



Asociación Nacional de
Psicólogos Clínicos y Residentes

XVII Becas ANPIR 2022 para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros

**“Sumergiéndonos en el Psicoanálisis
Multifamiliar: una estancia formativa orientada
a la comunidad en la ciudad de Buenos Aires”**

Centro DITEM

Fundación María Elisa Mitre

**Instituto de Psicoanálisis
Multifamiliar**

OCTUBRE A DICIEMBRE 2022

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)

Alba Burgos Mirón

Psicóloga Interna Residente de 4º año

Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia)



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

LaFe
Departament
de Salut



CENTRO DITEM

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Descripción del centro de destino	3
2.1. Historia	
2.2. Enfoque teórico	
2.3. El centro de día DITEM	
2.4. Equipo terapéutico	
2.5. Los efectos de la pandemia por COVID-19	
3. Actividades realizadas	14
3.1. Grupos Multifamiliares	
3.2. Ateneo/postgrupo	
3.3. Grupos de referentes	
3.4. Grupo para pasantes	
3.5. Talleres	
3.6. Valoraciones de admisión y sesiones individuales/familiares	
3.7. Actividades docentes y científicas	
3.8. Otros grupos multifamiliares	
3.9. Cronograma	
4. Aplicabilidad en nuestro contexto	25
5. Valoración personal	28
6. Agradecimientos	30
7. Referencias bibliográficas	31
8. Bibliografía esencial	33

1. Introducción

La presente memoria recoge mi experiencia profesional y personal en la rotación externa realizada en mi 4º año de Formación Sanitaria Especializada en Psicología Clínica, la cual tuvo lugar durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2022 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y fue dotada con una Beca ANPIR 2022 para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros. El centro de destino fue el Centro de Día DITEM, perteneciente a la Fundación María Elisa Mitre y, a su vez, al Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar. Este dispositivo ofrece una interesante oportunidad de formación en psicoterapia en formato grupal y trabaja desde una orientación psicoanalítica.

2. Descripción del centro de destino

2.1 Historia

El psicoanálisis multifamiliar parte de una reformulación del psicoanálisis orientada a tratar personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) que deriva de los trabajos de Jorge Enrique García Badaracco.

En 1957, García Badaracco asume la Jefatura de Servicio de Salud Mental en el Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires (actual Hospital Municipal José T. Borda), tras haber regresado de su formación en psicoanálisis en París. Al año siguiente, crea la primera Residencia Médica en Psiquiatría, permitiéndole esta estructura docente y asistencial ir desarrollando sus concepciones sobre la Comunidad Terapéutica de Orientación Psicoanalítica.

Ante unas condiciones poco favorables en la institución y la escasa mejoría que observaba en los pacientes considerados crónicos, tomó la decisión de sentarse entre ellos cada día en la sala del servicio, motivado por el deseo de tratar de ayudarlos a salir de su condición autística y del aislamiento emocional. Inicialmente los silencios eran prolongados, pero se pretendía que en el grupo los acontecimientos se desarrollaran sin la introducción de presión, teniendo en cuenta que para todos los participantes se trataba de una experiencia nueva y que podía vivirse como amenazadora (García Badaracco, 2006). Progresivamente, los pacientes comenzaron a comunicarse de forma más espontánea al percibirlo disponible y empezó a conformarse la primera aproximación a un grupo terapéutico.

Dada la psicopatología de los pacientes, a menudo aparecían “signos de locura” en el desarrollo del grupo, pero en otras intervenciones se abordaban problemas serios y reflexiones profundas que resultaban sorprendentes para los profesionales, sirviendo como demostración de las partes sanas de los pacientes (García Badaracco, 2000). En algunas ocasiones, un participante podía reaccionar de manera agresiva o violenta, ante

lo cual Badaracco plantea la hipótesis de que esas maneras de actuar que podían resultar extrañas eran una forma de poner a prueba a los profesionales, con el objetivo de poder asegurar si éstos eran personas confiables. Así, los terapeutas se veían a menudo en un “callejón sin salida” dada la necesidad inconsciente del paciente de hacer sentir el maltrato con el que se habían sentido tratados ellos mismos, como una especie de venganza en el plano inconsciente puesta en la figura del profesional. Cuando el paciente se veía comprendido en esta situación, y no considerado un victimario, se daba la posibilidad de un cambio, comenzando a ser capaz de desarrollar recursos internos, de pedir ayuda y dejarse ayudar, contribuyendo esto a una mayor autonomía.

De este modo, podríamos resumir que Badaracco tomó la actitud de registrar como intentos de comunicación los comportamientos y expresiones que previamente habían sido considerados síntomas de enfermedad y de “locura”. Cuando algunos pacientes mejoraron, se planteó la posibilidad de poder dar altas de la internación, buscando su reintegración a la sociedad, algo que llevó necesariamente al contacto con las familias. En 1965, incluyeron a las familias en los grupos que ya se realizaban, iniciando así los grupos multifamiliares. Estos grandes grupos constituían una matriz terapéutica que podía contener los componentes enfermos y los momentos más regresivos de los pacientes (y sus familiares), pudiéndose observar su funcionamiento mental en interacción con el mundo. De este modo, se ponía de manifiesto que la red de interacciones en los funcionamientos mentales patológicos se retroalimentaba en relaciones e interdependencias que poseían un potente poder patógeno (Mitre, 2003).

Cuando una familia se ve inmersa en el contexto ampliado que constituye el grupo multifamiliar, son los otros grupos familiares los que proporcionan continente emocional y le permiten ver precisamente en las otras familias los que no puede verse en la propia. *Los otros* pasan a representar una pantalla que da lugar a proyecciones y desplazamientos de distintos contenidos. Verse reflejados y escuchar lo que ocurre en otras familias enriquece el campo psicológico de los fenómenos que es necesario comprender para entenderse a uno mismo (García Badaracco, 1989).

Con la observación del funcionamiento de estos grupos a través de los años, se consideró que un grupo multitudinario puede contener todo tipo de síntomas

patológicos, diferencias culturales y comportamientos desconcertantes. A través de experiencias vivenciales compartidas por muchos se generaba un fenómeno de solidaridad grupal, que daba lugar a una vivencia en muchas ocasiones nueva en la vida de los participantes: la sensación de poder contar con otro (Mitre, 2016).

Varios años después del inicio de los grupos multifamiliares, Badaracco crea el primer Hospital de Día mixto para pacientes con Trastorno Mental Grave de la ciudad de Buenos Aires, con el fin de proporcionar tratamiento ambulatorio y soporte a los pacientes que terminaban un ingreso. De este modo, los grupos multifamiliares comenzaron a ser considerados en Argentina un recurso terapéutico valioso en instituciones de salud mental y como complemento a los tratamientos ambulatorios posteriores a la internación.

