

## LA CONSTITUCIÓN DE UN GRUPO MULTIFAMILIAR EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA (1)

*Norberto Mascaró Masri (2)*

[npmascaro@yahoo.es](mailto:npmascaro@yahoo.es)

### Summary

Reflections about the creation of a Multiple Family Group in a Crisis Unit of a Public Institution, according to the principles of the Psychoanalytic Therapeutic Community based on a Multiple Family Structure, developed in Buenos Aires by Jorge García Badaracco.

Reflections on Multifamily Groups (MFG), and specially of transmitting to you how we created a group of this nature in a public institution started in the year 1972, within the frame of the TP, (Therapeutic Psychoanalytic Community): a community that was operating in Buenos Aires since 1968, and was created and directed by the professor Garcia Badarraco, a pioneer in these type of experiences.  
Multifamily Group, public institution.

### Key Words

Multiple Family Group. Crisis Unit. Public Institution. Psychoanalytic Therapeutic Community. Therapeutic Team Work.

### Resumen

Reflexiones sobre la creación de un Grupo Multifamiliar (GMF) en un Hospital de Día de una institución pública, según los principios de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar, desarrollada en Buenos Aires por Jorge García Badaracco.

Reflexiones sobre el Grupo Multifamiliar (GMF) y en especial de transmitirles como creamos un grupo de esta naturaleza en una institución pública comenzó en el año 1972, en el marco de una CTP (Comunidad Terapéutica Psicoanalítica) que funcionaba en Buenos Aires desde 1968, y que había creado y dirigido el profesor García Badaracco, pionero en este tipo de experiencias.  
Grupo Multifamiliar, institución pública.

### Palabras clave

Grupo Multifamiliar. Hospital de Día. Institución Pública. Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar. Equipo terapéutico.

En especial, quiero transmitirles como creamos un grupo de esta naturaleza en una institución pública. Esta experiencia apasionante, compleja y enriquecedora, aunque poca difundida, abre nuevos horizontes en la búsqueda de una mejor respuesta asistencial a la patología mental grave.

Mi experiencia personal en este campo comenzó en el año 1972, en el marco de una CTP (Comunidad Terapéutica Psicoanalítica) que funcionaba en Buenos Aires desde 1968, y que había creado y dirigido el profesor Jorge García Badaracco (García Badaracco, 1982), pionero en este tipo de experiencias.

El GMF se mostró, con el correr de los años, como un recurso fundamental en el abordaje de la patología mental grave. Los pacientes y sus familiares necesitan un contexto adecuado para expresar sus dificultades personales, es decir su “locura particular”. Este contexto está posibilitado por la presencia de los “otros”, capaces de contener los aspectos más regresivos y carenciales que el sufrimiento mental encierra y que permiten poder pensar lo impensable y sentir lo indecible. La “locura particular” pasa a ser la “locura de todos”.

Podemos esbozar que la expresión de los conflictos patológicos en la dimensión vincular se caracteriza por la presencia de un tipo de interdependencias patógenas vividas con las figuras parentales y que tienen en el mundo interno una vigencia actual que tiende a reproducir aquellas interdependencias patológicas en sus relaciones presentes. Estas situaciones ponen en evidencia la llamada transferencia psicótica. Los pacientes parecen habitados por múltiples personajes, a menudo incompatibles entre sí, producto de identificaciones patológicas con los padres que han impedido el desarrollo de un sí mismo. Es así que el paciente mental grave necesita ser rescatado de la “locura” en la que está inmerso, es decir, de la trama de interdependencias patógenas que lo tienen atrapado en la relación con los otros y de los objetos enloquecedores que habitan su mundo interno (García Badaracco, 2000).

A continuación, describiré una experiencia en la constitución de un GMF en el año 1984, en el Hospital de Día de una Institución Pública ubicada en Guecho, Vizcaya. A este Hospital de Día, que funcionaba según los principios de CTP, concurrían diariamente 16 pacientes en un horario comprendido entre las 9,30 y las 13,30h, en donde realizaban toda una serie de actividades grupales complementadas con terapias individuales y familiares. La consolidación del sistema terapéutico, siguiendo los principios de la CTP según había desarrollado en Buenos Aires García Badaracco, nos llevó a afrontar el reto de la constitución de un GMF (García Badaracco, Jorge 1990).

El equipo terapéutico que llevó adelante la tarea, funcionaba en coterapia y estaba constituido por tres psiquiatras, una psicóloga y una enfermera psiquiátrica. Todos compartíamos el interés de aliviar el sufrimiento mental de los pacientes y de sus familiares, y la necesidad de realizar una experiencia que revirtiera el pesimismo existente en el tratamiento de estos pacientes graves. Es de destacar que la experiencia

profesional no era equiparable en todos los miembros del equipo, lo que no fue obstáculo a la tarea, ya que la coterapia se constituyó en un magnífico medio de aprendizaje, a través del trabajo clínico y la reflexión continua.

