

**XVIII Becas ANPIR 2023 para la promoción de estancias
en centros de excelencia extranjeros**

COMUNIDAD TERAPÉUTICA PSICOANALÍTICA
DE ESTRUCTURA MULTIFAMILIAR

“Vivencias de psicoanálisis multifamiliar”



Marzo-mayo de 2023
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina)

Maria Roura i Adserias
Psicóloga Interna Residente de 3r año
Parc Sanitari Sant Joan de Déu (Sant Boi de Llobregat)

ÍNDICE

1) Introducción	pág. 3
2) Bases teóricas	pág. 4
3) Descripción del centro de destino	pág. 9
4) Actividades realizadas	pág. 15
5) Aplicabilidad en nuestro contexto	pág. 22
6) Valoración personal	pág. 23
7) Agradecimientos	pág. 24
8) Referencias bibliográficas	pág. 25
9) Bibliografía esencial	pág. 26

1. INTRODUCCIÓN

Como residente de tercer año en Psicología Clínica, hice mi rotación externa en el Centro de Día DITEM, especializado en psicoterapia de grupo multifamiliar. Gracias a la Beca ANPIR 2023, pude viajar a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de marzo a mayo para ser testigo y partícipe de las actividades del grupo terapéutico. Recojo en esta memoria los frutos de esta enriquecedora estancia.

El Centro de Día DITEM, que pertenece a la Fundación María Elisa Mitre, es un hospital de día que trabaja la psicoterapia de grupo multifamiliar desde un punto de vista psicoanalítico, siendo por ello un excelente destino para formarse en dicho campo. Más allá del conocimiento específico aprehendido en mi estancia en DITEM, también expondré en esta memoria experiencias personales, reflexiones y lecciones que he recibido de este centro de excelencia. En agradecimiento por todo ello a DITEM, y a la Beca ANPIR por facilitar esta estancia, me siento complacida de dedicar las siguientes páginas a ofrecer mi testimonio sobre esta valiosa experiencia.

2. BASES TEÓRICAS

Historia del psicoanálisis multifamiliar.

El psicoanálisis multifamiliar es un modelo terapéutico que fue desarrollado por Jorge García Badaracco, psiquiatra y psicoanalista argentino. Esta orientación psicológica sobretudo se enfoca en el tratamiento de los Trastornos Mentales Graves (TMG), centrándose especialmente en la personalidad límite y los trastornos psicóticos (García Badaracco, 1989). Se fundamenta en el concepto de *virtualidad sana*, que implica que cada persona posee un potencial innato e intrínseco para desarrollar una personalidad saludable, con la capacidad de ser autónoma y responsable, y de establecer vínculos nutritivos y seguros con personas significativas y su entorno (García Badaracco, 2018). Para entender la esencia del modelo, es preciso remontarnos a la biografía y experiencias narradas por su creador.

Jorge García Badaracco (1923-2010) estudió medicina en Buenos Aires. Una vez graduado, en 1950, viajó al viejo continente instalándose en París con el objetivo de especializarse y llevar a cabo su propio proceso analítico con algunos de los terapeutas psicoanalíticos más influyentes de la época: Henry Ey, Paul Girau y Jacques Lacan. Durante sus años en Francia, Badaracco fundó el primer Servicio de Relajación Corporal en el Hospital Sainte-Anne y fue miembro asociado de la Sociedad Psicoanalítica de París (García Badaracco, 1989).

Regresó a Argentina en 1956 y asumió la responsabilidad de coordinar la planta de hospitalización psiquiátrica de una de las instituciones más relevantes en salud mental de Buenos Aires: el Hospital José Tiburcio Borda. Fue en esta unidad hospitalaria donde, motivado por su preocupación al observar que los pacientes crónicos no sólo permanecían en un estado letárgico y empobrecido sin mostrar mejoras clínicas significativas sino que incluso a menudo empeoraban, comenzó a gestar las primeras ideas del nuevo modelo terapéutico (García Badaracco, 1989).

Impulsado por el anhelo de comprender a sus pacientes a un nivel más profundo, más allá de sus síntomas, comenzó a dedicar diariamente un tiempo en la sala comunitaria de la unidad, adoptando una actitud de apertura y curiosidad para escuchar a los pacientes que quisieran acercarse. Su intención no era explorar acerca de sus diagnósticos o conocer los fármacos que tomaban, sino más bien sobre sus preocupaciones, temores, esperanzas, ilusiones y aflicciones personales (García Badaracco, 1989).

Con el paso del tiempo, los pacientes comenzaron a sentirse más cómodos acercándose a él. En sus narraciones, describe que al principio los encuentros se caracterizaban por momentos incómodos de silencio difíciles de mantener. Sin embargo, gradualmente, los pacientes empezaron a depositar su confianza en él y a abrirse, compartiendo sus pensamientos y sentimientos de manera más genuina y confiada. A nivel grupal, esto dio lugar a la creación de una atmósfera cálida de confianza y apoyo mutuo también entre los propios pacientes. En este entorno, los pacientes se enfrascaban en diálogos que abordaban abiertamente sus padecimientos, necesidades y desafíos, lo que a su vez facilitaba la resolución de sus dificultades y se traducían en mejoras notables en sus síntomas.