En 1968, ante presiones institucionales, Badaracco abandona el Hospital Neuropsiquiátrico para fundar una institución privada, la Clínica Psiquiátrica de Orientación Psicoanalítica DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de Enfermedades Mentales), que dirigiría durante 25 años (Mascaró Masri, 2005). En 1997, la psicóloga y psicoanalista Maria Elisa Mitre, quien desde los inicios de su andadura profesional se había formado y trabajado junto a Badaracco, funda una nueva sede en el barrio de Palermo, la clínica de día DITEM, que formará parte del Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar, una entidad multicéntrica que engloba diferentes instituciones que trabajan desde esta orientación.

2.2 Enfoque teórico

En el enfoque de Badaracco, se otorga una posición central al vínculo en cuanto al proceso de desarrollo del TMG. Se expondrá a continuación una breve descripción de algunos de los conceptos principales manejados por este autor.

El **vínculo** podría definirse como una interrelación donde hay reciprocidad, historia e interacción (García-Badaracco, 2007). Interrelación en cuanto a que los seres humanos se influyen unos a otros, en procesos circulares en los que se producen series de

mensajes en las que hay un emisor y un receptor, que a su vez vuelve a ser emisor. Respecto a la reciprocidad, en la interacción que se produce, uno espera del otro determinadas cosas, pudiéndose ejercer de manera encubierta o manifiesta influencias de distintos tipos. Estas “**interdependencias recíprocas**” van a ser el escenario de la conformación de la personalidad del sujeto, siendo inherentes a la condición humana en tanto que vínculos primarios y cambiando a través de la vida para lograr un desarrollo normalizado. En el caso de sujetos que presentan psicopatología severa, la interdependencia recíproca se ha ido generando de un modo perturbador en el desarrollo de la persona, siendo considerada una “**interdependencia patógena**”, por su efecto cristizador en el sujeto en desarrollo. La familia es el contexto en el que el niño deberá adquirir los recursos que le permitirán lograr un desarrollo, maduración, autonomía e identidad. Existen ciertas condiciones bajo las que estos objetivos no se cumplen, algo que acarrea la paralización del desarrollo normal del individuo (Walter, 2010).

Ya antes de nacer, el individuo se encuentra impregnado por los deseos y expectativas de los progenitores en cuanto a su porvenir. Estas expectativas tienen relación con la historia familiar y, por tanto, un componente transgeneracional. Hay dos posibilidades a partir de este punto: los padres pueden constituirse en modelos identificatorios estructurantes (es decir, que contribuyen a una organización estructurada de los componentes de la personalidad) o pueden conformarse como modelos inapelables, con la amenaza subliminal de pérdida de afecto o abandono. En este último caso, los padres pueden buscar inconscientemente ser idealizados y recrear una interdependencia de estas características, con el objetivo de que los hijos satisfagan las necesidades de sus padres que quedaron sin atender por los progenitores de los mismos. De este modo, se invierte el rol parental, y la identificación pierde su cualidad de vínculo estructurante, siendo por el contrario una identificación patógena que atrapa a la persona, pues no se constituye desde lo genuino de un yo con recursos propios. Se trata entonces de una identificación que obliga a la simbiosis patológica y coarta necesariamente la autonomía.

A lo largo de su crecimiento, el niño reactiva el crecimiento de los padres, que se ven puestos a prueba y necesitan generar mecanismos de defensa para detener el crecimiento de los hijos en sus propios aspectos detenidos durante el desarrollo. Cuando los objetos¹ parentales presentan estas carencias no pueden satisfacer las necesidades del hijo de manera sana, transformándose en lo que Badaracco (1985) designó “**objetos enloquecedores**”. Lo frustrante de la relación entre padres e hijos, dará lugar a la estereotipia en la interacción, viéndose el niño obligado a identificarse con lo patológico, de manera que su desarrollo queda cristalizado en un momento determinado. En el futuro, la carencia de recursos yoicos² con los que este individuo contará puede llegar a generar las crisis psicóticas ante situaciones de desbordamiento, dejando al descubierto el fracaso en las expectativas de los padres y produciendo decepción y reproches en la familia, que retroalimentan el sufrimiento. Así, se repite la situación donde se presenta una carencia sistemática de experiencias enriquecedoras durante el desarrollo del sujeto, algo que contribuirá, junto a otros factores coexistentes, a la configuración de distintas formas de trastorno mental.

Badaracco (2000) describe el concepto de “objeto enloquecedor” como una construcción mental que el sujeto realiza a través de diferentes etapas del desarrollo y contiene identificaciones con aspectos parciales de las figuras parentales. Esta parcialidad implica una distorsión de la identificación, que puede tener una forma caricaturesca o actuada en la línea de un funcionamiento mental psicótico, de manera que la persona se constituye en un personaje formado por aspectos parciales de las figuras de los progenitores, reincorporaciones de los vínculos frustrantes antes mencionados que canalizan el sadismo primitivo, algo que se reactualiza una y otra vez en la interacción con el objeto parental externo. Lo central de este “objeto enloquecedor” es que con su presencia el individuo se ve impulsado a actuar de manera sádica, sintiendo después culpa. Al mismo tiempo, como es dependiente de este objeto

(1) El término objeto alude aquí, entre sus diferentes definiciones en psicoanálisis, a “*persona a la que apuntan las pulsiones (...). Como correlato del amor, se trata de la relación de la persona total, o de la instancia del yo, con un objeto al que se apunta como totalidad*”. (Laplanche y Pontalis, 1981).

(2) Las funciones yoicas pueden dividirse en funciones básicas (percepción, atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.); funciones defensivas (mecanismos de defensa) y funciones de síntesis, integración u organización. Los efectos del ejercicio de las funciones yoicas son la adaptación a la realidad, la prueba de realidad, el sentido de realidad, la regulación y el control de los impulsos, la tolerancia a la frustración y a la angustia y la capacidad sublimatoria (Fiorini, 1984).

en su identidad poco conformada, su única opción es identificarse con el mismo y seguir operando bajo el mismo sadismo, algo que configura la fijación al trauma.

De este modo, la psicosis para Badaracco y sus seguidores no existiría de forma aislada, sino que es creada y sostenida por una trama familiar enferma y enfermante que genera la locura como una forma de mantener un equilibrio y obtener algún tipo de beneficio, por ejemplo, un intento por evitar vivencias masivas de desamparo, desprotección o inseguridad.

Otro aspecto central de esta orientación, es la defensa de la existencia en todo ser humano de una “**virtualidad sana**”, desde la cual sería posible retomar el desarrollo que oriente a la salud. Dentro del contexto del Grupo Multifamiliar, que acaba representando una familia sustituta, se tratará de desarmar estas tramas patógenas y elaborar el conflicto, de manera que se puedan desplegar los aspectos más sanos. Así el paciente podrá ser visto de un modo distinto por todos los presentes, incluyendo esto a su propia familia, algo que contribuye a la “desalienación”, el crecimiento psicoemocional y la adquisición de mayor autonomía (García Badaracco, 2000). Una característica clave de este tipo de modalidad grupal es la posibilidad de facilitar una multiplicidad de identificaciones, de manera que a través de lo expresado por los “otros”, los participantes pueden acceder a contenidos de “sí mismos”.

