

# MIRANDO A LA PREVENCIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS

Por

González Regadas, E. M.; Pampillón, S.; Rodríguez Villamil, M.; Sburlati, M. S.;  
Triaca Gerona, M. A.

AUDEPP, Montevideo, Uruguay.

**Descriptor:** angustia, conflagración, desarrollo humano, fortaleza y dominancia yóica, prevención y promoción de salud, psicoanálisis de los procesos colectivos, resiliencia, vulnerabilidades inconscientes específicas.

## Consideraciones Generales

Los autores de este trabajo constituyeron un Grupo de investigación sobre Psicoanálisis, Prevención y Promoción de Salud realizado en el marco de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). Nuestro interés, en una primera etapa, estuvo centrado en re-pensar nuestra experiencia clínica individual y nuestras intervenciones comunitarias, buscando aquello psicoanalítico que tiene relevancia para las temáticas de prevención y promoción de salud. En un momento histórico en que se cuestiona al psicoanálisis como herramienta, resulta paradójico constatar cómo hasta en el lenguaje común se han incorporado términos provenientes de la teoría psicoanalítica.

Nosotros buscamos en las teorías psicoanalíticas algunos fundamentos explicativos de una realidad psíquica necesariamente compleja y multi-causal. La paradoja anteriormente citada nos anima a buscar **lo propiamente psicoanalítico** en los contextos de prevención y promoción de la salud. Ese es el objetivo general de nuestro grupo.

En un trabajo anterior<sup>1</sup> nos ocupamos de la revisión histórica y teórico-técnica de los conceptos de prevención y promoción de salud. Allí destacamos que la clásica descripción de **niveles de prevención** realizada por Gerald Caplan, tuvo un gran peso en el desarrollo de éstas ideas. Cuando la OMS definió en **Alma Ata** (1978) la estrategia de **atención primaria de salud** incluyó la **promoción de la salud** dentro de la prevención primaria en el marco de la llamada atención primaria en salud. La promoción quedaba formando parte del primer nivel de prevención de Caplan.

En la **Conferencia de Yakarta** (1997) se alude a la salud como una **inversión** y un **derecho humano básico** para el desarrollo social y económico. La promoción de salud es un elemento esencial en el **desarrollo humano**. En Yakarta, quiero destacarlo, aparece la paz como un componente esencial para el logro de la salud. Estos planteos desbordaron el concepto tradicional y restrictivo de la salud como ausencia de enfermedad y como un asunto de exclusiva incumbencia médica. Hubo dos momentos precursores:

---

<sup>1</sup> González Regadas, E.; Rodríguez Villamil, M.; Sburlati, M. S.; Triaca, M.A: *Psicoanálisis, Prevención y Promoción de Salud. Una viñeta*, Congreso de FLAPAG, Montevideo, octubre de 2000.

- La **Carta de Ottawa**, redactada en 1986, en el seno de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud.
- La **Declaración de Santa Fe de Bogotá** (1992) centrada en la **promoción de la salud y la equidad** frente a la gran proporción de población latinoamericana que no alcanzaba a satisfacer sus necesidades básicas; con grandes desigualdades económicas, ambientales, sociales, políticas y culturales. Todos estos desarrollos posteriores a **Alma-Ata** nos llevan hoy día a distinguir:
  - La **prevención primaria** como la actividad tendiente a identificar riesgos sociales y vulnerabilidades específicas singulares.
  - La **promoción**, sustentada en las fortalezas específicas y la resiliencia que busca el desarrollo de las potencialidades

El **desarrollo humano** –concebido como **salud integral**- es un proceso muy dinámico de desenvolvimiento del potencial humano en el que se adquieren recursos para aprovechar las oportunidades y opciones que ofrece la vida. Es el despliegue de todas las potencialidades que el ser humano posee apoyándose en condiciones favorables para su expresión; proporcionadas por el contexto en que se mueve la persona.