Es crucial destacar que, a medida que se reducía el estado de letargo en los pacientes, aumentaba su nivel de demanda y, en consecuencia, surgían más conflictos en la sala. Esto imponía una mayor carga de trabajo en el personal de enfermería, lo que generaba cierta insatisfacción con el nuevo enfoque terapéutico de Badaracco entre algunos de los profesionales, quienes cuestionaban sus innovaciones y oponían resistencia (García Badaracco, 1989). Sin embargo, a pesar de estos desafíos, la mejoría psicopatológica de los pacientes era evidente; tanto, que llevó a Badaracco a considerar la posibilidad de otorgar permisos para salir al exterior y, en algunos casos, incluso dar altas clínicas. Fue a causa de estas reflexiones que Badaracco empezó a invitar a las familias de los internos a participar en los grupos. Durante estos experimentos clínicos, Badaracco llegó a una reveladora conclusión: los conflictos psíquicos que afligían a los pacientes no eran aislados en el interior de su psique, sino que estaban intrincadamente relacionados con las dinámicas familiares y los conflictos entre los propios padres. Fue en este contexto que los grupos terapéuticos comenzaron a asumir un rol central en la resolución de los conflictos familiares compartidos, evolucionando gradualmente y llegando a ser un refugio seguro para abordar el sufrimiento tanto de los pacientes como de sus seres queridos (García Badaracco, 1989).

En este escenario, la convicción de Badaracco se fortaleció de manera significativa: comprendió que, para alcanzar un tratamiento terapéutico verdaderamente efectivo para el paciente, era imperativo abrazar un enfoque centrado en la familia. En respuesta a esta profunda creencia, Badaracco puso en marcha de manera pionera el primer hospital de día mixto, brindando a los pacientes que necesitaban atención ambulatoria la oportunidad de continuar su tratamiento de manera integral (García Badaracco, 1989).

En 1968, a raíz de desacuerdos y falta de entendimiento con respecto a la dirección que debía tomar el servicio de salud mental del hospital, Badaracco decidió poner fin a su

etapa en el Hospital Borda y fundó una institución privada que dirigió durante 25 años, conocida como DITEM. También merece mención que entre 1980 y 1988 ocupó el cargo de presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

En la actualidad, en varios hospitales y clínicas de Argentina, España, Italia, Uruguay y Portugal, existen programas y unidades que trabajan desde la perspectiva de la Terapia Psicoanalítica Multifamiliar (Naracci, 2010).

Conceptos básicos del modelo.

Como mencioné en el apartado anterior, el modelo se enfoca en la *virtualidad sana* del paciente y la de su familia. La *virtualidad sana* se relaciona estrechamente con el concepto de *mente abierta*, que es la capacidad personal de estar receptivo, reactivo y permeable al entorno, con disposición empática hacia otras personas y suficiente seguridad para conectarse y expresar las propias necesidades a las figuras de apoyo (García Badaracco, 2006).

Por otro lado, la falta de desarrollo de la *virtualidad sana*, en contraposición, llevaría a la experiencia de una *mente cerrada*, lo que significa una perspectiva egocéntrica y autística, con una capacidad mínima de integración en la comunidad (García Badaracco, 2018). Cabe explicar que el concepto *mente cerrada-mente abierta* no es dicotómico, sino que se entendería más como continuidad, metaforizándose como un abanico o un espectro. Este modelo tiene en común con la terapia sistémica la visión del “paciente identificado”. En este caso, se percibe la desestabilización del paciente como una llamada de ayuda relacionada con las dinámicas familiares patológicas existentes (García Badaracco, 2018).

Al tener progenitores con dificultades en el vínculo y conflictos intrapsíquicos no resueltos (y como resultado, con *mente cerrada*), los pacientes crecieron en un entorno en el que no se sentían emocionalmente seguros y a menudo no se sentían vistos por sus padres. En muchas ocasiones, estos pacientes vivieron su infancia inmersos en entornos marcados por la violencia física y psicológica, con roles parentalizados o con la incapacidad de diferenciarse de sus progenitores. Fueron educados a través de interacciones poco coherentes e inadecuadas, lo que resultó en dificultades para desarrollar relaciones maduras (García Badaracco, 2018).

En entornos saludables, lo normal es que el niño pueda contar con recursos emocionales proporcionados por los padres para su crecimiento, identificarse con aspectos de ellos y,

a partir de este punto, desarrollar recursos personales que le permitan crecer a nivel personal y emocional, así como la posibilidad de construir su propia identidad y estructurarse (Mitre, 2016). En cambio, en estos entornos que arrastran dinámicas patológicas familiares desde generaciones anteriores, los niños no tienen el espacio para jugar, madurar recursos propios e ir construyéndose con la ayuda de vínculos seguros. En estos casos, la única opción que tienen es identificarse con las partes patológicas de sus padres, lo que les impide desarrollar una psicología personal auténtica y dificulta el proceso de maduración de la *virtualidad sana*, comportándose como la parte patológica de su familiar de forma inconsciente, concepto que Badaracco (2018) acuñó como *objeto enloquecedor*.

