

COMUNIDAD TERAPÉUTICA PSICOANALÍTICA DE ESTRUCTURA MULTIFAMILIAR

*“Poder pensar entre todos lo que no se puede pensar solo”
Jorge García Badaracco*



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

Junio 2017 – Septiembre 2017

Paula Placencia Morán
Psicóloga Interna Residente
Hospital Clínico Universitario de Valencia

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN: EL PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR	
	• ¿Cómo funcionan los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar?	3
2.	JORGE GARCIA BADARACCO	8
3.	DESCRIPCION DE LA FUNDACIÓN	
	MARISA ELISA MITRE	11
	• La Comunidad Terapéutica	
	• Los grupos Multifamiliares	
4.	ACTIVIDADES FORMATIVAS	15
	• Cronograma	
	• Seminarios teórico-prácticos	
5.	APLICABILIDAD EN MI CONTEXTO	17
6.	DIFERENCIAS ENTRE EL SISTEMA DE RESIDENCIA ARGENTINO Y EL ESPAÑOL	18
7.	EXPERIENCIA PERSONAL	19
8.	AGRADECIMIENTOS	21
9.	REFERENCIAS	23
10.	BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	24

1. INTRODUCCIÓN: EL PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR

El Psicoanálisis Multifamiliar es un modelo teórico-clínico que introduce una recontextualización del Psicoanálisis clásico, dirigida a tratar a personas con diagnóstico de trastorno mental grave. Esta corriente fue creada en la década de 1960 por Jorge García Badaracco (del que hablaré más adelante), siendo implementado en el mayor neuropsiquiátrico de gestión pública de la República Argentina, el hospital José T. Borda. Con el tiempo esta nueva manera de comprender la enfermedad mental grave se fue extendiendo a otros países como España, Italia, Uruguay y Portugal.

Este modelo surge como resultado de la observación de no mejoría de los pacientes internados que deambulaban por el servicio de psiquiatría del hospital T. Borda. Ante esto, Jorge García Badaracco, jefe de Servicio, pensó que el problema no estaba en la cronicidad de los pacientes sino en la incapacidad de los profesionales de salud mental para encontrar soluciones al padecimiento psíquico.

Tras esta observación, Jorge García Badaracco empezó a poner una silla en el centro de la sala del servicio, todos los días a la misma hora, sin ningún efecto, hasta que los pacientes se fueron acercando a él lentamente percibiendo su disponibilidad. De esta forma se conformó un grupo que inicialmente se asemejaba a una asamblea entre pacientes y terapeutas y que empezaba a poner de manifiesto las conflictivas familiares de sus miembros. Así, comenzó a invitar a familiares y extendió la convocatoria a enfermeros, psiquiatras y profesionales de otros servicios. Este hito dio lugar a que aparecieran demandas por parte de todos no escuchadas hasta el momento, viendo una oportunidad de cambio y mejora donde antes la psiquiatría clásica veía empeoramiento. Pese al poco éxito inicial, estos grupos llegaron a ser de cien personas, y en ellos se intentaban disolver los conflictos de las tramas familiares.

Este modelo, como su nombre sugiere, nace en un contexto psicoanalítico (ciudad, institución, profesional, etc.). Se basa en una noción del ser humano que da por cierta la identificación del inconsciente. Se vale también de conceptos como las defensas, la identificación, la importancia de los vínculos primarios en la construcción del psiquismo, la transferencia y la contratransferencia, entre otros. Lo que hace a la recontextualización del modelo es la riqueza del campo fenomenológico en el cual se utilizan estos conceptos. Es decir, que las intervenciones terapéuticas no se basan en la interpretación (como en el psicoanálisis más ortodoxo) de lo que la persona dice sino que las intervenciones son de naturaleza vivencial. Desde este enfoque se apuesta más por la forma en la que el terapeuta interviene que por el contenido. Además, por otro lado, se considera que fue la imposibilidad de pensar un dispositivo con otras características lo que le impidió al psicoanálisis clásico aportar las herramientas necesarias para trabajar con pacientes con psicosis. No se trataba entonces de hacer encajar a los pacientes dentro de un modelo, sino de adaptar el modelo a este tipo de pacientes.