Luego de esta revisión conceptual y teórica nos hemos abocado a considerar cómo Freud incluyó los temas de la prevención en sus escritos llamados pre-psicoanalíticos.

### **Los primeros escritos freudianos. La génesis de la angustia y su relevancia para la Prevención.**

Es en el llamado Manuscrito B (“*La etiología de las neurosis*”) Freud habla de “*la total posibilidad de prevenir las neurosis, así como su total incurabilidad. La tarea se desplaza por entero a la profilaxis*”.

Una primera reflexión que nos merece esta frase es que parecería que Freud, en aquel contexto histórico-cultural pensaba que lo único que se podía hacer desde un punto de vista preventivo estaba en el orden de la **profilaxis o prevención primaria**. Porque una vez instalada la enfermedad no había otros niveles de prevención posibles. También es de señalar que hay en esta afirmación una equivalencia entre la enfermedad psíquica (neurosis) y la enfermedad sexual (lúes, gonorrea, esterilidad), ambas sobrevendrían por la ausencia de relaciones heterosexuales satisfactorias con una pareja estable.

Otra reflexión que se nos ocurre es que la frase citada revela la preocupación de Freud por contribuir desde el punto de vista científico al conocimiento de las causas de un problema social. Una pandemia que, al igual que hoy el SIDA, además de segar vidas humanas estaba asociada en el imaginario social a la práctica de la sexualidad fuera de lo convalidado socialmente.

La afirmación de Freud, en este texto considerado pre-psicoanalítico, es una mirada pesimista con respecto a la cura de las neurosis. En 1893 respondía a la idea de que la angustia emergía como consecuencia de la represión sexual, considerada inevitable por las condiciones sociales y de la vida cotidiana en la Viena y Europa de esa época. Esto, unido a factores que predisponen genéticamente, así como a la confluencia de causas

específicas y concurrentes, era lo que llevaba a la aparición de cuadros psicopatológicos.

Por ése entonces Freud se refería especialmente a la *neurastenia* y a la *neurosis de angustia* y concluía ese manuscrito con una visión escéptica ya que decía: “ *la sociedad aparece destinada a caer víctima de la neurosis incurable, que reduce a un mínimo el goce de la vida, destruye la relación conyugal y arruinan por herencia a la generación entera*”.

Esta visión que parece profundamente escéptica es, sin embargo, habilitadora del psicoanálisis; diferenciándose de otros escepticismos que llevan al bloqueo del pensar e intervenir psicoanalíticamente (del acto y del pensamiento psicoanalítico). La mirada escéptica apunta a plantear una realidad penosa, angustiante para encontrarle caminos posibles de resolución.

Volviendo al planteamiento del Manuscrito B ¿qué entiende él por **angustia**? Aquí no habla del inconsciente, habla de lo corporal, del exceso expresado en lo somático. Acá **lo sexual** es el exceso de tensión sexual. En carta a Fliess, de mayo de 1894, habla del conflicto productor de angustia manejada a nivel neurótico. Muy otra será la concepción de la angustia en 1923 en **Inhibición, Síntoma y Angustia**. Hay que diferenciar entre la angustia señal y la angustia producida por la reactivación del trauma.

## Consideraciones actuales

Pensamos que la angustia es inherente a la condición humana. José Bleger –en el Psicoanálisis- señaló que la conducta humana implica siempre conflicto o ambivalencia. Todo depende de la intensidad y la cualidad con que se experimentan uno y otra. Según Bleger, la angustia es un estado de desorganización que, cuando no es muy intensa y no sobrepasa determinado umbral, “*constituye un elemento altamente positivo en cuanto sirve como señal de alarma, como señal de previsión o anticipación.*”<sup>2</sup>

Observamos que en el modo de relacionarse actual se tiende a un bloqueo del procesamiento de la angustia –que busca sistemáticamente ser negada o evitada-, de la enfermedad y de la muerte. Por momentos –y en determinadas situaciones- el ser humano se vuelve cosa y hay que hacer un trabajo por rescatar su humanidad.