En estas situaciones, el paciente crece sin haber tenido la oportunidad de madurar su psicología y, como resultado, carece de la posibilidad de ser auténtico. Actúan desde identificaciones patológicas con sus padres, que funcionan como un refugio para el niño asustado o solitario que no ha tenido la oportunidad de crecer (García Badaracco, 2018). Una de las ideas que más me inspiró y llenó de esperanza en relación con este modelo es la firme creencia que tienen los profesionales en la posibilidad de trabajo psicoterapéutico profundo de los TMG, incluyendo la psicosis. Los terapeutas de esta orientación trabajan en la creación de un ambiente cálido y respetuoso en los grupos multifamiliares, con el objetivo de que sean lo suficientemente acogedores para que los participantes puedan bajar sus defensas psíquicas y hablar sobre sus conflictos intra e interpersonales. Al escuchar a otras familias con problemas psicopatológicos y al observar diferentes formas de relacionarse o resolver conflictos dentro del grupo, la familia o el individuo comienzan a nutrirse de nuevas posibilidades, fortaleciendo así sus recursos psicológicos.

Asimismo, a medida que el grupo se percibe cada vez más como un entorno seguro, los pacientes comienzan a hablar acerca de sí mismos y sus vivencias. A partir de este punto, también se abren oportunidades para vislumbrar dinámicas patológicas, y permite que un tercero, ya sea un terapeuta o otro miembro del grupo de pacientes, pueda ingresar y aportar información adicional al sistema. Esto les ayuda a replantear, a reconsiderar sus emociones y a buscar nuevas formas de relacionarse (García Badaracco, 2018).

Otro concepto necesario para comprender el psicoanálisis multifamiliar es el de *vivencia*. Como se mencionó en el párrafo anterior, la *vivencia* implica reconectar con una experiencia pasada, en este caso, traumática, y experimentarla desde un yo con recursos más sólidos. La *vivencia* siempre conduce a una integración, a una asimilación (parcial o

completa) del suceso, lo que implica un cambio en la percepción de éste (García Badaracco, 2018).

La *vivencia* de experiencias traumáticas por parte del paciente es lo que permite que este pueda avanzar y, en lugar de aislarse o verse dominado por dicha experiencia, pueda integrarla como una parte más de su vida. Cuando esto ocurre, la experiencia traumática pierde su poder patológico y la persona se libera de los síntomas que la encubrían (Mitre, 1998).

3. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO

Realicé una rotación externa en el Centro de Día DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de Enfermedades Mentales) de la Fundación María Elisa Mitre. Este centro privado fue fundado por Jorge García Badaracco y actualmente está dirigido por su colega de profesión, María Elisa Mitre.

DITEM es una comunidad terapéutica que opera bajo el modelo del psicoanálisis multifamiliar.

Población atendida

DITEM se dedica a atender a personas que experimentan un alto sufrimiento psíquico y, como resultado, han sido diagnosticadas con trastornos mentales graves. Concretamente, DITEM brinda apoyo a individuos que, en el momento presente, no pueden mantenerse en el trabajo o gestionar su malestar a través de intervenciones ambulatorias, requiriendo así un nivel de atención más intensivo. Se encuentra en un punto intermedio entre los servicios ambulatorios y la hospitalización.

El enfoque de trabajo en DITEM no se centra únicamente en los síntomas o diagnósticos específicos, aunque los diagnósticos más comunes en el centro suelen ser trastorno de la personalidad límite y trastornos psicóticos. También atienden a pacientes que padecen depresión crónica severa y trastorno bipolar. Por otra parte, si bien no tienen criterios de exclusión estrictos, en DITEM procuran mantener una proporción baja de pacientes con problemas de adicción a sustancias o con rasgos antisociales. Además, prefieren aceptar a pacientes que cuenten con al menos un miembro de la familia que pueda comprometerse a participar en el tratamiento. En el pasado, solo admitían a pacientes mayores de edad, pero en la actualidad, también abren sus puertas a adolescentes, quienes están cada vez más presentes en los grupos terapéuticos.

DITEM es una clínica privada, lo que implica un importante costo económico para los pacientes y sus familias. Como resultado, un porcentaje significativo de los pacientes proviene de entornos socioeconómicos altos. Por otra parte, un alto porcentaje de pacientes en DITEM tiene cobertura de seguro médico a través de convenios con varias compañías de seguros que ofrecen servicios de salud mental, lo que permite a los clientes pagar solo una parte del tratamiento. El centro también dispone de becas para personas con recursos limitados.

Derivaciones

Los pacientes pueden ser referidos a DITEM desde una variedad de servicios, incluyendo unidades de hospitalización, atención ambulatoria y otros centros de día. También existe la opción que los pacientes o sus familias soliciten por sí mismos una entrevista de valoración.

