

Trabajo Fin de Máster

GRUPOS MULTIFAMILIARES

Experiencias compartidas

**Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental
Comunitaria**

Presentado por: ESTEFANÍA GALÁN RUBIO

Director/a: CARLOS REBOLLEDA

Valencia/Castellón, Octubre 2021



1. Resumen

El presente Trabajo de Fin de Máster consiste en la elaboración de un compendio de información relacionado con las terapias de rehabilitación de problemas de Salud Mental, está centrado en especial en los Grupos Multifamiliares. Los Grupos Multifamiliares son un recurso innovador con objetivo terapéutico, que pretenden trabajar desde las experiencias de las personas implicadas. La característica esencial de estos grupos es que se trata de grupos abiertos donde pueden participar familiares de personas con problemas de salud mental grave, las propias personas con problemas de salud mental grave y allegados, esto sitúa la enfermedad mental fuera del grupo y sitúa a todos los participantes en un mismo nivel. La propuesta de programa que aquí se recoge, está pensada para servir como guía a dispositivos que quieran poner en funcionamiento un Grupo Multifamiliar propio, facilitando toda la información necesaria para poder crearlo y dirigirlo.

Palabras clave: salud mental, enfermedad mental grave, grupo multifamiliar, familiares, intervención.

ABSTRACT

The present work for the end of the Master Degree consists of the elaboration of a compendium of information related to rehabilitation therapies for mental health problems, it is focused especially on Multifamily Groups. Multifamily Groups are an innovative resource with a therapeutic objective, which aim to work from the experiences of the people involved. The essential characteristic of these groups is that they are open groups where relatives of people with serious mental health problems, people with serious mental health problems and close friends can participate, this places mental illness outside the group and places everyone participants on the same level. The program proposal included here is designed to serve as a guide for devices that want to start up their own Multifamily Group, providing all the necessary information to be able to create and manage it.

Keywords: mental health, severe mental illness, multi-family group, relatives, intervention.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Resumen..... | 3 |
| 2. Introducción..... | 7 |
| 3. Justificación..... | 8 |
| 4. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 4.1. Intervención familiar en TMG..... | 9 |
| 4.2. Perspectiva histórica..... | 13 |
| 4.3. Grupos multifamiliares..... | 15 |
| 4.3.1. Profundizando en los Grupos Multifamiliares y sus características..... | 15 |
| 4.3.2. Dimensiones de la mente..... | 18 |
| 4.3.3. Teoría del apego..... | 20 |
| 4.3.4. Modelos de terapia Multifamiliar..... | 22 |
| 4.4. Eficacia demostrada..... | 23 |
| 5. MARCO METODOLÓGICO..... | 25 |
| 5.1. ASOCIACIÓN NAUTAE. Recurso de prácticas..... | 25 |
| 5.1.1. Descripción del recurso, modelo de intervención, usuarios y ubicación..... | 25 |
| 5.1.2. Objetivo general..... | 25 |
| 5.1.3. Objetivos específicos..... | 26 |
| 5.1.4. Actuaciones y acciones terapéuticas..... | 26 |
| 5.2. Características de los grupos Multifamiliares..... | 28 |
| 5.2.1. Características / flexibilidad..... | 28 |
| 5.2.2. Grupo abierto..... | 30 |
| 5.2.3. Criterios de inclusión..... | 30 |
| 5.2.4. Criterios de exclusión..... | 31 |
| 5.2.5. Recursos materiales..... | 31 |
| 5.2.6. Recursos humanos..... | 32 |
| 5.3. Instrumentos de medida..... | 32 |
| 5.4. Programa Grupo Multifamiliar..... | 34 |
| 5.4.1. Descripción del programa..... | 34 |
| 5.4.2. Metodología..... | 34 |
| 5.4.3. Objetivo general..... | 36 |
| 5.4.4. Objetivos específicos..... | 36 |
| 5.4.5. Módulos..... | 37 |
| 5.4.6. Aspectos técnicos a tener en cuenta para a conducción del Grupo Multifamiliar..... | 51 |
| 6. Resultados esperados..... | 53 |
| 7. Conclusiones..... | 54 |
| 8. Bibliografía..... | 56 |
| 9. Anexos..... | 59 |

2. Introducción

La psicoterapia multifamiliar es un modelo de terapia grupal compleja, rica e integradora, que permite incluir en un mismo lugar a pacientes, familias y equipo terapéutico.

La Salud Mental es un concepto en ocasiones muy ambiguo, puesto que, aunque todos formamos parte de este concepto, se observa complicado identificar cuando se tienen problemas de Salud Mental y cuando estos se consideran graves. En muchos casos, debido al estigma que existe hacia la enfermedad mental, las personas tardan en ser diagnosticadas y esto puede ser problemático a la hora de iniciar un proceso de recuperación o incluso puede ocasionar que las consecuencias del Trastorno Mental Grave resulten de mayor afectación.

La finalidad del Trabajo de Fin de Máster es elaborar un programa de intervención que sirva para crear un tipo de terapia de rehabilitación alternativo a los clásicos. Los grupos multifamiliares están pensados para trabajar dejando fuera el estigma de la enfermedad mental y colocando a todas las personas como iguales, donde la problemática individual se trabaja de una manera grupal. Esta terapia permite trabajar sobre la red familiar y social, generando un vínculo entre los participantes.

Además, en los problemas de salud mental graves, cuando una persona se inicia en el proceso de recuperación de su proyecto de vida, es fundamental tener en cuenta a su familia o allegados en el sentido que son una parte muy importante de la vida de la persona y es fundamental que estos también puedan expresarse, conocer otros casos, saber cuál es proyecto de vida de la persona, así como sus preocupaciones...

El objetivo general del programa es proporcionar las herramientas necesarias a los diferentes recursos existentes para gestionar o poner en marcha un Grupo Multifamiliar propio. Se pretende que este trabajo sirva de guía para facilitar el iniciarse en una terapia de esta tipología.

El programa está diseñado para ser aplicado en un recurso que trabaje a nivel comunitario como puedan ser Asociaciones, Centros de Día, Unidades de Salud Mental, Viviendas Tuteladas, si bien, es verdad que también podría adaptarse a otros recursos más estructurados como Residencias u Hospitales.

