

MEMORIA ROTACIÓN EXTERNA

BECA ANPIR 2016-2017 PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN
CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJEROS

Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar – Fundación DITEM

Fundación Aiglé

Buenos Aires, Argentina
Agosto-Noviembre 2016



Fotografías realizadas en el Centro Cultural del Hospital José T. Borda

Laura Nuño Gómez

Residente de Psicología Clínica, 4º año

Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar – Fundación DITEM.....	3
2.1. Enfoque teórico.....	3
2.2. Funcionamiento del centro.....	6
<i>a) Población atendida.....</i>	<i>7</i>
<i>b) Plan terapéutico.....</i>	<i>7</i>
<i>c) Estructura temporal.....</i>	<i>8</i>
<i>d) Instalaciones y personal.....</i>	<i>8</i>
<i>e) Docencia.....</i>	<i>9</i>
2.2. Actividades realizadas.....	10
a) Asistencia a la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar.....	10
b) Asistencia a otros grupos multifamiliares.....	10
c) Actividades formativas.....	11
d) Cronograma.....	15
3. Fundación Aiglé.....	14
3.1. Enfoque teórico.....	14
3.2. Funcionamiento del centro.....	17
a) Población atendida.....	17
b) Plan terapéutico.....	17
c) Estructura temporal.....	19
d) Personal e instalaciones.....	19
e) Docencia.....	20
3.2. Actividades realizadas.....	20
a) Observación y análisis de casos.....	20
b) Supervisiones grupales.....	21
c) Actividades formativas.....	21
d) Cronograma.....	23
4. Aplicabilidad de la formación.....	24
5. Valoración personal.....	27
6. Agradecimientos.....	29
7. Referencias.....	29
8. Bibliografía básica.....	30

1. INTRODUCCIÓN

En esta memoria se recoge mi experiencia de la rotación libre de mi 4º año de Residencia de Psicología Clínica. Ésta fue realizada en Buenos Aires, en dos instituciones diferentes, con el objetivo de ampliar mi formación en dos centros que me ofrecían formaciones complementarias. En primer lugar, la **Fundación DITEM**, ofrecía especialmente formación en psicoterapia grupal, atendiendo personas con trastorno mental severo y una orientación de corte psicoanalítico. Acudí a ésta de manera intensiva los meses de agosto y septiembre de 2016, y posteriormente 2 tardes por semana en octubre y noviembre. Por otra parte, la **Fundación Aiglé**, donde mi aprendizaje fue principalmente de psicoterapia individual, observando personas con múltiples patologías mentales no psicóticas, y desde una perspectiva integradora con predominio de la visión cognitivo-conductual. A esta institución estuve acudiendo en octubre y noviembre de 2016.

Dadas las diferencias entre ambas Fundaciones, detallaré cada una de las rotaciones por separado.

2. COMUNIDAD TERAPÉUTICA PSICOANALÍTICA DE ESTRUCTURA MULTIFAMILIAR - FUNDACIÓN DITEM

2.1. Enfoque teórico

La comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar de la fundación DITEM basa su enfoque en los desarrollos teóricos del Dr. Jorge García Badaracco, padre de la terapia psicoanalítica multifamiliar.

García Badaracco (1924-2010), médico psiquiatra psicoanalista, empezó a inicios de los años 60 a realizar reuniones espontáneas e informales con los pacientes ingresados en el Hospital José T. Borda, hospital psiquiátrico de Buenos Aires. Inició estos grupos buscando nuevos abordajes terapéuticos de pacientes considerados “crónicos” que no respondían al psicoanálisis tradicional ni lograban remitir sus síntomas con los abordajes farmacológicos y psicológicos tradicionales. Pese a la resistencia inicial y la perplejidad de gran parte del personal, se observó una mejora en muchos de los asistentes, e incluso algunos pudieron ser externalizados. Esto dio lugar a la necesidad de seguir tratando a estas personas, y a sus familias, que se encontraban ante una nueva situación al tener de regreso a sus familiares ingresados. Todo ello conllevó el inicio de reuniones multifamiliares a las que estaban invitados pacientes, familiares y todos los profesionales que trataran con ellos, iniciando en 1962 lo que llevaría a

formar la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (García Badaracco, 1989). Más adelante García Badaracco funda la clínica privada DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamientos de Enfermedades Mentales), en cuya sede se ha realizado esta rotación.

La terapia psicoanalítica multifamiliar se basa en una perspectiva relacional y vincular de la enfermedad mental, considerando que la enfermedad mental o la trama patológica se gesta y está en la familia, aunque se muestre de manera más manifiesta en alguno(s) de sus miembros.

García Badaracco postula que todos tenemos una “virtualidad sana”, un potencial sano que vamos desarrollando a lo largo de nuestra vida con ayuda de nuestros padres y otros significativos. Así, en la infancia, el niño necesita de los recursos sanos de los otros significativos para poder usarlos e ir desarrollando los propios (recursos sanos potenciales) para ser capaz finalmente de hacer frente a la realidad de manera autónoma y sana. Las personas con enfermedades mentales no habrían recibido la ayuda necesaria por parte del ambiente para desarrollarlo, por un déficit por parte de los padres en sus propios recursos propios, de manera que los pacientes habrían quedado detenidos en su desarrollo psicoemocional y contarían con los recursos patológicos de sus padres como únicos recursos. Así, esta inmadurez en los recursos propios va pasando de generación en generación si no es tratada (García Badaracco, 2000). Los padres no han sido capaces de establecer interdependencias sanas con ellos, por lo que se han establecido interdependencias patógenas entre el hijo y los padres. A través de la identificación, el enfermo se encuentra “habitado” por la presencia de los otros, que se transforman en “objetos enloquecedores” y siguen influyendo en él al estar presentes en su mente. Así, el enfermo no desarrolla sus propios recursos, su autenticidad y verdadero self, y todo ello queda oculto por las “presencias” de los otros, que construyen su falso self. El paciente queda atrapado en el “no-cambio” (Badaracco, 1998), ya que se siente atrapado entre la identificación con los otros “en él”, a la vez que con los reclamos y reproches hacia esos objetos parentales de la infancia que no supieron ver sus necesidades ni atenderlas.

El síntoma sería, pues, una manera de pedir ayuda, la mejor manera que encuentra la persona de intentar hacer frente a esta realidad. Para Mitre (1998) el brote psicótico no lleva a la irreversibilidad, la cronicidad y el deterioro, sino que se entiende como un pedido de ayuda y por lo tanto una oportunidad para que la persona pueda reconstruirse y salir de la situación enfermante.

Esto es posible a través del proceso terapéutico. Mitre (2016) define el proceso terapéutico como un proceso por el que el paciente atraviesa las etapas del desarrollo

en las que quedó detenido y realiza experiencias nuevas y gratificantes que no había vivido previamente, tomando los recursos propios de los profesionales y los participantes del grupo para superar las dificultades y reemprender su desarrollo psicoemocional. Los pacientes llegan con su trama familiar, y ésta se despliega en la comunidad, que funciona como familia sustituta provisional y aporta los recursos que la persona no tuvo para poder continuar su proceso de desarrollo. Para ello, es necesario desarrollar en los grupos un clima de seguridad, aceptación y calidez, de manera que el paciente sienta la confianza de irse abriendo, abra la mente y “corra el riesgo” de descubrir su “verdadero self” con el soporte de demás.

Así, el síntoma se irá desarmando en la medida que el paciente desarrolle sus recursos potenciales sanos para poder tolerar las vivencias subyacentes de sufrimiento y desamparo en el proceso de desidentificación de las identificaciones patógenas (las cuales, en un inicio, considera indispensables para su supervivencia).

Este proceso se basa en lo vivencial, y no en lo racional. Desde este enfoque se considera que muchas veces las intervenciones terapéuticas no sirven porque son palabras sin carga emocional que el paciente escucha pero no siente, por lo que no son generadoras de cambio psíquico. La vivencia emocional es lo que es capaz de generar cambio emocional, generar nuevas vivencias y permitir desarrollar nuevos recursos potenciales sanos. Así, el paradigma que proponía Freud, basado en “hacer consciente lo inconsciente” se transforma en “hacer vivible lo invivable”.