La hipótesis de trabajo freudiana sería que si hay predisposición hereditaria y causas eficientes y concurrentes ¿se da la neurosis indefectiblemente? Freud señala que *la neurosis de angustia estalla entonces tan pronto como el efecto latente del factor específico se suma al efecto de otro influjo nocivo, banal. Este último puede subrogar cuantitativamente al factor específico, pero no sustituirlo cualitativamente*<sup>3</sup>.

Esto tiene que ver con una realidad epidemiológica por un lado; y por otro, con la moral sexual dominante en ésa época y ésa cultura determinada. Para Freud es una certeza que proviene del período histórico que le tocó vivir, pero hoy corresponde poner esta certeza en tela de juicio.

<sup>2</sup> Bleger, J.: *Psicología de la Conducta*, Buenos Aires, EUDEBA, 1963, p.155.

<sup>3</sup> Freud, S.: *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia* en *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, p. 106.

¿Es posible *prevenir la angustia desorganizadora*? En los planteos freudianos aparece la angustia cuando hay insatisfacción sexual. En un planteo actual acerca de si la angustia puede o no puede prevenirse, vemos que en algunos casos esto no es posible. Por ejemplo, cuando ocurre un hecho de la vida real que pone simultáneamente en movimiento algo interno; o cuando sucede un hecho traumático en el mundo externo. Pero se pueden *prevenir desarrollos patológicos* con alguna forma de intervención. Por ejemplo, es el caso de la tarea preventiva en el área materno-infantil. Esta labor es posible en diversas situaciones donde hay un conflicto identificable. Otro caso es el de los pacientes terminales.

Cuando Freud está en el estadio final de su enfermedad cancerosa, evitan decirle la gravedad que ella tiene. En una carta de ése período a Marie Bonaparte, le escribe: “*Se ha intentado sumirme en una atmósfera de optimismo: el cáncer está disminuyendo, las manifestaciones reactivas son pasajeras. No lo creo y me disgusta ser engañado.*”<sup>4</sup> A propósito de esto pensamos que los acompañamientos de pacientes terminales deben incluir esta dimensión específicamente humana relacionada con *promover el pensamiento ligado a los afectos y valores*.

Kohut señala la necesidad de la persona que se está muriendo de alguien que lo acompañe en una función de espejo, como fue la madre en el momento inicial de la vida. Alguien a su lado que le haga sentir que es valiosa para otro y por eso lo está acompañando.

Es algo que se pudo hablar, tramitar y de promoción del desarrollo de fortalezas. Kohut dice que los sujetos **resilientes** ponen en juego aspectos del narcisismo del vínculo temprano: “*Algunas personas tienen una enorme resiliencia a pesar de los reveses externos. Pero nadie tiene una resiliencia a toda prueba*”.<sup>5</sup>

## **Resiliencia, fortaleza yoica, dominancia yoica.**

Entre los aspectos que sostienen al yo estaría la *resiliencia* que, en física, significa capacidad de rebotar; no en el sentido de ir y venir sino de resistir un golpe. Dentro del Psicoanálisis se habla de *fortaleza yoica* ¿será esto lo mismo que resiliencia?

La resiliencia, tal como nosotros la concebimos psicoanalíticamente, tiene un anclaje en el inconsciente, en los cuidados tempranos, en la existencia de un medio lo suficientemente bueno, en lo transgeneracional y en el desarrollo de un sentido y prueba de la realidad adecuados.

La Psicología del Yo norteamericana popularizó, en la post Segunda Guerra Mundial, el concepto de fortaleza yoica. Por tal entendía un yo bien integrado, con una elevada capacidad de síntesis y de tolerancia a la angustia proveniente del Ello y con un sentido y prueba de la realidad bien desarrollados.