Plan terapéutico

En primer lugar, se lleva a cabo una entrevista de valoración en la que participan dos terapeutas, junto con la ayuda de un residente. Esta entrevista se considera una presentación mutua y bidireccional entre el centro y los posibles usuarios. Su objetivo inicial es que el equipo terapéutico evalúe si el paciente puede beneficiarse de los recursos ofrecidos por el centro, al mismo tiempo que el paciente y su familia pueden evaluar si el plan de tratamiento en DITEM se ajusta a sus necesidades principales. Durante esta entrevista, se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca del funcionamiento del centro, los horarios y el tipo de actividades que se llevan a cabo, así como sobre los profesionales que forman parte del equipo. Además, se muestran las instalaciones del edificio. Se hace especial hincapié en la normativa, destacando el compromiso de asistencia tanto por parte del paciente como por parte de algún miembro de la familia.

Por otro lado, los terapeutas tienen como objetivo revisar la historia clínica, biográfica y relaciones del paciente, además de llevar a cabo una exhaustiva exploración psicopatológica. Esto se hace con el fin de analizar si el recurso es adecuado y puede ser beneficioso tanto para el paciente como para su familia. La información recopilada y las impresiones clínicas se comparten en una reunión de coordinación con otros profesionales. En esta reunión grupal, se toma la decisión de admitir o no al paciente en función de un consenso entre los terapeutas y el equipo de profesionales.

A continuación, se designa a un referente clínico para el paciente, quien será responsable de las visitas individuales y familiares, así como de coordinarse con otros profesionales que trabajen con el usuario. Se les proporciona un número de teléfono para contactar con su referente en caso de necesidad. Como novedad reciente, también se asigna al paciente a un pequeño grupo de usuarios que está dirigido por su referente clínico. Este grupo tiene como objetivo proporcionar un espacio para discutir temas más personales o expresar quejas, como se explica con más detalle en el siguiente punto.

El tratamiento óptimo consta de la participación en todas las actividades del centro, tanto en los grupos multifamiliares y entrevistas familiares como en los talleres. Así y todo, el

equipo terapéutico es flexible y tiene en cuenta la situación social y práctica de cada paciente, así como la sintomatología presente en cada momento, Por lo tanto, el clínico puede prescribir iniciar el tratamiento en pocos días si el paciente requiere una integración paulatina. Se valora que el trato de los profesionales del centro sea cercano y cálido, y se fomenta un clima de aceptación y seguridad.

Estructura temporal

El centro tiene un horario de 14h a 18h para los usuarios, abriendo secretaría algunas mañanas también con finalidades de gestión.

14h - 16h: grupo multifamiliar. Se trata de un grupo psicoterapéutico con orientación psicoanalítica multifamiliar que puede tener entre 30 y 80 participantes, dependiendo de la cantidad de pacientes en tratamiento en ese momento y de la asistencia de pacientes y familiares en función del día de la semana. Estos grupos incluyen a pacientes, familiares, al menos dos terapeutas que coordinan el grupo y residentes.

16h - 16:30: postgrupo. Esta actividad se lleva a cabo justo después del grupo y en ella participan activamente terapeutas y residentes, mientras que los pacientes y familiares están invitados a observar sin participar activamente. Durante esta actividad, los profesionales comparten sus observaciones sobre lo que ha ocurrido en el grupo, expresando sus emociones y experiencias personales, en lugar de buscar una interpretación racional.

16:30h - 17h: merienda. Espacio más informal y distendido, en el cual los pacientes pueden socializar y comunicarse más desde el “tú a tú” entre ellos y con los profesionales. A los residentes se nos animaba a ir, ya que en es en este contexto más horizontal y cercano donde se puede apreciar mejor la virtualidad sana de las personas.

17h - 18h: taller. Talleres terapéuticos diversos dirigidos por educadores sociales, terapeutas ocupacionales y talleristas, en los cuales se busca que el paciente pueda sacar su parte más creativa y pueda desarrollar desde otra mirada su identidad. También son espacios propicios para que los pacientes y familiares puedan relacionarse entre sí de formas distintas. Cada día hay un taller distinto: musicoterapia, yoga, teatro, escritura narrativa, y “varieté” (*explicados en el siguiente punto*).

Equipo terapéutico

El equipo de DITEM está formado por psicólogos clínicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, educadores sociales, talleristas y administrativos.

- 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.
- Lic. Laura Cenzato. Coordinadora de grupo, terapeuta familiar y docente. Psicóloga.
- Equipo de talleristas.
- Equipo de administración y secretaría.

Instalaciones

Se encuentra ubicado en el agradable barrio de Palermo (dirección: calle Thames, número 1946), en un edificio que cuenta con tres plantas.



La planta baja dispone del despacho de recepción/secretaría, y despachos varios entre los cuales está el del director clínico, que es también donde se hacen las valoraciones iniciales. Es en este piso donde se encuentra la sala más icónica de DITEM, la sala de grupos, que es suficientemente grande para albergar cómodamente a los participantes del grupo, hasta un máximo de 80 integrantes.

