



TRABAJO FINAL DE GRADO

Monografía.

PSICOTERAPIA MULTIFAMILIAR EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Docente Tutor: Mag. LAURA DE LOS SANTOS

Estudiante: ANA BURGHI

C.I. 3190597-8

Montevideo, Julio 2016

ÍNDICE

Resumen -----	2
Palabras Clave-----	2
Introducción, fundamentación del tema -----	3
Antecedentes prácticos-----	4
Antecedentes históricos de las Terapias de Grupo-----	6
Antecedentes en el Río de la Plata-----	9
Esquizofrenia-----	13
Definiciones provenientes de la psiquiatría-----	13
Características principales de ésta enfermedad-----	14
Definiciones desde el Psicoanálisis -----	15
Desarrollo teórico- conceptual de los diferentes puntos en torno al tema	
Tratamiento-----	17
Re-habilitación-----	19
Psicoanálisis multifamiliar-----	21
La familia y la enfermedad mental-----	22
Transferencia y contratransferencia-----	22
Interdependencias patógenas y normogénicas-----	23
Recursos yoicos-----	24
Mente ampliada-----	25
Mente en trama-----	25
Trabajo del terapeuta-----	25
Virtualidad sana-----	26
Consideraciones finales-----	28
Referencias bibliográficas-----	32

RESUMEN

El presente trabajo pretende explorar y reflexionar acerca de la rehabilitación psicosocial en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, a partir del psicoanálisis multifamiliar. Este dispositivo o recurso terapéutico permite realizar una terapia donde son incluidos los familiares, los cuales forman parte del tratamiento. Haremos un recorrido a través de distintos autores sobre las definiciones de esquizofrenia y su evolución. Desde el psicoanálisis autores como S. Freud, G. Gabbard y desde la psiquiatría, H. Ey, H. S. Sullivan, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), la OMS y otros. Luego exploraremos antecedentes de terapias de grupo desde sus comienzos con J. Pratt, Lazell siguiendo con W. Bion hasta Pichón Riviére. Antecedentes del Psicoanálisis multifamiliar, sobre todo en el Río de la Plata con García Badaracco, entrelazando los conceptos teóricos con la práctica de grado que realizamos en el centro CIPRES (Panacea Sm, Ciprés, centro de rehabilitación). También nos parece relevante mostrar lo vulnerable que es esta población y como se han violado sus derechos humanos en forma casi permanente a lo largo de la historia.

Haremos referencia a la definición salud mental, a los contenidos para una Ley de Salud Mental en Uruguay y daremos un énfasis especial al concepto de re-habilitación.

Palabras Clave: Esquizofrenia, Terapia grupal, Re-habilitación, Psicoanálisis Multifamiliar

INTRODUCCIÓN:

Este trabajo es una revisión de carácter exploratorio sobre la rehabilitación psicosocial a través del Psicoanálisis Multifamiliar en pacientes con enfermedad mental severa.

Mi interés por este tema surge de la práctica de grado realizada en CIPRES, Laboratorio Uruguayo de Rehabilitación a cargo de la Dra. Eva Palleiro. En este lugar pude conocer en profundidad este dispositivo terapéutico utilizado hace más de una década en Uruguay, para abordar la patología mental grave, obteniendo muy buenos resultados.

El psicoanálisis Multifamiliar creado por el Dr. García Badaracco en los años 60 en Argentina es un espacio terapéutico grupal, heterogéneo y abierto. Brinda un efecto terapéutico multiplicador en distintas dimensiones de la sociedad, además del poder curativo sobre los pacientes mentales graves y sus familias. También funciona como escuela de la vida cotidiana, para padres, hijos y maestros.

Se brinda contención tanto a pacientes como a familiares. Se trabaja de tal manera que es posible atender varios pacientes y sus diversas problemáticas conjuntamente. Se fundamenta en la existencia de un vínculo perjudicial entre esos enfermos y sus familias, y a través del psicoanálisis multifamiliar se trata de desarmar ese vínculo patógeno.

El dispositivo grupal permite una identificación con la historia del otro, y eso hace al grupo. También se observa que disminuyen los sentimientos de soledad; compartir vivencias produce una identificación que contribuye a la socialización.

Históricamente ha existido resistencia a reunir en un mismo espacio terapéutico, enfermos con distintos diagnósticos, creyéndose que al tomar contacto unos con otros, empeorarían. El enfermo mental era aislado, excluido de la sociedad por ser considerado peligroso para los demás y para sí mismo. Esto nos lleva a pensar en aspectos sumamente sensibles de la enfermedad mental como son el estigma, la exclusión y la rehabilitación psicosocial, los cuales abordaremos en este trabajo.

ANTECEDENTES PRÁCTICOS

La práctica desarrollada en CIPRES, tenía como nombre *Terapia grupal de corte psicoanalítico en pacientes severamente perturbados*. La misma constaba de cuatro reuniones semanales, lunes miércoles viernes, en la Institución y los jueves en Facultad de Psicología, con la docente encargada de la práctica, Lic. Laura de Souza.

Los lunes se reunían pacientes terapeutas, psicólogos, la psiquiatra Dra. Eva Palleiro (encargada del centro CIPRES), monitores y seis estudiantes. Los miércoles era la “multi” como se le decía a la reunión de pacientes familiares, terapeutas, estudiantes y técnicos. Los viernes sólo terapeutas, técnicos y estudiantes para hablar sobre lo sucedido en las asambleas.

Con la Lic De Souza trabajábamos la parte teórica y hacíamos un racconto de lo sucedido en las asambleas.

Se les llama asamblea a las reuniones, porque hay una serie de pautas que corresponden a una asamblea. Ellas son la existencia de una lista de oradores, el seguir cierto orden, hablar de experiencias y sentimientos propios, escucharse respetándose unos a otros, sustituir el “acto” por la palabra. También se hacía mucho énfasis en pensar sobre los aportes técnicos brindados, no pretender algo concreto, evitar interpretaciones en las primeras etapas, sentirse y hacer que los demás se sientan incluidos y tener una actitud receptiva.

En general las familias y pacientes que concurrían llevaban un tiempo de tratamiento o proceso de rehabilitación, junto a coordinadores técnicos y terapeutas, y ya habían tenido la oportunidad de forjar una trama de asociaciones, desde sus propias vivencias, y sentimientos. Los pacientes estaban estabilizados farmacológicamente (los que así lo requerían). De todos modos tenían un largo trabajo por delante.

Las nuevas familias que ingresaban eran vistas como “problema”, sobre todo las que no habían tenido trabajo terapéutico previo. Estas familias debían transitar una larga cadena asociativa la cual permitiera comenzar a separarse, sin tanta problemática.

En las asambleas eran todos muy puntuales comenzando a las 8.30 horas. El clima siempre era distendido, realizándose un desayuno. Había una pequeña cocina con café y té para quiénes lo quisieran. Mientras iban terminando las bebidas nos acomodábamos en círculo en una amplia habitación. Casi siempre era Eva Palleiro

directora de CIPRÉS que hacía un comentario cualquiera, sobre el tiempo, el tránsito o algún otro tema y así comenzaba la asamblea.

A partir del conocimiento de García Badaracco pude entender fenómenos y situaciones que veía sin asombrarme tanto. Vi muchas personas llorando, vociferando y casi siempre lograba darme cuenta cuando era real o cuando era para llamar la atención, lo cual no es menos importante. En una de las asambleas un integrante del grupo (que había estado internado), explicó que se dio cuenta que su madre era la causante de gran parte de sus males, pero que de ahora en adelante él tenía que seguir sólo. El grupo comenta: “solo no, nos tenés a nosotros”. Eso lo emocionó mucho, se abrazó con algunos compañeros y con los terapeutas, realmente se dio un clima muy especial, reconfortante.

Hubo muchas situaciones con una gran carga emocional, sobre todo al final cuando se estaba por realizar un evento sobre salud mental en el Ministerio de Salud Pública presentando materiales de los talleres de pintura y escritura; Una gran carga de ansiedad por parte de los pacientes.

