

Contratransferencia y agotamiento profesional con infantes y adolescentes con discapacidad neurológica

Countertransference and professional burnout with children and adolescents with neurological disabilities

Por Graciela Broquaⁱ

RESUMEN

El concepto de contratransferencia ha excedido los ámbitos psicoanalíticos y puede ser comprendido y vivido por terapeutas de diversas especialidades. Pero particularmente en el trabajo con infantes y adolescentes con discapacidad neurológica es vivido en otros formatos, como contratransferencia ante las familias de pacientes o ante grupos de pacientes. Incluso, cuando se trabaja en equipo interdisciplinario, varios profesionales de diferentes disciplinas pueden tener reacciones contratransferenciales similares ante un mismo paciente que atiende cada terapeuta por separado. Por otro lado, la población con diversidad funcional neurológica presenta características que ponen a sus terapeutas en riesgo de presentar agotamiento profesional. El objetivo del presente artículo es identificar las causas del agotamiento en los profesionales que atienden esta población y proponer estrategias para evitarlo, detectarlo a tiempo y manejarlo antes de llegar al *burn-out*.

Palabras clave: Contratransferencia, Agotamiento profesional, Discapacidad neurológica, Infantes, Adolescentes.

ABSTRACT

The concept of countertransference has transcended psychoanalytic settings and can be understood and experienced by therapists from a variety of specialties. However, particularly in work with children and adolescents with neurological disabilities, it is experienced in other formats, such as countertransference with patients' families or with groups of patients. Even when working as an interdisciplinary team, several professionals from different disciplines may have similar countertransference reactions to the same patient, whom each therapist sees separately. Furthermore, the population with neurological disabilities presents characteristics that put their therapists at risk of professional burnout. The objective of this article is to identify the causes of burnout in professionals who care for this population and propose strategies to prevent it, detect it early, and manage it.

Keywords: Countertransference, Professional burnout, Neurological Disability, Children, Adolescents.

ⁱUniversidad de Buenos Aires (UBA). Facultad de Psicología. Doctoranda en Psicología y Musicoterapeuta, UBA. Universidad Tecnológica Nacional (UTN). Profesora en Docencia Superior en la especialidad Musicoterapia. Universidad Abierta Interamericana (UAI). Magister en Tecnología Educativa, UAI. Buenos Aires, Argentina. E-mail broquagraciela@psi.uba.ar

Introducción¹

“el afecto que se experimenta en el acto clínico,
en esa intimidad con el niño, no deja de con-moverme.”
Esteban Levin. *Discapacidad y educación. Los niños del espejo*.

Actualmente la contratransferencia como concepto ha cruzado las fronteras del psicoanálisis. En equipos interdisciplinarios, terapeutas que no pertenecen al campo de la Psicología, entienden que hay respuestas ante el vínculo con sus pacientes que, por su carácter de inconscientes, no pueden manejar. Si bien en 1967 fue definida como el “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” por Laplanche y Pontalis (1967, p. 84), hoy la contratransferencia constituye un fenómeno entendido por terapeutas de diversas disciplinas. Por esta razón aquí haremos referencia a la contratransferencia vivida por diferentes terapeutas (no solo del ámbito de la Psicología) y ante variantes en las situaciones. Como es habitual que un sujeto con discapacidad o diversidad funcional (Palacios y Romañach, 2007) concorra a varios tratamientos, visualizar que no es una vivencia exclusiva de analistas permite comprender situaciones percibidas por todo el equipo profesional.

La contratransferencia podría generar en cada terapeuta sentimientos variados: rechazo, impotencia, compasión, asco, etc. Estos sentimientos pueden ser producidos por tres procesos que, incluso, podrían superponerse: la neurosis del terapeuta, el contagio afectivo o la empatía. Por ser tan personales se vuelve tan importante que cada terapeuta pueda identificarlos (Cantis, 2020). Porque si algo atraviesa la coraza del terapeuta éste podría paralizarse.

De este modo, ciertas respuestas contratransferenciales podrían dar cuenta de un agotamiento profesional, un desgaste frente al sufrimiento psíquico. En el campo de la discapacidad el riesgo de desgaste es mayor debido al trabajo con el desvalimiento corporal, con subjetividades arrasadas, pasivas o al intento de no caer en la lástima, que obstaculizaría los tratamientos (Cantis, 2020). Si este agotamiento superara el estrés, podría llegar a un síndrome de *burn-out*, en el que se afecta directamente la identidad profesional (Giberti, 2001, citado por Cantis 2020).