Así, García Badaracco, difundió durante 50 años el Psicoanálisis Multifamiliar, a nivel nacional e internacional, formando profesionales de la salud mental de diferentes países.

Así pues, este modelo, forma parte de un cambio de paradigma en relación a la salud mental, resultado de un proceso de elaboración colectiva de la conceptualización de la locura y del vínculo de la humanidad con ella. La misma práctica fallida de los profesionales de la salud mental empieza a cuestionar los modelos y herramientas utilizadas hasta el momento. Por otra parte, en las últimas décadas, ha habido muchos hallazgos en relación a cómo proporcionar una mejor asistencia a los pacientes con sufrimiento mental grave y su familia. Existen hoy en día numerosos modelos que, a pesar de sus

diferencias en la práctica, comparten la visión de la persona que sufre y de su entorno. Algunos de estos son el modelo de comunidad terapéutica Soteria, de la cual Loren Mosher escribió una pequeña guía: “Community Mental Health: A Practical guide”, el tratamiento adaptado a las necesidades del paciente que explica Yrjö Alanen en su libro: “Towards Nedd-Specific Treatment of Schizophrenia Psychoses”), el modelo de diálogo abierto de Jaakko Seikkula desarrollado en Finlandia, y el tratamiento a través de la escucha de voces que Jacqui Dillon introduce en el artículo “Hearing voices, dissociation, and the self: A functional analytic perspective” publicado en la Journal of Trauma and Dissociation. Todos han tenido que atravesar un replanteamiento de la psiquiatría clásica, para acceder a otras nociones más útiles con las cuales trabajar. Dentro de ellas se encuentran la reversibilidad de la esquizofrenia; en tratamiento centrado en la psicoterapia y no en los psicofármacos; el reconocimiento de la necesidad del paciente de contar con otro que se interese por su persona y en quien pueda confiar; la policausalidad biológica-ambiental de la psicosis; la importancia atribuida a las primeras experiencias de la infancia; la psicosis como una interrupción del desarrollo que puede ser continuado con ayuda más adelante (Mitre, 1998); la inclusión de la familia en el tratamiento; el tomar en cuenta la realidad dentro de las producciones del discurso del paciente; y el involucramiento activo del paciente en su tratamiento, que le devuelve la autonomía perdida en una etapa previa de su desarrollo.

- **¿Cómo funcionan los grupos de Psicoanálisis Multifamiliar?**

“Cuando las personas pierden el miedo a participar emocionalmente en los grupos multifamiliares, y adquieren recursos, empiezan a disfrutar más y se dan cuenta de que el poder curativo del grupo les pertenece”

(Mitre, M.E, 2016, 181)

Esta forma de trabajo consiste en grupos numerosos y heterogéneos que funcionan como una “mini sociedad”, lo que significa que lo que se resuelve allí también puede transferirse a otros contextos. Los participantes desarrollan habilidades para construir vínculos más saludables, a través del trabajo con las múltiples identificaciones que tienen lugar allí. La piedra angular del enfoque implica que el terapeuta puede mirar al paciente como una persona potencialmente sana, más allá de los síntomas, para que la persona pueda continuar con su desarrollo. Así pues, se utilizan hipótesis universales para ir de lo particular a lo general y viceversa.

Estos grupos suele estar compuestos por entre 30 y 100 personas. Su riqueza, reside en la heterogeneidad, ya que no están divididos por diagnóstico, edad o sector socio-económico, porque en lugar de apuntar a las diferencias se prioriza lo que todas las personas compartimos. Tienen un mínimo de duración de una hora y media y la consigna es pedir la palabra, no dar consejos y hablar desde uno mismo. Esto es igual para todos, incluso para los terapeutas.