Dentro del contexto de los recursos de salud mental, cabe hablar de las Asociaciones de Salud Mental y la importancia de dicho recurso ya que, aunque son escasas, proporcionan a la persona una atención individualizada, adaptada a su situación, a nivel comunitario y

pensando en la integración social. Esta atención está centrada en la persona, se ajusta a sus necesidades y preferencias, una atención que ofrece muchas posibilidades de evolucionar. Es por esto que las asociaciones, como tercer sector, tienen la fortaleza para complementar el trabajo de Unidades de Salud Mental, que debido a la sobrecarga de casos, se ven obligadas a trabajar desde la intervención farmacológica. Y de esta manera, trabajando el área psico-social y el entorno comunitario, favorecen la permanencia de la persona en un entorno normalizado, trabajando su red social y su proyecto de vida, prestando los apoyos necesarios para llevar a cabo una vida independiente en todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

3. Justificación

La importancia de trabajar en esta dirección es evidente, por un lado en lo que concierne a la salud mental en general, así como la enfermedad mental grave en particular, se observa una ausencia de recursos importante en relación a la intervención comunitaria y familiar, además cabe destacar que hay una necesidad de innovar las estrategias de intervención terapéuticas clásicas. Más aún en los tiempos que corren, cuando se observa necesario comenzar a centrar el foco en este colectivo históricamente tan olvidado y perjudicado. Es evidente que es el momento de centrarnos en el colectivo y en los cambios importantes que se pueden dar a las maneras de intervenir clásicas y aprovechar en este sentido cuestiones como la inversión que está ocurriendo a nivel de la Comunidad de Valencia con la próxima creación de recursos como el Servicio de Atención y Seguimiento para la enfermedad Mental (S.A.S.E.M), servicio creado con el objetivo de facilitar a las personas una atención diurna de apoyo psicosocial y acciones de seguimiento que les permitan lograr la un mayor integración social y laboral.

Este programa está dirigido al colectivo de personas con enfermedad de salud mental grave y familiares o allegados y gira en torno a temas tan importantes como pueden ser intervención en la comunidad, prevención, recuperación del proyecto de vida.

El propósito de este programa es dar respuesta a la necesidad de apoyo de las personas con problemas de salud mental graves y a sus familiares, ofreciendo además a otros recursos la posibilidad de crear su propio Grupo Multifamiliar y sirviendo de guía para este proceso.

Se pretende crear un ambiente de escucha, motivador y cómodo, para así, poder trabajar y mejorar a nivel individual y familiar, dándoles voz y participación a las personas sobre su propia vida.

Durante la realización del marco teórico se va recabando información y acercando el tema a la necesidad consolidada de implementación de este programa de intervención con objetivo terapéutico.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Intervención familiar en TMG

En la sociedad actual se puede observar que la atención a la población con enfermedad mental o trastorno mental grave es uno de los principales problemas sociales y sanitarios, según datos de la Organización Mundial de la Salud OMS (2004), de la población mundial aproximadamente 500 millones, el 10% de la población, sufre o ha sufrido un trastorno mental en algún momento de su vida y 50 millones, el 1 % de la población, lo padece en estos momentos.

Partiendo de estos datos, es importante reflexionar cómo el contexto de la sociedad evoluciona hacia una mayor y creciente exigencia y complejidad, donde las personas con trastorno mental grave tienen las necesidades comunes a todo ser humano y a estas se suman sus necesidades particulares relacionadas con su salud, teniendo una mayor vulnerabilidad, menor tolerancia al estrés, con una mayor necesidad de red social de apoyo y en especial de la red familiar.

Según Serrano (2014), cuando analizamos el discurso de personas afectadas por enfermedad mental grave, se puede observar cómo el estigma y el autoestigma impregna su personalidad y aflora en desconfianza. Además, Serrano (2014), recalca el hecho de que esta es una de las pocas situaciones en la que se produce una etiqueta social (labeling) generada por el estigma, con un potencial que conlleva que cualquier comportamiento o afirmación de la persona con enfermedad mental grave puede ser utilizado en su contra, Serrano (2014):

“Si afirma la locura, la reconoce. Si la niega, también la reconoce. Si su actitud es transgresora o simplemente cuestiona las normas sociales la interpretación más frecuentada será apelar a su trastorno de base. Si su actitud es completamente

seguidista de estas mismas normas, la lectura más obvia será apelar a la pasividad derivada de su enfermedad”(p.512).

Muchas veces se concluye que lo individual es equivalente a lo familiar, en estas líneas cabe reflexionar acerca de cómo se construye el individuo dentro de la propia familia, por tanto, si bien la familia se considera un grupo interno, es importante no olvidar, que cada componente familiar tiene un origen externo.

Partiendo de esta base según afirma Ayerra y López (2003), los fenómenos que ocurren en el individuo, ocurren de igual manera en la familia y en el contexto social, la diferencia radica en que cada realidad al ser más amplia, contiene a la anterior y, además, añade fenómenos nuevos que son propio de estructuras más complejas.

De esta manera, se debe comenzar la intervención desde el individuo, entendiéndose este punto de partida como el aspecto más parcializado, para continuar por los aspectos añadidos que aportan las familias y los grupos.

Como ha observado Ayerra y López (2003), en las familias con un alto potencial patológico o aquellas que tienen un miembro con enfermedad mental grave, el individuo está afectado directamente, refiere que está desdibujado, atrapado e impedido donde esta red familiar impide su diferenciación y autonomía.

Sintetizando, Ayerra y López (2003), consideran que este mundo interno estaría determinado por diferentes componentes:

1. Historias que han influenciado en la familia ampliada como heredadas, sentidas como legados históricos que la familia debe asumir.
2. Historias influidas, con origen en la familia ampliada, en las propias dinámicas internas que se generan.
3. Historias que ha vivido la propia familia en el día a día.

Es importante recalcar que todos estos aspectos se ven influenciados en gran medida por la personalidad de cada componente de la familia y por los duelos vividos pendientes de elaborar.

Todos los componentes que se han nombrado son historias que la familia por sí misma no tiene la capacidad de gestionar ni metabolizar, de tal manera que permanecen y se convierten

en experiencias patógenas o enquistadas que condicionan la autodeterminación y personalidad de cada individuo.

Según Ayerra y López (2003), muchas de estas historias tienen una relación directa con creencias familiares heredadas, duelos que no se han elaborado y temas familiares tabúes. Se trata de situaciones con un nivel de emoción elevado. Algunas de las historias traen de la mano duelos, incestos, perversiones, herencias económicas, infidelidades y personajes familiares destacados, admirados u odiados.