Esta fortaleza yoica difiere del concepto propuesto por Kohut de *dominancia yoica*. Hay dominancia yoica cuando, en la metáfora freudiana del jinete y la cabalgadura utilizada

---

<sup>4</sup> Schur, M.: *Sigmund Freud. Enfermedad y muerte en su vida y obra*, Barcelona, Paidós Ibérica, Tomo II, p. 764, 1980.

<sup>5</sup> En Elson, M: *The Kohut Seminars on Self Psychology and Psychotherapy with Adolescents and Young Adults*, New York, Norton, 1987, p. 65.

en *El yo y el ello*, es el yo quien conduce a la cabalgadura sin dejar de reconocer la fuerza y autonomía relativa que ella puede tener. La dominancia yoica es un proceso altamente dinámico –que estaría reflejando el grado de salud e integración del *self*- que varía según las circunstancias y el inter-juego entre el mundo interno y la realidad externa.

## Prevención ¿de qué?

Cuándo prevenimos, ¿qué estamos previniendo?

Pensamos que los efectos desestructuradores de la angustia patológica sobre los individuos, las familias y los grupos. En una primera aproximación diríamos que buscamos que el conflicto entre instancias y con la realidad externa pueda tramitarse sin volverse rígido; dando así lugar a la aparición de psicopatología.

**La prevención primaria** guarda relación directa con las representaciones –concientes e inconcientes- dominantes de la época; por consiguiente, es importante explorar, en equipo, la construcción del imaginario social y sus efectos sobre la organización del aparato psíquico, tanto individual como grupal.

En otro trabajo <sup>6</sup> uno de nosotros planteó la hipótesis de que **prevenimos la puesta en juego de vulnerabilidades específicas -en el sentido psicoanalítico-** que se tornan manifiestas ante determinadas coyunturas sociales, familiares y personales en condiciones histórico-culturales determinadas. Esto lo relacionamos con la **ecuación etiológica** o **series complementarias** <sup>7</sup> a las que Freud se refiere, ya que hay siempre una multi-causalidad en la que confluyen factores necesarios y suficientes. Nuestro enfoque tiene en cuenta el mundo interno del sujeto o grupo de sujetos; así como el contexto donde se desenvuelve la interacción entre ambos (mundo interno/mundo externo) y las zonas de conflicto identificables. Por lo tanto, las **vulnerabilidades inconcientes específicas** son distintas a los *factores de riesgo* a los que se alude desde un enfoque epidemiológico, poblacional. Tanto hablar de *factores de riesgo* como de *protección* es estar hablando desde otro discurso que no es el psicoanalítico y con el cual –en prevención primaria- tenemos que dialogar para enriquecernos recíprocamente. Las **vulnerabilidades inconcientes específicas** tienen que ver con hechos traumáticos recurrentes en nuestra historia (la sabida pero también la no sabida); con la historia de la familia y con todo aquello que –transgeneracionalmente- viene transmitido por vía inconciente. El afrontamiento (*coping*) de éstas vulnerabilidades inconcientes específicas, guarda relación con los **apuntalamientos** (concepto trabajado psicoanalíticamente por René Kaës<sup>8</sup>) disponibles para el sujeto por parte del grupo, la institución y la sociedad.

<sup>6</sup> Ver González Regadas, E.M.: *Comunidad Terapéutica y Trastornos Duales*, Montevideo, Psicolibros, 2001.

<sup>7</sup> Freud, S.: *A propósito de las críticas a la neurosis de angustia*, en *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, página 120.

<sup>8</sup> Kaës, R.: *Apuntalamiento y estructuración del psiquismo*, Buenos Aires, Revista Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tomo XV, No. 34, 1991, páginas 23-45.

El concepto de **afrentamiento** va en la misma línea que el de la **resiliencia**: toda persona resiliente se apoya en un vínculo significativo afectivamente (real y/o fantasmático) que tiene siempre a su disposición.