La contratransferencia con infantes y adolescentes con diversidad funcional

El trabajo con personas con diversidad funcional o discapacidad de origen neurológico involucra la limitación real, física. Pero, en particular, si nos enfocamos en la población de infantes y adolescentes, enfrentaremos diagnósticos como anomalías congénitas, de origen genético (síndromes de Down, de X frágil, de Rett), parálisis cerebral, mielomeningocele, malformaciones, deformaciones, etc. Encontraremos funciones o habilidades que nunca antes han logrado, aunque puedan o no alcanzarlas. Esto distingue a quien perdió la marcha de quien

nunca la adquirió, o a quien perdió el lenguaje verbal de quien nunca lo desarrolló. Otra circunstancia específica del trabajo con infantes es que los daños que reciben en el cuerpo durante su primera infancia le suman gravedad ya que influyen en la formación de su imagen corporal, la cual se constituye necesariamente gracias al movimiento del pequeño (Békei, 1981).

Del mismo modo que la familia vivencia un impacto al recibir la noticia de la discapacidad de uno de sus integrantes (Cantis, 2020) también hay un impacto estético en los otros que observan a la persona con discapacidad. Y el terapeuta mediante sus sentidos recibirá información con la que construirá su percepción personal, subjetiva, teñida por su historia, sus vivencias, sus connotaciones. Esta información es abundante, se recibe de manera repentina y, por lo tanto, podría generar otro impacto en el terapeuta. Este impacto estará atravesado por parámetros culturales que establecen pautas acerca de la normalidad, la belleza, la salud y lo bueno en su contexto social. Cuando la discapacidad afecta más a las formas, a lo que se escucha, a lo que se ve, a lo que se huele, influye en el modo en que se catectiza a ese infante. Si la imagen que alguien (en este caso, terapeuta) tiene acerca del esquema corporal (Dolto, 1968) de otro es disarmónica, se aleja del ideal estético; si no hay simetrías ni armonías apreciables, puede generar un displacer estético. El resultado que esto genere dependerá del posicionamiento de cada terapeuta ante la deformidad y de cuánto de lo siniestro retorne en su psiquis (Cantis, 2020).

Vinculado a esto García Arzeno (1981) menciona que en nuestro entorno sociocultural la fealdad en el rostro es significada como sinónimo de anormalidad. Desde una mirada musicoterapéutica podemos sostener que, además de lo visual, otros sentidos participan en esta percepción de lo anormal. Escuchar sonidos similares a lamentos (aunque la persona con discapacidad los esté empleando para expresar alegría o para cantar) también conforman la percepción de lo bello de quien escucha. Y seguramente el olfato y el tacto puedan involucrarse también en esta construcción integrada de ese otro, ya sea al registrar ciertos olores de secreciones o tocar manos con saliva. Esto podría engendrar en los demás (incluyendo a los profesionales) percepciones de horror, asco o incluso repugnancia. Hasta el equipamiento ortopédico que emplean estas poblaciones podría influir en este impacto al ser elementos externos que envuelven estos cuerpos, otorgando otras formas, otras texturas, otros colores. Cuerpos que se integran a partir de la mirada de los otros, otros que tras esa mirada construyen juicios de valor, que juzgan qué es bello. Schorn (2005) rescata cómo las miradas de los otros ubican al niño en un estado público como contraposición a un estado de intimidad.

El otro puede registrar la apariencia y percibirla como monstruosidad, sostenida no solo por el aspecto sino también por la característica de estar vivo. En relación a esto Levin menciona a Foucault (2001, citado por Levin, 2003) al expresar que la figura del monstruo une lo que es imposible con lo que está prohibido. Así, la diversidad funcional física refleja aquello que es excepcional y esa es

la razón principal por la cual se la intenta corregir desde el modelo médico rehabilitador o del Paradigma de la Rehabilitación (Cantis, 2020).

Un ejemplo en relación a esta percepción del terapeuta, es una experiencia ocurrida en la entrevista de admisión laboral a una institución dedicada a la diversidad funcional múltiple. Parte del equipo interdisciplinario (kinesióloga, fonoaudióloga y psicopedagoga) entrevistaron a una terapeuta postulante al cargo. Después, una fonoaudióloga la llevó a recorrer la institución ingresando a cada sala para conocer a cada paciente y que la postulante viera la población a la que se enfrentaría antes de aceptar el puesto “por si le impresionaban”. Este detalle muestra la postura contenedora de la institución, y da cuenta de cómo, profesionales que no eran psicólogos, registraban la importancia del impacto, y de sus posibles efectos contratransferenciales en la terapeuta que se incorporaría al equipo.