Son coordinados como mínimo por dos terapeutas y éstos dan la palabra, no en función del orden en el que se pide sino en función del hilo conductor vivencial, que se considera la piedra angular del grupo. Esto responde a la idea de que en los participantes, por identificación con los otros, se despiertan emociones que tienen que ver con la historia personal de cada uno, lo cual hace importante que la coordinación pueda tolerar los silencios, respetando el tiempo de la emoción. En este encuentro se pueden dar cuenta de que pueden estar acompañados en su sufrimiento. Es importante señalar que para que este fenómeno tenga lugar, hace falta generar en el grupo ciertas variables que perdurarán, facilitando el desarrollo de las sesiones. Entre estas se encuentra el respeto, la solidaridad, la seguridad y la confianza, que generan un clima emocional que funciona de matriz para el grupo. En este clima es posible el redesarrollo psicoemocional que ha quedado detenido a

partir de una serie de situaciones traumáticas imposibles de elaborar por falta de figuras parentales que facilitasen esa tarea al psiquismo del infante. *“Si sistemáticamente se ignoran las necesidades infantiles de asistencia, si la madre no sabe prever las necesidades de su hijo y acompañarlo adecuadamente, si se rechazan los gestos espontáneos y se ignoran sus miedos, si no se le acompaña en sus necesidades lúdicas, se distorsiona el proceso de maduración” (Mitre, M.E. 2016).*

Este es un proceso que va a tener lugar siempre y cuando puedan surgir experiencias traumáticas de la infancia para ser compartidas con otros en el contexto grupal. De esta forma, estos contenidos pueden ser elaborados grupalmente, haciendo que las experiencias traumáticas vayan perdiendo su poder patógeno.

Desde este modelo, en cuanto a las figuras parentales, hay dos cuestiones a distinguir: por un lado, que van a ser facilitadores del desarrollo en la medida que ellos mismos hayan tenido experiencias satisfactorias en su propio desarrollo con sus padres; y por otro lado, que estas figuras parentales van a establecer con el hijo una relación a modo de interdependencia recíproca, con características más o menos generadoras de patología (García Badaracco, 2000). Este es uno de los conceptos fundamentales dentro de esta teoría, ya que es una forma de comprender la construcción del psiquismo humano. Así pues, para que tenga lugar un psiquismo sano, los padres tienen que poder contar con recursos propios genuinos adquiridos a lo largo de su propio desarrollo. Esto implica poder transmitirle al infante seguridad y confianza, sentimiento de alegría en relación a su existencia, capacidad lúdica y creatividad en su interacción con él, presentarle el mundo como un lugar seguro para que pueda relacionarse libre y espontáneamente con este.

Durante estos meses de rotatorio, he podido observar como las interdependencias se manifiestan en vivo y en directo de distintas maneras:

por lo que se puede ver de distintas maneras en las formas de interacción entre los miembros de una familia y por lo que se despierta a través del relato vivencial de los otros. En los grupos, tanto padres, como hijos pueden vivir experiencias fundantes del psiquismo. El grupo se presenta como una “minisociedad”, un laboratorio humano en el que se despliegan las dificultades junto con los otros. Al ser vividas en soledad son difíciles de pensar; en cambio al ser compartidas en un contexto con las características anteriormente mencionadas se da la posibilidad de elaboración.

Por otro lado, además de facilitar experiencias emocionales sanadoras, el clima grupal funciona como un gran metabolizador de locura y violencia. Todo lo que es tomado como “loco” fuera del grupo, dentro del mismo es naturalizado y entendido como un pedido de ayuda. Esto es algo que se ve facilitado en el contexto grupal gracias a la multiplicidad de miradas. Del mismo modo, la naturaleza privada y dilemática de la locura, se torna problemática y plausible de solución al entrar en contacto con los otros, pudiéndose pensar entre todos lo que es difícil pensar uno solo.

2. JORGE ENRIQUE GARCIA BADARACCO

Jorge E. García Badaracco (1923-2010) fue un médico argentino licenciado en 1947 por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Entre 1950 y 1956 residió en París, para formarse como psiquiatra y psicoanalista. Durante su estadía en Francia, se rodeó de personalidades destacadas de la clínica como Ey, Hecaen, Nacht (quien fue también su analista), Levobici, Girau, Delay, Diatkine y otros. Tuvo también la oportunidad de realizar seminarios de psicoanálisis con Lacan mientras era Assistant Étranger de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale en la Cátedra de Psiquiatría.

Durante los años 50 se unió al movimiento que se estaba gestando en Argentina: “El Movimiento de la Salud”, con una visión de la psiquiatría más

amplia, dentro de la corriente “reformista” de la época, la cual cuestionaba el modelo clásico de la psiquiatría, que parecía no dar respuesta al sufrimiento de las personas con diagnósticos de enfermedades mentales más graves.