### **Representabilidad o no del conflicto. El cuerpo.**

¿Qué pasa cuando un conflicto no es representable y por lo tanto no aparece como conflicto sino como algo somático? *Neurastenia*, decía Freud; *estrés*, se dice hoy. Estaríamos en lo que él llamó **conflagración**: hay huellas sólo en lo somático, en lo corporal, pero no hay una *representación* –conciente o inconsciente- de algo conflictivo. Freud decía, empleando una metáfora psico-económica, que solo cuando aumentaba el dolor y llegaba éste a un cierto umbral es que aparecía la representación. Esto es muy importante por que las patologías más frecuentes hoy en día son las que eluden el pasaje por el registro psíquico: la violencia, la actuación compulsiva, los distintos pasajes al acto y las somatizaciones. Todos ellos trasuntan una **a-simbolia** o **a-representabilidad** psíquica. Esta a-representabilidad sería, para nosotros, una vulnerabilidad inconsciente específica que es necesario identificar. Concomitantemente habría que explorar los apuntalamientos/resiliencias y ver el equilibrio relativo de unos y otros en un interjuego dinámico. Una intervención psicoanalítica posible es identificar lo que puede o no representarse y crear una situación de seguridad afectiva tal donde puedan **construirse condiciones para pensar** (para **desplegar un mundo de representaciones** y afectos significativo, más allá del acto y la puesta en escena del cuerpo).

### **La dimensión institucional en la tarea preventiva**

Como decía Maud Mannoni<sup>9</sup> del psicoanalista que trabajaba en instituciones: si el psicoanalista no se ocupa de la institución, ella se va a ocupar de él.

Las intervenciones preventivas desde lo institucional ponen en juego a la institución, su normativa instituida y sus atravesamientos; así como lo que se conoce como *el sufrimiento institucional* de los integrantes de los equipos de prevención y su *burn out*. Muchas veces lo instituido en el espacio institucional es generador de intensos conflictos y **conflagraciones** –al decir de Freud. La **conflagración** aparece cuando se pone en juego lo corporal (la probabilidad de daños al cuerpo biológico y los efectos emergentes de ésta perturbación). Existe un fenómeno institucional donde se generan grupos de poder que realizan acciones que no están centradas en el objetivo institucional manifiesto o –lo que es aún peor- lo contradicen flagrantemente. Cuando hay un escaso –o directamente, no hay- un análisis de la violencia institucional, con pocas o ninguna hipótesis acerca de cómo ésta se genera, así como el desconocimiento de sus efectos, esto tiene una incidencia directa de las acciones de promoción de salud y de prevención de disfunciones o patologías. Es importante analizar los mecanismos institucionales y su funcionamiento, concomitantemente con las intervenciones preventivas o de promoción de salud para rescatarse de las situaciones de conflagración.

La dimensión institucional –al igual que las intervenciones de prevención que realizan los equipos institucionales- ponen en marcha mecanismos transfero-

<sup>9</sup> Mannoni, M.: *El psiquiatra, su loco y el Psicoanálisis*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Argentina, 1976.

contratransferenciales que son parte constitutiva de las intervenciones y que deben ser identificadas y tenidas en cuenta si estamos trabajando psicoanalíticamente. Todo esto supone, por cierto, la utilización de encuadres y dispositivos acordes con la tarea a realizar.

## **Psicoanálisis de los procesos colectivos, prevención y promoción de salud**

Postulamos que hay un lugar específico para el Psicoanálisis en el campo de la prevención. ¿Cuál lugar? Uno de los aportes básicos es la identificación de las **vulnerabilidades inconscientes específicas** que tiene un grupo humano, una familia y/o una institución.

Nos referimos a vulnerabilidades en tanto constituyen aspectos que conllevan riesgos de diverso tipo. Específicamente, en el campo de la salud mental, se pueden identificar factores que desorganizan y promueven la desconexión de la vida psíquica:

- la incapacidad para tramitar conflictos a través de una cadena asociativa;
- la imposibilidad de dar representaciones a situaciones traumáticas, problemáticas, conflictivas, etc.
- La ausencia de espacios de mentalización porque lo que se ha puesto en juego son angustias de fragmentación muy temidas y/o actos que cortocircuitan el registro de lo representable psíquicamente.