Una característica que aparece con frecuencia en la discapacidad es lo que Cantis (2020) llama ritmo lentificado. Este autor refiere a conductas monótonas, a discursos aletargados, a sujetos que pueden entrar en un estado de sopor. Desde la musicoterapia se interpreta esto como una modalidad expresiva. Si analizáramos descriptivamente esos discursos sonoros (Broqua, 2020b), hallaríamos sonidos con intensidades bajas, con posibles aumentos abruptos sorpresivos de intensidad, discursos sonoros discontinuos (interrumpidos por largos silencios que los fracturan) y con densidades cromométricas bajas, es decir, sonidos sucesivos muy distanciados en el tiempo uno del siguiente. En relación a estos ritmos, Maldavsky (1992) refiere que la desestimación del sentir desemboca en la anulación de la vitalidad anímica propia. Y que esto da cuenta de una falla en la construcción de ritmos primigenios y sus puntos de encuentro entre la vida pulsional y los estímulos que le brinda el contexto. Este autor señala que la desestimación del sentir debe ser investigada con más profundidad, pero aun así, es una hipótesis para pensar estos fenómenos.

Vinculado a esto aparece la pasividad. La pasividad afecta numerosas posibilidades, como pueden ser la mirada hacia sí mismo, hacia el entorno y hacia el otro; la atención; la escucha; la exploración del propio esquema corporal y, desde allí, la construcción de la imagen corporal (Dolto, 1968). Desde otra perspectiva, Soro-Camats, Basil y Rosell (2012) sostienen que la pasividad es una característica propia de la discapacidad múltiple. Según estas autoras esta pasividad es aprendida por esta población debido a que recibe asistencia continua para todas las actividades de la vida diaria. Los niños ya no tienen motivos para intentar ninguna acción ya que otros realizan todas las acciones en su lugar. Cantis (2020) plantea que cuando en los infantes que han atravesado un riesgo de muerte aparece la tendencia a bajar los brazos, o un estado de somnolencia repentino, estas conductas podrían dar cuenta de esos riesgos de muerte que retornan. La pasividad se suma al ritmo lentificado en la vorágine de esta sociedad. Estos infantes y adolescentes requieren de tiempos más prolongados para actuar, tiempos que, si sus

interlocutores no tienen la paciencia de brindárselos, no les permitirán mostrar lo que pueden hacer.

La siguiente experiencia graficará este punto. Una institución privada ofrece tratamientos interdisciplinarios para infantes y adolescentes con neuropatologías desde hace décadas. Hace 20 años el ritmo institucional era activo: ofrecían sistemas de Comunicación Alternativa Aumentativa (CAA), realizaban talleres lúdicos adaptados, encuentros para padres sobre problemas afines a la discapacidad, tenía pileta cubierta, Terapia Asistida con Animales (TACA), se abrió un espacio vecino para Equinoterapia, los profesionales se capacitaban para brindar más alternativas (Integración Sensorial, Hidroterapia, CAA, TACA), etc. Pero la participación de familias y pacientes en la institución se reducía, manifestando los ritmos lentificados de toda la población institucional. Al respecto, Cantis (2020) manifiesta que en ocasiones las familias de infantes y adolescentes con diversidad funcional entran en ese estado de monotonía de sus hijos. Incluso sus hermanos pueden manifestar una afectación del quimismo pulsional y mostrar un debilitamiento de su energía, que reduce sus posibilidades de concretar proyectos y de disfrutar de experiencias de vida. Así, en esta institución surgieron sentimientos de impotencia en los terapeutas a partir de los obstáculos aparecidos en los abordajes terapéuticos (Maldavsky, 1992). Paulatinamente los profesionales dejaron de proponer alternativas, de insistir o de invitar. De este modo, año tras año se redujeron las propuestas debido a la poca población que las aprovechaba: se quitó la pileta, se dejó de mantener el establo y aún hoy se siguen reduciendo. Estas decisiones se tomaron a partir de un agotamiento profesional grupal, la manifestación de un contagio afectivo entre terapeutas. La contraidentificación del profesional ante la atmósfera del paciente y su familia puede generar ansiedad, dolor o violencia en los terapeutas.

Para Cantis (2020) la clínica de la discapacidad debería enfocarse en un objetivo terapéutico principal, que consiste en despertar la somnolencia, despertar a lo psíquico, sacar al sujeto de su situación de sopor, de su apatía. Despertar a lo vital de cada persona con diversidad funcional. Pero para que cada terapeuta pueda llevar a cabo esta tan demandante tarea debe asegurarse de detectar la singularidad de cada individuo y no caer hundido en su sopor.