La necesidad de crear este recurso, en cuanto a su potencialidad terapéutica, era reconocida por unos e intuita por otros miembros del equipo. El comienzo de la experiencia respetó el momento evolutivo del equipo terapéutico, que recién iniciaba su andadura, teniendo en cuenta su capacidad emocional, psicológica y formativa para contener las intensas ansiedades que los diversos momentos regresivos producen y a su vez contener las propias ansiedades producto de las nuevas experiencias.

El mejor comienzo se nos esbozó como un grupo de familias en el cual no participaran los pacientes designados. Las fantasías destructivas que producían al reunir a varias familias con sus miembros psicóticos eran compartidas por algunos miembros del equipo y las propias familiares.

El trabajo previo con las familias para conseguir su participación se centro en transmitirles la importancia de poder compartir con otras familias dificultades similares en relación a las circunstancias que vivían. Además, se les ofrecía la posibilidad de realizar un aprendizaje, en relación a los problemas que debían afrontar en la intimidad de la vida familiar. Después de múltiples reuniones con cada familia, se pudieron vencer las resistencias de enfrentarse a sus propias dificultades, enmascaradas muchas veces por miedos y prejuicios relacionados con la ruptura de su propia intimidad.

Así nos comenzamos a reunir con las familias una vez por mes. Durante el primer año de trabajo, el discurso giró alrededor de los ausentes-presentes, es decir, los pacientes designados.

En un primer momento, los padres se mostraban interesados sobre la naturaleza de la enfermedad mental y sobre que actitudes tenían que tomar ante situaciones desconocidas para ellos. Una actitud pedagógica por parte del equipo fue de suma utilidad en esos momentos. Por otra parte, también comenzaba a aparecer la hostilidad en los ausentes-presentes, quienes eran depositarios de los aspectos más destructivos y sádicos de los progenitores.

En estos momentos iniciales, nunca perdimos de vista nuestro objetivo principal: movilizar defensas, analizar conflictos desplazados a las relaciones y fundamentalmente hacernos cargo de carencias estructurales y necesidades emocionales profundas, que en la medida que avanzara nuestro trabajo nos íbamos a ir encontrando.

Así, el comienzo estuvo centrado en contener ansiedades, soslayar conflictos y principalmente, en aliviar la intensa culpa que estas enfermedades generan.

La preocupación inicial fue crear un clima emocional de confianza en donde no se nos viera a nosotros de forma persecutoria, sino como personas dispuestas a ayudarles. Una actividad terapéutica no se da de por sí, sino que depende, según nuestra experiencia, de una manera de hacer especial.

Al cabo de un año de trabajo, con el grupo bastante consolidado, los familiares solicitaron aumentar la frecuencia de las sesiones. Sostenían que era el único espacio que tenían para hablar de sus problemas; y en relación a sus hijos que contaban con un tratamiento intensivo (4 horas por día, de lunes a viernes), ellos tenían un espacio mensual que les resultaba insuficiente.

El equipo evaluó la petición como algo importante para el proceso terapéutico y consideró aumentar la frecuencia de forma que pasamos a reunirnos cada 2 semanas.

Durante el desarrollo del GMF, se fue pasando de aquel discurso circular centrado en los pacientes a compartir situaciones vivenciales penosas: angustias profundas, intensas culpas, inseguridades, frustraciones y un pesimismo intenso que era la barrera principal que encontraba el proceso terapéutico de estas personas. Así se fue creando una cultura terapéutica en donde lo que le pasaba a los pacientes designados no era tan distinto a lo que les ocurría a ellos mismos. La inclusión de las propias historias familiares, en cuanto a sus orígenes, también contribuyó a comprender que la enfermedad mental tiene una historia y que todos pueden ser víctimas de situaciones imprevisibles que decide nuestro destino.

Paulatinamente, fue apareciendo una esperanza de que las cosas podían cambiar, y que se podía realizar una vida más satisfactoria.

Este desarrollo grupal permitió que los padres realizaran su propio proceso terapéutico; así se fue observando diferentes momentos evolutivos en ellos, lo que hacía que generalmente los más antiguos asumieran funciones coterapéuticas. Qué mejor que una madre o un padre que pasó por situaciones de intenso sufrimiento psicológico, para comprender y transmitir una esperanza a otros padres en un momento de crisis.

Al cabo de unos años de trabajo, una vez el grupo consolidado, se comenzó a visualizar la necesidad de incluir físicamente a los hijos como una manera de profundizar más en la problemática. Esta situación se compartió con los familiares, que en un primer momento expresaron un rechazo manifiesto, que asentaban sobre fantasías destructivas y catastróficas. Además, algunos componentes del equipo, contraintentados con estos aspectos paternos, se oponían a la inclusión bajo el pretexto de que privaba a dichos padres del único lugar que tenían como propio. Inconscientemente vivían una situación de un campo de batalla en donde los hijos iban a destruir a sus padres. En cambio, otros componentes del equipo apostaban por una tarea más compleja y difícil pero a su vez más gratificante.