Son temas que no son inflexibles, que no permiten el cambio o la reconstrucción y, de algún modo, sientan la estructura familiar, la identidad de grupo, el pensamiento colectivo, la ética grupal, se genera un sentimiento de fidelidad y dependencia, rechazando la identidad personal y perpetuando la idea del clan. En este contexto, resultará de extremada dificultad el crecimiento individual, pues éste pasaría por cuestionar, revisar y reconstruir la estructura y pensamiento colectivo del grupo familiar.

En este punto, cabe rescatar de nuevo el concepto de estigma puesto que, como se ha afirmado antes, este concepto y autoconcepto es de gran importancia para el individuo, pero es de igual importancia para la red familiar, puesto que los familiares también se ven afectados por el estigma hacia la enfermedad.

Además, se ven afectados directamente por la enfermedad, ya que tienen que afrontar situaciones complejas, que puede conllevar una disminución de la calidad de vida y aislamiento social, lo cual afecta a otras áreas de la persona de gran importancia (laboral, escolar y el hogar).

El hecho de convivir con un familiar con enfermedad mental o tener una relación estrecha y habitual con él, conlleva una gran responsabilidad en la recuperación del mismo.

En este sentido Basteiro (1999), afirma que, de igual manera que una persona enferma y sufre la angustia de una red social que llega a excluirlo y marginarlo, el camino para la rehabilitación social, pasa por estar integrado en una red de apoyo que lo estimule y acompañe durante todo el proceso.

Profundizando en el entorno familiar, cabe reflexionar que en muchos casos las familias de personas con problemas de salud mental graves están muy dañadas en su interior y generalmente distanciadas de su entorno social y de la familia ampliada.

Según Ayerra y López (2003), se trata de familias “vertebradas” por la locura, que han tenido experiencias muy negativas, incluyendo también experiencias negativas con el sistema sanitario. En el Grupo Multifamiliar encuentran un contexto social amplio y plural, esto supone una oportunidad para que la familia pueda construir y deconstruir sus propios mitos.

Cabe destacar que el trabajo con las familias se presenta cuanto menos como un reto, no es tarea fácil la incorporación de los familiares de la persona con enfermedad mental grave, ya que según García - Badaracco (1989), cuando se reúnen con objetivo terapéutico la persona con enfermedad mental y/o sus familiares se movilizan ansiedades profundas, que resultan complicadas de manejar adecuadamente.

Por otro lado, según Ayerra (2019, p.211), la enfermedad mental tiene su origen y sostenimiento en la familia, siendo esta la que tiene todo el protagonismo.

Es por esto que en la intervención en personas con enfermedad mental grave con una identidad precaria o inexistente, la necesidad de contar con la alianza familiar es fundamental.

En este sentido Ayerra (2019, p.212) reflexiona sobre cómo aparece, en ocasiones, en las familias la reacción terapéutica negativa hacia los cambios positivos del paciente, concluyendo así que la familia siempre está incluida, pudiendo ser su influencia positiva o negativa, es por eso que no contempla intervención sin contar con la familia.

Según Robinson et al., (1999) y Mascaró, (2007), las experiencias en las que se involucra a la familia del paciente, contando con recursos al margen del tratamiento farmacológico, es decir intervenciones psicosociales, se han mostrado eficaces a la hora de reducir ingresos, mejorar pronósticos y el nivel de bienestar de los pacientes.

Por tanto, más allá de la remisión de sintomatología positiva, se está obligado a buscar un proceso terapéutico verdadero y completo, que incluya un cambio psíquico, con posibilidad de adquirir recursos para afrontar la vida, incluyendo en este sentido al entorno familiar que debe cambiar sus dinámicas y su funcionamiento, adaptándose a las nuevas condiciones de crecimiento de su familiar y a la maduración de su personalidad.

Según Mascaró (2007,p.3) se ha observado que la implicación familiar favorece a la evolución del paciente y, además, permite una continuidad del tratamiento más sostenible en el tiempo, aportando un pronóstico favorable.

Como conclusión, se puede afirmar que no existe mediación con un potencial reparador y de cambio tan fuerte como el encuentro emocional y la reconciliación entre familiares. Como diría Ayerra (2019, p.212) “los demás, incluidos los terapeutas, siempre seremos sucedáneos”.

4.2. Perspectiva histórica

En pleno siglo XXI no se encuentran modelos científicamente probados que expliquen cómo y por qué determinadas personas desarrollan enfermedades mentales graves, se continúa sin lograr validar hipótesis genéticas y neuroquímicas (González y Pérez, 2007).

Sin embargo, si existe evidencia de cómo influyen los factores culturales, sociales y relacionales con el origen y la preservación de los problemas mentales.

A pesar de ello, las intervenciones terapéuticas siguen realizándose en base al aspecto biológico y farmacológico, alejándose de los enfoques psicoterapéuticos.

Si bien, es evidente que hoy en día se observa un nuevo repertorio de modelos teóricos y prácticas muy diferentes en la atención a personas con enfermedad mental grave, sobretodo, si se tiene en cuenta la tipología de tratamientos utilizados en el pasado.

Antiguamente, la intervención estaba basada en centros de internamiento con la única función de custodiar a la persona con enfermedad mental grave. En este sentido, se observa una gran mejora, tanto en la calidad de la asistencia como en los tratamientos empleados.

Si bien, según afirma Serrano (2014, p.508), los nuevos modelos mantienen la eficacia en el aumento del número de recursos existentes. Es por eso que muchos autores continúan cuestionando el sistema actual, poniendo el foco en ciertos aspectos del modelo de rehabilitación empleado hoy en día.

Según Serrano (2014):

“El sistema de rehabilitación en salud mental construido hasta la actualidad en España, parece plantear en este sentido ciertas contradicciones. El riesgo principal es quizás el de establecerse como un sistema de tratamiento en el que los individuos atendidos se conviertan en meros receptores pasivos de recursos asistenciales pero sin disponer de las oportunidades suficientes para una integración social real” (p.508).

Por tanto, el hecho de haber logrado la deshospitalización es un punto muy positivo, pero el sistema actual requiere de un esfuerzo colectivo para no reproducir los sistemas empleados en épocas pasadas, como son la cronicación, el confinamiento y la exclusión social.

En este sentido, Serrano (2014, p. 508-509) refleja de una manera fiel las reflexiones planteadas por José Leal (2005), donde afirma que la evolución de la atención a la salud mental, ha sido un proceso dependiente de las capacidades y la disposición al cambio de los profesionales implicados.

Interfieren en este sentido tres componentes que se relacionan directamente, las instituciones, que a su vez están formadas por los pacientes y los profesionales. De esta manera, recae en los profesionales la responsabilidad de generar con su actitud hacia la persona, una ética profesional.