Marisa Rodulfo (1986) describe a los trastornos narcisistas no psicóticos (entre los cuales podremos encontrar infantes y adolescentes con discapacidad), y manifiesta que estos sujetos presentan una constante dependencia respecto de un adulto. Se observa una limitación en la producción de imágenes. Ante estos casos, ese terapeuta que debe estar siempre presente, atento a la constante demanda, prestando su cuerpo y su subjetividad, se encuentra en riesgo de agotamiento profesional.

Agotamiento profesional: manifestaciones y causas

La contratransferencia puede manifestarse en los terapeutas de diferentes maneras. Algunas de estas respuestas pueden ser la aparición de insomnio o cansancio físico, taquicardia, mareos, o alergia repentina. Y delante del paciente puede aparecer somnolencia o respuestas con furia contra el paciente. La somnolencia ante pacientes incluye bostezos en los que se vinculan abulia y apatía del profesional ante la dificultad de libidinizar al sujeto. Por otro lado, las reacciones con furia pueden surgir como *acting* frente a la pulsión de muerte.

En quienes atienden la diversidad funcional el desgaste profesional es más habitual por diferentes razones: el impacto que cada discapacidad imprime en cada terapeuta, los desafíos que le exigen, la mayor o menor adherencia de cada paciente a sus distintos tratamientos, las limitaciones en los avances terapéuticos, etc. Es una tensión que los profesionales experimentan constantemente ante el sufrimiento, ante la cronicidad o ante el dolor de otros (Figley, 1995, citado por Cantis, 2020).

La cronicidad y los tratamientos prolongados podrían vincularse a una causa de este agotamiento. En relación a esto, la situación argentina tiene particularidades. Al ser la Argentina uno de los estados firmantes de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006), garantiza la atención de su salud. Y con el Certificado Único de Discapacidad (LPD. DIDMECD 27269, 2016) quienes tienen diversidad funcional crónica tienen aseguradas sus terapias de por vida. Esto puede generar procesos terapéuticos que pueden durar muchos años con un mismo terapeuta o en una única institución.

Si no se lo manejara a tiempo, el agotamiento profesional podría derivar posteriormente en un síndrome de *burn-out*, y, más que la cronicidad de los pacientes, una de sus causas podría ser la falta de soporte de la institución que nuclea al equipo para cuidar a los profesionales. Por eso Albert y Gaulejac (1993, citado por Cantis 2020) lo caracterizan como una patología vinculada a la idealidad. En mi opinión este ideal puede surgir de terapeutas o de instituciones que exigen a sus profesionales ciertos logros en condiciones inadecuadas.

Cantis (2020) plantea el riesgo de que los terapeutas caigan en el carácter de excepción. Este concepto identifica a una actitud de la persona con discapacidad y/o su familia a partir de la cual creen tener más derechos que otros. El autor advierte que si los profesionales caen en el carácter de excepción y pasan de un estado de lástima por sus pacientes o sus familias a uno de autolástima, esto haría fracasar el proceso de empatía. Y a su vez, esto muestra signos de agotamiento profesional aunque no sea abiertamente manifiesto.

También podría causar agotamiento la atención de infantes y adolescentes con diversidades funcionales múltiples severas: poseen diferentes déficits superpuestos que originan varios impedimentos simultáneos, o presentan un cuadro de gran severidad que afecta distintas áreas (Soro-Camats *et al.*, 2012). Esta población

encuentra tantas barreras que podrían constituir grandes desafíos para la atención profesional. Por esto le dedicaremos un apartado.

Diversidades funcionales múltiples severas o retos múltiples severos

La discapacidad múltiple severa, o diversidad funcional múltiple severa merece un desarrollo aparte debido a los desafíos que suponen para sus terapeutas. Encontrar las potencialidades de un paciente para progresar en su tratamiento se dificulta cuando aparece un cuadro muy severo o cuando se superponen diversos déficits, como dificultades motoras, sensoriales, cognitivas y emocionales (Light y Mcnaughton, 2015) que impiden el avance en varias áreas del tratamiento simultáneamente (Broqua, 2020b).