Este enfoque considera que todo enfermo se puede curar si se dan las condiciones necesarias. Para esto, es necesario que tanto el paciente como su familia permitan entrar en la trama familiar, de manera que el grupo pueda ofrecer recursos y experiencias inéditas de vínculos sanos. Aquí entra la riqueza y utilidad de los grupos multifamiliares, donde las vivencias de uno despiertan vivencias propias en los otros participantes, y uno puede “ser mirado” por muchas miradas distintas y sentir la confianza y la contención necesaria para emprender el proceso terapéutico. Además, el grupo funciona como una “mente ampliada”, una mente que piensa a partir de todos los participantes y llega a puntos que no se llegarían en las conversaciones bipersonales.

Desde este enfoque, el vínculo entre el paciente y el terapeuta es sumamente importante, y se presta especial atención a los fenómenos de transferencia y contratransferencia. Como hemos indicado, los terapeutas actúan como “padres sustitutorios”. Por lo tanto, cómo trata el usuario al terapeuta, sus reclamos y su actitud frente a él, se entienden como un desplazamiento de los afectos y reclamos del usuario hacia sus padres, reclamos que no pudieron ser expresados. Así mismo, qué te

produce el paciente también es sumamente importante. Atender a estos procesos y permitirnos sentir qué nos producen los paciente nos permite acercarnos abiertamente a ellos, comprenderles mejor y es necesario para que el paciente sienta que “puede contar” con los terapeutas, hecho necesario para desarrollar su proceso. Sin embargo, para evitar el riesgo de que vuelva a caer en una relación de dependencia, es importante que esto se dé con varios terapeutas, así como en menor medida con el grupo. Por todo ello, la coterapia es básica en la terapia psicoanalítica multifamiliar: evita la formación de una relación “de a dos” dependiente, enriquece las aportaciones y facilita que un mayor número de aspectos de la virtualidad sana de paciente sean detectados y fomentados.

Después de los grupos se realiza un ateneo o post-grupo formado por los profesionales que asistieron al grupo, donde se comparte lo vivido en el grupo, tanto entre los pacientes como lo que nos ha hecho sentir y producido a nosotros mismos, de cara a analizar todos estos procesos y enriquecer la experiencia individual y también como elemento sanador para el propio terapeuta.

Estos grupos son potencialmente terapéuticos para cualquier tipo de persona, más allá de que tenga sintomatología mental o no o de la sintomatología o de en qué consista ésta. Por eso han ido proliferando los grupos de terapia multifamiliar que se realizan de manera ambulatoria y frecuencia normalmente semanal en diferentes instituciones de Buenos Aires (como por ejemplo en el hospital psiquiátrico José T. Borda y el B. Moyano, o el Hospital Infantil Gutiérrez). Estos grupos son grupos abiertos que buscan tanto el tratamiento de diversas patologías mentales como la prevención de éstas con la participación de gente de la comunidad. Están compuestos así mismo por varias familias, que representan una “pequeña sociedad”, formando grupos de entre 30 y 100 personas y conducidos siempre en coterapia.

Este enfoque tiene su origen y su base en el psicoanálisis; partiendo de él, reconstruye sus formulaciones y se nutre también de otras teorías y técnicas psicológicas. Así, se enriquece a partir de otras formulaciones como la terapia cognitivo conductual y la sistémica, incluyéndolas en su conceptualización de los casos y en sus acciones terapéuticas, para poder conseguir una comprensión mucho más completa del individuo y poder realizar un mejor abordaje y tratamiento de la persona.

2.2. Funcionamiento del centro

La rotación tenía como pilar la asistencia y participación en la comunidad terapéutica de estructura multifamiliar DITEM.

a) Población atendida

Éste es un recurso que se ofrece a pacientes con un elevado malestar psíquico, mayoritariamente como recurso posterior al alta de una internación psiquiátrica.

El perfil del usuario que acude a ella es muy variado y desde este enfoque se quita el énfasis del diagnóstico y los síntomas, pero podríamos entender que las personas que acuden a ella son personas que sufren trastorno mental severo, todos mayores de edad.

Los pacientes son derivados por otros profesionales de la salud. La clínica es privada, pero cuenta con diferentes convenios con compañías de seguros médicos, así como dispone de becas para personas con pocos recursos, de manera que el gasto del tratamiento suele ser parcialmente pagado por el paciente y parcialmente por alguna compañía de salud.

b) Plan terapéutico

Inicialmente se realizan dos primeras entrevistas con el paciente (y a ser posible sus familiares más cercano en al menos una de ellas) para valorar si este recurso se adapta a sus necesidades. Así mismo, se informa al paciente del funcionamiento del centro, las condiciones del tratamiento y se le enseñan las instalaciones. Durante la entrevista se presta especial atención a la historia familiar del paciente, así como a las relaciones vinculares en el presente. Se pide al paciente un compromiso de asistencia, inicialmente diario (más adelante los pacientes empiezan a disminuir el número de días que acuden al centro) y se les indica una estimación de dos años de tratamiento.

A cada paciente se le asigna un profesional como terapeuta de referencia, que lleva el caso más de cerca y con el que se tienen las visitas familiares. Igualmente, la base del tratamiento se fundamenta en la coterapia y la intervención en equipo, y procuran realizar todas las intervenciones así.

Además de todas las actividades grupales, todos los pacientes tienen su plan individual de tratamiento, son atendidos por el Director Médico de la institución y tienen visitas familiares. Así mismo, muchos de ellos reciben atención psicológica individual por parte de alguno de los profesionales del centro, aunque otros tienen su propio psicólogo o psiquiatra fuera de éste, y el centro se coordina con ellos. Lo mismo ocurre con la atención psicofarmacológica, que puede ser prescrita por el director médico o supervisada por éste y llevada por un psiquiatra externo.

La intervención se basa en la asistencia y participación en todas las actividades del hospital de día. El elemento fundamental es un clima cálido, de seguridad y confianza, que propicia que el paciente se sienta cómodo y seguro y pueda desarrollar y explorar sus recursos.

c) Estructura temporal

El centro funciona de lunes a viernes de 14h a 18h como centro de día para sus usuarios. Durante esas horas, el horario de actividades era el siguiente:

- *14 a 16: grupo multifamiliar.* Grupo multifamiliar del que formaban parte todos los pacientes que acudían ese día a la clínica, los familiares que venían (los familiares siempre estaban invitados), un conjunto de pasantes y estudiantes (de los cuales yo formaba parte) y los terapeutas del centro. Siempre había dos terapeutas “coordinadores” que eran los principales encargados de llevar el grupo, y todos los asistentes podían participar en éste.
- *16 a 16.30: ateneo.* Tras el grupo, los pacientes subían a merendar mientras los terapeutas y pasantes realizábamos el ateneo clínico. En este espacio hablábamos de lo que había sucedido en el grupo, tanto entre los pacientes como lo que nos había hecho sentir y producido a nosotros mismos, y se analizaba todo ello desde el enfoque analítico multifamiliar.
- *16 a 17: merienda.* Éste era un espacio informal que compartían todos los participantes de la clínica, tanto profesionales como pacientes, de una manera mucho menos jerarquizada y distendida, de forma que las diferencias entre profesionales y pacientes se desdibujaba. Era un espacio muy importante de la clínica pues, como ya había insistido Badaracco, es en los espacios menos formalizados donde la virtualidad sana del paciente puede surgir más fácilmente.
- *17 a 18: taller.* Cada día de la semana se desarrolla un taller diferente, en el que se busca que el paciente “juegue” a descubrirse, a moverse entre diferentes papeles, y que surja de manera más natural el “verdadero self”, así como permiten espacios de interacción desde diferentes perspectivas entre los participantes (tanto pacientes como pasantes y profesionales). Los talleres que se realizan son: música, yoga, circo, eutonía, teatro y cocina.

d) Instalaciones y personal

El centro está situado en el barrio de Palermo. Se trata de un edificio de 3 plantas con espacios amplios y acondicionados para desarrollar adecuadamente todas las actividades realizadas. Cabe destacar sus amplias salas para desarrollar los grupos y las

diferentes actividades, consultorios para pasar visitas a pacientes y familiares así como para realizar talleres de docencia, la amplia cocina comedor que permite compartir el espacio de cocina y comida, y un bonito jardín que permite disfrutar del día y del sol en los espacios no formales y realizar actividades al aire libre.