Como afirma Serrano (2014, p.509), cuando se trabaja con personas afectadas por una enfermedad mental grave, se establecen vínculos de proximidad e intercambio de confianza y considera fundamental que esta relación esté sometida a reflexión ética permanente por parte de los responsables de las instituciones.

Esta reflexión ética permitirá mejorar la intervención y el trato, buscar la base de un modelo humano y desarrollar una filosofía de trabajo con reflexión ética continuada que afecte e inflencie a todas las partes implicadas, profesionales de atención directa, gestores, legisladores... buscando, según Serrano (2014), una mentalidad y ética profesional donde la persona con enfermedad mental sea considerada con capacidad de decisión y como parte activa de su tratamiento. Se puede afirmar que la psiquiatría actual sigue siendo en gran medida un obstáculo más que una oportunidad.

Como afirman Ayerra y López (2003), la cronicidad en lo que a la enfermedad mental se refiere, es una posibilidad que puede darse en todas las personas, pero de igual manera se puede lograr entendimiento, integración y cambio. No se debe caer en que una enfermedad crónica signifique que no hay nada que hacer, siempre se puede intervenir y mejorar la situación.

Una unidad de hospitalización psiquiátrica, no se considera un recurso donde se vea evolucionar al paciente en el tiempo, puesto que no son instrumentos adecuados a dicha evolución, sino instrumentos orientados a la contención y estabilización de situaciones de crisis. Además, según Ayerra y López (2003), son instrumentos que generalmente dañan y limitan las capacidades de evolucionar de las personas, puesto que no basan la intervención

en la confianza en ellas, si no en la desconfianza. Afirma de igual manera que, además de dañar a la persona, también daña a los profesionales, ya que, estos llegan con grandes ilusiones a los hospitales psiquiátricos y con el tiempo entran en dinámicas propias de “carceleros”, con sentimientos de culpa y sin llegar a comprender a fondo las situaciones que se dan.

En relación a de todo lo expuesto, resulta interesante reflejar la aportación de Ayerra y López (2003), donde expresan que, existe evidencia de que si ponemos a una persona sin diagnóstico en un contexto “loco”, acaba actuando de igual manera, y por el contrario, si ponemos a una persona con diagnóstico en un contexto “cuerdo”, su comportamiento será como tal “cuerdo”, siempre y cuando tenga un proceso de adaptación.

Poniendo el foco en la perspectiva histórica de los Grupos Multifamiliares, cabe destacar que se iniciaron en Estados Unidos durante los años cincuenta y comenzaron a llevarse a cabo en entornos hospitalarios para tratar trastornos psicóticos.

Con el paso del tiempo, los Grupos Multifamiliares se han ido expandiendo por el mundo y se han desarrollado en los diferentes recursos existentes, como hospitales de día o programas comunitarios.

Entre las experiencias más relevantes, cabe destacar las citadas en Sala (2020), llevadas a cabo por Abrahams y Varon en Estados Unidos en el año 1953, en el Elizabeth Hospital, esta intervención formaba parte de un proyecto de investigación en psicoterapia grupal.

En Buenos Aires, Jorge García Badaracco, durante los años sesenta, desarrolló un prolífico trabajo con grupos multifamiliares, describió en qué consistían algunos de los procesos de recuperación del trastorno mental grave, concibiendo el grupo de terapia multifamiliar como un proceso terapéutico y un laboratorio social.

4.3. Grupos multifamiliares

4.3.1. Profundizando en los Grupos Multifamiliares y sus características

Los Grupos Multifamiliares desprovistos de contexto se prestan a confusión puesto que, se puede englobar en estos una gran pluralidad de intervenciones que tienen en común la reunión de diversas familias en un mismo espacio terapéutico, como afirman Sempere y Fuezalida (2017), estas “pueden ser conducidas desde orientaciones teóricas muy diversas

(educativas, sistémicas, psicoanalíticas, humanistas...)”. Además, el Grupo Multifamiliar no se considera un método o herramienta específica por sí mismo, ya que deja abierta la posibilidad de desarrollar diferentes modalidades terapéuticas (terapia unifamiliar, de pareja e incluso individual).

Se pueden encontrar varias descripciones de lo que sería la Terapia Multifamiliar. En el libro de Sempere y Fuenzalida (20017, p.18), recogen aportaciones de diferentes autores, por ejemplo, Stone y sus colaboradores (1996) definen la terapia multifamiliar como aquella en la que participan dos familias o más, y que están dirigidas por un profesional formado; O’Shea y Phelps (1985) enfatizan en promover la interacción entre las familias, buscando alianzas potenciales entre miembros de diferentes familias que tengan características similares y que actúen de facilitadoras (edad, sexo, problemáticas familiares, roles en la familia...); Cook-Darzens (2007) la contempla como un reagrupamiento de familias que incluye al paciente identificado, y se trabaja en torno a una patología concreta con un fin terapéutico.

La composición del Grupo Multifamiliar está abierta a cualquier persona relacionada con el entorno familiar o social, e incluso se contempla que puedan acudir personas solas sin familiar. Laqueur (1979), señala un número óptimo de cinco o seis familias para realizar una intervención adecuada, si bien, se pueden encontrar experiencias formadas por Grupos Multifamiliares de dos familias.

El Grupo Multifamiliar está conducido por terapeutas formados. En general, se recomienda un mínimo de dos profesionales (Cook-Darzens, 2007).

No se entendería como terapia Multifamiliar aquella que incluye tan solo a familiares sin estar presente la persona con problemas de salud mental grave. Tampoco entraría como terapia Multifamiliar las actividades que no cumplan con el objetivo primordial terapéutico.

Los Grupos Multifamiliares reúnen todos los contextos terapéuticos, integrando la intervención terapéutica a través de los diferentes planos y escalando en su dificultad, estos planos están descritos por Sempere y Fuenzalida, (2017): 1) Individual (sobre cada individuo participante), 2) Familiar (sobre la dinámica de cada familia presente), 3) Grupal (sobre las dinámicas grupales subyacentes) y 4) Social (sobre marco social representado por el resto de familias participantes). El hecho de encontrar estos contextos interrelacionados entre sí, supone que las personas que participan se sientan representadas y tengan la oportunidad de identificarse con los colectivos.