Como otras discapacidades, esta población se encuentra en aumento debido a los avances en ciencia y tecnología aplicados a la salud de las últimas décadas. Estos adelantos permiten la supervivencia de infantes en riesgo de muerte que años atrás no habrían sobrevivido, pero hoy viven con secuelas, como por ejemplo, parálisis cerebral (Larguía *et al.*, 2000). En algunos países de Latinoamérica se utiliza el concepto de “retos múltiples” para identificarlos. Pero este término, en lugar de delimitar sus características, se refiere a quienes atienden a esta población, ya que define los desafíos que encuentran los profesionales al trabajar con ellos (Broqua, 2020b, Farías Serey y Cerebello Poblete, 2019; Ministerio de Educación de Chile, 2013). Entendemos que, dada la gran limitación clínica, las posibilidades que estos infantes y adolescentes tengan de avanzar en cualquiera de sus tratamientos estarán vinculadas directamente a cuestiones contratransferenciales con sus terapeutas.

Ante esta población sus terapeutas deberían centrarse en pequeños detalles y lograr entrever un sujeto más allá de la organicidad limitante. Cuando sus sonrisas apenas se esbozan, cuando sus voces no llegan a ser llamados, cuando sus movimientos son leves y no se completan, es el profesional quien debe crear escenas en las que exista algo diferente, más allá de la discapacidad (Levin, 2003).

En el plano sonoro estos sujetos se expresan con sonidos mínimos, a veces muy cortos, con intensidades bajas, o con ataques paulatinos, que no son fácilmente escuchados y requieren encuadres muy silenciosos para ser registrados no sólo por el otro-terapeuta, sino incluso por ellos mismos, para reconocerse generadores de esos sonidos, entender que portan el poder de hacerse oír (Broqua, 2009). Pero además de la limitación clínica de cada paciente aquí intervienen eventos físicos externos a cada sujeto, como por ejemplo, el enmascaramiento. Este es un fenómeno psicoacústico a partir del cual otros sonidos, simultáneos a la producción del paciente pero que son externos a él y se escuchan en el ambiente, podrían ocultar por completo sus expresiones sonoras para el oído humano. Esto depende de una combinación entre el timbre, el registro y la intensidad de los sonidos

producidos por el sujeto y los de los sonidos ambientales que suenan en ese preciso momento (Basso, 2006). Por lo cual, sin un encuadre silencioso sin interferencias sonoras, las expresiones de ciertos pacientes podrían simplemente no escucharse.

Satinosky (2006) habla de la posible frustración del terapeuta. Plantea que en el tratamiento de personas con patologías severas las limitaciones en el potencial del paciente podrían generar frustraciones en el profesional que lo atiende. Para evitarla propone registrar inmediatamente estas situaciones y desplegar la atención flotante de manera que no generen consecuencias indeseables en el proceso terapéutico. Tanto la constante búsqueda de potencialidades no evidentes en sus pacientes, como el sostén de la atención a respuestas sutiles y el intento de generar encuadres silenciosos, podrían generar agotamiento profesional.

Reacciones contratransferenciales ante familias de pacientes

A diferencia de lo que sucede con otras poblaciones, durante el trabajo con infantes y adolescentes con discapacidad la participación de la familia es un factor central. E incluso, así como podrían aparecer conductas resistentes al tratamiento de parte de pacientes, también suelen surgir de parte de sus familias (Broqua, 2023). Dado que depende de su familia, cada infante o adolescente con discapacidad no suele ser quien decide si asistir o no a las sesiones, si llegar tarde, o si avisar o no a su terapeuta al ausentarse. Estas acciones las realiza su familia. Así, muchas reacciones contratransferenciales podrían surgir en su terapeuta en función de lo que realiza la familia del paciente, aunque no sean sus miembros quienes acudan al tratamiento.

Este aspecto se manifiesta claramente en una modalidad de atención habitual en el ámbito de la diversidad funcional: la atención domiciliaria. El tratamiento de un paciente en su domicilio supone un gran desafío en este aspecto, ya que la familia continúa sus actividades cotidianas alrededor del encuadre físico durante la sesión. El encuadre deja de ser neutral. En estos contextos, interferencias, situaciones, sonidos o actitudes de los integrantes de la familia podrían generar reacciones contratransferenciales en el terapeuta. La siguiente viñeta ilustrará la problemática. Una musicoterapeuta derivó a otra un paciente (que atendía en domicilio) por el agotamiento que le generaba evitar interferencias familiares en sus sesiones. Pero justamente por esto, la derivación tenía la condición de que la terapeuta que lo recibía no lo atendiera en domicilio. El resto del equipo terapéutico (tanto quienes lo atendían en domicilio como quienes lo veían en consultorio) confirmaron que la atención domiciliaria tenía características muy inconstantes con cambios de habitaciones e interrupciones permanentes de las sesiones que hacían que ciertos tratamientos no pudieran concretarse en el hogar.