A nivel institucional, el enfoque de Badaracco implica cambios relevantes respecto a la posición del profesional y del paciente. En su concepción de la *Comunidad terapéutica Psiconalítica de Estructura Multifamiliar* (Badaracco, 1989), se describe un funcionamiento que pretende cambiar la estructura verticalista autoritaria tradicional del modelo médico, de manera que sea posible utilizar los aspectos democráticos al servicio de un trabajo terapéutico. Este cambio implicaba no concebir al paciente como enfermo mental ni ser reconocido dentro del servicio a través de un diagnóstico, sino que se entiende como un individuo con dificultades en su mundo interno y en su relación con los demás, pudiendo trabajar desde este punto. Respecto al lugar que se otorga a la **psicofarmacología**, desde este enfoque se trata de integrar los aportes de la misma, y no el desarrollo de las intervenciones de manera aislada ni como tratamiento único.

2.3 El centro de día DITEM

Condiciones materiales

El centro de día DITEM se encuentra en el barrio de Palermo (Thames, 1946) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina). Como ya se indicó previamente, es el resultado del proyecto privado iniciado por Badaracco a finales de los años 1960 tomando las bases teóricas de la *Comunidad terapéutica Psiconalítica de Estructura Multifamiliar*.

Se trata de un edificio dispuesto en tres plantas que cuenta con los espacios necesarios para llevar a cabo todas las actividades del centro de día. En la planta baja encontramos el despacho administrativo, donde se manejan las agendas, se lleva a cabo la recepción de pacientes y familiares, cobros de mensualidades, etc. También se sitúa aquí el despacho del coordinador médico, que sirve a la atención de pacientes y otras entrevistas necesarias. La sala de grupos es una estancia amplia en la que se realizan los Grupos Multifamiliares. Esta es la sala más característica del centro y en ella se disponen varios círculos concéntricos de sillas y un equipo de audio y micrófonos que facilita la escucha desde cualquier punto. Comunicada con ésta, encontramos una sala multiusos, amueblada con sofás, en la que se desarrollan algunos talleres y también las sesiones docentes, de las que se hablará más adelante. Por último, se dispone el jardín, un espacio relevante, pues supone un lugar de encuentro informal para los diferentes participantes de los grupos.

En la segunda planta, el centro cuenta con la cocina, una estancia en la que, al igual que ocurre en el jardín, los pacientes y familiares cuentan con la posibilidad de compartir tiempo en un ambiente distendido. El equipo terapéutico otorga un papel importante a estos espacios, ya que consideran que al encontrarse fuera del marco establecido para la terapia, las defensas se relajan y se ponen en juego partes sanas (dentro del concepto de virtualidad sana), que deben ser observadas y trasladadas a los espacios terapéuticos, de manera que puedan elaborarse e incorporarse de manera consistente. En esta altura encontramos también varias salas para talleres y una sala de reuniones, donde el equipo se reúne para realizar tareas de coordinación.

En la última planta se disponen los despachos de los terapeutas.

Población atendida

Resulta difícil describir con datos concretos el perfil de los asistentes al centro de día DITEM, ya que, si bien existe el paciente designado en cada familia que es derivado desde diferentes dispositivos, se considera a todos los miembros de la familia depositarios del tratamiento. De este modo, los Grupos Multifamiliares presentan composiciones diversas según la sesión que observemos. Según informa el equipo, la edad media de los pacientes se situaba de forma estable hace unos años en torno a los 40 años, pero se ha ido reduciendo recientemente, con la inclusión de muchos pacientes jóvenes, e incluso algunos adolescentes menores de edad.

Al tratarse de un centro privado y dado el elevado coste de un tratamiento intensivo como el que se brinda, las familias que se atienden en DITEM provienen en su mayoría de un contexto socio-económico medio-alto. En lo referente al diagnóstico, también es complicado contar con cifras de prevalencia concretas, pues desde este enfoque se huye de la etiqueta diagnóstica. A grandes rasgos, los pacientes podrían recibir mayoritariamente diagnósticos de trastorno de personalidad de difícil manejo ambulatorio o diferentes trastornos psicóticos.

Derivaciones

La Fundación María Elisa Mitre mantiene convenios de colaboración con distintas compañías aseguradoras que cuentan con servicios de atención psicológica entre los ofertados en su cartera de servicios. Así, se trata de una entidad que pertenece a la red privada de salud y, por tanto, supone un coste económico para el paciente. Los pacientes que son derivados provienen de diferentes dispositivos (unidades de hospitalización breve, comunidades terapéuticas de atención a drogodependencias, etc.), de manera que DITEM constituye un recurso intermedio entre la internación y el tratamiento ambulatorio. En otros casos, han sido atendidos previamente por el profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra) en su compañía aseguradora y demandan atención más intensiva a petición propia, del profesional de referencia o de la familia.

Funcionamiento y plan terapéutico

Tras la derivación del paciente, se realiza una primera entrevista de valoración en la que se revisa la historia clínica y se realiza una evaluación psicopatológica general, de cara a determinar si el paciente podría beneficiarse del recurso. Resulta esencial asimismo la valoración del funcionamiento y apoyo familiar dado que la implicación de los familiares, aunque no es imprescindible para la asistencia a los grupos, sí se considera recomendable y se fomenta desde la institución. Cada caso es llevado a la reunión de coordinación y una vez tomada la decisión sobre la admisión del paciente se informa acerca de las cuestiones prácticas más relevantes (coste económico, condiciones de asistencia, funcionamiento del centro, etc.).

A cada paciente le es asignado un profesional de referencia con el que llevará a cabo los seguimientos individuales y familiares pertinentes. Este referente será también el responsable de realizar las coordinaciones necesarias con otros dispositivos y profesionales (ej. sala de hospitalización en el caso de que se produzca un internamiento, terapeuta o psiquiatra individual externo, acompañante terapéutico). La disponibilidad, contención y acompañamiento se consideran aspectos relevantes dentro del tratamiento, motivo por el cual se proporciona al paciente un teléfono de contacto con su referente.

2.4 Equipo terapéutico

Una de las máximas en el funcionamiento del Centro de Día Ditem es el trabajo en equipo y la coterapia. Aunque pueden contar en ocasiones con terapeutas colaboradores externos, la composición habitual del equipo terapéutico es la siguiente:

Lic. María Elisa Mitre de Larreta. Directora de la Clínica. Psicóloga y psicoanalista.

Dr. Miguel Ángel Lombardi. Director médico. Médico Psiquiatra.

Lic. Ricardo González. Coordinador de grupo y terapeuta familiar. Psicólogo.

Lic. Rita Brodheim: Coordinadora de terapia ocupacional y talleres.

Dra. Diana Cherniser: Coordinadora de grupo, terapeuta familiar y docente. Médico y psicoanalista.

Dr. Jacobo Tacus. Coordinador de grupo, terapeuta familiar y docente. Médico Psiquiatra.