A continuación se listan los principales coordinadores y terapeutas de la fundación:

- *Lic. María Elisa Mitre de Larreta. Directora de la Clínica, psicóloga y psicoanalista.*
- *Dr Roberto García Novarini.* Director Médico.
- *Lic. Ricardo González.* Coordinador General.
- *Lic. Rita Brodheim Omacini.* Coordinadora de terapia ocupacional y talleres.
- *Dra. Diana Cherniser.* Coordinadora de grupo, terapeuta familiar y docente.
- *Dr. Jacobo Tacus.* Coordinador de grupo, terapeuta familiar y docente.
- *Lic. Katherine Walter.* Coordinadora de grupo, terapeuta familiar y docente.
- *Ariel Rodríguez.* Colaborador de terapia ocupacional y talleres.

Así mismo, cabe destacar el importante papel de los talleristas que imparten los diferentes talleres, la relevancia de otros profesionales que acuden al centro más puntualmente, así como la presencia continua de un gran número de estudiantes y pasantes que forman parte del día a día del centro.

e) Docencia

La fundación da especial relevancia a la docencia, entendiéndola desde una vertiente teórico-práctica. Así, da importancia a la comprensión teórica del enfoque multifamiliar, pero considera indispensable vivenciar y formar parte de lo que se da en este tipo de terapias para realmente poder comprenderlo y entenderlo. Por eso, ofrece formación tanto a estudiantes de la carrera de psicología (teniendo un convenio con la Universidad de Buenos Aires) como a pasantes tanto argentinos como extranjeros. El plan docente incluye la lectura autónoma del material de lectura propuesto, seminarios teóricos para trabajar sobre éste y la asistencia a los grupos de terapia multifamiliar, tanto de la misma fundación como de otros hospitales. La institución forma parte del Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar, desde donde se organizan diferentes actividades formativas a las que también estamos invitados. Para más información sobre las actividades formativas que ofrece, ver apartado c) *Actividades formativas* del siguiente punto).

2.3. Actividades realizadas

a) Asistencia a la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar

Actividad principal dentro de esta rotación. De lunes a viernes de 14 a 18 h, formábamos parte de la comunidad terapéutica DITEM y realizábamos las actividades que en ésta se desarrollaban.

Durante las terapias grupales, nuestro papel parecía de observador. Sin embargo, uno entraba dentro del flujo emocional que se daba en el grupo y formaba parte de éste, así como podíamos participar como un integrante más. El papel de observador te permite estar más receptivo a la experiencia emocional que cuando tienes un papel más relevante en la coordinación y esto requiere tu atención. Pasar a este papel, más “pasivo” a nivel de dirección, pero posiblemente más receptivo a nivel emocional, resulta muy enriquecedor.

En el postgrupo se podían compartir todas estas experiencias vividas, y se revisaban los conceptos teóricos asociados. Este espacio era muy enriquecedor al poder compartir las diferentes experiencias, conocer los diferentes puntos de vista y reacciones que podían suscitar los mismo hechos, y acompañarse en todo ello. Además, el conocimiento compartido entre todos te permitía comprender mucho mejor a los pacientes y a los procesos que estaban atravesando.

El espacio de la merienda era un espacio muy relevante en que nos podíamos acercar más a los pacientes, conectando con su virtualidad sana. Te permitía conocerlos más, ver su potencial de desarrollo y conectar con ellos “de persona a persona”. Lo mismo pasaba en los diferentes talleres, en los que podíamos participar con ellos como uno más, y compartíamos con ellos un espacio libre de máscaras donde surgían de manera natural sus aspectos más sanos y sanadores.

También podíamos acudir a primeras entrevistas de nuevos pacientes, pudiendo ver cómo era el proceso de admisión, así como a visitas individuales y familiares. Todo ello nos ofrecía un conocimiento más completo del paciente y nos permitía ver cómo se realiza el abordaje individual y familiar desde este enfoque.

b) Asistencia a otros grupos multifamiliares

Des del centro se nos ofrecía información sobre la posibilidad de asistir a otros grupos multifamiliares (GMs) que se realizaban en la ciudad de Buenos Aires. En todos ellos, estábamos invitados a formar parte tanto del grupo (como un miembro más) como del ateneo posterior, donde se comentaban los aspectos técnicos sucedidos durante éste así como se podía compartir la vivencia de cada uno. Concretamente, durante mi estancia pude asistir a los siguientes grupos.

- *GM Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez.* En él se realizan grupos abiertos a la comunidad, sin dirigirlos concretamente a personas con patología mental manifiesta.
- *GM Hospital de niños Ricardo Gutiérrez.* Forma parte de la “escuela para padres multifamiliar”, que lidera la Licenciada Eva Rotenberg. Los pacientes que acuden a estos grupos son niños con patología dermatológica así como sus familias, derivados por el dermatólogo de referencia. Años de experiencia clínica han demostrado que la sintomatología dermatológica de estos niños, que muchas veces no responden como se esperaba al tratamiento farmacológico, mejora cuando se trata el vínculo con sus otros significativos (principalmente los padres). En esto se basa esta intervención.
- *GM Hospital Braulio Moyano.* Hospital psiquiátrico de mujeres de Buenos Aires. Las pacientes son derivadas por consultas externas del servicio de psiquiatría y se trabaja con ellas para mejorar su funcionamiento y bienestar.
- *GM abierto a la comunidad de la Fundación María Elisa Mitre.* Los jueves, después del horario habitual del centro DITEM, los pacientes podían quedarse a cenar con el resto de profesionales y posteriormente se realizaba un grupo de terapia multifamiliar abierto a la comunidad. A él podía acudir toda persona que quisiera participar, tuviera o no sintomatología mental.

c) Actividades formativas

- *Seminarios teóricos.* Tanto los jueves de 17 a 19h como los viernes de 10 a 12h, se realizaban sesiones de formación teórica con el Dr. Jacobo Tacus. Durante éstas se trabajan diferentes aspectos teóricos del enfoque psicoanalítico multifamiliar, así como se analizaban más profundamente los procesos que se habían dado en grupos anteriores. El proceder habitual era proponer una lectura para cada sesión, que traíamos todos trabajada, y así comentarla y analizarla conjuntamente. Eran actividades muy enriquecedoras que permitían una mayor comprensión de la base teórica del enfoque y enriquecían el conocimiento al compartir los diferentes puntos de vista de una misma lectura o proceso.

Lecturas comentadas (*algunos de estos textos fueron facilitados en fotocopias y no ha sido posible encontrar la referencia completa):

- *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar* (García Badaracco, 1989). Comentario de capítulos del libro.
- *Psicoanálisis Multifamiliar –Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo* (García Badaracco, 2000). Comentario de capítulos del libro.