Volveremos sobre este punto con un ejemplo.

Decimos que estas **vulnerabilidades** son **inconscientes** ya que los sujetos, grupos o instituciones involucradas **no reconocen estos aspectos** (de fragilidad y de falta de capacidad de elaboración psíquica) operando dinámicamente a lo interno de sí y en su relación con los demás; con la historia, la cultura y con proyección de futuro.

Lo que **acrecenta los riesgos** es la falta de disponibilidad por parte del/los sujeto/s de estos aspectos no visibles, inconscientes, pero igualmente operantes. Para anticipar un futuro donde los condicionamientos y limitantes emergentes de estas fragilidades (la negación, la desmemoria, la represión) tengan menos incidencia, es necesario identificarlos, reconocerlos, aceptarlos e incluirlos en la cadena asociativa junto a aquéllos otros que los contrapesan (los mecanismos de afrontamiento, de tramitación de los conflictos, de reparación y sublimatorios).

Enfatizamos, además, que éstas **vulnerabilidades inconscientes son específicas**; vale decir que **son propias de un sujeto en un momento dado de su historia, de su coyuntura personal, familiar y social y no de otro**. Y además con el sentido agregado de volverlo susceptible a una determinada noxa. En el caso del psicoanálisis, decimos que son **vulnerabilidades ante los conflictos inconscientes**. Son dinámicas, cambiantes, no quedan fijadas salvo cuando la compulsión repetitiva – por falta de contacto y trabajo psíquico con estos aspectos – se hace cargo de reiterarlos una y otra vez. Cada grupo humano, al igual que cada individuo y cada familia en diferentes momentos de su devenir histórico, desarrollan vulnerabilidades inconscientes que

responden a determinadas situaciones que deberíamos poder identificar para luego intervenir desde el Psicoanálisis.

## Una ilustración

Vamos a presentar una intervención psicoanalítica en el campo de la prevención del consumo de sustancias adictivas. A partir del ejemplo veremos qué puede aportar lo que llamamos **psicoanálisis de los procesos colectivos**, a la implementación de acciones grupales y preventivas.

Como parte de una tarea de prevención con adolescentes que cursaban el 4° año del ciclo de enseñanza<sup>10</sup> secundaria en 40 centros de enseñanza de Montevideo (Uruguay), se administró un cuestionario para evaluar el efecto que sobre ellos, **en particular** – en ése momento – y en ése colegio; estaba teniendo una campaña publicitaria para evitar el consumo de drogas. La campaña se realizaba a través de medios masivos de comunicación (diarios, televisión y radios). Lo mismo se hizo con los docentes y padres de ésos alumnos a los que se les formularon las mismas preguntas sobre cómo veían dicha campaña; qué pensaban acerca de su continuidad; si era adecuada o no.

Respecto a los aspectos formales de la campaña (horario; tipo de *spot* utilizado; el mensaje escrito transmitido) hay un 66% de los padres que deseaban que el *spot* publicitario “se acabara cuanto antes”; a pesar de que el 100% de ellos estaba de acuerdo con el propósito de dicha campaña y con su continuidad.

Hay otros aspectos llamativos: Para el 67% de los encuestados la publicidad “suscita interés”, pero se le presta “escasa atención”. Es destacable que si bien el 77% de los encuestados reconoce que la campaña les “informa”, llamativamente señalan que no plantea “contenidos fundamentales”, ni “sensibiliza”.

¿Qué lectura “preventiva” podemos hacer desde el psicoanálisis respecto a las vulnerabilidades inconscientes específicas que ponen en evidencia estos datos contradictorios? (Lo inconsciente está en las contradicciones detectadas).