Lic. Katherine Walter. Coordinadora de grupo, terapeuta familiar y docente. Psicóloga.

Lic. Mariana Fuxman. Coordinadora de grupo, terapeuta familiar y docente. Psicóloga.

Lic. Dominique Bayá. Coordinadora de grupo, terapeuta familiar y docente. Psicóloga.

Equipo de talleristas.

Equipo de administración y secretaría.

2.5 Los efectos de la pandemia por COVID-19

Al tratarse el Centro de Día Ditem de un recurso en el que se otorga un papel central al formato grupal, resulta importante hacer referencia a los cambios y adaptaciones que se han tenido que llevar a cabo de cara a mantener el tratamiento de pacientes y familias al tiempo que se atiende a las distintas medidas de prevención y seguridad derivadas de la situación de pandemia por COVID-19.

Con el inicio de la pandemia y las medidas estrictas adoptadas, fue necesario interrumpir la asistencia presencial, al igual que en muchos de los servicios sanitarios del país. Se puso en marcha entonces la realización de grupos en formato online, que brindó la posibilidad de mantener los Grupos Multifamiliares activos. Con la mejora de la situación epidemiológica y la relajación de las medidas preventivas, se fue retomando

la actividad presencial, no obstante todavía no se ha alcanzado la asistencia normalizada previa al 2020.

Durante los meses del rotatorio externo tratado en esta memoria (octubre a diciembre del 2022), se mantenían los grupos diarios en formato online, asistiendo los residentes a los de los lunes y jueves. Los días martes, miércoles y viernes, el centro de día ha recuperado la actividad presencial, de manera que es posible asistir a los Grupos Multifamiliares, así como a talleres, entrevistas, grupos reducidos, etc. No se ha recuperado por el momento el grupo abierto a la comunidad con cena que solía tener lugar los jueves por la noche en el Centro de Día DITEM.

En lo referente a Grupos Multifamiliares llevados a cabo en otros dispositivos de la ciudad de Buenos Aires (ej. en hospitales públicos), por desgracia no ha sido posible la asistencia presencial a los mismos, en muchos casos porque continúa interrumpida, en otros porque no se considera adecuado el acceso de personas ajenas a la institución. Se mantienen algunos de ellos en formato online, de manera que se puede compaginar con el rotatorio la asistencia a aquellos que no coinciden con el horario principal de DITEM.

3. Actividades realizadas

3.1 Grupos Multifamiliares

En el Centro de Día DITEM, la asistencia terapéutica gira en torno al Grupo Psicoanalítico Multifamiliar, que se lleva a cabo diariamente, bien sea en modalidad online o presencial, con una duración de dos horas y un número de asistentes variable, que puede llegar a alcanzar las 80 personas. Generalmente, este tipo de intervención funciona de forma complementaria a la psicoterapia individual y/o familiar, que puede llevarse a cabo dentro del mismo centro o de manera externa.

Se podrían definir estos de grupos de la siguiente manera:

Un espacio terapéutico jerarquizado para el tratamiento de diversas patologías mentales que representa una minisociedad de familias de distintos orígenes y con diferentes problemas que participan en una experiencia común, en donde pueden compartir su sufrimiento psíquico, confrontar sus dificultades y ser sostenidos en el tiempo. (Mascaró Masri, 2010).

Como se indicó previamente, el contexto multifamiliar hace las veces de familia sustituta que puede favorecer la activación del desarrollo de recursos paralizados en etapas tempranas (García Badaracco, 1989), resultando al mismo tiempo en “continente” de expresiones emocionales muy intensas que pueden llegar a surgir dentro del grupo. En este sentido, la creación de un clima emocional favorable resulta imprescindible para que se pueda generar esa solidaridad grupal donde el respeto y el la confianza brinden la posibilidad a cada asistente de pensarse de manera autónoma, activando recursos para el crecimiento psicoemocional.

El Grupo Multifamiliar funciona como una muestra de la sociedad que incorpora la realidad exterior, de manera que ésta puede ser confrontada con la realidad interior en el trabajo sobre las semejanzas y diferencias entre las familias. Se considera que en el grupo grande se ponen en marcha conductas y formas de expresión que reflejan

aspectos primitivos del psiquismo, brindando al mismo tiempo el contexto multitudinario seguridad y contención. La presencial real de las familias permite trabajar la dimensión familiar, haciendo posible el abordaje intergeneracional, que suele traer a colación la inmadurez parental, permitiendo tratarla. En este contexto, los padres pueden contemplar a sus hijos a través de los hijos de otras familias, y los hijos escuchan la experiencias de sus padres en el testimonio de otros progenitores; a través de la vivencia compartida y de los fenómenos identificatorios múltiples, se puede llegar a hacer posible la visión de lo sano en aquellas manifestaciones que hasta el momento se habían considerado signos de enfermedad o “locura”.

En cuanto a las características concretas del encuadre grupal, cabría destacar que se trata de grupos abiertos, pues pueden incorporarse nuevos participantes en cualquier momento. El encuadre respecto a las personas asistentes en cada caso es flexible, ya que no es imprescindible que el paciente acuda acompañado por todos los miembros de la familia sino que es posible que acudan uno o varios de ellos, o incluso que el paciente acuda solo. Puede darse la situación de que el paciente rechace acudir al tratamiento, siendo en este caso aceptable que acudan al grupo los familiares, ya que desde el presente enfoque se considera que los cambios generados en alguno de los miembros de la familia puede tener un efecto en el resto. Llega a ocurrir el fenómeno curioso de que el paciente mejora y es dado de alta o mantiene un seguimiento más espaciado, mientras que alguno de los progenitores decide continuar asistiendo a los Grupos Multifamiliares para abordar sus propias dificultades y conflictos.

De acuerdo con lo anterior, la composición del grupo es muy heterogénea, debido en parte a que la asistencia de familiares introduce a personas de todo tipo en cuanto a género, edad y dificultades presentadas. Además, en consonancia con la consideración en este enfoque del papel de las etiquetas diagnósticas, no se realiza una selección de pacientes en función del diagnóstico recibido previamente.

La duración de la asistencia a los grupos no se encuentra limitada por un tiempo máximo de tratamiento, pudiendo alargarse durante varios años. En los últimos tiempos algunos miembros del equipo terapéutico abogan por atender en mayor medida a los posibles indicadores de alta terapéutica y llevar a cabo ésta de manera progresiva.

En cuanto al papel de los terapeutas, podría catalogarse a los multifamiliares fundamentalmente como grupos no directivos, siendo los propios integrantes del grupo los que van pidiendo la palabra a voluntad. En sus intervenciones, la única consigna es que hablen desde la propia experiencia, sin juicio a las intervenciones previas y sin entrar en diálogo entre los distintos participantes. Los terapeutas pueden optar por intervenir tras otro participante o permitir que sea el propio grupo quien contenga o contribuya a elaborar el discurso de intervenciones previas. Quizás la cuestión más importante a resaltar aquí sea la coterapia. Los grupos son dirigidos por un número variable de terapeutas, generalmente entre 2 y 4. Teniendo en cuenta las características de la transferencia psicótica, el objetivo es facilitar que la transferencia pueda diluirse, así como prevenir que un terapeuta quede atrapado en la trama enfermante que trae el paciente junto a su familia. La coterapia permite a los otros terapeutas percibir aquellos matices que escapan al que está conduciendo el grupo en un momento dado.