Este enfoque dirigía su mirada desde la internación en el manicomio hasta la inserción en la comunidad, donde a partir de la prevención y promoción de la Salud Mental, proponía transformar los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas.

Al volver a Argentina en 1956, se forma como psicoanalista en la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), llegando a ser presidente de la misma. Durante este época obtuvo también la Jefatura de Servicio del Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires (actual hospital “J. T. Borda”). Aquí fue donde, como ya he mencionado anteriormente, en los años 60, comenzó a realizar reuniones espontáneas con los pacientes internados buscando acercamiento terapéuticos diferentes para pacientes denominados “crónicos” que no mejoraban con el psicoanálisis tradicional ni tampoco había una remisión de la sintomatología ni con psicofármacos ni con psicoterapia.

Un año más tarde denominó a su dispositivo “Comunidad Terapéutica de Estructura Multifamiliar” (García Badaracco, 1986) donde pese a las resistencias iniciales de algunos miembros del personal pudo observar durante años que muchos de estos pacientes considerados “crónicos” mejoraban e incluso pedían la externalización.

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, algunos por años ingresados. Todo esto, supuso el inicio de reuniones multifamiliares a las que estaban invitados pacientes, familiares y todos los profesionales que trataran con ellos y quisieran asistir.

Años después, en 1968, Jorge García Badaracco deja el hospital para fundar, junto a varios colegas, la clínica privada DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de Enfermedades Mentales), donde trabajará durante 25 años.

Durante estos años, él y su grupo de trabajo empiezan a ser reconocidos en el abordaje familiar de psicosis. En 1978 fue uno de los miembros fundadores de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar –SATF- (primera institución sobre la especialidad en el país) y durante el período 1980-1984 llevó a cabo su presidencia durante dos mandatos de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina), llegando a ser propuesto como candidato a presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Ocupó la cátedra de Psiquiatría en la UBA manteniéndose a su vez a cargo de la dirección del Departamento de Salud Mental de la misma.

A lo largo de su carrera, Jorge García Badaracco recibió numerosos reconocimientos. Dentro de los más importantes, se encuentran el Premio Konex de Psicoanálisis en 1986, y en 2005 premio Maestro de la Medicina Argentina (Markez, 2009, p. 86). En 2009, es declarado Personalidad Destacada de la Ciencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ser el creador de la Terapia Multifamiliar y de otros conceptos que permitían un pronóstico más ilusionante respecto a la enfermedad mental grave. Junto con Pichón-Riviére, fue uno de los pioneros de la comprensión de la psicosis entendida como un proceso reversible.

3. DESCRIPCIÓN DE LA FUNDACIÓN MARIA ELISA MITRE

Es una fundación sin ánimo de lucro en la cual he pasado el mayor tiempo de mi rotación. La clínica tiene un horario de 14 a 18h, en las cuales se realizan diferentes actividades.

14-16h: Grupo multifamiliar

16-17h: Espacio de convivencia

17-18h: Taller

En estas actividades participa un equipo interdisciplinar compuesto por los siguientes miembros:

- Dr. Roberto García Novarini: Director médico
- Lic. Ricardo González: Coordinador General
- Lic. Rita Brodheim: 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
- Miguel Ariel Rodríguez: Colaborador de terapia ocupacional y talleres
- Lic. Maria de los Ángeles Callisti: Administración y secretaría

• **La Comunidad Terapéutica**

La Comunidad Terapéutica (CT) de Estructura Multifamiliar, se presenta, desde la propuesta de García Badaracco, como el contexto ideal para la implementación de este modelo. En la actualidad existe una única CT de estas características, situada en Buenos Aires y dirigida por la Lic. Maria Elisa Mitre. Este lugar es el cuerpo central de la rotación.