Cómo se puede apreciar en la foto, las sillas están dispuestas en círculos concéntricos.



Sala de grupos

La sala de grupos se divide en dos partes: una parte con sillas dispuestas en círculos concéntricos para las actividades grupales como se mencionó anteriormente, y al lado un espacio también grande, amueblado con sofás, que sirve para hacer los talleres y otras actividades más informales.



Sala para talleres

El edificio dispone de un patio muy bonito y agradable que sirve para que los usuarios tengan un espacio más distendido para relacionarse, donde pueden fumar si lo desean.



Patio

En el primer piso está la cocina, que es espaciosa, y es donde tienen lugar las meriendas y algunas otras actividades más informales. También en este piso se localizan distintos despachos clínicos y una sala más grande para entre otros servicios realizar los grupos de referentes.



Cocina

4. ACTIVIDADES REALIZADAS

La prioridad en la rotación fue la asistencia a todas las actividades programadas para los usuarios de la comunidad terapéutica, siempre y cuando no se solaparan con actividades para los residentes. En los siguientes puntos desglosaré y explicaré cada una de ellas.

Asistencia diaria al grupo multifamiliar

La participación en los grupos multifamiliares es la actividad central del centro y se lleva a cabo de lunes a viernes. En su mayoría, estas sesiones se realizan en formato presencial, excepto los lunes y jueves, que se llevan a cabo de manera virtual. Es importante destacar que, en los días en los que el formato es presencial, se ofrece un grupo virtual más pequeño a los pacientes que, debido a sus condiciones, no pueden asistir físicamente al centro.

Algunas características clave de estos grupos multifamiliares son:

1. Formato abierto: los grupos son abiertos, lo que significa que se permite la entrada de nuevos participantes en cualquier momento. Esto brinda flexibilidad a los pacientes y sus familiares para unirse cuando lo consideren necesario
2. No directivos: los grupos no son directivos, por lo que no están orientados a dar instrucciones o herramientas específicas, sino que se centran en la exploración emocional y el intercambio.
3. Duración y tamaño: cada sesión tiene una duración de dos horas, y la asistencia promedio varía de 40 a 50 personas, pudiendo llegar hasta 80 participantes en algunas sesiones.

Los grupos multifamiliares son una parte fundamental de la oferta de tratamiento del centro, y su flexibilidad en términos de formato y la atención a las necesidades individuales de los pacientes son características destacadas. Los grupos multifamiliares del centro están compuestos por pacientes y sus familiares. En algunas sesiones, es posible que se invite a otros vínculos significativos del paciente, como amigos, familiares menos cercanos o parejas afectivas/sexuales.

Estos grupos son coordinados por dos terapeutas, que pueden ser psicólogos o psiquiatras. Además de los terapeutas coordinadores, otros terapeutas también participan en las sesiones, aunque no dirigen la sesión en sí. Es común que haya estudiantes y residentes que realizan rotaciones en el centro, por lo que suelen estar presentes en algunas sesiones. La presencia de varios terapeutas y la inclusión de estudiantes y residentes en las sesiones pueden enriquecer la experiencia terapéutica al ofrecer diferentes perspectivas y niveles de experiencia. Esto crea un ambiente de aprendizaje colaborativo y brinda a los pacientes y sus familiares un apoyo adicional durante el proceso de tratamiento.

La filosofía de los grupos multifamiliares en el centro se basa en la idea de que todos los participantes tienen la oportunidad de hablar y compartir sus experiencias, siempre y cuando lo hagan desde su propia emoción, sensación o vivencia. Se valora terapéuticamente que las personas hablen cuando sienten una resonancia con el tema que se está discutiendo. Esto significa que se alienta a los participantes a hablar cuando sientan una conexión personal con el tema en discusión, lo que puede ser terapéuticamente significativo.

Es importante destacar que la participación en el grupo no se limita únicamente a hablar. También se reconoce que escuchar a los demás mientras se está conectado con las propias emociones puede ser una fuente de sanación y transformación. Esta práctica fomenta la empatía, el apoyo mutuo y el entendimiento entre los participantes, lo que puede contribuir al proceso terapéutico.

En resumen, en estos grupos multifamiliares se promueve la participación activa de los miembros a través del compartir desde la propia experiencia emocional, así como la importancia de escuchar y conectarse con las emociones de los demás como una forma de crecimiento personal.

El grupo multifamiliar destaca por su capacidad para proporcionar un entorno de apoyo emocional sólido gracias a su matriz grupal y a la intención de los terapeutas de crear un ambiente cálido y respetuoso. Esto permite que el grupo sea eficaz en la gestión de emociones y conflictos intensos que pueden causar un malestar significativo. Esta condición es fundamental porque, con el tiempo, los usuarios puedan sentirse lo suficientemente seguros como para bajar sus defensas y comprometerse emocionalmente en el proceso terapéutico.