Como reflejan Sempere y Fuenzalida (2017), se han encontrado los Grupos Multifamiliares en:

“Contextos sanitarios especializados en salud mental como unidades de ingreso psiquiátrico (de corta, media y larga estancia), hospitales de día, unidades de atención ambulatoria y centros de día, tanto en instituciones públicas como privadas. En algunas áreas de salud, la terapia multifamiliar ha llegado a convertirse en la actividad que vertebra y organiza la atención sanitaria, tal y como es el caso del Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela –España” (p.25).

En este sentido, cada vez más se encuentran Grupos Multifamiliares asociados a espacios comunitarios con entidades facilitadoras como Asociaciones y Fundaciones. Como afirma Ayerra y López (2003), el Grupo Multifamiliar implica un espacio de intersección entre instituciones y comunidad, encontrando aquí los límites, el espacio de frontera que funciona como mecanismo de conflicto y cambio.

En este espacio, se pretende lograr que el mundo interno del individuo se pueda expresar, representando experiencias familiares vinculadas a cada uno de los miembros, esto se da como afirma Ayerra y López (2003), ya que las familias inmersas en contextos más amplios, con la presencia de otras familias, tienden a la apertura. Esto implica que el Grupo Multifamiliar comience con niveles de confusión elevados, cuya salida natural es la formación de subagrupaciones.

Así se construye un espacio multirrelacional que permite intervenir sobre las relaciones que se están dando y no solo sobre los sujetos. Se observa también como el grupo se va a ir identificando con las experiencias familiares y va a poder aplicarlas a su propio conflicto.

En todo este contexto, según Ayerra y López (2003), el Grupo Multifamiliar juega un papel de tercero, entendiéndose este como ente que interviene en las interdependencias difíciles de resolver. La dificultad de todo este proceso, radica en el hecho de que habitualmente las familias están fuertemente dañadas y tienen un mayor espacio los vínculos regresivos y las relaciones patológicas. En este sentido, el Grupo Multifamiliar se presenta como una herramienta poderosa puesto que, como afirma Ayerra y López (2003), no es responsabilidad única del terapeuta decantarse por una de las partes del conflicto o par simbiótico, sino que son muchos participantes los que van a ir rescatando a las partes apoyándolas y escuchándolas.

Por otro lado, se puede observar que, al tener ejemplos cercanos y realistas de la situación que la persona está pasando, se fomenta una mejoría en las expectativas hacia el problema, al comprobar que otras personas han pasado por una situación similar y la han superado, llegando a encontrar un punto de estabilidad.

En este sentido, cabe añadir una de las reflexiones de Mascaró (2007), afirmando que encontró en los pacientes más antiguos funciones de coterapeutas.

Sala (2020, p.71) describe dos factores terapéuticos grupales que considera como eje de las sesiones y cómo motor de la dinámica de grupo, estos son la esperanza y el aprendizaje interpersonal. Este considera, que infundir y mantener la esperanza en la mejoría o cambio, es fundamental en un espacio grupal.

Se observa cómo al facilitar el aprendizaje a través de las experiencias de otros participantes del grupo, se movilizan procesos de cambio rígidos que en otros contextos de intervención serían más costosos de modificar.

Maruottolo (2009) focaliza la estrategia de trabajo en crear un clima que genere en el grupo pensamiento reflexivo y que, a su vez, permita al sujeto desarrollarse, tener pensamiento crítico y lograr la acción hacia el cambio.

Además, señala tres fases diferenciadas del grupo multifamiliar, la fase de presentación social, fase de definición de problemas y fase de interacción. En la fase de interacción la persona que conduce el grupo debe buscar que cada participante se focalice en sí mismo y no en su familiar con diagnóstico.

4.3.2. Dimensiones de la mente

Maruottolo (2009), hace hincapié en el concepto de las múltiples dimensiones de la mente, estas dejan discernir al sujeto desde un triple registro: Intrasubjetivo, Intersubjetivo y transubjetivo.

La dimensión intrasubjetiva es unidireccional y se dirige en una sola dirección, del Yo hacia lo externo, según Maruottolo (2009):

“Estaría conformada por representaciones del Yo corporal, productos de funcionamientos autoeróticos y de fantasmas de autoengendramiento. Sus componentes son la pulsión, el deseo, la fantasía y representaciones de objeto. En el

sujeto del deseo, el otro y el mundo exterior, son reducidos a la condición de objetos internos y desconocidos en su alteridad y autonomía” (p.3).

Por otro lado, la dimensión intersubjetiva es bidireccional y encuentra el sentido en la relación con los demás. Es aquí donde se generan interdependencias tanto sanas como patológicas. Están contemplados en la intersubjetividad los grupos pequeños, así como la familia, en definitiva, grupos donde acontece el contacto íntimo.

Por último, la relación transubjetiva hace referencia a la relación del sujeto y el mundo externo real, entendido éste como la cultura y el campo social. Como afirma Maruottolo (2009), “es el lugar de las representaciones e identificaciones de las ideologías y discursos sociales”(p.4).

La subjetividad permite establecer respuestas fijas ante lo cotidiano, si bien, depende de la interacción simbólica que permite apertura y creatividad ante experiencias nuevas. Según Maruottolo (2009), esto no ocurre en el caso de las interdependencias patológicas, las cuales “van a ofrecer resistencias ante lo novedoso, ante los conflictos, ante las experiencias críticas que tiendan a desestructurarlas, en las que se observa la tendencia a la repetición.” (p.4).

Los pacientes y familiares en este contexto llegan al Grupo Multifamiliar con gran incertidumbre, propia de situaciones de crisis y con necesidad de ser sostenidos. En el grupo encuentran un clima emocional y reflexivo favorecedor que permite salir de relaciones patológicas y alejarse de discursos predominantes, remando hacia identidades propias de la cultura grupales que por sí son más sanas y se encuentran en construcción permanente.

El Open Dialogue (en adelante Diálogo Abierto) está construido con contribuciones de la terapia familiar sistémica, pone el foco en la voz de cada paciente, en sus experiencias y en las relaciones transferenciales con los profesionales.

Según Sala (2020, p.70), el Diálogo Abierto se basa en tres premisas que guían los encuentros terapéuticos y que, según este autor, se transfieren a los Grupos Multifamiliares.

La primera premisa es el principio de la Polifonía, ninguna voz tiene más valor que otra, todos los discursos son válidos y dignos de ser escuchados. Al margen de diagnóstico o edad, es vital que la persona se sienta escuchada.

La segunda premisa es la Tolerancia a la incertidumbre. En ocasiones, las intervenciones se vuelven desorganizadas e imprevisibles fruto de alteraciones psicóticas, es por eso que se puede dar una situación en la que no se pueda controlar la situación.