A nivel técnico, merece la pena destacar que se trabaja desde hipótesis, y no desde interpretaciones psicoanalíticas clásicas. Las hipótesis parten de una o varias vivencias expresadas en grupo y funcionan como una pre-interpretación, es decir, no se toman como una verdad sino como un instrumento desde el que empezar a trabajar. Uno de los terapeutas formulará una hipótesis y el grupo tomará lo que pueda de ella, abriendo quizás nuevas vías de elaboración. Además, las hipótesis sirven generalmente al principio de universalidad, mediante el cual vivencias singulares pueden ser tomadas y aplicadas a la generalidad de las personas, de manera que se naturalizan y se hacen más accesibles al pensamiento común compartido.

El papel de los residentes o pasantes en los Grupos Multifamiliares es primordialmente el de observador, considerándose también participantes del grupo y pudiendo intervenir en cualquier momento desde su propia vivencia. Tienen además la tarea de transcribir por turnos cada una de las sesiones grupales, de manera que los terapeutas que no coordinan el grupo algunos días de la semana pueden mantener un seguimiento del proceso terapéutico de los participantes.

3.2 Ateneo/postgrupo

Tras la sesión del Grupo Multifamiliar tiene lugar el postgrupo o ateneo clínico. Se trata de una reunión de aproximadamente una hora de duración en la que los profesionales que han asistido al grupo, bien sea como coordinadores o como pasantes/estudiantes/residentes, trabajan en la elaboración de lo acontecido durante el grupo. Los asistentes al postgrupo pueden aportar libremente su visión sobre las distintas situaciones que han tenido lugar y que podrían resultar relevantes a nivel clínico o de proceso terapéutico, así como aclarar dudas con los terapeutas que conocen mejor a los pacientes y las familias. Supone un espacio de reflexión que permite además trabajar sobre aquellos aspectos que el grupo ha movilizado en los conductores y observadores, siendo por tanto un espacio esencial para la elaboración de los procesos contratransferenciales.

Hacia el final del rotatorio al que se refiere la presente memoria, se instauró un cambio relevante en el funcionamiento de los postgrupos, adoptando un formato que, al parecer, había sido común en los Grupos Multifamiliares llevados a cabo por García Badaracco, pero que no se había realizado en el Centro de Día DITEM hasta el momento. Se trata de permitir a los pacientes y familiares que lo deseen asistir al ateneo clínico. En este nuevo formato, los residentes y terapeutas ocupaban el círculo de sillas central en la sala de grupos, como se venía haciendo previamente, mientras que otros participantes del grupo que acababa de terminar podían permanecer en las sillas colocadas más atrás. La consigna no era la “prohibición” de intervenir directamente, pero, con el objetivo de diferenciar este espacio del Grupo Multifamiliar en sí mismo, se encuadraba que su papel era el de escuchar al equipo. De esta manera, el postgrupo se orientaba a constituir una nueva herramienta terapéutica en el centro, más allá de la función para el propio equipo. Como primeras impresiones tras el cambio, parecía que la posibilidad de asistir a este espacio reducía las actitudes con componente paranoide hacia los pasantes/residentes, así como hacia los propios terapeutas, ya que los pacientes y familiares podían contemplar de primera mano los intentos genuinos por pensar en cada uno de ellos y en su proceso terapéutico. Además, el hecho de acudir a debates entre profesionales contribuía a la concepción horizontal del grupo, en la que

no debe haber líderes inequívocos, ni verdades absolutas y se trabaja desde la hipótesis. Daba la impresión de que los pacientes tomaban en gran consideración los aportes y reflexiones de terapeutas y residentes, pues en los grupos posteriores podían observarse elaboraciones en torno a cuestiones tratadas en el ateneo clínico.

3.3 Grupos de referentes

También de implantación reciente en el Centro de Día DITEM, los grupos de referentes son grupos de tamaño reducido (8-10 pacientes) con duración de 1-1.5 horas y periodicidad mensual para los participantes. Son llevados a cabo por dos terapeutas del centro y a ellos asisten todos los pacientes de los que son referentes. No se incluye a familiares.

El objetivo de estas reuniones es abordar grupalmente aspectos específicos del proceso terapéutico de cada paciente, ya que al tratarse los Multifamiliares de grupos grandes, la participación de los pacientes puede ser desigual. Suelen ser centrales cuestiones relativas a la autonomía, aspiraciones académicas/profesionales y funcionamiento en otras actividades del centro (ej. Grupo Multifamiliar o talleres).

3.4 Grupo para pasantes

Cada miércoles, tras el postgrupo, se abre un espacio terapéutico para los propios pasantes/residentes. Conducido por dos terapeutas del centro, se trata de un grupo en el que se trabajan cuestiones propias de los profesionales en formación. La temática es abierta, pero generalmente se anima a hablar acerca de aquellas cuestiones propias que se hayan movilizadas desde la observación o participación en las distintas actividades del Centro de Día.

Por supuesto, al tratarse en su mayoría de personas que realizan un rotatorio externo lejos de su país de origen, son temas recurrentes la preocupación por problemas previos de los que no pueden encargarse en ese momento, la distancia de los seres

queridos, las presiones de adaptación a un contexto diferente, los nuevos aprendizajes o la inseguridad ante la vuelta al entorno de origen. El objetivo es poder abordar estos temas con una consigna similar al Grupo Multifamiliar, hablar desde la propia vivencia, evitando discursos basados en la distancia que aporta la intelectualización.

3.5 Talleres

Tras el Grupo Multifamiliar y el postgrupo, los residentes están invitados a participar en los talleres ocupacionales que se llevan a cabo en el Centro de Día DITEM. Los encargados en llevar a cabo estas actividades son los terapeutas ocupacionales con formación específica en cada campo.

Dentro del plan terapéutico de los pacientes se concede un papel prioritario a los talleres, ya que se consideran un entorno privilegiado para que se pongan en juego aspectos de la “virtualidad sana” de pacientes y familiares. Los residentes que acuden cada tarde a los talleres intervienen como un participante más, contando de este modo con la oportunidad, por un lado, de observar los aspectos más sanos de las personas que intervienen y, por otro, de relacionarse con los pacientes desde la horizontalidad en un entorno más distendido. Es importante poner en valor el trabajo realizado por los talleristas, que se articula desde una actitud no paternalista y siempre sensible con el sufrimiento psíquico severo.