Los pacientes acuden al Centro de Día Ditem con una frecuencia variable (2, 3, 4 hasta 5 veces por semana), durante cuatro horas al día. Durante las dos primeras horas se lleva a cabo el grupo (al cual puede acudir también familiares) coordinado por un mínimo de dos terapéuticos de la clínica. Después se decide una hora a la convivencia, de esta forma tanto los pacientes como el equipo terapéutico comparten otras vivencias en torno a un café, un mate y unas pastas. Se le otorga un papel muy importante a este

espacio puesto que según afirmaba Badaracco, es en estos espacios menos estructurados donde el paciente muestra su virtualidad sana a la vez que aporta una visión distinta de sí mismo, siendo muy importante para el tratamiento. Los residentes asisten al Ateneo Clínico, que consiste en comentar el sustrato teórico-técnico de lo acontecido en el grupo basándose tanto en lo observado como en lo vivenciado por el residente como integrante del grupo, con una duración de media hora, subiendo después a la cocina a compartir la merienda con el resto durante media hora. Por último, durante la última hora tienen lugar los talleres ocupacionales, siendo éstos muy variados (teatro, lectura, yoga, cocina...), en los que participamos los rotantes de forma activa.

- **Los grupos Multifamiliares**

La terapia Multifamiliar hace referencia a un modelo de intervención terapéutica en la que varias familias son atendidas simultáneamente. Resulta de la confluencia lógica de la terapia familiar y de la terapia grupal, potenciándose los principios terapéuticos de ambas.

Aunque existen diversas formas de intervención en función del fundamento teórico y las técnicas empleadas (grupos multifamiliares psicoeducativos, sistémicos o psicoanalíticos, entre otros) es probablemente el Psicoanálisis multifamiliar descrito por Jorge García Badaracco el que ha encontrado especial difusión en el ámbito de salud mental, sobre todo en países del sur de Europa y Latinoamérica.

Este tipo de grupos son una actividad destacada durante la semana en la Fundación Maria Elisa Mitren, son abiertos a la comunidad. Se realizaban los jueves de 20 a 22 horas con un posterior ateneo clínico en el que terapeutas de la clínica y rotantes nos reuníamos para comentar lo acontecido

en el grupo. En este espacio todos pueden señalar, sugerir, preguntar, relacionar lo sucedido en el grupo con conceptos teóricos además de ser un momento en el que compartir dificultades personales

Además estos grupos se realizan en diversas instituciones públicas a las que tuve la oportunidad de asistir:

a) Hospital Braulio Moyano

Hospital psiquiátrico de mujeres de la Ciudad de Buenos Aires fundado en 1852. Supone el primer hospital de asistencia monovalente de las enfermedades mentales que se ocupó de la atención a las mujeres con problemas de demencia. Las pacientes asistentes a los grupos junto con sus familiares son derivadas desde Consultas Externas del Servicio de Psiquiatría. Estos grupos están al cargo de la Dra. Lucía Raczkowski, Jefe de Servicio y tienen lugar dos veces a la semana.

b) Hospital José T. Borda

Hospital psiquiátrico de hombres de la Ciudad de Buenos Aires fundado en 1865. Una de las principales instituciones dedicadas a la salud mental en Argentina, así como un importante centro de investigación en neurobiología y psicopatología. Pertenece, junto con el Hospital Moyano al Laboratorio de Clínica Psiquiátrica fundado por el psiquiatra alemán C. Jakob.

Los pacientes que asisten a los grupos de psicoanálisis multifamiliar son derivados desde los servicios de Consultas Externas y del Servicio de Evaluación y Observación, en este caso pacientes en régimen de hospitalización total. Actualmente, el Jefe de Servicio, Dr. Daniel Cichello, quien se encarga de la coordinación de dichos grupos, que tienen lugar dos veces a la semana. Anteriormente, el Jefe de Servicio era el Dr. Garcia Novarini psiquiatra actual de la Clínica DITEM.

c) Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez

Hospital destinado a obreros y empleados municipales. Los grupos de psicoanálisis multifamiliar que en él se desarrollan, pertenecen a los grupos de la “Escuela de la vida cotidiana”. Son grupos abiertos a la comunidad, sin un propósito directamente relacionado con la enfermedad mental. Son coordinados por el Dr. Jones.

d) Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)

Es una institución científico-profesional de psicólogos y psicoanalistas fundada en 1942 en la Ciudad de Buenos Aires que actualmente se dedica a la formación de psicoanalistas, desarrollando también de investigación y asistencia. Los grupos que se desarrollan aquí son abiertos a la comunidad y se realizan una vez a la semana.

e) Escuela Multifamiliar para Padres

Fundada por la Licenciada Eva Rotenberg en el año 2000. Su objeto de estudio e intervención es el niño y sus figuras significativas. Estos grupos se desarrollan en dos lugares, el Museo Roca y el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, de los cuales, yo tuve la oportunidad de acudir a este último.