Personalmente, la experiencia fue muy fructífera ya que en ese momento estaba pasando por una situación difícil y permanecía ensimismada en mi problemática. El conocer la experiencia de una de las pacientes quien comentaba lo que le costaba salir de la casa, tomarse un ómnibus, viajar más de una hora, luego caminar unas cuantas cuadras para llegar a CIPRES, me hizo reflexionar y revalorar mis problemas y darles otra dimensión. En realidad no sé si me dedicaré a tratar pacientes esquizofrénicos o si trabajaré en terapias grupales, pero creo que es un plus en mi formación como profesional y como ser humano.

.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS TERAPIAS DE GRUPO

La historia del ser humano siempre ha tenido como base a un grupo. Desde la antigüedad, catarsis y experiencias emocionales eran compartidas en rituales religiosos, chamánicos, en espectáculos deportivos, la tragedia griega con sus coros, los peregrinajes de los católicos en la Edad Media. Muchas de estas actividades cumplían un fin terapéutico. (Portillo, 2000)

Las terapias grupales como tal se remontan al año 1922 con en Estados Unidos con el médico internista Joseph Pratt (1872-1956), en un hospital ambulatorio de Boston, Massachusetts. Interesado en pacientes con escasos recursos económicos, comenzó realizando sesiones de lectura con pacientes tuberculosos para seguir luego con diabéticos, cardíacos y ocasionalmente neuróticos. Comprobó que ya solo por el hecho de agruparse mejoraban.(Grinberg,Langer&Rodrigué 1961).

Edward Lazell en 1921, asistió soldados que venían de la guerra en Europa en el hospital de Washington (EEUU). Estimulaba a sus pacientes con sesiones de lectura, tareas domésticas, música, testimonios, conferencias y ejercicios grupales. Su objetivo era que los pacientes se sintieran felices. Ésta simple terapia utiliza las emociones del grupo, fomenta la aparición de emociones positivas como la emulación y trata de bloquear las negativas como la ira. La idea de identificarse con el médico fortalece al paciente y hace que este se sienta útil en la aplicación de normas de higiene y salud en beneficio propio (Portillo 2000).

Paul Schilder (1886-1940), psiquiatra del Hospital de Bellevue y profesor-investigador de la Universidad de Nueva York, fue uno de los primeros en aplicar el psicoanálisis freudiano en un grupo, a través de asociaciones libres, interpretación de sueños y transferencia. Su esposa Lauretta Bender trabajaba con niños en el mismo hospital. De estas modalidades terapéuticas surgieron los grupos de apoyo fraternal por ejemplo Alcohólicos Anónimos.

En 1946, W. Menninger, uno de los psiquiatras militares más importante de Estados Unidos utilizó el trabajo en grupos durante la segunda guerra mundial debido a la gran cantidad de pacientes psiquiátricos y a la escasez de médicos psiquiatras militares. García Badaracco (2000), menciona a varios autores como Bowen, Lidz y Wynne, coincidentes en que la ausencia de figuras parentales es un factor patógeno. Sostienen que en el origen de la esquizofrenia siempre hay relaciones familiares patológicas. Otros autores, mencionados por Badaracco son, David Levy, quien menciona la patogenicidad que provoca la sobreprotección y Frieda Fromm

Reichmann quien describe que la falta de amor y traumas familiares pueden generar patologías mentales (García Badaracco 2000).

García Badaracco nombra a Mahler, quien elige el término “ligadura simbiótica” para describir la génesis de patología ente la madre y el niño, y al igual que Hill hace mención a la simbiosis generada entre estos, en casos de esquizofrenia. Se comprobó que la falta de afecto, ausencia de la madre o muerte de alguno de los padres, divorcio, generan problemas de conducta (García Badaracco, 2000).

En los años 60 en Norte América se crea una gran agitación en torno a las terapias de grupo. Autores como Foulkes, apoyan la dinámica grupal, planteando que si se cuida al grupo en su totalidad cada integrante podrá cuidarse por sí solo (García Badaracco, 2000).

Nathan Ackerman es considerado junto con Donald Jackson como uno de los primeros psiquiatras en utilizar la terapia familiar. Ackerman fundo el Family Institute de New York para terapias familiares y entrenar terapeutas. Jackson seguidor de Harry Stack Sullivan, creía en la teoría de las relaciones interpersonales, o sea que la enfermedad no es estática y aislada en el mundo interno del paciente sino “un reflejo de las perturbaciones de las relaciones interpersonales” (García Badaracco, 2000, p.28). Jackson acuñó el término homeostasis familiar para explicar por qué se tiende al equilibrio en la familia y el cambio de cualquiera de los integrantes produce cambios en todos tratando siempre de recuperar ese equilibrio.

Gregory Bateson, antropólogo, trabajó en 1954 con Jackson, Jay Haley y John Weakland para establecer patrones de comunicación en familias de pacientes esquizofrénicos. Crearon la teoría del doble vínculo en la génesis de la esquizofrenia. (García Badaracco, 2000). Esta teoría contribuyo a la formación de la terapia familiar sistémica. Bateson y col. (1956), indicaban que en toda familia patológica existe sistemáticamente una separación o fractura entre la comunicación madre - hijo. “Usan el término doble vinculo para referirse a secuencias insolubles de experiencias” (García Badaracco, 2000, p.27).

Kurt Lewin (1890-1947), fue un psicólogo alemán nacionalizado en Estados Unidos que desarrolló la teoría de campo y la dinámica de grupo. Estudia como incide el grupo sobre el individuo y lo ventajoso que es estudiar al mismo a través de éste. Cree que mucho más amplia y certera la información obtenida mediante la observación del grupo que la obtenida en forma singular. (Foladori, 2002).

Anzieu (1971), sostiene que el grupo es intermediario entre el individuo y la sociedad y que un grupo deben ser cuatro miembros. Habla de conceptos como formaciones grupales del psiquismo o “grupalidad psíquica” y la “organización grupal interna del fantasma”. Plantea que la resistencia al cambio es el resultado de las ansiedades grupales, depresivas y paranoides, que se se manifiestan por la creación de subgrupos; siendo el líder, portavoz de esa resistencia. (Gómez, s/f).

Kaes, 1977, plantea la existencia de una similitud entre el fantasma individual y el grupo, en éste último algunos miembros son puntos de identificación o soportes proyectivos para su tópica subjetiva y sus pulsiones. La organización grupal del fantasma individual hace posible la formación de la “resonancia fantasmática” (Gómez, s/f)

Kaes y Anzieu (1979) pertenecientes a la escuela francesa, en *Crónica de un grupo*, realizan en base a notas sobre un grupo de diagnóstico (donde Kaes era observador y Anzieu monitor), un protocolo donde analizan las formaciones psíquicas y los procesos que actuaron en la construcción del grupo. Los roles representados, imagos, fantasmáticos, representaciones de afecto: “El aparato grupal es donde el grupo se construye y funciona como formación imaginaria” (Kaes y Anzieu, p.25).

ANTECEDENTES EN EL RIO DE LA PLATA

Para hablar de Terapia Familiar y grupos en general, comenzamos con el pionero en Argentina, Enrique Pichón Rivièrè quien concibe a la familia desde dos puntos de vista, la visión grupal de sus integrantes y las relaciones primarias que marca en cada individuo

El nacimiento de la terapia familiar en Argentina se fundamenta en el psicoanálisis local Freud-Kleiniano, en la teoría de la comunicación de Norte América y en los trabajos sobre grupos a nivel mundial. Los primeros trabajos de Pichón Rivièrè fueron con grupos en 1936 en el Hospicio de las Mercedes (actual Hospital José T. Borda). Desarrolló la técnica de grupos operativos, durante una huelga hecha por los enfermeros en el Hospicio. Al no haber personal logro que los pacientes y sus familiares (los cuáles acudieron en su ayuda) realizaran diversas tareas para que el Hospicio no cerrara. De esta forma se creó la primera asamblea de pacientes, familiares y personal (el poco que había permanecido durante la huelga logrando un trabajo grupal) (Macchioli, 2012).

Vemos que la teoría del grupo operativo aparece en una situación crítica. En este caso Pichón adapta el encuadre a la situación y no al revés como se haría en el psicoanálisis tradicional (Macchioli, 2012).