Aunque durante el rotatorio descrito hubo algunos cambios en función del personal disponible y la posibilidad de realizarlos online o presencial, los talleres en los que se tuvo la oportunidad de participar fueron yoga, musicoterapia, escritura creativa y variedad. Se llevó a cabo también el taller de teatro en el que los residentes no participaron por coincidir en horario con su propio grupo terapéutico.

- Yoga: orientado a la consciencia corporal y mejora de la psicomotricidad, la actividad se basa en la combinación de posturas suaves de la disciplina Hatha Yoga con componentes de meditación. Se dedica una hora semanal al

grupo de yoga para residentes, donde se pretende que los profesionales en formación puedan también participar en una actividad terapéutica propia, en este caso, no basada en la palabra.

- Musicoterapia: actividad en la que se trabaja con el sonido, el ritmo, la respiración y la voz. Partiendo de la consigna de que cada participante debe usar un instrumento, la riqueza de este taller se encuentra en la articulación y coordinación conjunta de cara a crear algo que es de todos.
- Escritura creativa: espacio en el que, trabajando alrededor de un tema o unas palabras a utilizar, se fomenta la improvisación y creación desde lo propio.
- Variedadé: taller que se articula como un espectáculo de variedades, en el que los participantes se anotan libremente en una lista y van actuando uno por uno, en parejas o pequeños grupos ante el resto, que hacen las veces de público. El tipo de *performance* es totalmente libre, incluyendo canto, actuación, baile, recital de textos propios o de terceros, comedia, etc. El objetivo es la expresión artística desde la libertad, la vitalización y la capacidad de disfrute, con una actitud grupal de no juicio.

3.6 Valoraciones de admisión y sesiones individuales/familiares

Al margen de las actividades grupales, en el Centro de Día Ditem se llevan a cabo también algunas intervenciones de carácter individual o unifamiliar. La principal actividad evaluadora son las valoraciones de admisión, en las que generalmente dos terapeutas del centro se reúnen con el paciente que ha sido derivado y alguno/s de sus familiares. Como se indicó previamente, el objetivo es tanto la evaluación de la psicopatología y su interferencia en el nivel de funcionamiento y autonomía, como de las dinámicas familiares (aunque se espera que la trama familiar enfermate sea puesta de manifiesto en mayor medida en el desarrollo de los Grupos Multifamiliares).

Una vez el paciente y, en su caso, la familia, han sido admitidos y comienzan su proceso terapéutico, se realizan seguimientos individuales o familiares en función de la necesidad que el equipo considere. Estas intervenciones son especialmente relevantes cuando, bien el paciente, o bien la familia presentan reticencias respecto a la asistencia al recurso.

3.7 Actividades docentes y científicas

En el Centro de Día DITEM se reserva un espacio semanal de dos horas para la **docencia a residentes**. El objetivo es que los rotantes externos puedan profundizar en los principales aspectos teóricos del Psicoanálisis Multifamiliar y trabajar sobre ellos en la aplicación a procesos grupales e individuales ocurridos durante la semana, de manera que puede establecerse una relación entre la teoría y la práctica habitual en los Grupos Multifamiliares.

La metodología docente se basa principalmente en la lectura de textos de interés por parte de los residentes, que son comentados y debatidos en grupo durante una o varias semanas, según la complejidad. Se reflexiona sobre los principales conceptos trabajados en relación a los grupos vistos en el centro y se invita a los residentes a que expongan también casos de los que hayan sido responsables en sus centros de origen, de manera que puedan pensarlos desde este enfoque.

Los textos trabajados durante el periodo formativo al que se refiere la presente memoria fueron los siguientes:

- Intervenir en los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar: cómo, cuándo, por qué y para qué. María Elisa Mitre.
- Sobre la “mente cerrada” y el paciente mental como especialista del “no cambio”. Jorge García Badaracco.
- El proceso de desidentificación de las identificaciones enloquecedoras a través de un ejemplo clínico. María Elisa Mitre.

- Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Capítulo 7: El proceso terapéutico.

Además del trabajo con textos, se dedicaba parte de las sesiones de docencia al visionado y comentario de vídeos de algunos de los Grupos Multifamiliares coordinados por el Dr. García Badaracco con pacientes del Hospital José T. Borda.

Por otra parte, el primer sábado de cada mes se celebra en las instalaciones de DITEM un **comité científico** que reúne a diversos profesionales e instituciones que trabajan bajo el enfoque del Psicoanálisis Multifamiliar. Durante la presente rotación se pudo asistir a dos de ellas:

- Sábado 5 de noviembre: “Práctica comunitaria y familiar; una apuesta al Psicoanálisis Multifamiliar”. Lic. Mariana Goldring y Lic. Patricia Gallo.
- Sábado 3 de diciembre: “Psiquiatría, comunidad, Grupos Multifamiliares e inclusión social. Experiencia y resultados”. Lic. Eduardo Mandelbaum.

3.8 Otros grupos multifamiliares

Como se indicó en secciones previas, la rotación en el Centro de Día Ditem permitía en el pasado la participación en Grupos Multifamiliares situados en diferentes dispositivos de la ciudad de Buenos Aires, entre ellos, algunos hospitales públicos. Durante el tiempo que ha durado el rotatorio al que se refiere la presente memoria, no ha sido posible acudir a estos grupos, bien porque no se estaban realizando o bien porque no se consideraba adecuada la asistencia de personas externas a las instituciones como medida de prevención. No obstante, se ha podido asistir de manera virtual a los Grupos Multifamiliares que se llevan a cabo en la Municipalidad de San Isidro, situada al norte de la ciudad de Buenos Aires.

Se trata de un servicio municipal de acceso libre y gratuito, donde las reuniones son coordinadas por especialistas en salud mental dirigidos por el Lic. Eduardo Mandelbaum. Están orientadas a familias que presentan dificultades en etapas normales de su

desarrollo, de manera que se usan como herramienta preventiva para la detección precoz de síntomas de violencia familiar, abusos o adicciones. Trabajan de manera articulada con los Centros de Salud de las distintas localidades y con las organizaciones intermedias brindando atención personalizada cuando se detectan casos con problemáticas de fondo.

Al no tratarse de población clínica, en los encuentros se abordan temas como las relaciones con niños y adolescentes en su crecimiento y maduración emocional, problemas de límites o convivencia, malestar de la pareja, dificultades laborales, duelos, la presencia de la enfermedad, etc.

Mediante el intercambio en grupo se pretende modificar conductas disfuncionales, percepciones erróneas de uno mismo y de los otros y dar una respuesta a las demandas de ayuda que surgen de las perturbaciones en el funcionamiento familiar y que podrían terminar por generar situaciones de mayor gravedad.

El funcionamiento del grupo es similar a los Grupos Multifamiliares ya descritos previamente, con una orientación psicoanalítica integrativa. Se trata de una concepción psicoanalítica ampliada e integrada con otras visiones teóricas/prácticas de diferentes escuelas de psicoterapia. Tras el grupo, se realiza también un postgrupo donde terapeutas y otros asistentes, como residentes o estudiantes, intercambian impresiones y analizan procesos individuales y dinámicas grupales que se han puesto de manifiesto durante la sesión.