La tercera premisa es la Elaboración de nuevas narrativas. Se buscará la posibilidad de que el paciente dé una explicación al sufrimiento psíquico, global, que sea más realista. Las distintas narrativas ofrecen la posibilidad a usuarios y familiares de modificar o complementar la perspectiva o el punto de vista respecto a la enfermedad o a problemas de diversa índole que encuentran en su día a día.

Para lograr estos procesos, es fundamental, según Sala (2020), utilizar un lenguaje común, evitar tecnicismos y facilitar el diálogo grupal, pero sobre todo tener una comunicación transparente, colocarse de manera horizontal respecto a los participantes, ser cercanos y poner la mirada en los vínculos interpersonales.

4.3. 3. Teoría del apego

Como reflejan Sempere y Fuenzalida (2017), la teoría del apego aporta conceptos muy novedosos, que engloban las ideas más brillantes del psicoanálisis, la ciencia cognitiva y la neurobiología, ofreciendo un nuevo encuadre para entender cuestiones clínicas, relacionadas con el desarrollo (Bowlby, 1988; Cortina y Marrone, 2003; Marrone, 2014).

La teoría del apego posibilita una forma de comprender los vínculos emocionales establecidos hacia determinadas personas y ofrece explicación al malestar emocional generado por la pérdida o la separación.

Según Sempere y Fuenzalida (2017), las investigaciones realizadas afirman que la teoría del apego ayuda a esclarecer sobre cómo opera el cerebro y su respuesta ante las intervenciones terapéuticas. Por tanto, se puede afirmar que el apego no es solo un concepto por sí mismo, sino que se trata también de un proceso fisiológico que describe el comportamiento instintivo primario ligado al instinto de supervivencia.

En Sempere y Fuenzalida (2017), hacen un recorrido por todos los autores que han investigado acerca de la teoría del apego y reflejan descubrimientos recientes de una manera sintetizada. Según Diamon y Marrone (2003), el apego no es una energía secundaria; el sistema nervioso central se regula de manera eterna a través del apego y las relaciones que se establecen; cuando se da un apego seguro, este aporta a la persona una interacción neurofisiológica estable y la ausencia puede traer consecuencias negativas desestabilizando los sistemas neurofisiológicos.

Por tanto, cuando la persona crea vínculos de apego fuertes, esto trae consigo una maduración fisiológica y neurobiológica del cerebro (Cozolino, 2002; Siegel, 1999), así como, la capacidad de regulación afectiva (Fonagy et al, 2002).

Generando unas representaciones de sí mismo que influyen directamente en su comportamiento y su forma de relacionarse con los otros, en la autoestima, en la capacidad cognitiva de evaluación y en la autoimagen.

Por tanto, a través del intercambio de emociones, las personas regulan la fisiología y moldean las estructuras internas. Esta regulación se da de manera biológica y no corresponde a ningún periodo concreto o edad específica.

Algunos autores establecen que el apego, junto con una base segura en terapia, conlleva de por sí buenos resultados (Norcross, 2002; Safran y Muran, 2000).

En este sentido, se considera una intervención terapéutica realizada con éxito, aquella que favorezca la aparición de nuevas experiencias de apego que pongan en jaque aquellos modelos aprendidos tempranamente y fomenten el desarrollo personal. Aquí radica el poder de los vínculos durante la terapia grupal, y es el profesional, el conductor grupal, el encargado de establecer alianzas terapéuticas entre los miembros del grupo.

Como aportan Sempere y Fuenzalida (2017), las interacciones que se dan en el grupo, no son simples conductas sino patrones neurobiológicos implícitos.

Aquí radica una de las ventajas de la terapia multifamiliar y grupal en general, ofrece organización neurobiológica y oportunidades para comprender y modificar patrones de conducta y disfunciones interpersonales.

El concepto de Mentalización, citado en Sempere y Fuenzalida (2017), hace referencia a la capacidad de la propia persona para imaginar los estados mentales de uno mismo y de los otros. El hecho de que la persona tenga un apego seguro, permite desarrollar la Mentalización, pudiendo ser auto-reflexiva, pensando en relación con el otro (fundamental para desarrollar la empatía), esto favorece la capacidad de desarrollar el componente interpersonal, lo cuál permite percibir de manera experiencial los sentimientos y estados mentales propios y de los demás.

La mentalización posibilita el pensar con el otro y tener diálogo reflexivo (Diamond y Marrone, 2003).

Es por todo ello, que el grupo multifamiliar es un contexto terapéutico especialmente sensible para estimular la capacidad de mentalización y función reflexiva, al estimular el diálogo y las reflexiones entre participantes, familiares, allegados y el entorno social en general.

4.3.4. Modelos de terapia Multifamiliar

En cuanto a los modelos de terapia Multifamiliar, en la literatura se describen hasta 10 tipos diferentes en relación a los aportes teóricos, estos son “ecosistémica, psicodinámica, terapia padres-niños a través del juego, centrada en las competencias familiares, centradas en las fuerzas del yo, intergeneracional, cognitivo/conductual, pedagógica, feminista, gestalt y terapia orientada en la realidad, a la que otros autores añaden la terapia de apoyo y los grupos de autoayuda” (Asen y Schuff, 2006; Rhodes et al, 1986).

Los mecanismos a tener en cuenta en la terapia familiar son varios, (Foster, 1993):

- El grupo multifamiliar se desarrolla como un clan unido con intencionalidad de ofrecer sus entornos familiares.
- A través del sufrimiento de otras familias o individuos ven reflejado su propio dolor y se sienten acompañados.
- La enfermedad mental es social y es en este espacio donde debe existir esta recuperación.
- Encontrar el apoyo de otras familias en el proceso de recuperación facilita dicho proceso y ofrece una salida.
- El aprendizaje interfamiliar es espontáneo.
- El estigma hacia la enfermedad mental y la vergüenza familiar ante determinadas situaciones en el grupo no tienen cabida, desaparece de una forma natural.
- Posibilita a las familias ubicarse en el tiempo, ser conscientes de su evolución, donde se hayan y donde han estado.
- Esta terapia supone un menor coste al requerir de menos profesionales y tener una acción terapéutica con mayor alcance.
- El grupo multifamiliar protege el hecho de que el profesional sea absorbido por la psicopatología de una sola familia, puesto que hay dos profesionales y varias familias que

funcionan como coterapeutas y permiten identificar la negación y confrontarla de una manera conjunta.