Pichón también trabajó en urgencias psiquiátricas, y observa cómo llega el enfermo respecto a la familia. Si ésta se encuentra presente, ausente, si existe adjudicación de roles. En general la relación del paciente con la familia es un dato muy importante. Así comienza a tratar pacientes y familiares. Retoma la idea de que el sentido del síntoma es inherente a la historia del sujeto, la cual está formada por la historia personal, familiar y social (Macchioli, 2012).

La idea de grupo interno fue creada por Pichón Rivièrè y luego siguió siendo utilizada por diversos autores argentinos como Marcos Bernard, Saúl Arbiser, y también el psicoanalista francés Renee Kaës (Macchioli 2012). Pichón Rivièrè toma teorías preexistentes y las incluye en una lógica llamativa y coherente. Encontramos del psicoanálisis, una interpretación de Melanie Klein muy particular, la teoría de campo de Kurt Lewin, los roles provenientes de la Psicología Social norteamericana desarrollados por George Mead, la Gestalt y la teoría de la comunicación. Forma una teoría original, creada por distintas perspectivas agregándolas a lo que llamó “epistemología convergente” (Macchioli, 2012).

Pichón considera al individuo como el resultado de un interjuego que se establece entre el sujeto y los objetos internos y externos, en una predominante relación de interacción dialéctica (Macchioli, 2012).

Para Pichón Rivièrè (1985a) el vínculo es una estructura compleja de interacción, no en forma lineal sino en espiral, fundamento del diálogo operativo, donde a cada vuelta hay una realimentación del yo y un esclarecimiento del mundo. Cuando esta estructura se estanca por el monto de los miedos básicos, se paralizan la comunicación y el aprendizaje, estamos en presencia de una estructura estática y no dinámica que impide una adaptación activa a la realidad.

Para éste autor la salud mental es un proceso, en el que se realiza un aprendizaje de la realidad a través del manejo y solución de los conflictos. Para esto es necesario que la red de comunicaciones sea reajustada en forma asidua ya que sólo así es posible la elaboración del pensamiento creador de diálogo con los demás y enfrentar los cambios. (Pichón Rivièrè, 1985b). Si analizamos la clase del vínculo patológico que el individuo establece con el otro podremos descubrir qué es lo que perturba a la estructuración de la personalidad y de este modo modificarlo. Esto es algo completamente distinto a los abordajes anteriormente realizados. No se verá al individuo aislado sino en grupo.

Puget y Berenstein, investigaron y trataron también el vínculo familiar, innovando y creando una técnica que culminó como una práctica y, a su vez, les permitió desarrollar producciones teóricas que produjeron modificaciones en algunos aspectos de la comprensión del análisis individual. (Berenstein, 2001).

Cuando en una familia surge un caso de psicosis o neurosis, significa que uno de sus integrantes está adoptando un nuevo rol, ya sea transformándose en portavoz o en depósito de las ansiedades del resto del grupo familiar. El individuo será enloquecido por su propia familia y curado por ésta usando la técnica de grupos. Cambiar un círculo vicioso, en “un círculo beneficioso”, que produzca situaciones de cambio y que transforme al grupo familiar en una estructura funcional. La cura dependerá de la actitud del grupo, receptiva o no, transformando situaciones y propiciando el cambio para que el grupo familiar funcione. (Macchioli, 2012)

Pichón plantea que la emergencia de una neurosis o psicosis en la familia como grupo quiere decir que uno de sus integrantes va a asumir un nuevo rol, se convierte en el portavoz de las ansiedades del grupo (1985b).

Según Rolla, seguidor de Pichón el tratamiento debe basarse en el restablecimiento de la comunicación entre los miembros de la familia a través de un equipo de trabajo compuesto por médicos, enfermeros, asistentes sociales y psicólogos (Macchioli, 2012).

Bleger, también alumno y partidario de las ideas de Pichón, plantea el estudio las patologías familiares basándose en el diagnóstico del grupo familiar. Desarrolla una clasificación de las familias: “aglutinadas o dispersas”, según esta características podrían aparecer formas familiares esquizoides, epileptoides o cicloides según la estructura que predomine. Por lo dicho anteriormente estos autores, Bleger y Rolla creen que la enfermedad es del grupo familiar en su totalidad. Por esa razón hablamos de estructura familiar, o enfermedad familiar (Bleger, 1964).

Marcos Bernard, (1934-2003) fue un destacado psicoanalista vincular argentino, a cargo del Departamento de Grupos de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Bernard creó un movimiento que continuaba la línea estudios sobre los grupos psicoanalíticos iniciados por Pichón-Rivière y luego seguido por Bleger, mencionado anteriormente. El enfoque llamado “de las configuraciones vinculares”, fue influenciado por la escuela francesa de los grupos, en particular por René Kaës (Bernard et al., 1995).

Cada individuo tiene internalizado un grupo interno. El grupo interno es condicionado por el externo. Los vínculos no se internalizan objetivamente. Un grupo terapéutico va a ser intermediario entre el grupo que cada uno tiene internalizado y el afuera. El aparato psíquico se constituye por la experiencia de estar con otros. (Bernard, et al., 1995).

Un grupo es una red interconectada, un conjunto articulado a través del cual circulan fantasías, percepciones, opiniones afectos y roles que determinan el proceso. El grupo interno es una expresión acuñada por Pichón Rivière como una forma de concebir el psiquismo configurado en la intersubjetividad (Leone, Gregorio y Marti, 2002).

Habiendo definido a la familia como una estructura social básica, que se configura por el interjuego de roles diferenciados (padre, madre, hijo), y enunciado los niveles o dimensiones comprometidos en su análisis, podemos afirmar que la familia es el modelo natural de la situación de interacción grupal. Todas estas teorías de los vínculos, de las familias y del psiquismo visto como un ecosistema sociocultural del individuo dentro de una trama social enriqueciendo la comprensión de los fenómenos psíquicos, creó grandes desacuerdos con el psicoanálisis ortodoxo ya que muchos

psicoanalistas se mostraron interesados por esta clase de enfoque. La concepción del aparato psíquico como grupo interno nos brinda un modelo para pensar al hombre en una trama con el contexto social. (Pichón Rivière, 1985a)

Cuando incluimos la dimensión sociocultural con sus diversos factores determinantes aumenta y propicia la interpretación y comprensión de los fenómenos psicológicos, individuales, grupales e institucionales, viéndolos desde el psicoanálisis vincular (Leone, Gregorio y Marti, 2002).

El concepto de grupo interno constituye uno de los aportes teóricos al psicoanálisis que ha permitido pensar la clínica desde una “perspectiva vincular”. Esta visión de la relación individuo-sociedad, como una síntesis dialéctica, aporta otra mirada a la concepción del aparato psíquico, alejado tanto del modelo representacional como del modelo objetal. (Pichón Rivière, 1985a)

En nuestro país las primeras sesiones grupales comenzaron en la década del 50 con la participación de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU). Fue M. Baranger, psicoanalista formada en Buenos Aires, quién estableció los primeros grupos operantes en nuestra capital siguiendo a Pichón basándose en M. Klein, Bion, K. Lewin entre otros. Los Hospitales Dr. Pedro Visca y el Vilardebó fueron los elegidos para las primeras reuniones de los pacientes internados (Busto, 1999).

Al mismo tiempo El Dr. García Badaracco comenzó a viajar a Montevideo para supervisar grupos terapéuticos de psicoanálisis familiar en pacientes con enfermedad mental severa.

ESQUIZOFRENIA

Comenzaremos esta sección tomando algunas definiciones que nos parecen imprescindibles para el abordaje del trabajo. Según la O.M.S (2015) la esquizofrenia está catalogada como un trastorno mental grave que afecta a 21 millones de personas en el mundo. Los esquizofrénicos tienen 2.5% más probabilidades de morir a edad temprana por complicaciones cardiovasculares, respiratorias e infecciosas en general. Es más frecuente en hombres que en mujeres. Estas personas sufren el estigma de la enfermedad así como sus familiares. Son vulnerados sus derechos humanos muchas veces, tanto en los lugares donde permanecen recluidos como en la propia comunidad. (OMS, 2015, p. 1)

En el Plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020, refrendado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, se pone énfasis en las medidas necesarias para proporcionar servicios adecuados a las personas con trastornos mentales, incluida la esquizofrenia. Una recomendación fundamental del Plan de acción es transferir la prestación de estos servicios desde las instituciones a la comunidad. (OMS, 2015, p.1)

Definiciones provenientes de la psiquiatría.