La inclusión de pacientes designados se fue realizando paulatinamente y se fue observando que el diálogo se fue profundizando. Los aspectos iniciales de catástrofe inminente no se cumplieron y el grupo ya lleva un recorrido de 15 años. Las reuniones son semanales y participan alrededor de 30 personas.

En cuanto al trabajo terapéutico, queremos destacar que se trabaja desde una perspectiva psicoanalítica las relaciones interpersonales de índole narcisística, en donde la comunicación verbal y no verbal están al servicio del control y no de la información, es decir del reconocimiento del otro como un ser independiente.

Se observa como las dificultades de los padres, lo que García Badaracco (García Badaracco, 1978) llama carencia de recursos yóicos, se compensan a través de depositaciones masivas, generándose relaciones de complementariedad patológica.

Cualquier situación que implique una discriminación o autonomía en el sentido de un crecimiento psicológico es vivida como una amenaza que atenta contra un equilibrio familiar. Así, se establece el orden de una homeostasis perversa. Este clima emocional a lo largo del tiempo favorece a la introyección de vínculos de relación patológica, que, recreados en el mundo interno de cada miembro de la familiar, constituyen lo que García Badaracco (García Badaracco, 1986) llama el objeto enloquecedor, que actuando disociadamente en la mente contribuye a crear una situación patológica y patogénica.

El equipo entonces trabajando en coterapia, hará una lectura de los fenómenos inconscientes que determinan una dinámica especial de grupo. Por otra parte, analizará las características de la personalidad de sus miembros, el tipo de comunicación manifiesta, los liderazgos asumidos y el juego de roles establecido.

La mayor exigencia emocional e intelectual a la que se ve sometido el terapeuta de grupos, convierte este procedimiento compartido en recurso de gran eficacia terapéutica para afrontar fenómenos complejos y difíciles.

Anteriormente me referí a la importancia que este procedimiento tiene en la formación del terapeuta de grupo y de familia.

Para terminar, quiero enfatizar algunos aspectos del quehacer clínico.

Por una parte, surge la necesidad de favorecer un clima emocional que facilite la comunicación y la confianza. Para ello es importante que los miembros del equipo encuentren el diálogo adecuado para cada situación. A veces el tomar contacto con una determinada situación, requiere aliarse con aspectos simbióticos del grupo multifamiliar. Estas modalidades patológicas traducen la existencia de aspectos carenciales profundos y de necesidades emocionales encubiertas y no compartidas sanamente e impiden la posibilidad de un pensamiento elaborado. Muchas veces un terapeuta se “sumerge” en estas situaciones al quedar investido en aspectos transferenciales intensos, pero siempre cuenta con la presencia de los otros que actúan como resguardo de la experiencia al intervenir en otro nivel interpretativo de lo que ocurre en la sesión. Así se va aportando el alimento necesario para seguir en la tarea. Esta complementariedad operativa permitirá que los roles se intercambien y se constituya un proceso dialéctico en el cual se va incluyendo la familia.

Esta manera de trabajar requiere por parte del equipo una capacidad de autoanálisis y reflexión para afrontar las ansiedades que emergen en la tarea, así como las divergencias, que asientan muchas veces sobre rivalidades latentes, pero que corresponden a intensos impactos transferenciales que determinan una dinámica especial en el equipo que si no se elaboran devendrá como resistencia en el trabajo con

el GMF. El análisis de la llamada contratransferencia en un sentido amplio se constituye en el elemento fundamental para llevar adelante la tarea.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Badaracco, J (1982). Biografía de una esquizofrenia. Fondo de Cultura Económico. Buenos Aires.
2. García Badaracco, J (1990). Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones S.A. Madrid.
3. García Badaracco, J (2000). Psicoanálisis Multifamiliar. Paidós Psicología Profunda. Buenos Aires.
4. Mascaró Masri, N (1995). Vínculo, Identificación y Patología Familiar. Trabajo presentado en el I Simposium organizado por la Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistemática, sobre “La Terapia Familiar en la práctica clínica”. Publicado en Terapia Familiar Sistemática por Alberto Espina y Begoña Pumar (Editores), Editorial Fundamentos, Madrid.
5. Mascaró Masri, N y cols (1982). Actas del II Congreso Argentino de Terapia Familiar. Buenos Aires. Septiembre. 1982. Ediciones Cinco, Buenos Aires.

## NOTAS

1. Este trabajo es una elaboración de otro parecido que presentó su autor a las Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría celebradas en la ciudad de Jaén durante 2000.
2. Médico psiquiatra, psicoanalista.