4.4. Eficacia demostrada

Las experiencias más destacadas, en ocasiones, son estudios que se han alargado en el tiempo o proyectos desarrollados en diferentes recursos como pueden ser Hospitales, Centros de Día, Fundaciones...

- **Mc Farlane et al. (1995).** Realizaron diversos estudios que apuntaban a la terapia multifamiliar como el tratamiento psicosocial más efectivo combinado con medicación de mantenimiento y psicoeducación. Los resultados dejaban ver que se reducía significativamente la tasa de recaídas.
- **Hospital Borda, (Mascaró, 2007).** Realizaron este estudio en el Hospital de Buenos Aires, en el cual el servicio de admisión funcionaba como Unidad de Agudos, de allí, después de 30 días, pasaban los pacientes al resto de los servicios del Hospital. La utilización del G.M.F. en este servicio redujo considerablemente la estancia de los pacientes.
- **Hospital Vega Baja de Orihuela (España) (Sempere y Fuenzaida, 2017).** En este Hospital, concretamente en el área infantil, se han desarrollado muchas actividades relacionadas con la terapia interfamiliar. En 2005 se inició el primer Grupo Multifamiliar, esto trajo consigo consecuencias muy positivas, entre ellas, reducción de la sobrecarga profesional y mejora del seguimiento de casos. Con esta experiencia, después se iniciaron diferentes grupos de esta índole en diferentes ámbitos hospitalarios.
- **El proyecto EMILIA (Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action) (Flores et al., 2009).** Es un proyecto de investigación multicéntrico que forma parte del sexto programa marco de la Unión Europea. Los responsables de este proyecto en España (Barcelona) son: la Fundació Institut Municipal d'Investigació Mèdica (FIMIM) y L'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS). En septiembre de 2007 se inició un grupo de formación multifamiliar conformado por usuarios vinculados al proyecto y sus familiares y/o allegados. La formación duró 6 meses. Su objetivo era compartir experiencias e intercambiar conocimientos sobre la enfermedad mental y los servicios

de salud mental, así como, buscar implicación y una participación más activa de familiares y pacientes en el proceso de tratamiento de la enfermedad mental.

Al finalizar la formación del proyecto EMILIA, se planteó una nueva modalidad de grupo multifamiliar, pero como parte del servicio prestado del Hospital de Día. Actualmente, el grupo sigue activo y se reúne semanalmente.

- **Precoz en Psicosis (EIPP) del área del Baix Empordà (Sala, 2020).** Se trata de un recurso que pertenece a la red de salud mental pública de la provincia de Girona, en este recurso se ha creado un Grupo Multifamiliar para jóvenes que han sufrido un Primer Episodio Psicótico o que tienen riesgo de padecerlo. En el equipo se construye un escenario terapéutico grupal con el objetivo de vincular, contener y dar continuidad de tratamiento al paciente y a su familia.
- **Elia Asen (Sala, 2020).** El psiquiatra británico Eia Asen lidera un modelo multifamiliar que implementa en el Malborough Family Service de Londres, un Hospital de Día para jóvenes procedentes de contextos familiares desestructurados con riesgo de exclusión social
- **Sempere y Fuenzalida crean la Terapia Interfamiliar (TIF) años 80 y 90 (Sala, 2020).** Psiquiatra y psicólogo, articulan un modelo de terapia grupal de carácter clínico-social. Con la influencia de las aportaciones de García Badaracco, se nutren de los fundamentos de las escuelas de terapia familiar sistémica y las aportaciones centradas en el vínculo. Trabajan con una conducción terapéutica del GMF basada en el establecimiento de una relación horizontal con una actitud abierta y democrática, cuya principal ventaja es su accesibilidad a los grandes grupos, en general, a la comunidad.
- **“Grup de Pensadors” (Serrano, 2014).** Se trata de una iniciativa que nace de la “Fundació Congrés Català de Salut Mental” y reúne a profesionales, familiares y personas en tratamiento de salud mental en un espacio común donde se debate y comparte. Realizan un intercambio de experiencias y desarrollan diferentes ideas acompañadas de reflexiones. El objetivo no lo califican como terapéutico en sí mismo, sino que más bien, está orientado al desarrollo de ideas y propuestas que mejoren la atención y tratamiento del colectivo de personas con enfermedad mental.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1. ASOCIACIÓN NAUTAE. Recurso de prácticas.

5.1.1. Descripción del recurso, modelo de intervención, usuarios y ubicación

La Asociación Nautae está formada por profesionales especialistas en salud mental que trabajan con personas con trastorno mental grave desde un enfoque humanista y con el objetivo de acompañarlas en el desarrollo de los potenciales y del proyecto de vida. Fomentan como valores la visión de los potenciales, la creación de ambientes enriquecedores, la relación terapéutica desde la autenticidad y la escucha empática.

Trabajan desde un enfoque integral, individualizado y centrado en la persona. Se basa en las fortalezas del individuo, en el respeto y en el apoyo en los pares.

En el proceso de recuperación, la persona asume la responsabilidad y lo autodirige, los profesionales realizan un acompañamiento que favorece un vínculo terapéutico, y ponen el énfasis en los potenciales de la persona, facilitando que la persona se empodere para actuar en su vida.

La Asociación Nautae está ubicada en el barrio del Cabanyal, de Valencia, concretamente en la C/ de la Reina, 26, p.1, código postal 46011. Se trata de un barrio con mucha actividad y implicación vecinal, además la cercanía al mar permite poder realizar sesiones y actividades ubicados en la playa o en el paseo.

5.1.2. Objetivo general

Acompañar a las personas con problemas de salud mental grave y a sus familias en el proceso de su recuperación, para lograr un óptimo desarrollo personal, social y laboral. De tal manera que mantengan la capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, de manera que todas las personas puedan llevar una vida lo más autónoma posible.

5.1.3. Objetivos específicos

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental en poblaciones de riesgo.
- Promover la calidad de vida.
- Favorecer la integración laboral y social.
- Facilitar la creación de una red de apoyo.
- Aumentar la autonomía y potenciar las capacidades.
- Acompañar en el proceso de recuperación.
- Fomentar el empoderamiento.
- Reivindicar y promover la mejora y la creación de servicios en la salud mental.
- Promover la educación y la sensibilización de la sociedad para disminuir el estigma hacia la enfermedad mental.
- Favorecer el desarrollo de una ocupación significativa, con sus respectivos roles ocupacionales.
- Colaborar con instituciones públicas y privadas en la formación, en relación a temas de rehabilitación y reinserción psicosocial.