Uno de los primeros psiquiatras en utilizar el término Esquizofrenia fue Eugene Bleuler, médico psiquiatra suizo estudió con Charcot en París y también se relacionó con Freud, Breuer y Jung. (Bleuler, 2013).

Llamó a la demencia precoz, esquizofrenia por el desdoblamiento de las funciones psíquicas. La define como una psicosis con curso crónico, marcada por ataques intermitentes. Se puede detener o retroceder en cualquier etapa. Ésta enfermedad se caracteriza por alteración de pensamientos, sentimientos y su relación con el mundo exterior. En cualquier caso hay desdoblamiento de funciones psíquicas. Elaboración parcial de ideas y asociación incorrecta de las mismas, proceso de pensamiento detenido. Cuando son casos graves hay falta de expresión emocional. Divide la esquizofrenia en:

- Paranoide: ideas delirantes y alucinaciones son las que predominan.
- Catatonía: síntomas catatónicos por largos periodos-
- Hebefrenia: existen síntomas accesorios
- Esquizofrenia simple: sólo se pueden ver síntomas básicos específicos-

Características principales de ésta enfermedad:

Podemos señalar como rasgos sobresalientes de esta enfermedad al pensamiento ilógico y extravagante, estereotipia, escasez de ideas, confusión y estupor.

Según Henri Ey (1996) la esquizofrenia es una psicosis cónica que altera profundamente la personalidad. "Se produce una transformación profunda y progresiva de la persona, quién cesa de construir su mundo en comunicación con los demás para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario" (p.473). En sí no existe una definición exacta pero la definición clínica corriente la explica como un grupo de trastornos donde predominan: discordancia, ambivalencia, delirios alucinaciones, incoherencias ideó verbales, alteraciones del afecto, desapego, autismo extrañeza de sentimientos. "Todos estos trastornos tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad" (Ey, 1996, p. 474).

La esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1977), es un síndrome clínico heterogéneo. "Los síntomas comprenden un abanico de disfunciones cognitivo conductuales y emocionales, aunque ningún síntoma concreto es patognomónico del trastorno" (p.100).

Algunos de los síntomas son:

Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia pueden desarrollarse en la adolescencia, más bien tardía. Es poco frecuente que se den antes de la misma. Sobre los 20 años se da el pico de inicio de los primeros episodios. Cuánto más temprano comienza, peor es el pronóstico. En los hombres se da antes, ya que tienen un "peor ajuste premórbido, menores logros académicos, síntomas negativos disfunción cognitiva más prominentes y un peor pronóstico en general" (DSM IVp.102). El riesgo de suicidio es permanente a lo largo de la vida.

Nelson De León (2013) en "Salud Mental en Debate" plantea que los trastornos mentales tienen una alta incidencia en América Latina y el Caribe y contribuyen de manera importante a la discapacidad y la mortalidad prematura. No se ha logrado que los servicios de salud y recursos humanos para la atención en salud mental sean adecuados y suficientes, produciéndose procesos de estigmatización y vulneraciones de derechos humanos a las personas con enfermedad mental. A eso le sumamos el déficit en la atención sanitaria.

Otro autor con aportes interesantes es Glenn Gabbard (2002), psiquiatra y psicoanalista, plantea en su obra "Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica", que la esquizofrenia es una enfermedad que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único. Menciona: "Es una enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas proteiformes" (p.184).

Según este autor, posee síntomas positivos, negativos y desórdenes de las relaciones personales. No existe un tratamiento específico para la esquizofrenia, este debe ser realizado en forma individual para cada paciente. Éste modelo fue propuesto por Strauss y col, en 1974 (Gabbard, 2002). Es una de las tantas clasificaciones que existen, elegidas por Gabbard ya que pone interés en las relaciones interpersonales en función del abordaje terapéutico.

Los síntomas positivos son los delirios, las alucinaciones, las alteraciones de la conducta. Generalmente son asociados a un episodio psicótico agudo. Los síntomas negativos son apatía, anhedonia, pobreza de pensamiento, restricción afectiva. Cuando predominan éstos, estamos ante un individuo que seguramente tendrá un rendimiento escolar bajo, así como en las pruebas cognitivas, la enfermedad se inicia a edad temprana y existe pobre respuesta al tratamiento (Gabbard, 2002, p. 185).

Kay, McGlashan y Strauss realizaron un estudio en pacientes esquizofrénicos los cuales habían sido tratados por largos periodos. (Pardo, Del Castillo, Blanco y Etchart, 2005). En dicho estudio se describen diferentes etapas por las que pasaron los pacientes. Al principio con muchos síntomas y al final del tratamiento, casi estables y asintomáticos. En esta etapa en general buscaban empleo, retomaban sus estudios, algunos comenzaban a trabajar. Estas situaciones aumentaban el stress y a veces aparecían síntomas secundarios o recaídas psicóticas, las cuales eran superadas si estos individuos habían logrado fortalecerse durante los períodos de estabilidad. Por eso es muy importante enseñarles el manejo del estrés en la vida cotidiana.

Definiciones desde el Psicoanálisis

Freud, en su obra, Neurosis y Psicosis (1995/1924) plantea que la neurosis es un conflicto entre el yo y el ello, en cambio la psicosis entre el yo y el mundo exterior. Ésta ruptura con el mundo exterior se debe a una frustración de la infancia, la negación de un deseo por la realidad. "El mundo exterior no es percibido de ningún modo" (p.156). Existe una pérdida de la realidad en la psicosis, en la neurosis ésta se evita.

Según Freud, las esquizofrenias en general tienden a terminar en apatía afectiva. Se pierde toda participación con el mundo exterior. "El delirio se presenta como un parche colocado en un lugar donde originariamente se produjo una desgarradura del vínculo del yo con el mundo exterior" (p.157).

Freud indicaba que los parafrénicos, hoy esquizofrénicos, muestran rasgos fundamentales en el carácter: el delirio de grandeza y el extrañamiento del interés respecto del mundo exterior, (personas y cosas) y ésta última alteración los hace inmunes al psicoanálisis, los vuelve incurables para nuestros empeños (García Badaracco, 2000, p. 283)

H. S. Sullivan, (1962) psiquiatra estadounidense, elaboró la teoría de las relaciones interpersonales. Según el autor, la maternidad carente forma un self cargado de ansiedad en el bebé, lo que le impide saciar sus necesidades básicas dañando así su autoestima.

El "self sistem o sistema del yo" son una serie de característica que el niño desarrolla para proteger su autoestima. Para Sullivan la esquizofrenia comienza cuando resurge por algún motivo ese yo disociado y se genera un estado de miedo que conlleva al desorden psicótico. (Gabbard, p.187). En realidad la mayoría de los trabajos han sido con adultos y más tarde se fue desarrollando en niños. Es muy complicado establecer vínculos interpersonales con estos ya que rechazan las relaciones de objeto, además de tener déficit de atención y concentración.

TRATAMIENTO

Como primera medida antes de comenzar cualquier tipo de terapia es necesario que el paciente, sea estabilizado a través de la medicación. En cuanto a los abordajes del tratamiento la Farmacoterapia es fundamental para tratar los síntomas positivos.

Algunos de los antipsicóticos actuales que se están usando como la clozapina, resultan muy eficaces para tratar los síntomas positivos. Los síntomas negativos están menos afectados por la medicación, por lo tanto es necesario utilizar rehabilitación psicosocial. Ésta droga ha resultado en tratamientos con pacientes que presentaba resistencia disminuyendo los síntomas psicóticos en gran porcentaje (Gabbard, 2002). Actualmente sabemos que cuando más precozmente sea iniciado el tratamiento y cuanto más breve sea el episodio psicótico sin tratamiento, los resultados a largo plazo serán mejores (Chile, 2009).