- *Las voces del silencio* (Mitre, 2016). Comentario de capítulos del libro.
 - *Sobre la noción del objeto enloquecedor* (García Badaracco, 1998).
 - *Enloquecer o curarse en el seno de la familia* (García Badaracco, 1998).
 - *El esfuerzo por volver loco al otro. Un elemento en la etiología y la psicoterapia de la esquizofrenia* (Searles, 1959).
 - *Clínica de lo negativo* (Oelsner, 1992).
 - *Conflicto y déficit: implicancias para la técnica* (Bjorn Killingmo).
 - *Virtualidad sana* (García Badaracco, 2006).
 - *El psicoanálisis multifamiliar: cómo curar desde la “virtualidad sana”* (García Badaracco, 2006).
 - *Sobre el proceso terapéutico* (Mitre, 2008).
- *Comité científico*. El primer sábado de cada mes la fundación organizaba un comité científico donde se reunían profesionales del ámbito de la terapia multifamiliar y se debatía sobre un tema propuesto previamente o se realizaba una sesión sobre éste.
- Comités asistidos:
 - *Los grupos multifamiliares interviniendo en el ámbito comunitario desde el Psicoanálisis Integrativo. Actualidad de un proceso*. Graciela Quattordio y Mónica Henrich de Perú.
 - Presentación del libro “*Las voces del silencio*” con Maria Elisa Mitre (autora) y Abel Fainstein, Graciela Fernández Meijide y Sandro Fonzi.
 - *El arte de coordinar*. Sandro Fonzi, Jacobo Tacus y Mariana Fuxman.
- *Asistencia a actividades de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina)*. Los pasantes éramos invitados a diferentes actividades organizadas por la APA, que solían consistir en reuniones de expertos de la asociación donde uno de ellos reflexionaba sobre un tema o un libro y luego todos los asistentes participaban del debate.
- *El psicoanálisis en el mundo de hoy. Neurosis de destino social*. Dr. Alejandro Fonzi.
 - *La comunidad terapéutica de estructura multifamiliar*. Lic. María Elisa Mitre.

d) Cronograma

Para facilitar la comprensión del horario realizado durante esta rotación, el siguiente **cronograma** presenta las actividades realizadas a lo largo de la semana.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
10-12		*Actividades puntuales APA	GM Hospital Braulio Moyano	GM Hospital Ricardo Gutiérrez	Seminario Teórico
12-12.30			Ateneo	Ateneo	
14.00-16.00	GM comunidad terapéutica DITEM	GM comunidad terapéutica DITEM	GM comunidad terapéutica DITEM	GM comunidad terapéutica DITEM	GM comunidad terapéutica DITEM
16.00 – 16.30	Ateneo GM DITEM	Ateneo GM DITEM	Ateneo GM DITEM	Ateneo GM DITEM	Ateneo GM DITEM
16.30-17.00	Merienda conjunta	Merienda conjunta	Merienda conjunta	Merienda conjunta	Merienda conjunta
17.00-18.00	Taller: música	Taller: yoga	Taller: circo	Seminario teórico	Taller: teatro
18.00-19.00					
19.00-20.00				Cena conjunta	
20.00-22.00			GM Sanatorio Julio Méndez	GM abierto a la comunidad, DITEM	
22.00-22.30			Ateneo	Ateneo	

- Actividades realizadas en la Comunidad Terapéutica de estructura Multifamiliar DITEM
- Otros Grupos Multifamiliares
- Actividades formativas

3. FUNDACIÓN AIGLÉ

3.1. Enfoque teórico

La fundación Aiglé tiene un enfoque teórico integrador, que se nutre de las aportaciones de distintas psicoterapias para armar a partir de ellas su propio modelo teórico.

En los años 80 se desarrollaron un número creciente de enfoques integradores de psicoterapia, fruto de la confluencia de diferentes factores (Norcross, 1986). Entre ellos, destaca la excesiva proliferación de nuevos enfoques psicoterapéuticos, la imposibilidad de que un enfoque determinado sea el más adecuado para todos los casos y la ausencia de eficacia diferencial entre los distintos enfoques psicoterapéuticos, así como el reconocimiento creciente de factores comunes a los distintos enfoques que podrían explicar estos resultados similares.

Dentro del movimiento integrador, el modelo propuesto por Héctor Fernández Álvarez, director de la fundación Aiglé, se basa en la integración teórica. Este tipo de integración busca realizar una síntesis y combinar y articular diferentes enfoques, con el fin de que el resultado sea mejor que el de las terapias constituyentes por sí mismas, integrando tanto las técnicas como las teorías. Fernández-Álvarez admite que pueden existir múltiples abordajes integrativos posibles, y que por ello su propuesta de modelo integrativo es una “síntesis necesaria en ese momento de su evolución”. Así, asume que irá evolucionando según el conocimiento y el momento, siendo una propuesta abierta, y no la búsqueda de una solución final.

Su modelo toma como punto de partida la psicología cognitiva. Inicialmente se fundamenta en el paradigma del procesamiento de la información, pero frente a las limitaciones que encuentra al equiparar el funcionamiento de las personas al de las máquinas a la hora de explicar un funcionamiento tan complejo como el humano, pasa a focalizar su enfoque en el constructivismo. Este enfoque concibe al ser humano como agente (pro)activo en la construcción del significado (Fernández-Álvarez, 2003). Fernández-Álvarez parte de que no sólo procesamos información, sino que construimos la realidad donde esta información es procesada, adoptando una postura de constructivismo relativo.

Como señalan Feixas y Miró (1993), este modelo articula el enfoque constructivista con el saber psicodinámico sobre el inconsciente, y con el procesamiento emocional, a la vez que contempla distintos aspectos interaccionales. Así, articula aspectos del

funcionamiento humano tanto cognitivos como conductuales, emocionales e interpersonales, en una misma teoría que da cabida y sentido a todo ello.

El punto de partida de este enfoque es la experiencia del paciente, entendida como qué significado le da éste a ella (Fernández-Álvarez, 1996 y Fernández-Álvarez, 2004). Describe la experiencia en su carácter constructivo, es decir, como un proceso en el que la persona elabora una serie de estructuras de significado. Las personas necesitan organizar la realidad en la que deben desplegar su vida y, para ello, cumplen una tarea constructiva permanente. La construcción de la realidad es la forma de organización de la experiencia personal en la que cada individuo refleja su representación del mundo (incluyendo su autorrepresentación). La finalidad primordial de estas construcciones es sostener el sentimiento de identidad personal, que necesitamos para preservar la actividad psicológica. En esta construcción de la realidad coexisten tres planos, el psicológico, biológico y social. Nosotros integramos estos tres planos en una experiencia global, y cada acto de conocimiento resulta de la síntesis de tres componentes que actúan necesariamente ligados entre sí, aunque con cierta autonomía: el componente intelectual, el emocional y el evaluativo. Todos estos elementos y su interacción son analizados de cara a la intervención psicológica.

La posibilidad de dotar de sentido a la experiencia equivale a desarrollar un self, una identidad. Para ello es necesario disponer de una serie de recursos que permitan autoorganizar la experiencia en torno a un eje de subjetividad, contar con los elementos que faciliten enfrentar las nuevas experiencias procurando integrarlas a las ya vividas y planear el futuro de acuerdo con un guion que nos represente.

Las estructuras de significado evolucionan a través del tiempo y de las experiencias vitales. En la infancia nos vemos guiados por el “guion paterno”, y paulatinamente vamos construyendo nuestro propio guion personal. Este guion personal constituye una trama en la que se forjan las estructuras de significado, y en función de la cual éstas se van organizando jerárquicamente. Las estructuras de significado se distinguen también por su grado de rigidez o flexibilidad, y por su grado de desarrollo hacia la complejidad. Fernández-Álvarez presenta un esquema evolutivo de los niveles de complejidad del self, que propone como descripción de las fases del ciclo vital en términos de la evolución de las estructuras de significado, a la vez que como herramienta para conceptualizar los problemas clínicos. Los niveles de complejidad del self empiezan por la función discriminante básica y pasan por 4 estadios más hasta llegar al nivel de autonomía (nivel 6, que se desarrolla a lo largo de la adolescencia), en el que se elabora el guion personal. Luego siguen aumentando de complejidad hasta el

nivel de recogimiento, al final de la vida, en que el individuo realiza una reelaboración reflexiva y “cierra puertas abiertas”.