- *Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez:* dentro del Servicio de Dermatología se desarrolla un programa de interconsulta donde se llevan a cabo grupos de psicoanálisis multifamiliar. Los pacientes son derivados por su médico dermatólogo, cuando éste considera que podría beneficiarse de una intervención psicoterapéutica. Pueden ser derivados tanto pacientes que no han obtenido los resultados esperados con el tratamiento farmacológico, como pacientes en los que sí se ha observado mejoría, pero se considera que una intervención sobre los factores psicoemocionales del trastorno podría aumentar la eficacia del mismo y contribuiría a disminuir las dosis farmacológicas necesarias y, por tanto, sus efectos secundarios. De esta forma, el equipo terapéutico ejerce también una función de sensibilización y orientación al equipo médico, ya que éstos son los profesionales derivantes.

4. ACTIVIDADES FORMATIVAS

- **Cronograma**

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:30-13h			H. Méndez	H. Gutiérrez: M. Infantil	10-12h: Formación
14-16	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo
16-16:40	Postgrupo	Postgrupo	Postgrupo	Postgrupo	Postgrupo
*	C	A	F	E	*
17h	Taller	Grupo de pasantes	Grupo PREASIS	Formación	Taller
19h			Postgrupo	Cena	
20h				Grupo multifamiliar	
22-23h				Postgrupo	

- **Seminarios teórico-prácticos**

- 1) *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.

2) Seminarios teóricos y lecturas

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.

Algo que me resultó muy enriquecedor de estos seminarios no fue únicamente las lecturas, fue que, al estar todos días viendo a los pacientes en los grupos y en el espacio de convivencia, era muy ilustrativo relacionar la teoría de estos textos con los casos clínicos de los pacientes, algo que permitía ver la teoría mejor reflejada.

3) Clínica con vídeos

Se proyectaron en diferentes docencias vídeo de los Hospitales Borda y Moyano coordinados por el Dr. García Badaracco. En estos se le puede ver interviniendo el grupos de pacientes hospitalizados. Después del visionado de los vídeos entre todos los rotantes comentados distintos aspectos que cada uno considera importantes.

5. APLICABILIDAD EN MI CONTEXTO

En Europa hace años que lleva implementándose este enfoque de Psicoanálisis Multifamiliar en diferentes contextos. El hecho de haber podido acudir a estos grupos también dentro del Sistema Público de Salud Argentino me ha permitido tener una óptica más parecida a lo que vendría a ser la implantación del modelo dentro SNS en España. Así pues, en Buenos Aires tenía sus diferencias con respecto a la Fundación María Elisa Mitre (sobre todo a nivel técnico y de recursos), pero aún así es un modelo implantado en la Sanidad Pública desde años siendo un dispositivo al que se deriva de consultas externas de Salud Mental de los hospitales públicos como parte del tratamiento en pacientes con enfermedad mental grave.

De forma concreta en la Sanidad Pública en España, sería viable implementarlo si, por ejemplo, desde las salas de ingreso o desde las Consultas externas se pudiera hacer una selección y derivar a estos pacientes y a sus familias a estos grupos. En mi hospital, habría que reservar un aula magna para la acogida de estos grupos, ya que las aulas ordinarias son muy pequeñas. Por otro lado, la formación en Psicoanálisis Multifamiliar debería promocionarse si se quieren llevar a cabo estos grupos, es algo crucial saber el enfoque desde que se interviene y en este caso creo que esta corriente está poco desarrollada en España. Por otro lado, los profesionales deberíamos estar capacitados para dejar las etiquetas diagnósticas al margen y pensar en el sufrimiento familiar de estos pacientes ya que son grupos heterogéneos, en los que el diagnóstico no es el principal criterio de derivación sino que lo es la trama familiar. Y por supuesto, un punto clave para la implantación de este modelo en la Salud Pública en España sería concienciar a los profesionales de que hay intervenciones psicoterapéuticas que mejoran la calidad de las personas con enfermedad mental grave y salir así del enfoque únicamente biológico y hacer un abordaje biopsicosocial real.