Es necesario trabajar sobre la experiencia de la internación la cual posee un gran efecto traumático. También hacer hincapié en tener conciencia de la cronicidad de la enfermedad, para lograr la adhesión al tratamiento. (Fernández y Sosa, 2003)

Lograda la estabilización, el paciente está listo para la terapia, ya sea grupal o individual, y es fundamental el establecimiento de una alianza terapéutica. Cuanto antes se instaure esta, son mayores las probabilidades de cura. Esto es muy difícil ya que los pacientes esquizofrénicos tienen poco insight (Gabbard, 2002). Una vez obtenida la misma, podemos ayudar al paciente a entender su enfermedad.

Respecto a lo dicho anteriormente es interesante el planteo de Frese, citado por Gabbard (2002), quién sufrió esquizofrenia mientras estudiaba Psicología. Plantea que los delirios deben ser tomados como poesía y metáforas. El clínico no debe refutarlos ya que para el enfermo, son reales. Éste debe sentirse seguro con su terapeuta.

Sabemos que muchas veces el paciente no se adhiere a la medicación, por lo tanto esa alianza terapéutica médico paciente, permitirá a éste ganar su confianza y así evitar la hospitalización y seguir con un tratamiento farmacológico (Gabbard, 2000).

Es muy importante que el terapeuta logre un vínculo positivo el cual sólo se logra si el paciente siente que de verdad éste lo representa, inclusive a veces es

necesario el contacto físico en casos de contención emocional (Ayerra y López Atienza, 2003).

Siguiendo con el rol del terapeuta, es importante el testimonio de los pacientes esquizofrénicos quienes resaltan la importancia de una figura que los sostenga a lo largo de años de enfermedad. “Un yo frágil dejado solo permanece frágil. La medicación o el apoyo superficial por sí solos no son un sustituto para el sentimiento de que uno es comprendido por otro ser humano (paciente anónimo)” (Gabbard, 2000, p. 199).

En casos clínicos donde el paciente presenta yo empobrecido no se puede usar la terapia grupal como dispositivo terapéutico ya que ésta significará demasiada estimulación y este tipo de pacientes no pueden filtrar los estímulos proveniente del exterior (Gabbard, 2000).

CUANDO ESTÁ INDICADA LA TERAPIA DE GRUPOS Y CUANDO NO:

La indicación sería acertada, cuando existe una fuerte motivación y conciencia de la enfermedad, frente a un alto nivel de fortaleza yoica, con bajo umbral a la frustración y cuando se adviertan problemas en las relaciones interpersonales.

Estaría contraindicada la terapia de grupo cuando predominen la baja motivación, gran desorganización psicótica, el trastorno de personalidad antisocial, la somatización severa y el riesgo de suicidio.

Las personas con trastorno de personalidad antisocial no trabajan bien en los grupos así como los que evidencian somatización severa, ya que consumen la energía del grupo. Los grupos deben ser homogéneos en cuanto a las fortalezas yoicas, y heterogéneos en cuanto a la conflictiva

RE-HABILITACIÓN

Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados discapacitados o afectados por la desventaja de un trastorno mental para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad, la rehabilitación psicosocial proporciona el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades. (WAPR-WHO, 1996, p. 1)

Nos parece importante ubicar aquí la definición de salud mental de la OMS, ya que es un objetivo hacia el cual transitar en la rehabilitación.

La Salud mental es un estado de balance, de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2001, p.1)

El tratamiento de personas esquizofrénicas debe estar enfocado en la rehabilitación durante todo el proceso de la enfermedad y lo ideal es que ésta comience en las primeras fases de la misma. La clase de intervención dependerá del estadio de la enfermedad en la cual se encuentre el paciente y debe ajustarse en base a las manifestaciones que aparecen. Un programa de rehabilitación debe basarse en la inclusión socio-laboral valorizada del paciente, para reducir los efectos que ocasionan el estigma y la discriminación. Es fundamental reducir la cantidad de pacientes en las colonias ya que a pesar de realizarse programas de egreso son aún muchas las personas institucionalizadas. (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011)

Para la Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay (2005), la Rehabilitación es un modelo terapéutico integral el cual se basa en el paradigma biopsicosocial que tiende a mejorar la calidad de vida del paciente, familia y comunidad. Entre sus objetivos específicos encontramos la prevención primaria, secundaria y terciaria, dirigido a personas con trastornos mentales severos y persistentes

El trabajo en rehabilitación biopsicosocial desde lo cultural y ambiental, implica el encuentro entre la persona que presenta un trastorno mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En dicho encuentro se va privilegiando el lugar de la persona con trastorno mental severo y persistente, su potencial y saber en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011).

El trabajo CIPRÉS se realiza tratando de pensar juntos, basándose en hipótesis: lo primero es el cambio psíquico, entender que las presentaciones del dolor visibles en pacientes psiquiátricos graves y sus familias son signos de procesos psíquicos, que pueden ser cambiados a través de la Re-Habilitación.

Cambio semiológico es el modo de visualizar la virtualidad sana del individuo y su familia para poder elegir el tipo de re-habilitación

La curación del enfermo y su familia es un objetivo probable en la propuesta de C.I.P.Re.S. La curación no es sólo la desaparición de los síntomas, sino mejorar la calidad de vida, del paciente, de la familia y de la sociedad. Un clima afectivo que permita ver el sufrimiento psíquico brindando contención y apoyo (Palleiro, 2013).

PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR

El psicoanálisis multifamiliar es un dispositivo terapéutico que sirve para diagnosticar y modificar las estructuras psíquicas limitantes del enfermo mental. La modalidad del abordaje terapéutico es sumamente compatible, pudiendo combinar los tres tipos de tratamientos utilizados en la esquizofrenia crónica: farmacológico, rehabilitación social y psicoterapia individual (Kemberg, 1998).

Simond (2011), quien fuera uno de los principales colaboradores de García Badaracco, plantea que el Psicoanálisis Multifamiliar es a la vez, técnica, teoría y meta-psicología, pero lo más importante es que es un nuevo modo de pensar el sufrimiento humano y las distintas formas de disminuirlo. Este dispositivo terapéutico en cualquier lugar que se ponga en práctica, ha re reinventarse por que no es estático sino que, está cambiando continuamente.

La función del grupo es actuar como contexto-contenedor, hacer que las vivencias sean elaboradas, sobre todo las que han generado la enfermedad y a su vez se crear nuevas herramientas personales. La idea es crear un clima de confianza entre los participantes, los cuales se identifican con las vivencias de los otros, y de este modo no se sienten tan distintos (García Badaracco, 2000). En cada sesión se van creando vivencias de forma espontánea, y cada integrante se va identificando con el otro y así siente que lo que le pasa no es tan raro. De esta forma se pueden tratar varias personas a la vez. Pueden ser de 10 a 15 personas., eso varía de acuerdo al país donde se implemente.

“Pensar juntos”, recorrer cadenas asociativas que permitan enlazar afectos y emociones para integrar una mirada más amplia, “la mente ampliada” a otras perspectivas tornan sus vivencias más tolerables en un clima de recíproca confiabilidad” (Mourelle y Puñales, 2013, p. 1). En las reuniones de psicoanálisis multifamiliar todos los integrantes son invitados a participar, desde sus propias experiencias Escucharse con respeto, aceptando al otro (sentimientos, ideas, vivencias y creencias distintas). No es aconsejable dar soluciones únicas y universales, buscar tener la razón; sólo conversar, pensar crear, y compartir vivencias (Mourelle y Puñales, 2013).

Una de las ventajas del PMF es que al no haber limitación de tiempo, ni tener que cumplir un programa, cada persona va haciendo su proceso personal y puede vivir las situaciones sin imposiciones. Se podría decir que el PMF respeta el “gesto espontáneo por más inadecuado que sea” (Burguillo, 2010 p 3).

La familia y la enfermedad mental:

García Badaracco piensa la enfermedad mental desde la salud virtual potencial que cada enfermo posee y por medio del proceso terapéutico permite que el individuo pueda crear recursos nuevos y propios para poder vivir lo que era imposible (García Badaracco, 1978)

Para Mandelbaum (2014) la labor del grupo multifamiliar va a depender de sus integrantes, de su creatividad y capacidad para estimular a los otros. Hay situaciones que enriquecen, como las relaciones de interdependencia sana, y otras de interdependencia patológicas que tienden a ser compulsivas y repetitivas.