Todos estos conceptos teóricos son básicos en la conceptualización de cada caso. Según la adaptación de todos estos factores, las construcciones pueden ser funcionales o disfuncionales, según si nos permiten sentir que estamos cumpliendo con nuestro “guion”, nuestro proyecto vital. Las construcciones funcionales nos hacen sentir que “estamos haciendo lo que corresponde” y las dificultades e inconvenientes que implican son significados como una parte necesaria del cumplimiento del guion. Las disfuncionales generan sufrimiento y carecen de dicho sentido, y se traducen en signos que son identificados como síntomas.

Esta conceptualización permite adentrarse en la comprensión de la vivencia de sufrimiento que tiene el paciente y en los mecanismos que le llevan a demandar una psicoterapia. El análisis de la demanda constituye un elemento esencial en este enfoque (Fernández-Álvarez, 2008); permite diferenciar si es adecuado realizar una intervención, y en su caso qué tipo de abordaje psicoterapéutico es más conveniente. Desde este modelo se presta especial atención a la “rotulación”, cómo describe el paciente lo que le genera malestar o lo que le motiva a consultar. La declaración del malestar es el núcleo del motivo de consulta. También es importante considerar la evolución de la demanda (cómo ha surgido ésta, cuánto tiempo lleva el malestar presente y qué se ha realizado para intentar paliarlo). Otro aspecto importante es a qué atribuye el malestar la persona: si es interno o externo, la estabilidad y el grado de control percibido. Este enfoque considera que para que la terapia pueda tener éxito, un requisito indispensable es que el paciente sitúe su problema en el interior de su esfera personal, por lo que si la atribución es externa un primer foco de trabajo será tratar de que sea más interna. Por último, la búsqueda, qué ha movido a esa persona a buscar ayuda, es un elemento importante a analizar también.

Tras realizar una evaluación exhaustiva de la demanda, se procede al diseño de la intervención terapéutica, adaptada para cada caso particular, siguiendo el principio de promover la menor cantidad de cambios necesarios para el cumplimiento de cada objetivo. Según este planteamiento, debe identificarse la construcción de mayor profundidad involucrada en la disfuncionalidad declarada por el paciente para saber hasta qué nivel debe trabajarse. Cuando el trastorno no es muy severo, ese nivel suele corresponder con el último que, de acuerdo con el desarrollo evolutivo, se espera que haya alcanzado la persona (por ejemplo, en el caso de un trastorno adaptativo). En pacientes más severos, lo habitual es que presenten déficits en construcciones muy primarias, por lo que el tratamiento deberá apuntar a promover cambios más

profundos, implicando terapias más complejas y mayor tiempo de terapia (por ejemplo, en trastornos de la personalidad).

Así pues, dependiendo de la demanda y del tipo de problema, el modelo de Fernández-Álvarez aporta elementos para proponer un tratamiento breve, intermedio o sin límite de tiempo, así como para seleccionar determinado tipo de técnicas, de manera personalizada para cada caso particular.

3.2. Funcionamiento del centro

a) Población atendida

La fundación Aiglé ofrece atención a personas con diferentes tipos de disfunciones psicológicas que sean susceptibles de ser tratadas a nivel ambulatorio. Así pues, no se atiende a personas con psicosis agudas, trastornos por uso de sustancias y trastornos generalizados del desarrollo por no disponer de los dispositivos necesarios para ello. Así mismo, cuando la gravedad de un paciente hace necesaria una intervención más intensiva, como un hospital de día o un ingreso, éstos son derivados a otros dispositivos.

La atención es privada, y los honorarios corren a cuenta del usuario. Sin embargo, la fundación dispone de un programa destinado a personas que necesitan tratamiento en salud mental y disponen de pocos recursos económicos, llamado PATER. El programa es llevado a cabo por los profesionales de la institución, proponiendo un tratamiento con una duración acotada y honorarios reducidos. El programa asiste a personas que concurren a la institución para solicitar atención psicológica y desarrolla programas de asistencia en contextos institucionales tales como hogares.

Por otra parte, en la clínica se cuenta con dos programas de atención a poblaciones específicas. Por un lado, el programa PAUTA atiende a personas con trastornos de la conducta alimentaria, y consta de un equipo multidisciplinar especializado en este ámbito. Por otra parte, el programa “Familias y niños” está especialmente enfocado a la atención de población infantil y de sus familias y está formado también por especialistas en este ámbito.

b) Plan terapéutico

Como se ha comentado, este enfoque propone realizar un plan de intervención personalizado para cada caso particular y prioriza realizar un análisis pormenorizado de la demanda para elaborar un adecuado diseño de la intervención a realizar. Así pues, el análisis de la demanda es un paso básico y fundamental en el diseño del

tratamiento, y por ello el proceso de admisión sigue un modelo estructurado y sistematizado. La idea rectora del modelo de la institución es que la asistencia esté organizada, en todos sus tramos, como un servicio colectivo que se brinda a través de una estructura articulada de equipos de trabajo (Fernández-Álvarez, 2008), y uno de ellos es el equipo de admisiones.

Frente a una demanda de atención psicológica el primer contacto es telefónico (pre-admisión). En él un entrevistador del equipo de admisiones recoge ya información básica a tener en cuenta: motivo por el que se solicita la entrevista, evolución de la demanda, persona que facilitó el contacto y tratamientos recibidos o en curso. A continuación se procede a concretar una primera visita, con el entrevistador del equipo que se considere más adecuado teniendo en cuenta los datos iniciales. La primera visita es grabada para poder ser transcrita y analizada más a fondo por el equipo de admisiones, así como suele ser visualizada por personas en formación en el centro. En ella se recogen todos los datos necesarios para luego poder realizar un análisis exhaustivo de la demanda. Entre otros aspectos, se tienen en cuenta la estimación del grado de malestar subjetivo, la severidad del trastorno, el grado de urgencia con que vive el paciente su situación, las estrategias de afrontamiento dominantes, el nivel de resistencia, la red social de apoyo con que cuenta y las experiencias terapéuticas previas. Además de la primera visita, se cita al paciente para realizar una exploración psicológica, en la que se administran diferentes cuestionarios según lo que se considere más importante valorar. La batería básica que se administraba en casi todos los casos estaba formada por el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI-III, para valorar personalidad; el SCL-90 y el BDI para sintomatología, y el IIP, Inventario de Problemas Interpersonales, para evaluar problemas interpersonales.

Toda esta información es analizada en conjunto por el equipo de admisiones, que decide si la demanda es susceptible de tratamiento psicológico, y en su caso, cuál es la intervención más adecuada. La intervención puede ser individual o grupal, así como puede ser de duración breve, de intermedia o larga.

Siempre se realiza una devolución diagnóstica al paciente, en la que se le comentan los resultados. En caso de poderse beneficiar de tratamiento, se delimitan conjuntamente con él los objetivos a tratar y se propone un plan terapéutico individualizado.

A partir de aquí se inicia el tratamiento con el profesional que se considere más adecuado para cada caso, y que no tiene por qué ser el que atendió al paciente en la admisión. Siguiendo la línea rectora comentada del trabajo conjunto, todos los equipos

se reúnen para realizar supervisiones conjuntas de los casos así como para coordinarse entre los diferentes profesionales que tratan a un paciente.

c) Estructura temporal

Como hemos indicado, el tratamiento que se ofrece es ambulatorio, en formato individual y/o grupal. Para tener una idea más cercana a la estructura temporal que realicé durante mi rotación, puede consultarse el cronograma presente al final del apartado “2.3. Actividades realizadas” de este centro.

d) Instalaciones y personal

La fundación Aiglé consta de dos edificios situados en el barrio de Belgrano, en Buenos Aires, en los que dispone de varios despachos, todos ellos con sistemas de grabación para el posterior análisis de las sesiones y su uso docente, amplias salas para la realización de grupos y reuniones de equipo, una de ellas con espejo unidireccional para facilitar la observación de las terapias desarrolladas dentro, y varias salas docentes para la realización de las clases del posgrado.