Por otro lado, este enfoque ha arrojado resultados en relación a la mejora de la calidad de vida percibida de los pacientes y sus familias. Esto se puede ver reflejado en una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, disminución de síntomas, disminución del número de recaídas y de ingresos hospitalarios, desarrollo de recursos de afrontamiento por parte de la familia y del propio paciente, mejora de la comunicación y relación familiar, mayor nivel de satisfacción personal, así como una mejor comprensión del problema tanto por parte del paciente como de su entorno. El hecho de incluir a la familia directamente en el tratamiento aumenta la posibilidad de cambio al abrirse el foco de intervención. Por otro lado, parece ser que los cambios producidos con el tratamiento persisten o se mantienen en el tiempo.

La implantación de este modelo en el Sistema Público de Salud podría tener un valor estratégico añadido, ya que al tratarse de un formato grupal puede contribuir a disminuir las largas listas de espera y abaratar los tratamientos al verse reducido el número de ingresos, así como la duración de éstos. A su vez, el paciente y la familia reciben una mejor atención y mayor contención por parte de la institución, por lo que la satisfacción con el servicio prestado se verá incrementada.

Por último, esta forma de contemplar la enfermedad mental tan diferente, más positiva y humana, que destaca la virtualidad y no el déficit o disfunción podría tener repercusiones a nivel social ayudando a disminuir el estigma que muchos de estos pacientes padecen.

6. DIFERENCIAS ENTRE EL SISTEMA DE RESIDENCIA ARGENTINO Y EL ESPAÑOL

De los psicoterapeutas de la fundación ninguno se había formado dentro del sistema sanitario público argentino. Es cierto, que muchos de ellos tienen una edad en la que el sistema de residencia para el psicólogo no existía.

Solo una de las psicólogas que, cuando llegué llevaba 6 meses trabajando en la fundación, por las mañanas estaba en formándose en lo que se llama concurrencia (que explico a continuación).

En líneas generales, el sistema de residencia argentino es muy similar al español. El acceso consta de un examen-oposición compuesto por 100 preguntas de respuesta múltiple con una duración de 2 horas. En función de la puntuación obtenida, se pasa a distribuir las distintas plazas. La diferencia con el modelo español es que en Argentina existen plazas retribuidas (a los que se denomina “residentes”) y plazas con un sistema de honorarios, es decir, sin retribución económica (los llamados “concurrentes”):

Residencia: con una duración de 4 años supone un *“sistema remunerado de capacitación de postgrado inmediato, a tiempo completo con dedicación exclusiva. Lo que caracteriza a este sistema de formación es la práctica de la capacitación en servicio, esto es, desarrollar actividades asistenciales programadas y supervisadas. Esta capacitación se desarrolla en el ámbito intrahospitalario, como así también extrahospitalario, en íntima relación con la comunidad y en el marco de la Atención Primaria de la Salud, destacando aspectos de prevención y promoción de la salud”*.

Concurrencia: con una duración de 5 años supone un *“Sistema de honorarios de capacitación profesional de postgrado, a tiempo parcial desarrollado bajo condiciones de programación y supervisión y con el objetivo de formar en el ámbito intra y extrahospitalario profesionales capacitados en beneficio de la comunidad”*.

Al igual que en España supone un sistema de rotaciones que cubren los distintos dispositivos de Salud Mental perteneciente a la red pública. Dentro de estas rotaciones también disponen de la oportunidad de realizar una rotación externa en otro país.

7. EXPERIENCIA PERSONAL

Ciertamente, es difícil describir con palabras lo que ha supuesto para mí esta experiencia, tanto a nivel profesional como personal. Como diría Badaracco en uno de sus textos:

“A pesar de toda descripción y teorización hay una dimensión muy difícil de transmitir, que es la “experiencia vivencial”. Esta es una dimensión indispensable para comprender lo que puede lograrse al trabajar de esta manera.”