Una característica importante de la forma de intervención de los profesionales es que se basa en la contratransferencia. La contratransferencia es la respuesta emocional y subjetiva del terapeuta hacia el paciente. Se considera relevante que intervenga el

terapeuta que en ese momento perciba la *virtualidad sana* en el paciente. Esto significa que la intervención solo se realiza cuando el terapeuta ve la posibilidad de un desarrollo positivo en el paciente. Si la intervención se lleva a cabo sin esta percepción de *virtualidad sana* se ve como un "acting out", es decir, una acción impulsiva que no está dirigida al paciente sino al síntoma. Intervenir desde el "acting out" puede disminuir la autenticidad y efectividad del grupo terapéutico.

En resumen, la seguridad emocional proporcionada por el grupo y la intervención basada en la contratransferencia de los terapeutas son elementos clave en el proceso terapéutico de este centro, lo que permite a los usuarios abordar emociones y conflictos difíciles de manera más auténtica, efectiva y potente.

Los terapeutas no participan haciendo interpretaciones sobre lo que surge en el grupo, sino más bien desde "hipótesis", de las cuales se explicita que no se busca que sean ciertas sino que sean útiles. Se enfatiza que el paciente pueda quedarse con lo que le conecte y le sirva de ellas, y también poder informar si no le conectan o resuenan. Otro aspecto importante de la intervención terapéutica, es que se intenta traducir el conflicto o problema concreto que trae el usuario a temas universales, que nos pasan en general a las personas y no solo a él mismo o a su familia.

Postgrupo

Al finalizar el grupo, se quedan en la sala los terapeutas y residentes, y pueden quedarse también, pero en calidad de observadores, los pacientes que lo deseen. Es muy interesante este estilo de postgrupo, ya que al tener presentes a pacientes en la sala, se propicia que se hable de forma respetuosa de los usuarios, y que los comentarios que se hagan se compartan solo desde la posible utilidad. Este postgrupo está centrado sobre todo en el compartir contratransferencias; sensaciones y emociones que ha movilizado el grupo en los profesionales. La norma es que se hable desde uno mismo.

Hablando con usuarios en espacios más informales, nos comentaron más de una vez a los residentes que encontraban el postgrupo tan útil como el grupo en sí, ya que había veces que ellos también habían sentido emociones parecidas a las compartidas en el espacio, y escuchar como se desglosaban entre profesionales les ayudaba a acabar de integrar acontecimientos del grupo. También es el sitio donde los residentes podemos preguntar por intervenciones que quizá no hemos acabado de entender al momento.

Talleres

Los talleres se realizan en el horario de 17h a 18h. En general se realizan en la sala adjunta a la de los grupos, en un ambiente más distendido. Es interesante porque en estos espacios es donde los usuarios pueden conocerse entre ellos en un clima más normalizado, realizando actividades que les ayudan a re-conocerse a ellos mismos y conocer a los otros.

Los lunes se realiza el taller de musicoterapia. En éste, la profesional propone distintos ejercicios musicales (tocar instrumentos, usar la voz, cantar, experimentar creando sonidos con el cuerpo, ritmos etc.) con el objetivo de conectar a través de ellos con las emociones, y con los otros participantes. Es interesante porque a través de la música se puede conectar con emociones o experiencias importantes personales y, de vez en cuando, a algunos usuarios se les despertaron temas relevantes en este taller, que más adelante trajeron al grupo multifamiliar.

Los miércoles se realiza el taller de teatro, muy estimado por los usuarios. No pude asistir a este taller porque se solapa con el grupo terapéutico para residentes (*descrito más adelante*).

Los jueves se realiza el taller de escritura creativa online.

Los viernes es el día del taller de *varieté*, que tanto usuarios como residentes tenemos en mucho aprecio. El taller tiene como objetivo compartir arte con la comunidad.

Cada persona puede, si quiere, exponer arte, que puede consistir en cantar una canción, leer un poema o un texto (escrito por él mismo o bien de otro escritor), bailar, etc. Es un taller donde se aprecia una sensibilidad muy bonita. El tallerista propicia e intenta mantener un clima de absoluto respeto y apreciación para cada actuación.

Docencia

Docencia es un espacio semanal para los residentes de dos horas, en el cual se revisa y se trabaja un tema/artículo de psicoanálisis multifamiliar, mayoritariamente escritos por Badaracco.

También hay días en los que se visualiza un video de alguna sesión grupal en los que intervenía Badaracco, en la cual se vea algún concepto clave de la orientación, y después se comenta.

Docencia es un espacio esencial para la consolidación de la parte teórica de la rotación, y también importante para la integración de la teoría en la práctica vista en los grupos.