Si el agotamiento profesional no se detectara a tiempo

o no fuera manejado, puede llegar al síndrome de *burn-out*. Herbert Freudemberg hizo este descubrimiento en 1974 al estudiar a personas voluntarias que trabajaban con sujetos con dificultades de adicciones en Estados Unidos. Los síntomas del profesional quemado o desgastado son deshumanización, problemas conductuales, agotamiento emocional y falta de realización personal (Cantis, 2020).

¿Hay una contratransferencia grupal?

En muchas ocasiones, debido a la complejidad o severidad de los casos o a intervenciones que buscan ser más adecuadas a las circunstancias, algunos infantes y adolescentes con diversidades funcionales múltiples o severas no asisten a establecimientos escolares sino a Centros Educativos Terapéuticos (CETs). En Argentina estas instituciones no dependen del sistema escolar ni del Ministerio de Educación, sino del Ministerio de Salud. Esto les permite adecuar horarios, frecuencia de asistencia e incluso ciclos pedagógicos según las necesidades de la población asistente. Además los CETs poseen en su equipo de trabajo profesionales de la salud, sumados a los de la educación e incluyen tratamientos, ya sea en formatos individuales o grupales, dentro de la misma institución, favoreciendo el trabajo interdisciplinario. El trabajo de terapeutas en CETs los enfrenta en ocasiones a terapias grupales, las cuales adoptan nombres y formatos diferentes como: Supervisión del Desayuno, Taller de Juego, TACA, Orientación a Padres, Supervisión del Posicionamiento, Musicoterapia grupal, Espacio de Psicomotricidad, Taller de Baile, Coro, etc. La forma en que se agrupan los pacientes puede determinar reacciones inconscientes de los terapeutas ante, no un paciente sino, un grupo. Esto puede estar desencadenado por las diversas dinámicas relacionales que lo generan, las cuales no serían las mismas si esos mismos integrantes estuvieran agrupados con otros.

La exigencia de tener que pensar actividades para un grupo de pacientes con neuropatologías, en el cual pueda haber habilidades y características muy disímiles, podría forzar a cada terapeuta a hacer propuestas que tal vez no sean las más adecuadas para alguno de los integrantes. Cuando la diversidad funcional es múltiple, el desafío de plantear una intervención terapéutica en la que pueda participar cada paciente es muy grande. En ocasiones, pueden generarse situaciones grotescas en las que, para que un miembro del grupo no quede afuera de una actividad que no puede completar, se hace una simulación, con movimientos asistidos para que, por ejemplo, quien no puede ejecutar un instrumento parezca que lo haga o quien no puede lanzar una pelota forme parte del juego. ¿Qué beneficio aportan estas acciones? Si los terapeutas lo hacen como modelado, es decir, mostrándole al sujeto la amplitud y fuerza del movimiento necesario, el peso del objeto, la forma de agarrarlo, tiene un objetivo inicial claro. Pero luego de mostrarle de manera asistida la acción el paciente debería realizarla por su cuenta, tal vez con

algún producto de apoyo. Entonces, si esto no sucede, esos movimientos asistidos solo sirven para calmar la ansiedad o la angustia de un terapeuta que ya no encuentra qué aportar en esas condiciones. Y esto es otro signo de la contratransferencia del terapeuta, en este caso ante un grupo y, si no fuera atendido a tiempo, puede llevar al agotamiento profesional.

Agotamiento profesional: prevención y manejo en equipo interdisciplinario

Ante los ritmos lentificados y la pasividad, cada terapeuta puede buscar en sus pacientes la aparición de alguna diferencia que emerja de esos discursos monótonos y desde ella abrir una puerta hacia la construcción de nuevas posibilidades. Cantis (2020) plantea que al hacer esto debería evitar dos acciones: hiperestimular al paciente para que salga de ese estado de somnolencia o hundirse en ese mismo sopor.

Para esto, el trabajo en equipo interdisciplinario permite evitar el desamparo profesional a diferencia de la atención en soledad del consultorio. En la interdisciplina conviven terapeutas de diferentes áreas de conocimiento sin que ninguna se presente como hegemónica ante otra. El conocimiento generado es un saber nuevo, inventado, que no forma parte de ninguna disciplina (Levin, 2003). Es importante compartir entre las distintas disciplinas un mínimo vocabulario común, para lograr el diálogo (Broqua, 2020a) evitando el tutelaje epistemológico en el que un terapeuta pierde la especificidad de su campo y se subordina a otra. Para esto es indispensable entender que ciertos conceptos pueden emplearse en diversas profesiones con definiciones técnicas algo disímiles.