La institución está formada por más de 100 profesionales, principalmente psicólogos y psiquiatras. Las principales autoridades de la institución son las siguientes:

- *Héctor Fernández Álvarez*. Presidente honorario. Director del Equipo de Investigación.
- *Beatriz Gómez*. Presidente.
- *Alejandra Pérez*. Vicepresidente.
- *María Teresa Nieto*. Secretaria.
- *Sergio Pagés*. Prosecretario.
- *Diana Kirszman*. Tesorera. Especialista en trastornos de conducta alimentaria.
- *Mariana Maristany*. Protesorera. Directora del equipo de Evaluación.
- *Edith Vega*. Directora del Equipo Familias y Niños.
- *Ana Valeria*. Equipo de admisiones. Tutora de los rotantes externos.

Los equipos cuentan con especialistas en su área de intervención. Por ejemplo, el equipo del Programa PAUTA, dedicado al tratamiento de trastornos alimentarios, está formado por psicólogos y psiquiatras especializados en este ámbito, así como médicos de familia y nutricionistas.

e) Docencia

La fundación Aiglé da mucha relevancia a la formación y ofrece múltiples actividades formativas.

Por un lado, organiza cursos o seminarios de uno o dos días de duración, con profesionales internacionales de alto nivel especialistas en ámbitos específicos de la psicoterapia.

Además, la institución imparte la “Carrera de especialización en Psicoterapia Integrativa con orientación cognitiva”, que ofrece un entrenamiento en habilidades terapéuticas y adquisición de conocimientos de última generación en cada una de las especialidades. Sus clases son dictadas por integrantes del cuerpo docente de la Fundación Aiglé y las prácticas se realizan en el mismo centro. Así mismo, colabora con otras instituciones en la realización de másters internacionales.

Por otra parte, la fundación da especial relevancia a la supervisión y formación del terapeuta a lo largo de su práctica clínica, así como su acompañamiento, de manera que las supervisiones grupales tienen un papel muy relevante y se forma parte de ellas durante la estancia.

Para más información de las actividades formativas concretas realizadas, consultar apartado c) *Actividades formativas* del siguiente punto.

3.3. Actividades realizadas

a) Observación y análisis de casos

- **Admisiones.** Las admisiones podían ser visualizadas mientras se realizaban a través de una cámara gesell. Antes de su realización, el entrevistador que iba a llevarla a cabo nos comentaba la información recogida en la pre-admisión, y al acabar podíamos compartir con él nuestras impresiones. Posteriormente los rotantes que coincidíamos realizábamos el análisis del caso y de la demanda siguiendo el modelo propuesto por el centro y atendiendo a los elementos previamente descritos, que después supervisábamos con el entrevistador.
- **Sesiones de tratamiento.** Podíamos observar a través de la cámara sesiones de tratamiento realizadas por Diana Kirszman y Edith Vega, principalmente vinculadas a los programas PAUTA y Familia y niños, y después comentar los casos y la intervención con ellas.

- *Terapia grupal.* Una vez a la semana, observábamos a través de un espejo unidireccional grupos de pacientes con rasgos desadaptativos de la personalidad, dirigidos por Héctor Fernández Álvarez, así como participábamos de su análisis y transcripción de algunas de sus partes.

b) Supervisiones grupales

En la Fundación Aiglé las supervisiones grupales son un elemento clave del tratamiento, y son consideradas necesarias tanto para poder aportar el mejor tratamiento posible al paciente como para asegurar el bienestar del terapeuta. Estas supervisiones son semanales y son realizadas por terapeutas con una extensa experiencia. Durante éstas se revisa la formulación de los casos, las habilidades terapéuticas puestas en marcha, aspectos emocionales y cuestiones profesionales.

Durante la estancia allí el rotante externo puede asistir a las siguientes supervisiones grupales:

- *Supervisiones generales* de casos clínicos llevados en terapia individual
- *Programa de atención a trastornos de conducta alimentaria (PAUTA):* supervisión en la que se reunían todos los miembros del equipo y se revisaban todos los casos.
- *Programa Familia y Niños:* se supervisaban los casos que exponían los diferentes terapeutas, así como a veces se analizaban vídeos de sesiones o se realizaba supervisión en vivo a través de la cámara gesell.

c) Actividades formativas

- *Asistencia a clases de posgrado.* Durante nuestra estancia podíamos asistir a todas las actividades de formación de la “Carrera de especialización en Psicoterapia Integrativa con orientación cognitiva” que ofrece la fundación Aiglé. Así, asistíamos a las clases tanto del primer año como del segundo año de formación, y a las actividades puntuales que realizaban.
- *Seminarios teóricos:* reuniones con diferentes profesionales del centro. Éstas podían ser de dos tipos:
 - Análisis del modelo terapéutico: comentario y análisis de los libros “Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia” y “Integración y salud mental. El proyecto Aiglé 1977-2008”, de Héctor Fernández-Álvarez.

- Profundización en aspectos más específicos, como por ejemplo el sistema de evaluación que siguen y la investigación realizada por el centro en cuanto el “Estilo Terapéutico Personal”
- *Seminarios y actividades formativas puntuales:*
 - *Todo lo que siempre quiso saber sobre el TOC y no se atrevió a preguntar.* Amparo Belloch Fuster, Universidad de Barcelona, España.
 - *Los trastornos de la Personalidad: Un marco integrativo para describir y conceptualizar la patología de la personalidad.* John Livesley, University of British Columbia, Canadá.
 - *Reconstrucción de los vínculos: un enfoque relacional para la reparación de rupturas familiares.* Andrea Blumenthal, Co-directora del proyecto de cuidado de crianza y adopción, Instituto Ackerman de Terapia Familiar, Nueva York. 18 de octubre 2016.
 - *Jornada de capacitación: abordaje de niñez y adolescencia transgénero.* Jean Malpas, proyecto Género y familia, Instituto Ackerman de Terapia Familiar, Nueva York. 21 noviembre 2016.

d) Cronograma

Para facilitar la comprensión del horario realizado durante esta rotación, el siguiente **cronograma** presenta las actividades realizadas a lo largo de la semana.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8.30-10.00	SG (M. Maristany)	Sesiones de tratamiento Trastornos Alimentarios (D. Kirszman)	Grupo Terapéutico (H. Fernández Álvarez)		
10.00-12.00	SG Trastornos Alimentarios (D. Kirszman)				Seminario Teórico (MF)
12.00-14.00		Seminario teórico (A. Valeria)	Posgrado "Especialización en Psicoterapia Integrativa con orientación cognitiva", 2º año	Posgrado "Especialización en Psicoterapia Integrativa con orientación cognitiva", 1º año	
14.00-15.00		SG Equipo Evaluación (M. Maristany)			GM comunidad terapéutica DITEM
15.00-16.00	SG – Familias y niños (E. Vega)				
16.00-16.30					Ateneo GM DITEM
16.30-17.00					Merienda conjunta
17.00-18.00	Admisiones		Admisiones	Sesiones de tratamiento Familias y niños (E. Vega)	Taller: teatro
18.00-19.00					
19.00-20.00					
20.00-22.00			GM Sanatorio Julio Méndez	GM abierto a la comunidad, DITEM	
22.00-22.30			Ateneo	Ateneo	

- Observación y análisis de casos
- Supervisiones Grupales (SG)
- Actividades formativas
- Actividades mantenidas de la rotación de Terapia Multifamiliar

*Dado el interés que suscitó en mí la terapia multifamiliar, durante la segunda mitad de mi rotación, ya en la Fundación Aiglé, seguí acudiendo a las actividades que me eran compatibles por horario de la primera rotación: los grupos multifamiliares abiertos a la comunidad de la clínica DITEM los jueves, todas las actividades realizadas los viernes y el comité científico mensual de los sábados.

4. APLICABILIDAD DE LA FORMACIÓN

Considero que esta estancia en ambas instituciones ha sido muy enriquecedora para mí a nivel profesional y que me ha aportado un aprendizaje que voy a poder aplicar y llevar conmigo en mi práctica clínica habitual.