En una familia con alto potencial patológico, los individuos están totalmente desdibujados, prácticamente no existen. En este tipo de familias existe un mundo interno que relaciona a sus integrantes impidiendo su distinción y su autonomía.

Los mundos internos de cada familia están determinados por:

- Las historias de los ancestros, que han influido a la familia ampliada como si fuesen herencias emocionales que la familia acepta.
- Historias influidas, provenientes de la familia ampliada. Es decir, de las propias dinámicas internas de la familia ampliada.
- Las historias de cada familia en el día a día.

A esto debemos sumarle la personalidad de cada uno de los integrantes de la familia, los duelos que han vivido a lo largo de sus vidas y los que aún no han elaborado. Todo lo que la familia no pueda resolver quedará enquistado como algo patógeno, lo que condiciona la libertad de sus integrantes

Como mencionamos anteriormente todas estas situaciones con alto componente emocional tienen que ver con secretos de familia, duelos, abusos, infidelidades, suicidios. A veces es muy difícil ayudar y la impotencia es mucha. Abrir ese entramado desarticularlo de a poco para que el individuo reconstruya su mundo y pueda ser por sí mismo, en la familia y en sociedad. (Mandelbaum, 2014)

Transferencia y contratransferencia

Para formar un grupo multifamiliar es fundamental tener una formación psicoanalítica, pero eso no es suficiente para que un terapeuta se pueda hacer cargo

de uno de estos grupos. El psicoanálisis ha evolucionado a lo largo de los años, sobre todo en lo que tiene que ver con la contra transferencia. Según García Badaracco se considera que hay “mayor participación contratransferencial del analista en el trabajo psicoanalítico” (García Badaracco 2000, p.260).

En estos grupos la percepción del terapeuta será puesta a prueba en forma constante ya sea directa o indirectamente.

El fenómeno transferencial debe ser pensado dentro de la complejidad de las interdependencias recíprocas, porque los familiares y terapeutas pueden caer también en las interdependencias patógenas. Pero el contexto multifamiliar, brinda una contención más amplia debido a la presencia de los otros, familiares y colegas, quiénes rescatan al terapeuta de esa interdependencias patógenas que se producen con el fenómeno de la transferencial (Mascaró, 2011).

También la contratransferencia será un elemento fundamental en el grupo multifamiliar, y la incidencia de esta en el terapeuta una herramienta sumamente eficaz en la comprensión lo que sucede en el grupo además de ayudar a construir las devoluciones pertinentes a los integrantes. En este dispositivo comprender la contratransferencia y el impacto emocional del propio terapeuta es fundamental para sostener el hilo conductor del grupo (García Badaracco, 2000)

Interdependencias patógenas y normogénicas

Para García Badaracco uno de los aspectos más importantes para comprender el mecanismo de las relaciones interpersonales es lo que él llama: interdependencias patógenas o interpenetración patógena. Además de todos los síntomas que vemos en estos enfermos: delirios, autismo, fobias, comportamiento histérico, etc., encontramos las interdependencias patológicas entre el enfermo y su familia, las cuales serán repetidas compulsivamente con otros integrantes del grupo. Estas interdependencias no son distinguidas a simple vista ya que, generalmente están encubiertas por síntomas psiquiátricos. Pero para el profesional entrenado pueden hacerse visibles enseguida. Muchas veces el enfermo y su familia logran mantener los vínculos patológicos en secreto de diversas formas debido a que éstos pueden permanecer disociados (García Badaracco, 2000).

Muchas de las dificultades del psicótico, se corresponden con la forma patológica en que vivió sus relaciones en la familia. Crecer es un proceso que requiere individuación y desimbiotización, éstos son atacados por la familia, la cual no quiere

separarse debido al sentimiento de pérdida que le ocasiona, así trata de volver atrás manteniendo una homeostasis patológica (Macchioli, 2009).

Objeto enloquecedor: son vínculos personales articulados en forma perversa que impiden pensar y ser. El círculo de interdependencias patógenas con el objeto enloquecedor se cierra cuando ese objeto o el contacto con él brindan al enfermo una sensación de alivio y preservación. Se genera una intensa dependencia.

Cuando el hijo supera psicológicamente al padre, este es puesto a prueba y cuando por sus carencias no lo logra, detendrá el crecimiento del hijo por medio de mecanismos de defensa inconscientes. Entonces el objeto parental aparece como imagen idealizada la cual pone condiciones, exige, provocando intercambios que derivarán en la transmisión de rasgos patológicos. El crecimiento del hijo quedará detenido y en un momento dado, un brote psicótico será la respuesta a una situación intolerable (García Badaracco, 1978).

Recursos yoicos

Son estructuras propias del funcionamiento mental las cuales se desarrollan desde que nacemos por ejemplo pensar, simbolizar, elaborar y significar. Un niño pequeño carece de recursos yoicos por lo tanto deben ser los padres (con recursos yoicos genuinos) quiénes permitan que éstos se desarrollen. Bion mencionaba que la relación madre –bebé puede verse perjudicada cuando la madre es incapaz de cumplir con su función, recibir la angustia, transformarla y devolverla al bebé modificada, así el bebé puede tolerar la angustia y fortalecer su yo en desarrollo.

En cambio, García Badaracco (1979), cree que el problema del vínculo madre-bebé es una interdependencia patógena entre ellos, donde la madre no percibe las necesidades del bebé, la angustia es insoportable y provoca un trauma en el niño. Por lo tanto, padres neuróticos o psicóticos darán origen a hijos con las mismas patologías. Lo que explica que el complejo de Edipo de los niños es un reflejo del Edipo no resuelto de los padres.

A veces no es posible resolver los conflictos porque se carece de recursos propios para hacerlo. La interpretación en la psicoterapia puede no funcionar hasta que el paciente sea capaz de desarrollar los recursos yoicos necesarios para resolver el conflicto usando esa interpretación. Muchas veces al generarse vínculos de reciprocidad emocional, espontáneamente se producen “fenómenos curativos

espontáneos que no pasan por la interpretación o toma de conciencia sino que las preceden“(García Badaracco, 2000, p.321).

MENTE AMPLIADA

El grupo multifamiliar es visto como “una gran mente que piensa” (García Badaracco 2000, p. 272). Cada individuo enriquece al grupo con su punto de vista, cada intervención puede crear asociaciones en el otro y éste a su vez en otro. También existen situaciones o intervenciones que paralizan, así de ésta forma vemos cómo funciona el grupo, duplicando el funcionamiento de la mente de una persona. O sea lo que pasa entre los participantes del grupo, es lo que sucede en la mente del individuo, situaciones creativas o frustrantes.

A su vez situaciones que han sido bloqueadas o evitadas la mayor parte de la vida, en este contexto multifamiliar salen a la luz. Si se da en el grupo es porque este brindó la contención o el momento propicio para decir lo que en otro lugar jamás lo hubiese dicho. Una situación así pondrá en juego a otro que a su vez. Provoca otra interacción como respuesta (García Badaracco 2000).

MENTE EN TRAMA

Profundizando en los fundamentos teóricos del Psicoanálisis Multifamiliar en Ciprés hemos acentuado lo que denominamos MENTE EN TRAMA. Concepto que incluye y trasciende a la Mente Ampliada con todas sus características. Si la Mente Ampliada era una construcción relacional, la Mente en Trama es una dimensión constitutiva de todo psiquismo. Somos necesariamente en trama, con nuestra familia, con la sociedad, con la cultura, con el idioma que hablamos y que nos habla”. (Claro, p.1)

Lo que el terapeuta ve, también es visto por el resto de los integrantes al mismo tiempo. La investigación en un contexto social sobre salud y enfermedad mental producirá un ‘laboratorio de investigación social’, donde a la vez capacitamos profesionales, se les brinda ayuda a las familias para poder sostener al enfermo en la familia y curar a los pacientes (Márkez, 2009).

Trabajo del terapeuta

Para trabajar con este dispositivo terapéutico es necesario que el/los terapeutas tengan la sensibilidad suficiente para captar lo imperceptible, las miradas, la gestualidad, sobre todo, lo que no se dice, hay que estar muy atentos.