En primer término; estas “contradicciones” aparecen en las respuestas de los padres. (Además de los 114 padres, respondieron voluntariamente 94 alumnos y 30 docentes.)

¿Qué hipótesis de trabajo podemos formularnos acerca de lo que esta temática del consumo de sustancias provoca en el inconsciente de estos padres? **Hay algo que se ve y escucha, pero que no se desea verlo ni oírlo.** Se detecta un problema en la comunicación entre éstos padres y sus hijos. Es allí donde se centra el mensaje publicitario que dice “una oportunidad más de diálogo que se perdió” y muestra a un padre -o una madre- viajando en silencio con su hijo -o hija. Pensamos que lo visto allí por los padres encuestados es tan angustiante que lo rechazan y luego lo racionalizan diciendo que no plantea “contenidos fundamentales”; “no sensibiliza” y promueve “escasa atención”.

Si nuestra hipótesis de trabajo es útil, el psicoanálisis descubre que hay un grupo de padres (114 respuestas de un total de 400) que **específicamente vulnerables, en su inconsciente, a esta problemática que les genera conflictos y los niegan.** Esto da elementos para que un equipo multidisciplinario de prevención encare sus actividades teniendo en cuenta dichas consideraciones. Por otra parte, habilita a realizar a partir de

---

<sup>10</sup> Una media de 15 años.

estos datos, intervenciones preventivas y promotoras de salud, esclareciendo los factores inconscientes puestos en juego en ése grupo específico.

La contradicción manifestada en los resultados de la encuesta sería el perfil manifiesto de las vulnerabilidades inconscientes que están actuadas en lo no-dicho, aludido en el *spot* publicitario. Hay un ataque al proceso de comunicación que conspira contra los procesos de desarrollo humano. Una intervención psicoanalítica con esos 114 padres se refiere a **organizar grupos para trabajar los mecanismos de negación identificados por la vía de las contradicciones de ellos en sus respuestas.**

Sin dejar de tener en cuenta las vulnerabilidades específicas vamos a desarrollar, nuestra tarea buscando el contrapeso de los **factores protectores** (la capacidad reparadora, de sublimación, de afrontamiento de los conflictos; de apenarse sin deprimirse). Vale decir que se abren posibilidades para una serie de intervenciones:

- Una de ellas será ver éstos aspectos inconscientes en un grupo que no tiene un objetivo terapéutico sino mejorar la calidad de vida y promover el desarrollo humano.
- Examinar “la comunicación fallida” -aludida en los mensajes publicitarios- como eje disparador de fantasías y organizador de los intercambios del grupo.
- Cómo desarrollar fortalezas y resiliencias frente a lo temido inconsciente.

Resumimos los pasos dados en esta ilustración que son aplicables a otros casos:

1º- Identificamos el problema: cómo operan en la situación concreta los mecanismos inconscientes.

2º- Planteamos intervenciones psicoanalíticas grupales donde se van a desplegar unos y otros mecanismos, poniendo énfasis en los recursos yoicos disponibles por ese grupo humano para afrontar estas situaciones problemáticas y promover la salud.

3º- A punto de partida de estas intervenciones, es posible programar una campaña de enfoque poblacional. Esta programación debe tomar en cuenta que cualquier mensaje, por adecuado que sea en su formulación explícita, genera resistencias inconscientes a lo dicho. Razón por la cual es el propio grupo el que debe producir (en un proceso de apoderamiento) los mensajes apropiados para la tarea preventiva y de desarrollo humano.

El aporte fundamental del **psicoanálisis de los procesos colectivos** será evidenciar las resistencias que el grupo tiene frente al propio deseo consciente que lo anima a participar en la tarea. Poner de manifiesto las contradicciones que quizás un análisis estadístico invalidaría, pero que desde una óptica psicoanalítica reivindicamos como válidos ya que ponen en evidencia la escisión propia del ser humano.