En concreto, los artículos que se trabajaron durante mi estancia fueron los siguientes:

- Por qué cura el Psicoanálisis Multifamiliar - Jorge García Badaracco.
- Desapareció la vivencia - Jorge García Badaracco, 2006.
- El Psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la “virtualidad sana” - Jorge García Badaracco, 2006.
- Sobre la “mente cerrada” y el paciente mental como “especialista del no cambio”, 2007. - Jorge Garcia Badaracco, 2007.
- León y la protección de la locura.
- Sin emociones no hay cambio psíquico - Jorge García Badaracco.
- El proceso terapéutico.
- Sobre la noción de “objeto enloquecedor” - Jorge García Badaracco, 1998.
- Confusión de lenguas. El lenguaje de la ternura y de la pasión - Sándor Ferenczi, 1933.
- Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del “objeto enloquecedor” . Jorge García Badaracco, 1985.

Grupo terapéutico para residentes

Los miércoles, después del postgrupo general, tiene lugar el espacio terapéutico grupal para los residentes. Consiste de una hora con un terapeuta, en la cual se replican las consignas del grupo grande. Es también una actividad muy interesante de la rotación, ya que ayuda a integrar a nivel más participativo-vivencial la teoría y práctica leída en los artículos y plasmada de forma observacional en los grupos grandes.

Grupo de referentes

Son grupos más reducidos que el diario multifamiliar, de periodicidad mensual y duración de una hora a hora y media, llevados por dos terapeutas referentes de los usuarios convocados. Constan de unos 10 participantes, en los que, a los usuarios que les cuesta más hablar, pueden encontrar su espacio para comunicarse y trabajar temas que les hayan resonado en el grupo grande.

Entrevistas de valoración

Como se ha explicado en el apartado de plan funcional del centro, son entrevistas de conocimiento mutuo entre posibles usuarios y terapeutas. La tarea del residente es de recopilación de la información descrita, y redacción de un informe. También se nos da la libertad de poder intervenir en la entrevista si lo valoramos pertinente.

Entrevistas familiares

Son entrevistas que pueden ser presenciales o virtuales si es necesario (en caso de que el paciente no pueda acudir al centro debido a hospitalización o a particularidades sintomáticas, o porque los familiares no puedan asistir por motivos prácticos). En general, se realizan estas entrevistas con un objetivo concreto, como trabajar un conflicto que haya surgido en el grupo grande o revisar objetivos terapéuticos acordados, entre otros. Además, suelen ser conducidas por dos terapeutas, y la función del residente es la de ser un observador participante y, posteriormente, redactar un informe sobre la sesión.

Comité científico

Aproximadamente un sábado al mes, hay una convocatoria en el centro de DITEM que reúne a distintos terapeutas que realizan grupos con el enfoque psicoanalítico multifamiliar, para compartir conocimiento, inquietudes y dificultades.

En mi caso pude participar en una sesión de comité científico, que trató sobre el futuro del modelo terapéutico.

Otras actividades

Durante mi estancia tuve la suerte de poder asistir al primer asado de DITEM post-covid. En éste estaban invitados pacientes, familiares, profesionales y residentes. Considero que fue muy enriquecedor, ya que al ser un evento lúdico y distendido las conversaciones con los usuarios pudieron ser todavía más genuinas y distendidas. Desde DITEM se valora altamente este tipo de eventos, ya que es una forma de potenciar la virtualidad sana de los pacientes y de crear más cohesión entre ellos.

Cronograma.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUVES	VIERNES	SÁBADO
11.00-12.00h				Docencia		(10.30-14.00h, mensual) Comité científico
12.00-13.00h		Yoga para residentes		Docencia		
14.00-16.00h	Grupo multifamiliar (formato virtual)	Grupo multifamiliar	Grupo multifamiliar	Grupo multifamiliar (formato virtual)	Grupo multifamiliar	
16.00-16:30h	Postgrupo	Postgrupo	Postgrupo	Postgrupo	Postgrupo	
17.00-18.00h		Taller: musicoterapia	Grupo terapéutico para pasantes		Taller: Variedad	

Actividad para usuarios, clínicos terapeutas de talleres, residentes	Actividades para usuarios, terapeutas de talleres, residentes	Actividad para clínicos y residentes	Actividades para residentes
--	---	--------------------------------------	-----------------------------

5. APLICABILIDAD EN NUESTRO CONTEXTO

El primer punto que resaltaría para implementar es el de una mirada más humanista y cercana al sufrimiento del paciente. Creo que las enseñanzas y reflexiones de Badaracco enfocadas a ver la *virtualidad sana* del paciente y a mantener la esperanza en la posible curación de la psicosis son potentes activos terapéuticos. Dependiendo de los esquemas mentales de los que partimos como terapeutas, actuaremos de una forma u otra, y nos implicaremos más o menos.

El tratar al paciente desde sus singularidades y ver el síntoma como mensajero que algún aspecto de las dinámicas con el entorno necesita ser revisado abre un mundo de posibilidades más profundo que tratar sólo con el síntoma. Intentar mirar más allá, y no buscar una intervención rápida paliativa, sino un trabajo desde la complejidad con el malestar subyacente del paciente, nos enfoca a una psicología mucho más sólida.