El coordinador también ,debe crear situaciones en las cuales la participación sirva para que los integrantes puedan encontrar recursos propios, los cuales están desarrollándose para poder enfrentar la vida de una forma más satisfactoria .Relacionado con esto, García Badaracco(2000) cree que los pacientes hacen a veces de “terapeutas nuestros” y en esos casos, cuando la experiencia ha sido positiva, es sumamente enriquecedor, se crea un clima emocional muy particular que reconforta.

Del mismo modo se da el caso que hacen de terapeutas de sus pares, cuando un paciente puede ayudar a otro a través de su experiencia y hacer que el sufrimiento y desvalorización pasen a ser autoafirmación, reconocerse en el otro, y ver que él también puede salir adelante. Es reconfortante para todo el grupo. (García Badaracco 2000)

Los terapeutas deben ser capaces de implicarse también afectivamente para generar y propiciar las condiciones necesarias para que los usuarios hagan experiencias emotivas positivas, correctoras y generadoras de salud. Las propias vivencias de los técnicos, sus procesos y su implicación se ponen al servicio del proceso terapéutico (Claro, 2013, p.1).

Virtualidad sana

Este título refiere a la capacidad de desarmar el poder enfermante de la presencia enloquecedora. La ayuda debe ser brindada de tal forma que puedan crearse recursos propios nuevos, la ayuda puede venir de un compañero, del terapeuta, o un familiar que ponga salud en la trama enfermante

“Potenciar la virtualidad sana habilita un funcionamiento más armónico y equilibrado-para cada uno- en relación a la trama que conformamos. De esto modo, se tiene mayor capacidad para pensar la naturaleza de los vínculos que establecemos” (Mourelle y Puñales, 2013. p.1)

Mitre (1998), asegura que los pacientes se dan cuenta si decimos la verdad o no. Si ellos son capaces de percibir nuestra convicción de que curarse es una posibilidad, entonces es muy probable que estas personas tengan más posibilidades de hacerlo.

Sueños y esperanzas que hacen posible la cura. Sueños de que no hay “techo” a priori, sino quizás “techos” producto de nuestra incapacidad para entender lo hipercomplejo de cada uno de nosotros, en nuestra

singularidad, en nuestros roles y en las interdependencias que nos determinan. (Palleiro, 2013, p. 1)

CONCLUSIONES FINALES

La creación del Psicoanálisis multifamiliar se basa en ideas sobre el Psicoanálisis de Freud, Klein, en las teorías de campo de Kurt Lewin, la Gestalt y la teoría de la comunicación norteamericana utilizadas por Pichón Riviere adaptadas al contexto de ese momento en el Río de la Plata.

El PMF creado por el Dr. García Badaracco se trata de contexto multitudinario y social, que trabajado en forma adecuada, se transforma en un “laboratorio” en el que es posible investigar, aprender y curar, al mismo tiempo el mismo nos brinda distintas opciones para conjugar las diferencias que parecen irreconciliables de las escuelas a las que nos referimos anteriormente, integrar ideas, teorías, conocimientos respetando la complejidad y la individualidad de cada ser humano (Markez, 2009).

Como decía García Badaracco “El querer curar al enfermo poniendo énfasis sólo en la desaparición de los síntomas, conduce a la pérdida del profundo respeto debido a la ‘virtualidad sana’ del mismo, por más enfermo que esté” (Márkez, 2009, p. 7).

Reflexionando sobre las palabras del creador de PMF en lo que respecta a la salud mental, debemos decir que los psicofármacos han cobrado mayor importancia. Si bien se han ido perfeccionando en estos últimos años, sabemos que sólo con la medicación no alcanza. Muchos de los enfermos no adhieren a ésta. Un tratamiento ideal para la esquizofrenia es aquel basado en el estudio y seguimiento de la enfermedad, en la realización de un diagnóstico correcto, en el inicio temprano del tratamiento farmacológico y de la rehabilitación psicosocial y además en la continuidad del mismo durante la evolución de la enfermedad.

Otro tanto con el sistema asilar, ya dejado de lado en muchos países, las condiciones infrahumanas en las cuales se encuentran algunos pacientes aún en nuestro país, nos demuestran la poca sensibilidad y la indiferencia que hay respecto a la enfermedad mental.

El enfermo mental es un ser que sufre por sí solo, no necesitamos agregarle más sufrimiento con tratamientos que no resuelven nada y maltrato por parte del personal que los asiste. También el entorno del enfermo forma parte de esa trama patógena y muchas veces no es tenido en cuenta.

Para Palleiro

CIPRES plantea un modelo alternativo de Re-habilitación, personalizado para cada caso y momento evolutivo, posible de articular con Planes de Salud Mental. Modelo complejo cuyo imperativo ético es el de pensarse a sí mismo, exponer una y otra vez cuáles son los fundamentos teóricos que explican sus prácticas, signado siempre por un objetivo mayor: cumplir con los DDHH en Salud Mental de los pacientes y sus familias. (Palleiro, 2013, p. 1)

Así lo expresan los aportes para una Ley de Salud Mental en Uruguay la cual tendrá como cometido principal garantizar el derecho humano a la salud mental a toda la población sin ningún tipo de distinción o exclusión que tenga que ver con la raza, color sexo, orientación sexual, ideas políticas, idioma, religión, condiciones sociales o económicas (MSP, 2015).

Cada paciente y su familia tiene derecho al nivel más alto de respuesta sanitaria en Salud Mental que su nación pueda darle según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo de la Naciones Unidas, firmada (2007) y ratificada (2009 y 2011) por nuestro país, defendida y difundida entre otras instituciones por la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (AMRP).

Los enfermos mentales son aislados por considerarse peligrosos para la sociedad. Para García Badaracco (2000) siempre son excluidos. La discriminación y el estigma hacen que tengan acceso restringido a centros de salud. Esto conlleva a que, se encuentran relegados a la hora de estudiar o conseguir trabajo.

El Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental, fue puesto en marcha en 2008, consiste en orientar e instrumentar, métodos de capacitación para ampliar los servicios en los países con escasos recursos. Se trata de fortalecer la capacidad hacia los proveedores de atención de la salud no especializados, promoviendo la salud mental en todos los niveles asistenciales. Éste plan se da actualmente en 80 Estados Miembros (OMS, 2015, p.1)

Consideramos que el Psicoanálisis multifamiliar es adecuado para tratar este tipo de patologías, ya que realiza un abordaje grupal, en un espacio contenido,

cuidado, sin límites de tiempo y que provee los mecanismos para el desarrollo de nuevos recursos en el enfermo ayudándolo para su "habilitación" como persona y como miembro de la sociedad.

Los terapeutas trabajaran en co -terapia con muchas familias lo cual permite ver a los enfermos dentro de la trama familiar patógena y al mismo tiempo descubrir sus dinámicas, la apertura del grupo a los demás impide la formación de singularidades. El tomar conciencia con los otros genera emociones, empatía, como dije anteriormente la cura se produce cuando existen vínculos emocionales recíprocos.

Pensamos que el Psicoanálisis Multifamiliar es un dispositivo terapéutico sumamente eficaz para tratar patologías mentales, ya que garantiza el crecimiento personal del paciente. Nos permite tratar distintos problemas como la violencia familiar, la drogadicción, la delincuencia, discriminación, difíciles de tratar a través del psicoanálisis individual. Éste modo de trabajo muestra cambios rápidos. Además puede ser utilizado no solo en el ámbito de la salud mental, en la educación, en la resolución de cualquier tipo de conflicto.

Es importante que este dispositivo se esté usando actualmente en el nuevo Plan de prestaciones de Salud Mental pero sabemos que la difusión no es suficiente. La responsabilidad de la salud mental es comunitaria y debemos concientizarnos que es mejor prevenir que curar

"En los últimos años la O.M.S y otros organismos internacionales han adoptado el paradigma de la recuperación el cual apunta a que las acciones en salud mental estén orientadas al empoderamiento, autonomía y protagonismo de usuarios y familiares" (OMS, 2004, p. 14)

Actualmente el PMF es utilizado en países como Portugal, España, (en Bilbao el Dr. Norberto Mascaró). En América Latina, específicamente en Argentina es practicado por María Eloísa Mitre quién coordina la mayoría de los grupos que operan. La Dra. Eva Palleiro es quien trabaja en Montevideo.