En el equipo interdisciplinario la contratransferencia podría aparecer de modo diferente en cada terapeuta. Pero, ¿todos entienden qué es la contratransferencia? ¿Están alertas a sus manifestaciones? Figley (1995, citado por Cantis 2020) habla de la traumatización secundaria ante la cual cada profesional debe trabajar la propia irritabilidad, la frustración y la impotencia.

Si las resistencias internas del terapeuta le impiden avanzar en el tratamiento, se hace necesario el análisis personal (Laplanche y Pontalis, 1967) uno de los pilares de la salud mental del terapeuta. Pero en equipo interdisciplinario podríamos preguntarnos si los terapeutas que no son psicólogos, deberían analizarse desde sus campos de conocimiento, supervisar o hacer psicoterapia. Si el psicólogo se analiza, ¿el psicomotricista debería hacer psicomotricidad? ¿el musicoterapeuta, musicoterapia? ¿el kinesiólogo, kinesiología? ¿Pueden todas las profesiones en el mismo plano trabajar la contratransferencia de cada terapeuta?

Otra herramienta útil para evitar o manejar el agotamiento profesional es la supervisión, pero tiene distintos formatos según la disciplina. En kinesiología los supervisores asisten a las sesiones con terapeutas y pacientes y se los consulta frente a los pacientes. En musicoterapia, en cambio, las supervisiones son sesiones entre terapeuta

y supervisor a las cuales se llevan audios, inquietudes o videos. A su vez, las supervisiones que describe Levin (2003), psicólogo y psicomotricista, se realizan ante paciente y terapeuta: el supervisor realiza la sesión con el paciente mientras el terapeuta observa y luego se reúne con el equipo. Entonces, si se identifican reacciones contratransferenciales diferentes en cada miembro del equipo podría recurrirse a supervisiones en un formato adecuado a cada terapeuta.

En un equipo interdisciplinario quienes atienden a un mismo paciente podrían tener reacciones contratransferenciales similares ante conductas que el paciente o su familia repiten en distintas terapias. Lejos de debatir aquí sobre la posible existencia de una contratransferencia colectiva, en el siguiente ejemplo se resolvieron estas dificultades con supervisiones en equipo. En una institución terapéutica de la provincia de Buenos Aires los terapeutas de un paciente identificaban una dificultad común y convocaban a un supervisor del área de la problemática que se reunía con el equipo. Así, ante el agotamiento por la atención de una niña con multidiscapacidad severa que avanzaba en el área motriz pero no en las áreas cognitiva ni comunicativa, y dado que, en ese momento sobresalía como limitación principal su cuadro psiquiátrico, se convocó a un psiquiatra. Su supervisión permitió dar coordenadas que orientaron la meta clínica de todo el equipo.

Otras estrategias que pueden prevenir el desgaste profesional son la actualización constante, reuniones de equipo periódicas, alentar la creatividad, evitar la endogamia en la institución, o atender en co-terapia. Otras veces un terapeuta podría hacer una derivación a otro si no pudiera sostener ese agotamiento. Estas son algunas posibilidades de manejar situaciones y prevenir el agotamiento, siempre que se detecten y se actúe a tiempo.

Conclusión

Las reacciones contratransferenciales de terapeutas ante el trabajo con niños y adolescentes con discapacidad neurológica produce efectos en los profesionales, en ocasiones ocasionados por la limitación psíquica de la discapacidad, por su impacto estético, su cronicidad, o por cuestiones subjetivas que de ellas derivan. Esto puede desembocar en el agotamiento de los profesionales, independientemente de sus disciplinas. Algunos factores pueden aumentar el riesgo de agotamiento. Algunos de ellos son la atención de pacientes con pasividad o hiperactividad extrema, con familias con discursos querellantes, la recepción de violencia activa o pasiva, el maltrato institucional y las desmentidas patológicas. La angustia que puede sentir el terapeuta al identificar su propia desvitalización, o la falta de herramientas para intervenir podrían ser manifestaciones de este agotamiento. En este contexto, el posicionamiento de cada terapeuta y el trabajo en equipo es fundamental para no desahuciar al paciente ni a su familia, evitar el *furor curandi* o el atrapamiento clínico. Partir de allí permitirá buscar estrategias para