3.9 Cronograma

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
					10.30-14.00h Comité Científico (Mensual)
	12.00-13.00h Yoga para residentes		11.00-13.00h Docencia		
14.00-16.00h GM DITEM (Virtual)	14.00-16.00h GM DITEM	14.00-16.00h GM DITEM	14.00-16.00h GM DITEM (Virtual)	14.00-16.00h GM DITEM	
16.00-17.00 Postgrupo (Virtual)+Taller	16.00-17.00 Postgrupo	16.00-17.00 Postgrupo	16.00-17.00 Postgrupo (Virtual)+Taller	16.00-17.00 Postgrupo	
	17.00-18.00h Taller	17.00-18.00h Grupo de pasantes		17.00-18.00h Taller	
19.00-20.30h GM San Isidro	19.00-20.30h GM San Isidro		19.00-20.30h GM San Isidro		
20.30-21.30h Postgrupo	20.30-21.30h Postgrupo		20.30-21.30h Postgrupo		

GM: Grupo Multifamiliar

Actividades realizadas en Centro de Día DITEM

Otros Grupos Multifamiliares

Actividades docentes y científicas

Nota: otras actividades de DITEM, como los grupos de referentes, entrevistas de admisión o entrevistas familiares se realizaban de forma paralela a los talleres.

4. Aplicabilidad a nuestro contexto

Respecto a la aplicabilidad en nuestro contexto de lo aprendido y experimentado durante el rotatorio que se ha descrito en esta memoria, quizás resulta difícil imaginar en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español la reproducción de un dispositivo similar al Centro de Día DITEM, centrado en los grupos multifamiliares como principal herramienta terapéutica o con tratamientos no limitados en el tiempo. No obstante, hay cuestiones, tanto del enfoque como del formato de grupo multifamiliar, que sería enriquecedor tener en cuenta.

Cabe destacar, en primer lugar, que existen varios grupos multifamiliares desde la orientación psicoanalítica que se han ido poniendo en marcha en diferentes puntos de España por parte, generalmente, de profesionales que han realizado este rotatorio o han tenido contacto con el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar. Por lo tanto, la posibilidad de aplicación en nuestro sistema es actualmente un hecho. Evidentemente, se hace necesario contar con un equipo formado e implicado, así como con espacios materiales suficientes. En nuestra sanidad, contamos con equipos multidisciplinares con profesionales que trabajan en diferentes dispositivos (salas de hospitalización, dispositivos intermedios, centros de salud mental, trabajo social, enfermería) y tienen contacto habitual, lo cual puede facilitar los procesos de detección y derivación de casos que podrían beneficiarse de este tipo de intervención.

A nivel de enfoque, el Psicoanálisis Multifamiliar supone un acercamiento al individuo y su padecimiento psíquico desde la complejidad. La intervención se focaliza en la persona y los que están a su alrededor, no desde lo patológico, sino desde las potencialidades y la salud, poniendo el énfasis más allá de los síntomas, y con la libertad y autonomía como meta primordial. En nuestro contexto, las limitaciones de tiempo, recursos, etc. nos llevan a menudo a actuar desde la urgencia, olvidando que nos encontramos ante un ser humano íntegro y realizando intervenciones parciales y poco

contextualizadas. El trabajo en equipo, la coterapia y la supervisión, fundamentales en este modelo, contribuyen a la toma de perspectiva y al mejor trabajo con los procesos de transferencia y contratransferencia. En nuestro sistema sería interesante lograr poner en marcha espacios donde los equipos puedan trabajar verdaderamente como tal, no considerando esto como algo accesorio o un gasto superfluo de tiempo y recursos, sino como esencial a la hora de poder trabajar de manera adecuada con los casos más complejos. Por otra parte, la incidencia que el modelo hace en la vivencia emocional como ingrediente terapéutico necesario, supone que los terapeutas deben implicarse emocionalmente, algo difícil a nivel individual y generalmente evitado en nuestro contexto, donde el profesional se posiciona desde la distancia con cierta frialdad emocional, en muchos casos, deshumanizadora. La coterapia permite que esta implicación se viva de forma menos amenazante.

Otro aspecto esencial de este tipo de abordaje es que implica la inclusión de la familia en el tratamiento. Es sabido que el trabajo con la familia de pacientes que padecen TMG mejora el pronóstico, reduciendo las probabilidades de recaídas y reingresos, entre otros aspectos. En el sistema sanitario español, a menudo resulta difícil, precisamente por la falta de recursos, realizar una atención adecuada a los familiares. El formato de grupo multifamiliar tiene la ventaja de poder reunir a varias familias, cuyas necesidades pueden ser abarcadas con una única intervención, añadiendo los beneficios del formato grupal (universalidad, posibilidad de identificaciones múltiples, pertenencia, desarrollo de habilidades, esperanza, etc.).

En línea con lo anterior, es importante recoger el valor estratégico de este tipo de intervenciones, dada la reducción de costes que supone incluir a un tiempo múltiples familias y pacientes en un grupo multitudinario. Además, como hemos visto en los grupos que se realizan en San Isidro, este formato puede ser adaptado no sólo al paciente con TMG y su familia, sino a otros tipos de población, pudiendo usarse como herramienta de prevención, gran tarea pendiente de nuestro sistema de salud mental.

Asimismo, la posibilidad de ampliar la población atendida e incluir a diferentes miembros de la comunidad, puede llegar a suponer una interesante herramienta de reducción del estigma, pues dentro del grupo la frontera entre paciente y no-paciente

se diluye, abarcándose problemáticas que interpelan a todos y contribuyendo al mismo tiempo a una mejor comprensión de las tramas y procesos patológicos.

Por último, resulta importante destacar que existe muy escasa investigación formal en Psicoanálisis Multifamiliar, aunque sí se han realizado estudios en grupos multifamiliares con otras orientaciones (Sempere, 2016). La implantación de grupos multifamiliares de este enfoque en el SNS, especialmente en aquellos equipos que cuentan con cierta tradición en investigación, podría hacer factible la implementación de estudios, cuantitativos y cualitativos, que puedan contribuir a determinar la efectividad y potencial beneficio de su uso.

5. Valoración personal

Mi valoración personal de esta experiencia es muy positiva, tanto a nivel profesional y del rotatorio, como en lo que ha supuesto a nivel personal mi estancia en Argentina.

En los rotatorios externos, los residentes pasamos a adoptar un papel más pasivo, actuando en mayor medida como observadores y dejando a un lado la asistencia directa. Aunque esto puede vivirse como un retroceso profesional, al mismo tiempo nos brinda la posibilidad de dejar la urgencia y poder pensar (y pensarnos) mejor. En los grupos multifamiliares llega a sorprender la intensidad de la vivencia emocional; algo que solemos vivir como amenazante, allí se fomenta y se acoge. Así, esta experiencia me ha permitido salir del rol de profesional y vivenciar verdaderamente los grupos. Poder darme permiso para dejarme llevar por el fluir emocional como cualquier otro participante permite una conexión y comprensión de las dificultades de los pacientes nunca antes experimentada.