Para finalizar aporte una cita de Badaracco en una de las últimas entrevistas que le hicieron:

Pensar que el enfermo "está loco" permite muy a menudo justificar un maltrato por parte del médico, que puede ponerse en evidencia como tal

cuando empezamos a darnos cuenta de que el “maltrato” que muchas veces experimentamos de parte del enfermo, es más bien un reclamo de ayuda desde la indefensión que tiende a desaparecer cuando el paciente puede empezar a confiar en su terapeuta

Cuando los terapeutas comprendamos esto, estaremos en mejores condiciones para comprender al mismo tiempo las raíces profundas de la discriminación de los enfermos y las dificultades que se presentan en la realidad para modificar las actitudes de la sociedad. (Markez, 2009, p 7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) DSM IV (1977). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
- Ayerra J. & López Atienza J. (marzo 2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Avances en salud mental relacional*, 2(1) Recuperado de: http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/989.pdf
- Berenstein, I. (2001) El vínculo y el otro. *Revista Psicoanálisis Digital*. 23(1), 9-21
Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012001berenstein.pdf>
- Bernard, M., Edelman, L., Kordon, D., L'Hoste, M., Segoviano, M. y Cao, M. (1995) *Desarrollos sobre grupalidad, una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial
- Bleuler, E. (2013) *Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Horme- Paidós
- Burguillo, F. (diciembre, 2010) La magia del Psicoanálisis Multifamiliar. La articulación del modelo Psicoanalítico con la realidad del trabajo en el sistema público. *Avances en salud mental relacional*, 9(2) 1-14. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1076/1025>
- Chile, Ministerio de Salud (2009). *Guía Clínica Para el Tratamiento de Personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia* Recuperado de: <http://www.p3-info.es/PDF/GuiaChilena.pdf>
- Claro, D. (noviembre 2013) *Mente ampliada y mente en trama*. CIPRES Laboratorio Uruguayo de Re- Habilitación. Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay. Recuperado de: <http://cipresuruguay.blogspot.com.uy/2013/11/mente-ampliada-y-mente-en-trama-por.html>
- Consenso Intercentros del Uruguay (2003-2004).
<http://cipresuruguay.blogspot.com.uy/2013/11/psicoanalisis-multifamiliar-asambleas-y.html>
- De León, N. (Coord.) (2013) *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. Psicolibros: Montevideo
- Del Castillo, R.; Villar, M. y Dogmanas, D. (noviembre 2011) Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*

1(4), 83 -96. Recuperado de:

<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1996) Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ed Masson

Freud, S. (1995) El yo y el ello, y otras obras. En En J.L. Etcheverry (trad.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. IXX, pp.154-196). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923- (1925))

Gabbard, G. (2002). Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Buenos Aires: Médica Panamericana

García Badaracco, J. (mayo- junio 1985). Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto de 'objeto enloquecedor'. *Psicomundo*, 42(3), 495-514

Recuperado de:

<http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19854203p0495.dir/REVAPA19854203p0495Garcia.pdf>

García Badaracco, J. (1989). Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficit de desarrollo de recursos yoicos. *Diagnóstico en psiquiatría*, (Guimón, J.E., Mezzich, J.E. y Berru, G.E., eds.), Salvat,

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

García Badaracco, J. (diciembre 2002). Comentario sobre el trabajo de Enrique Pichón Rivière: 'Neurosis y psicosis: una teoría de la enfermedad'. *Psicomundo*, 59(4), 891-898,

García Badaracco, J. (2006). *El Psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la 'virtualidad sana'*. Manuscrito Inédito

Grinberg, L., Langer, M., & Rodrigué, E. (1961). *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires: Paidós

Gómez, R (s/f) *Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones*. Recuperado de:

http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf

Jackson, D. (1984). *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión

Kaës, R, & Anzieu, D. (1979) *Crónica de un grupo*. Barcelona: Gedisa

Controversias contemporáneas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64(2),

Fernández, S. y Sosa, S. (2000) *Grupos terapéuticos para pacientes con trastorno mental severo. Primeras etapas de rehabilitación*. Recuperado de:

<http://anterior.apuruguay.org/Actividades%20cient%C3%ADficas/Grupos-Terap%C3%A9uticos-con-Addenda-2009-corregido.pdf>

- Foladori, H. (2002) *La concepción del liderazgo de Kurt Lewin*. Recuperado de:
http://www.psicologiagrupal.cl/escuela/index.php?option=com_content&view=article&id=67:la-concepcion-del-liderazgo-en-kurt-lewin&catid=43:articulos&Itemid=69
- Leone, M. E., Gregorio, M. E. de, Marti, S. (2002). El grupo interno. Un modo de concebir el aparato psíquico. *Fundamentos en Humanidades, III* ()
 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18400506>
- Macchioli, F. (2009) *La psicosis en la familia: modelo para armar. Jorge García Badaracco y la versión de algunos conceptos psicoanalíticos (1960-1979)*
 Recuperado de:
http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Macchioli_Badaracco_Psicosis_Familia.htm
- Macchioli, F. (2012). Inicios de la terapia familiar en la Argentina 1960-1979. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(1) 274-287. Recuperado de:
<http://132.248.9.34/hevila/Estudosepesquisasempsicologia/2012/vol12/no1/15.pdf>
- Mandelbaum, E. (2014). *El Grupo Multifamiliar: ¿Que, como, para qué?* Recuperado de <http://gruposmultifamiliares.blogspot.com/2014/04/que-como-y-para-que-de-los-grupos.htm>
- Markez, I. (2009) Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco. *Norte de Salud Mental*. 34, 85-93. Recuperado de:
http://antigua.ome-aen.org/norte/34/NORTE_34_120_85-93.pdf
- Mascaró, N. (2011) La transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 10(3), 1-7.
 Recuperado de
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/viewFile/1403/1270>
- Ministerio de Salud Pública (2015) Aportes para los contenidos de una ley de Salud Mental en Uruguay. Recuperado de:
<http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/1151-15.pdf>
- Mitre, M.E. (1998) *Las voces de la locura: Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Emecé editores S.A.
- Mourelle, N. y Puñales, C. (noviembre 2013). *Interdependencias reciprocas*. Manuscrito presentado en MSP-ASSE, 25 de noviembre de 2013.
 Recuperado de:
<http://cipresuruguay.blogspot.com/2013/11/interdependencias-reciprocas-por-la-lic.html>
- OMS (abril 2015). *Esquizofrenia*. Nota descriptiva. N° 397. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

- Palleiro, E. (2013) *Cambios*. Recuperado de:
<http://cipresuruguay.blogspot.com.uy/2013/11/c-m-b-i-o-s-por-la-prof-agda-dra-eva.html>
- Palleiro, E (2015) CIPRÉS: Historia y actualidad. Laboratorio Uruguayo de Rehabilitación. Recuperado de:
<http://cipresuruguay.blogspot.com.uy/2014/04/prof-agregada-dra-psq-eva-palleiro.html>
- Pardo, V., Del Castillo, R., Blanco, M. y Etchart, M. (2005) Descripción y evaluación de un programa de rehabilitación laboral para personas con trastorno mental grave y persistente. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), 111-126. Recuperado de:
http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/02_t_original.pdf
- Pichón Rivière, E. (1985a) *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Pichón-Rivière, E. (1985b). *El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Simond, H. (2011). Autores de referencia: Jorge E. García Badaracco. *Teoría y práctica grupal*, 2(1), 180-190. Recuperado de:
<http://www.grupoanalisis.net/wp-content/uploads/2014/01/Autores-de-referencia-Jorge-Enrique-Garc%C3%ADa-Badaracco.pdf>
- Uruguay (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional integrado de Salud*. Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/categoria_375_1_1.html
- WARP y OMS (1996). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO*. Recuperado de: <http://docplayer.es/13959050-Rehabilitacion-psicosocial-declaracion-de-consenso-wapr-who-contexto-definicion.html>