pueda llegar a desplegar su capacidad de simbolizar, de decir: “este objeto es parte de la realidad externa y yo lo creé” (Winnicott, 1991, p. 72) lo cual permite la experiencia de continuidad en la vivencia de la realidad. La Franja T, efectivamente, es una zona neutral, una tercera zona, que implica un acuerdo entre el paciente y los acompañantes de respetar la paradoja entre lo creado y lo encontrado. Por ello se sigue el parámetro planteado por Winnicott de que nunca se debe preguntar: “¿concebiste tú esto o te fue presentado desde afuera? Lo que importa es que no se espera ninguna decisión a este respecto. No debe formularse la pregunta” (Winnicott, 1979, p. 326).

En este punto es claro que sus alcances y posibilidades son bien significativos. También lo es que éstos podrían potenciarse aún más, estableciendo algunas condiciones de continuidad. Esto es, si se tiene en cuenta que los resultados presentados corresponden a los pacientes que asistieron a tres o más sesiones, es decir el 13% del total, cabe preguntarse si se pueden extrapolar los resultados al restante 87% que son aquellos que asistieron a una o dos sesiones. ¿Una sola sesión, una sola experiencia transicional, tendrá los mismos efectos que varias de ellas? Para responder este interrogante sería necesario realizar más bien un estudio de casos comparando estas dos circunstancias, y la respuesta se-

ría siempre individual. Es decir, correspondería a los casos evaluados. Sin embargo, sí se observó que el número de sesiones a las que asistieron en promedio los pacientes se fue incrementando en la medida en que el programa de hospital día, al igual que la Franja T, se fue consolidando. Es probable que los resultados presentados, en términos de porcentajes, fueran mucho más altos si sólo se analizaran los correspondientes al último año de trabajo.

Definitivamente la Franja T es una herramienta de intervención grupal muy útil en tanto las posibilidades de intervención individual están cada día más limitadas en el contexto colombiano. Además, es una psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica que precisamente contiene elementos muy significativos de este enfoque, pero que se adapta muy bien a las condiciones de los pacientes que atiende una institución de salud mental.

Aún quedan elementos para analizar que no fueron planteados como objetivo en este artículo. Por ejemplo, frente a la pertinencia de las tres zonas empleadas, no se evidencian elementos que hagan dudar de éstas. Sin embargo, esto no se ha evaluado a profundidad. Otro elemento es el efecto de los temas generadores. Éstos se propusieron pensando siempre en las situaciones más cercanas y significativas por las que debían estar atravesando los pacientes. Pero, ¿qué hubiera pasado si se hubieran planteado con otro criterio? Por ejemplo, en una ocasión se planteó tema libre y esto sorprendió a algunos pacientes. También cabe la pregunta por la posibilidad de emplear esta herramienta en contextos diferentes a las instituciones de salud mental. ¿Qué ajustes serían necesarios?

Referencias

- Arcila, G. (1999). La actitud interna psicoanalítica: variaciones sobre un tema. *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 24 (1), 134-143.
- Bonilla-Castro, E. & Rodríguez, P. (2000). *Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales*. Bogotá: Norma.
- Castellanos, S. & Olarte, A. (1996). *El acto violento como posibilitador de sentido a partir de la tercera zona*. Tesis de grado no publicada, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Castellanos, S. & Trevisi, C. (2005). La Franja T: una alternativa de intervención grupal desde la teoría de los fenómenos transicionales. *Universitas Psychologica*, 4 (2), 245- 250.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

- Gutiérrez, P. & Lastra, A. (2001). Posibilidades de intervención desde la teoría psicoanalítica (Documento del grupo de psicoanálisis del área clínica, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana). Manuscrito no publicado.
- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid.
- Torres, N. E. (2005). El psicoanálisis y su acercamiento a otros contextos: una propuesta de categorías de encuentro. *Universitas Psychologica*, 4 (1), 77-83.
- Winnicott, D. (1956). On Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 386-388.
- Winnicott, D. (1979a). Desarrollo emocional primitivo. *Escritos de pediatría y psicoanálisis: 1931/1956* (pp. 203-218). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1979b). Objetos y fenómenos transicionales: estudio de la primera posesión "no yo". *Escritos de pediatría y psicoanálisis: 1931/1956* (pp. 313-330). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. (1982). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. (1991). El destino del objeto transicional. *Exploraciones Psicoanalíticas I* (pp. 72-78). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1993a). La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica? *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 161-181). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1993b). La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 326-339). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1993c). El desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 95-107). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1999). El papel de la madre real, ilusión, sostén, objeto transicional. *El psicoanálisis después de Freud* (pp. 261-285). México: Paidós.