Si bien es cierto que muchos aspectos no son importables dado la diferencia de dispositivos y recursos (pues en Argentina roté por fundaciones privadas, así como debido a las diferentes orientaciones médicas y psicoterapéuticas imperantes en ambos países), creo que es mucho lo que sí puede ser aplicable.

Por una parte, un aprendizaje básico de estas rotaciones ha sido la búsqueda de una **comprensión global del individuo**, y un acercamiento más humano al paciente. De hecho, H. Fernández-Álvarez considera el movimiento integrador como una respuesta humanista, que busca comprender a la persona en su globalidad, articulando explicaciones parciales y focalizadas en sólo algunos aspectos de las personas que suelen ofrecer otros enfoques teóricos. La psicoterapia multifamiliar también busca este acercamiento más humano, entendiendo a la persona que padece una enfermedad mental como alguien con un elevado sufrimiento y malestar y los síntomas como una expresión de este malestar, y focalizando su intervención en el potencial de la persona como persona en sí misma y en el desarrollo de su autonomía, más allá de los síntomas. Si bien no deja de ser importante prestar atención a los síntomas que nos traen nuestros pacientes, creo que es fundamental recordarnos la necesidad de verlos como personas íntegras, y de entender que todo aquello que forma parte de su ser y de sus experiencias afecta a la persona en su globalidad. De esta manera, el síntoma no es algo aislado en la persona que simplemente debe ser “extraído” sino un elemento más de un funcionamiento hipercomplejo, tanto respecto a la misma persona como a su papel en los múltiples sistemas de los que forma parte. Este enfoque implica una mayor complejidad, pero creo que es fundamental para poder realizar un mejor tratamiento y abordaje del paciente, y para prestar atención y tratar aquello que realmente importa: la vivencia de sufrimiento del paciente y de los que le rodean. En nuestro ámbito sanitario, empieza a desarrollarse un movimiento hacia una concepción más integral de las personas, que queda patente en los planes y demandas tanto a nivel nacional como de cada hospital. En concreto, el Plan Estratégico del Hospital Clínic 2016-2020, donde realizo mi residencia, aboga por una asistencia sanitaria centrada en las necesidades de los pacientes, más humanizada e integral. Considero que esto es coherente con este enfoque y con el resto de aplicaciones que comento a continuación.

Otro aspecto que creo que es muy relevante y aplicable es el de la **coterapia** y las **supervisiones grupales**, así como la importancia de los procesos de transferencia y contratransferencia. Por un lado, desde la perspectiva multifamiliar se da mucha importancia al trabajo en coterapia, que consideran fundamental para poder sostener los procesos de transferencia y contratransferencia que se dan durante el tratamiento, así como para poder ofrecer al paciente diferentes modelos y la posibilidad de “ser visto” por diferentes personas. Si bien en nuestro ámbito muchas veces se evita el acercamiento emocional, esto es una limitación importante de cara al tratamiento del paciente, pues nos impide comprenderlo íntegramente y conectar con él, así como limita la percepción por parte del paciente de comprensión y apoyo. Como indicamos, abrirse a la experiencia emocional es difícil, pero más fácil de sostener en coterapia. Otro formato que facilita el cuidado personal del profesional, así como un mejor tratamiento del paciente, son los grupos de supervisión. Pueden implicar cierto “gasto de tiempo”, pero creo que son fundamentales cuando se realiza terapia individual para poder abrir más el foco y ser ayudado, al obtener diferentes puntos de vista del tratamiento y el proceso de un paciente, así como para tramitar lo que nos produce esto a nosotros. Es por todo ello que considero que sería importante abrirse a los procesos de transferencia y contratransferencia: por la información que proporcionan y por el vínculo y los procesos que facilita. Para que éstas sean sostenibles, así como para obtener los beneficios de compartir diversas miradas y opiniones sobre un caso y sobre nuestras intervenciones, es importante poder realizar coterapia o grupos de supervisión.

Un aspecto interesante que ofrece el modelo de Aiglé es el **análisis de la demanda** y la **formulación del caso** y de la intervención a través de éste. El enfoque te proporciona un esquema a tener en cuenta de qué datos pueden ser más relevantes a recoger en una primera entrevista y te ayuda a tomar decisiones iniciales rápidas, así como te proporciona un esquema del tipo de terapia que podría ser más adecuada en cada caso. Esto es también útil en nuestra práctica clínica, donde es importante saberse hacer un esbozo rápido del problema y del tratamiento que podría ser efectivo para cada caso.

Por otra parte, fui también con el interés de realizar parte de mi **tesis doctoral**, sobre funcionalidad en pacientes con esquizofrenia, allí. Tanto lo aprendido allí como los contactos realizados fueron de gran interés y formarán parte de ésta.

Quiero dedicar especial atención a los **grupos multifamiliares** y a su aplicabilidad, puesto que tras mi estancia allí hemos elaborado un proyecto para aplicarlos en nuestro hospital. Los grupos multifamiliares son un formato de intervención que está

difundiéndose a nivel internacional, y ya existen algunos centros de atención pública que realizan estas intervenciones con personas con trastorno mental severo y sus familiares. El formato grupal ofrece una serie de ventajas respecto al tratamiento individual, como son la universalidad, la aceptación, el apoyo, el aprendizaje por imitación y el compromiso con el grupo. Por otra parte, potenciando la virtualidad sana tanto de pacientes como de familiares, en un clima de seguridad y respeto, se facilita la mejoría en los vínculos familiares y el consecuente beneficio en salud tanto para paciente como para la familia. Desde un punto de vista pragmático, el abordaje multifamiliar permite dar asistencia a un grupo numeroso y heterogéneo de pacientes y a sus familias. Si bien la coterapia es necesaria para dirigir este tipo de grupos y son necesarios del orden de 2 a 5 terapeutas por grupo, los recursos materiales y humanos requeridos son modestos en comparación a la asistencia prestada. La mejora del funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares es un objetivo sanitario primordial, que es abordado desde este enfoque. Las familias llegan a veces con expectativas erróneas, desinformación, miedo y rechazo a la enfermedad mental. Son familias también con múltiple patología y distintos grados de disfuncionalidad. Todo ello, además de interferir en el tratamiento y el curso de la enfermedad, puede también generar quejas y demandas a la institución, que genera como respuesta insatisfacción por parte del usuario, un mal uso de los recursos públicos y un desgaste de los profesionales. La apertura de un grupo terapéutico multifamiliar en un centro de atención sanitaria pública supone crear un recurso eficiente para una atención integral del paciente con enfermedad mental y su familia. Supone también un espacio terapéutico para los profesionales, pues este tipo de formato admite la asistencia como observador de personal en formación e implica una experiencia vivencial sanadora para todos los asistentes.

Pese a que una estancia en la clínica te permite ver resultados increíbles de este tipo de intervención, son pocos los estudios sistemáticos y controlados que demuestren su efectividad. Los estudios realizados sobre terapia grupal multifamiliar en trastornos mentales severos muestran resultados prometedores. La terapia multifamiliar grupal propuesta por McFarlane (2017), de corte cognitivo-conductual, ha mostrado su eficacia para reducir las recaídas y las rehospitalizaciones y mejorar el bienestar familiar en diversos estudios con pacientes con esquizofrenia y en primeros episodios psicóticos. Otros estudios con terapia multifamiliar desde un abordaje sistémico también muestran resultados prometedores³⁵. Sin embargo, existen pocos estudios al respecto, especialmente si nos centramos en el ámbito español. Es por ello que en mi hospital, junto a una compañera que se formó realizando la misma rotación en DITEM y dos profesionales con formación en psicoterapia multifamiliar y grupoanálisis, hemos

elaborado un proyecto de intervención multifamiliar frente a la necesidad de implementar un abordaje integrativo de las familias en el proceso asistencial de los pacientes con patología mental grave durante el tratamiento ambulatorio, así como de evaluar la eficacia de la intervención llevada a cabo.