De alguna manera, mi estancia en DITEM ha sido una “confirmación” de muchas cuestiones que sospechaba y no había podido o sabido poner en palabras, con respecto a la concepción del sufrimiento del paciente, del proceso terapéutico y de la posición del terapeuta. En este sentido, ha resultado especialmente útil la docencia y la profundización en textos relevantes, así como la insistencia de los docentes en que pudiéramos pensar juntos desde el enfoque del Psicoanálisis Multifamiliar a los pacientes que habíamos atendido en España. También he podido ahondar en el significado del trabajo en equipo y la coterapia como aspectos fundamentales, que enriquecen nuestra práctica, nos ayudan a no perder la perspectiva y no quedarnos encerrados en las tramas atrapantes. Haber podido participar en distintos espacios donde se escuchan y se pueden expresar libremente las dudas y opiniones sobre los procesos de intervención ha permitido que me sienta más cómoda expresándome ante los colegas, y esto sin duda me servirá de vuelta a mi hospital. También en la docencia, el visionado de grupos conducidos por Badaracco nos permitía comprobar lo diferentes que eran los estilos de intervención de los distintos terapeutas respecto al “maestro”,

resultando esto muy esperanzador en cuanto a la posibilidad de llegar a encontrar la forma más genuina para cada uno de nosotros de ser terapeuta.

Al tratarse de un centro de día, el contacto con los pacientes es muy frecuente y se hace posible el conocimiento de éstos en diferentes contextos. En este sentido, el papel de los talleres es esencial, donde los residentes participamos como uno más y podemos relacionarnos con los pacientes de un modo distinto. Conocerlos de esta manera me hacía pensar en los pacientes que he atendido en España e imaginar cómo serían en esta situación y qué aspectos de su virtualidad sana se pondrían en juego.

Debo señalar también algunos aspectos que considero negativos. Desde mi experiencia, llegar a DITEM como rotante externo/pasante es un caos, algo parecido a lo que deben sentir los pacientes y familiares en sus primeros grupos multifamiliares. Sería de agradecer por parte del centro recibir inicialmente un poco de encuadre y contexto. Este papel suele ser asumido por los rotantes que llevan algo más de tiempo, que ejercen como guías en el proceso. A partir de nuestro segundo mes, vamos adoptando este rol, sin ser capaces igualmente de aliviar la incertidumbre de los compañeros que llegan. Viéndolo con cierta distancia, de este modo el pasante pasa a ser miembro itinerante del equipo, cumpliendo una función importante que, quizás, debería ejercer la propia institución. Por otra parte, los grupos virtuales han supuesto la peor parte de la experiencia. Resulta comprensible el mantenimiento de algunos de ellos o en los que se incluyan a ciertos pacientes, dado que pueden existir dificultades para asistir al centro de manera presencial, y lo virtual es una herramienta que puede suponer una alternativa. Aun así, me parece que el aspecto vivencial se ve menoscabado en este formato y, a pesar de que se puede llegar a lograr un clima emocional adecuado, la contención que se puede ejercer en un grupo online no es comparable a la presencial, especialmente en momentos de crisis.

Por último, no puedo dejar de destacar como experiencia especialmente enriquecedora el grupo de pasantes, donde hemos podido experimentar lo que significa realmente vivir un grupo; más intenso, si cabe, en una situación compartida tan particular como es una rotación externa, donde todos estamos lejos de casa y de las personas que conocemos, nos apoyan y nos contienen.

6. Agradecimientos

En primer lugar, tengo que agradecer a ANPIR-Sociedad Española de Psicología Clínica, por la concesión de esta beca para la promoción de estancias en centros de excelencia extranjeros. Sin la ayuda económica que supuso, es posible que el rotatorio no se hubiera llevado a cabo.

Por otra parte, gracias a mis tutoras de residencia, Ana Sabater y Luisa Luna, por su aprobación y apoyo para que esta experiencia tuviera lugar, así como al Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica y la Comisión de Docencia del Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Debo agradecer también a Ana García Blanco por animarme a presentar la solicitud de beca y vencer mi inseguridad.

A todos los profesionales del centro DITEM y de los grupos multifamiliares de San Isidro, por la afectuosa acogida, la libertad para “dejarme llevar” por la vivencia y por darme la posibilidad de pensar con ellos lo que no podía pensar yo sola. A Mariana, Kathe, Jaco y María Elisa por sus esforzados seminarios docentes y a Ricardo por su entrañable conducción del grupo de pasantes.

En especial, a todos los pacientes y familiares que nos han permitido vivir y aprender con ellos.

A todos los pasantes/residentes, por ser familia y generar nuevas tramas anti-enfermantes.

A Suso y mi familia, por estar siempre desde lejos (y no tan lejos).

7. Referencias bibliográficas

- Fiorini, H. (1984). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- García Badaracco, J. E. (1985). Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. *Revista de Psicoanálisis*, 42(3), 495-514.
- García Badaracco, J. E. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Tecnipublicaciones.
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Paidós.
- García Badaracco, J. E. (2006). Psicoanálisis Multifamiliar. Para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 52(4), 919-936.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor.
- Mascaró Masri, N. (2005). Profesor Jorge García Badaracco. *Avances en Salud Mental Relacional*, 4(2). <http://psiqu.com/1-6597>.
- Mascaró Masri, N. (2010). La constitución de un grupo multifamiliar en una institución pública. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5(2). <http://psiqu.com/1-6567>.
- Mitre, M. E. (2003). Las interdependencias recíprocas. Un caso clínico sobre la base de la experiencia transmitida por Jorge García Badaracco. *Revista de Psicoanálisis*, 60(4), 1009-1038.
- Mitre, M. E. (2016). *Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan*. Sudamericana.
- Sempere, J. (2016). *Terapia Interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar* [Tesis de doctorado, Universidad de Murcia]. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47827>

Walter, K. (2010). *Trabajo comparativo entre el abordaje de grupos familiares de Enrique Pichón-Rivière y el psicoanálisis multifamiliar de Jorge García Badaracco* [Tesina, Universidad de Belgrano]. <https://ub.edu.ar/investigaciones>

8. Bibliografía esencial

G. Badaracco, J. E. (1985). Identificación y sus vicisitudes en las psicosis. *Revista de Psicoanálisis*, 42(3), 495-514.

García Badaracco, J. E. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Tecnipublicaciones.

García Badaracco, J. E. (2006). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-73.

García Badaracco, J. E. (2011). Las identificaciones y la desidentificación en el proceso analítico. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 31(76), 43-60.

Mitre, M. E. (1998). *Las voces de la locura: historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Emecé.

Mitre, M. E. (2016). *Las voces del silencio: por qué se curan los pacientes que se curan*. Sudamericana.

Mitre, M. E. (2018). *Jorge García Badaracco: selección de trabajos*. APA Editorial.