prevenir el agotamiento profesional (ya sea análisis personal, supervisiones, actualizaciones, reuniones, etc.). Todas estas acciones tienen una meta última que es “analizar la contratrtransferencia para evitar sentimientos de desazón y desamparo que obturan todo proyecto clínico” (Cantis, 2020, 44).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Békei, M. (1981). Niños con enfermedades crónicas. En Zimerman, A. y Fedfogel, D. (comp.) (1981), *El psiquismo del niño enfermo orgánico*. Editorial Paidós.
- Basso, G. (2006). *Percepción auditiva*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Broqua, G. (2009). Cuando la música es lo único que queda. Musicoterapia con multiimpedimentos profundos. En Trímboli, Fantín, Raggi, Mazzuca, Grande, Fridman y Bertrán (comps.). *El padecimiento mental*. Buenos Aires: AASM.
- Broqua, G. (2020a). Accesibilidad en musicoterapia. La especificidad terminológica en la interdisciplina. *ECOS-Revista Científica de Musicoterapia y Disciplinas Afines*, 5(1), 1-16. <https://revistas.unlp.edu.ar/ECOS/article/view/10382>
- Broqua, G. (2020b). Sujetos con retos múltiples severos: buscando al sujeto sonoro. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2020(20) 51-57. <http://www.psi.uba.ar/accesos.php?var=investigaciones/revistas/psicoanalisis/revista20/index.php&id=331>
- Broqua, G. (2023). ¿Resistencias a la presencialidad? Musicoterapia presencial y teleasistida con dos infantes con Multidiscapacidad y Necesidades Complejas de Comunicación. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 2022, 22, 71-79. <https://www.psi.uba.ar/accesos.php?var=investigaciones/revistas/psicoanalisis/revista22/index.php&id=376>
- Cantis, J. (2020). *Discapacidad: Reflexiones Psicoanalíticas e Intervenciones Posibles. Familias-Subjetividad-Terapeutas*. Buenos Aires: Editorial Ricardo Vergara.
- Congreso de la Nación Argentina (31 de agosto de 2016). Ley Personas con Discapacidad. Deber de Informar sobre sus Derechos al Momento de Entregar el Certificado de Discapacidad [N° 27269] CUD. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27269-264950/texto>
- Dolto, F. (1968). *La Imagen Inconsciente del cuerpo*. Editorial Paidós.
- Farías Serey, R. y Cerebello Poblete, E. (2019). *Musicoterapia y Tecnología Musical (MTTM) en estudiantes con retos múltiples*. XIII Congreso Iberoamericano de Inclusión Educativa con Tecnologías Emergentes, Chile.
- García Arzeno, M.E. (1981). El niño nacido defectuoso. En Zimerman, A. y Fedfogel, D., (comp.) (1981), *El psiquismo del niño enfermo orgánico*. Editorial Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Larguía, A., Urman, J., Savransky, R., Canizzaro, C., De Luca, A., Fayanas, C., Martín, S., Nassif, J. C., Sanguinetti, R., Solana, C., Uranga, A., Votta, R., Bruno, N., y Kozak, A. (2000). Consenso argentino sobre parálisis cerebral. Rol del cuidado perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(3), 120-124.
- Levin, E. (2003). *Discapacidad y educación. Los niños del espejo*. Editorial Nueva Visión.
- Light, J. y Mcnaughton, D. (2015). Designing AAC Research and Intervention to Improve Outcomes for Individuals with Complex Communication Needs. *Augmentative and Alternative Communication; International Society for Augmentative and Alternative Communication*, 31(2): 85-96. <https://doi.org/10.3109/07434618.2015.1036458>
- Maldavsky, D. (1992). *Teoría y Clínica de los procesos tóxicos*. Editorial Amorrrortu.
- Ministerio de Educación de Chile (2013). *Educación para la transición*. MINEDUC.
- Naciones Unidas (2006). *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2007). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas.
- Rodulfo, M. (1986). Trastornos narcisísticos no psicóticos. En Rodulfo, R. (comp.), *Pagar de más. Estudios sobre la problemática del cuerpo en el niño y el adolescente*. Nueva Visión.
- Satinosky, S. (2006). *Musicoterapia clínica*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- Schorn, M. (2005). *La capacidad en la discapacidad*. Editorial Lugar.
- Soro-Camats, E., Basil, C. y Rosell, C., (2012). *Pluridiscapacidad y contextos de intervención*. Universitat de Barcelona, Institut de Ciències de l'Educació. diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/33059

NOTAS

¹Un avance del siguiente trabajo fue presentado el 22 de marzo de 2025 en la V Jornada “Discapacidad: Tensiones de la Práctica” organizada por la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de la Discapacidad de la Secretaría de Posgrado. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.