Desde este proyecto se plantea analizar el beneficio de una intervención psicoterapéutica de tipo grupal y estructura multifamiliar mediante un estudio experimental para pacientes que han requerido un ingreso en la sala de agudos de Psiquiatría y sus familiares. Para ello, los pacientes reclutados tras el alta de la sala de agudos y sus familiares se asignarán de forma aleatoria al grupo experimental, que iniciará la intervención inmediatamente después del reclutamiento, o al grupo control, que será un grupo de espera que iniciará la intervención a los seis meses. Se medirán el número de reingresos, días de ingreso y consultas a urgencias en el grupo control y en el grupo a estudio en el momento de inicio de la intervención y a los 3 y 6 meses, así como se realizarán medidas pre y post tratamiento de sintomatología, funcionalidad y bienestar de los pacientes y sus familiares de ambos grupos para medir el efecto de la intervención. Con ello pretendemos poder ofrecer este tipo de intervención a pacientes y familiares, así como paralelamente demostrar científicamente su eficacia y utilidad.

5. VALORACIÓN PERSONAL

Mi valoración personal de esta rotación externa es extremadamente positiva.

Siento que durante mi estancia en Argentina he aprendido muchísimo, y me siento mucho más preparada para dar una mejor atención a cualquier tipo de paciente.

Si bien es verdad que en las rotaciones externas el residente vuelve a tener un papel más pasivo, y esto puede parecer un retroceso o una pérdida en las posibilidades de aprendizaje, considero que en realidad puede ser una oportunidad para realizar un aprendizaje muy valioso. En los grupos multifamiliares, la vivencia emocional era sumamente intensa, y tener un papel de observador, de manera que no tuvieras que estar pendiente de cómo intervenir, te permitía adentrarte en ella y entrar en el fluir emocional del grupo, conectando intensamente con el malestar de los pacientes y pudiendo comprender mucho mejor su vivencia. Por otra parte, poder observar a profesionales de alto nivel, tanto en la fundación DITEM como en la fundación Aiglé, poder reflexionar sobre lo aprendido y tener la posibilidad de comentar luego con ellos las intervenciones, es otra oportunidad de aprendizaje que me siento muy afortunada

de haber tenido. Los posgrupos después de los grupos multifamiliares eran una ocasión para ello, y los grupos de supervisión en Aiglé también.

Considero que en esta estancia he podido acercarme y ver de manera mucho más íntegra a los pacientes, así como compartir mis reflexiones, dudas, conocimientos y dificultades con profesionales y con otros compañeros en el mismo proceso que yo, enriqueciéndonos los unos a los otros. Todo esto me ha proporcionado una mejor comprensión de los pacientes y de las personas en general, así como de mí misma, y ha conllevado que ahora mismo me sienta con mayores conocimientos y habilidades, así como más abierta a compartir opiniones y dificultades.

También me ha aportado mucho ver diferentes modelos que abogan por la integración, ver que enfoques tan diferentes tienen tanto en común y cómo pueden ser articulados e integrados en modelos que buscan ver, comprender y ayudar a la persona en su globalidad. Creo que este punto es clave, pues en realidad todo son diferentes maneras de describir una misma realidad, desde diferentes perspectivas, pero al final lo importante es tener una visión lo más amplia y completa posible y ser capaces de ayudar a la persona a que esté mejor en su conjunto. Por ello creo que es importante ser capaz de mantener una actitud abierta y flexible, y que realizar este tipo de rotaciones te ayuda a mantenerla.

Me parece que prácticamente todo lo que he aprendido es, en mayor o menor medida, aplicable en nuestra práctica clínica. Considero que su aplicación más básica y fundamental es la manera de acercarse y concebir al paciente, esta mirada integral y humanista que he podido fortalecer allí. También otros aspectos más concretos, como ser partícipe de la gran importancia y utilidad de la coterapia y los grupos de supervisión, me ha permitido experimentar su enorme utilidad y tenerla presente para un futuro.

La experiencia de los grupos multifamiliares ha sido única y excepcional, y me siento privilegiada de haberlos podido vivir, por el aprendizaje que ha conllevado tanto a nivel profesional como personal y por lo gratificante que ha sido el proceso en sí. La experiencia ha sido tan reveladora que, como ha sido explicado en el apartado de aplicabilidad, desde allí desarrollamos un proyecto para realizar los grupos aquí, y a día de hoy los participantes ya han empezado a ser reclutados y en marzo empezarán a realizarse los grupos multifamiliares. Es un proyecto que me llena de ilusión y entusiasmo y que estoy pudiendo llevar a cabo gracias a esta rotación. Ha sido increíble experimentar el potencial sanador de la terapia multifamiliar, tanto para los pacientes como para sus familiares y para los profesionales que les acompañan, y la perspectiva de poder aplicarlos aquí es muy motivadora.

En conjunto, me considero muy afortunada por las dos rotaciones que he podido realizar, de todas las oportunidades de aprendizaje y las experiencias que me han brindado así como todo lo que me he traído “conmigo” de ellas.

Ha sido también muy interesante realizar la rotación en un centro extranjero, y poder ver la influencia de las diferencias culturales, pero sobretodo todo aquello que tenemos en común y que nos une, en realidad, a todas las personas.

6. AGRADECIMIENTOS

Estoy inmensamente agradecida a muchísima gente que, de una manera u otra, ha formado parte de esta experiencia, y quiero aprovechar esta memoria para expresarlo.

Primero de todo quiero expresar mis agradecimientos a ANPIR, por haberme concedido esta beca y haber colaborado a hacer realidad esta experiencia. También a mi tutora de residencia, Joana Guarch, por haberme apoyado en esta rotación y en toda la residencia, y a mi hospital, así como concretamente a mi servicio y a la comisión de docencia, por facilitarme la rotación.

A Katherine, por su entusiasmo, a Ana Valeria por su energía y a Jaco por su conocimiento, hospitalidad y generosidad infinita. A todo el resto de profesionales de profesionales de la fundación DITEM y la fundación Aiglé, la lista es inacabable, gracias por vuestra apertura y disponibilidad, por acogernos y enseñarnos tanto. Y especialmente a todos los pacientes, por abrirse y compartir con nosotros y darnos y enseñarnos tantísimo.

A toda la gente de allí que me hizo sentir como en casa y que formó parte de esta gran experiencia, tanto a la familia de rotantes externos que formamos como a los autóctonos que nos acogieron.

Y a todos los que quedaron aquí, pero no dejaron de estar presentes. Especialmente a mi abuelo, que hasta el último momento bromeó con que vendría a acompañarme, y que se fue antes de que yo volviera. Gracias por vuestro apoyo incondicional.

7. REFERENCIAS

- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia (más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XII (3), pp. 229-246.
- Fernández-Alvarez, H. y Opazo, R. (2004). *La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico*. Paidós. Barcelona.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental*. Buenos Aires: Desclée de Brouwer.
- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- García Badaracco, J. y cols. (1998). *Estrés y procesos de enfermedad: Psicoinmunoendocrinología, modelos de integración mente-cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Biblós.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- García Badaracco, J. (2005). *Demonios de la mente*. Buenos Aires: EUDEBA.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E. y Lucksted. A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), pp. 223-245.
- Mitre, M.L. (1998). *Las voces de la locura - Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Emecé.
- Mitre, M. E. (2016). *Las voces del silencio. Porqué se curan los pacientes que se curan*. Sudamericana: Argentina.
- Norcross, J. C. (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Oelsner, R. (1992). Clínica de lo negativo. *Psicoanálisis*, 14 (2), pp. 375-395.
- Searles, H.F. (1959). The effort to drive the other person crazy - an element in the etiology and psychotherapy of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 32 (1), pp. 1-18.

8. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Terapia psicoanalítica multifamiliar – Fundación DITEM:

García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós.

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

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

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

Terapia integradora – Fundación Aiglé:

Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fernández-Álvarez, H. (1996). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández-Alvarez, H. y Opazo, R. (2004). *La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico*. Paidós. Barcelona.

Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental*. Buenos Aires: Desclée de Brouwer.