Por otra parte, creo que el trabajo con grupos multifamiliares puede ser, a parte de potente y eficaz, eficiente. En nuestra red de salud pública ya existen implementaciones de grupos de esta configuración. Primero de todo, creo que es útil para reducir las cargadas listas de espera, ya que se da tratamiento a muchas personas en el mismo espacio-tiempo. Sí que es verdad que se requiere de más de un terapeuta, a poder ser equipos de cuatro o cinco profesionales, pero así y todo sale mucho más económico que las visitas individuales. Segundo, es un trabajo más compacto, ya que no solo se da tratamiento al individuo, sino a su familia, por lo que por una parte puede ayudar a consolidar las mejorías y por otra parte puede actuar como tratamiento preventivo para los otros miembros de la familia.

En mi hospital ya se hacen grupos multifamiliares, justamente en la unidad especializada en terapia familiar y sistémica, aunque con una periodicidad menor, ya que se realizan una vez a la semana.

Sería interesante también añadir estos grupos a los hospitales de día, para extender el tratamiento intensivo a la familia. Por otra parte, considero que sería muy provechoso poder implementarlos, quizá con una frecuencia inferior (uno o dos días a la semana), también en dispositivos comunitarios como Centros de Salud Mental de Adultos, por los motivos ya mencionados de eficiencia y potencia.

6. VALORACIÓN PERSONAL

Mi experiencia ha sido altamente positiva.

Ver, en la actitud y la forma de actuar de los terapeutas, la convicción y esperanza en la maduración de la *virtualidad sana* y en la curación de pacientes con sufrimientos muy profundos, ha sido un aprendizaje vivencial muy potente que me ha dejado huella. He visto a estos profesionales estar atentos a pequeños y sutiles cambios en cada usuario. También la paciencia con la que esperan estos cambios, me ha dado a reflexionar sobre las prisas que inconscientemente quizás tengo con algunos pacientes.

Por otra parte, la vinculación que establecen con los usuarios me ha llamado la atención: un acercamiento desde una horizontalidad total, sirviéndose también ellos mismos de las intervenciones grupales; pudiendo hacer *autorrevelaciones* humildes dejando claro que el conflicto es inherentemente humano.

También valoro su actitud autocrítica y su sensibilidad a la hora de intuir si algún comentario no ha sido bien recibido o ha herido.

Además me llevo la potencia de estos grupos. Mientras han ido pasando las semanas y me he ido adaptando e integrando a DITEM, he podido observar lo implicadas que llegan a estar las personas que forman parte de él. He sido testigo de los momentos más bonitos de reconciliaciones familiares, y también he presenciado tensiones interpersonales que por poco no acabaron en agresión. Con los meses he aprehendido que, más allá de la valencia de la interacción, el valor de estas intervenciones es llevar a un nivel más alto de profundidad a los partícipes de ella. Consecuentemente les dan más posibilidades de actuación y, finalmente, más libertad.

7. AGRADECIMIENTOS

Primero, agradecer a ANPIR el haberme concedido la beca. Valoro evidentemente la parte material de ésta pero, sobre todo, tal como comentaba con una compañera con quien compartí la rotación externa, lo que conmueve es el significado de ésta.

En segundo lugar, agradecer a los de casa, a los de siempre: familia y amigos.

A Guille, por ser soporte incondicional de todos los proyectos, por más lejos que me lleven.

A mi familia, por haber conseguido que los sienta cerca aunque tengamos un océano de por medio.

También agradecer a la suerte el haber podido crecer en la experiencia, tanto formativa como de vivir fuera, con otros residentes: han sido casa en Buenos Aires. Tengo la convicción que gracias a ellos, y a su autenticidad, apertura y curiosidad, estos tres meses se han llenado de unos colores muy vivos y alegres.

Dar las gracias a los profesionales de DITEM, en especial a Kathe y a Maria Elisa.

Haber compartido tanto dentro como fuera del centro ha hecho todavía más especial y singular la aventura. Gracias por mostrar vuestro trabajo con la pasión con la que lo hacéis.

Finalmente, gracias a mi tutora Cristina Ventura por todo el apoyo, tanto pre-rotación como a la vuelta.

Gracias, Argentina.

8. BIBLIOGRAFÍA

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

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.

García Badaracco, J. (2018). *Selección de trabajos, v.1*. Buenos Aires: APA Editorial.

García Badaracco, J. (2018). *Selección de trabajos, v.2*. Buenos Aires: APA Editorial.

García Badaracco, J. (2018). *Selección de trabajos, v.3*. Buenos Aires: APA Editorial.

Naracci, A. (2010). *En memoria de Jorge García Badaracco*. Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia.

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

Mitre, M.E (2016). *Las voces del silencio*. Buenos Aires. Emecé.

9. BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL

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

García Badaracco, J. (2018). *Selección de trabajos, v.1*. Buenos Aires: APA Editorial.

García Badaracco, J. (2018). *Selección de trabajos, v.2*. Buenos Aires: APA Editorial.

García Badaracco, J. (2018). *Selección de trabajos, v.3*. Buenos Aires: APA Editorial.

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

Mitre, M.E (2016). *Las voces del silencio*. Buenos Aires. Emecé.