“Por lo que ninguna descripción que haga a continuación puede reemplazar el “estar presente” y “compartir”, que es en definitiva lo que realmente interesa en psicoterapia.”

Jorge García Badaracco

Dicho esto, la parte vivencial de la experiencia ha sido sin duda la más enriquecedora para mí. Los primeros días, en los grupos no sabía muy bien cual era mi “rol”, y me costó salirme del lugar del terapeuta para experimentar los grupos como una más, permitiendo que se dieran en mí los distintos procesos que se pueden dar tanto en los pacientes como en los coordinadores. Una vez situada en este lugar me fue mucho más fácil disfrutar de los grupos y poder buscar el hilo vivencial de lo que iba sucediendo, siempre en relación a mi propia historia.

Cuando ya fui entendiendo cómo funcionan los grupos pude ya observar distintas maneras de intervenir por diferentes terapeutas, que se complementaban entre ellos siempre desde el respeto al paciente. Me di cuenta de la importancia de los terapeutas ocupacionales y del personal

encargado de los talleres igualmente sensibles al sufrimiento de las personas que allí estaban.

Por otra parte, la hora del café o “espacio de convivencia” se fue convirtiendo poco a poco, para mí en un espacio clave en el que podía relacionarme con los pacientes de tú a tú, conocerles un poco más y sobre todo darme a conocer a ellos (algo que fue más difícil para mí al principio).

Por otro lado, más relacionado con lo profesional, estos meses han sido una gran oportunidad para aprender el abordaje psicoterapéutico de los pacientes con enfermedad mental grave. Por desgracia, en mi opinión, la enfermedad mental grave es abordada desde paradigmas eminentemente biologicistas y, pese a que se hace hincapié en la etiología biopsicosocial del trastorno la realidad con la que me he encontrado no ha reflejado esto. Por esto, considero que esta ha sido una experiencia profesionalmente muy enriquecedora en relación a la intervención psicológica de la psicosis desde un paradigma distinto, el psicoanálisis multifamiliar.

Por último, haber tenido la oportunidad de estar cuatro meses viviendo en un continente diferente ya es una experiencia en sí misma. Además, Buenos Aires, me ha resultado una ciudad muy “psicoanalizada y psicoanalizante”, lo cual me ha permitido aprender una concepción diferente del ser humano desde esta cultura.

8. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a ANPIR por apoyar este proyecto económicamente y facilitar que se lleve a cabo.

Por otro lado, agradecer a los profesionales de la Fundación María Elisa Mitre que desde el primer momento me acogieron de forma cálida y afectuosa, haciéndome sentir como en casa. Así, desde el primer momento los pude sentir también como una familia sustituta.

Especial agradecimiento merecen todos y cada uno de los pacientes que me brindaron la oportunidad de aprender de ellos. Gracias a todos. Sin duda mi proceso de aprendizaje profesional y personal de estos cuatro meses pasa por vosotros, por vuestra capacidad de cuidado, de entrega y de superación.

Gracias también a todos aquellos que me apoyaron cuando tomé la decisión de embarcarme en esta experiencia y también gracias a los que no me apoyaron tanto.

Y por último gracias a todos los pasantes: argentinos, bolivianos, paraguayos, españoles con los que tuve la posibilidad de compartir esta experiencia, gracias por vuestras reflexiones, vuestro cariño y vuestra capacidad de sorprenderos conmigo y compartirlo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Mitre, M.E (1998). *Las voces de la locura – Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Emecé.
- Mitre, M.E (2012). *Las voces de la locura*. Buenos Aires. Emecé
- Mitre, M.E (2016). *Las voces del silencio*. Buenos Aires. Emecé

10. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 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 (tomo I)*. 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

- Mitre, M.E (2012). *Las voces de la locura*. Buenos Aires. Emecé

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

- Mitre, M.E (2008). *Sobre el proceso terapéutico*. Buenos Aires. Emecé

- ReadJ., Bental R.P, Fosse R. (2009). *Tiempo de abandonar el modelo bio-bio-bio de la psicosis: Explorando los mecanismos epigenéticos y psicológicos por los cuales los eventos adversos de la vida conducen a síntomas psicóticos*. *Epidemiología e Psichiatria Social*. Vol. 18 (4). 299-310.