5.1.4. Actuaciones y acciones terapéuticas

Las actuaciones pueden ser individuales o grupales, pueden realizarse en el domicilio de la persona, en entornos comunitarios o en las instalaciones de la asociación. Estas están encaminadas a entrenar las habilidades personales, sociales y/o laborales, persiguen crear estrategias psicoeducativas, desarrollar redes sociales y de apoyo en las que participe la familia y apoyar la toma de decisiones.

ACCIONES TERAPÉUTICAS:

- Atención psicológica.* Tiene la finalidad de realizar un acompañamiento emocional, reducir el impacto que tienen las dificultades asociadas al trastorno, ayudar a la persona a que adquiera estrategias de afrontamiento y empoderamiento en su vida, así como, que adquiera o recupere una identidad positiva que no esté basada únicamente en su enfermedad.
- Atención en terapia ocupacional* (AVD básicas e instrumentales). Se establecen sesiones individuales orientadas a dar respuesta a la necesidad de la persona de explorar y desarrollar una ocupación significativa en su vida. Puede ser una ocupación

formativa, laboral, de ocio o voluntariado. La metodología principal de trabajo es el proceso de remotivación.

- Itinerarios individualizados de inserción sociolaboral*. Esta actividad se lleva a cabo exclusivamente con aquellas personas beneficiarias que muestran su interés por conseguir un empleo y, en todo caso, es complementaria a aquellos servicios públicos que ya prestan este tipo de orientación y apoyo, siendo uno de los primeros objetivos, en muchas de las ocasiones, facilitar el acceso a éstos.
- Grupos de Ayuda Mútua (GAM)*. En el GAM de salud mental en primera persona de Nautae, se reúnen aquellas personas que han pasado o están pasando por una situación de sufrimiento psíquico y/o problema de salud mental grave y que desean compartir la experiencia con el fin de mejorar su afrontamiento, ampliar su red social, iniciar acciones para promover un cambio social o sensibilizar sobre la relevancia de la salud mental en sus vidas, entre otros. El grupo está autogestionado por los usuarios sin el apoyo profesional.
- Grupo multifamiliar*. En este programa se trabaja con un grupo de varias familias, conformadas tanto por la persona con diagnóstico de salud mental como por los familiares o amistades más cercanas. Este tipo de terapia reúne conceptos básicos de la teoría del apego, la terapia de familia, la terapia de grupo, el construccionismo social y la psicología social. Es especialmente útil en la resolución de conflictos intrafamiliares, conflictos que, en el caso de familias con patologías mentales, suelen ser habituales, profundos, pobremente abordados y frecuentemente representan una enorme limitación en el desarrollo personal de todos sus miembros.
- Atención familiar individualizada*. El núcleo familiar es muy importante en la vida de cualquier persona. El concepto de familia se entiende también hacia aquellas personas que comparten un vínculo fuerte o especial con estas personas. Se realiza atención a la familia o allegados de la persona, esta atención puede ser con la presencia del familiar o sin su presencia, el objetivo es hablar de sus necesidades, la situación de su proceso de recuperación o preocupaciones.
- Acompañamientos comunitarios y visitas domiciliarias*. Se trata de acompañar a la persona en su entorno, realizando actividades relevantes para ella, promoviendo la vinculación con recursos de su comunidad. Puede ser desde tomar un café en el bar de su barrio, hasta dar un paseo o incluso realizar un trámite administrativo. Toma especial relevancia el vínculo terapéutico. En estos acompañamientos se incluyen las visitas domiciliarias. Hay personas que, debido a su alto nivel de aislamiento o

desmotivación, primero necesitan que el profesional vaya a su domicilio, crear un vínculo de confianza y, desde ahí, poco a poco, ir vinculándose con la comunidad.

-Programa de voluntariado. Tradicionalmente las personas con problemas de salud mental han sido receptoras pasivas de servicios desde una perspectiva asistencialista. Desde Nautae se aprovecha este potencial y existe este espacio en el que las personas beneficiarias forman parte activa en la recuperación de otras personas o realizan tareas en la asociación, ofreciendo su tiempo y adquiriendo de este modo un rol socialmente relevante que puede ser un paso importante en su propia recuperación e inclusión sociolaboral.

5.2. Características de los grupos Multifamiliares

5.2.1. Características / flexibilidad

El Grupo Multifamiliar psicoanalítico es un espacio terapéutico jerarquizado para el tratamiento de diversas patologías mentales. Representa una minisociedad de familias de distintos orígenes y con diferentes problemas que participan en una experiencia común, en donde pueden compartir su sufrimiento psíquico, confrontar sus dificultades y ser contenidas y sostenidas en el tiempo.

Se trabaja con la idea de encuadre espontáneo, en oposición a la concepción de encuadre clásico, que toma en cuenta un contrato preestablecido sobre parámetros fijos. Son grupos abiertos en donde se invita a participar a los pacientes y sus familiares sin compromiso de continuidad. La actitud terapéutica de disponibilidad es la base de una alianza que permita una relación terapéutica duradera. La asistencia y contención permiten la creación de un clima emocional de confianza que facilite a los participantes, principalmente los que se encuentran en crisis, a compartir un espacio común con otras familias que atraviesan situaciones similares (universalización del sufrimiento), así como implicarse en el tratamiento.

Una particularidad especial de este grupo es que permite el abordaje simultáneo de la dimensión individual, familiar y social de la mente.

De esta manera, las sesiones multifamiliares generan un clima psicológico en el que se facilita la convivencia y la posibilidad de pensar, la resolución de conflictos y el aprendizaje

recíproco. Además, se crea un ambiente de solidaridad que permite aliviar el estrés psicosocial crónico que viven las familias y pacientes con enfermedades mentales graves.

La participación es de carácter voluntario, aunque si es importante el compromiso de la asistencia.

Trata de ser un grupo respetuoso, con los tiempos y los ritmos familiares, pudiéndose interrumpir y retomar cuantas veces sea necesario, en función de las vicisitudes por las que el proceso individual y familiar vaya atravesando.

No requiere de la participación de todos los miembros familiares. Posibilita que cada miembro pueda atender a sus tiempos, sin someter a los demás o sin abandonos por parte de todos los componentes.

Pueden participar individuos sin sus allegados y familiares. Las personas sin familiares pueden encontrar en este grupo representaciones y similitudes con su propia familia y revivir experiencias emocionales de reparación en la figura de otras personas. El GMF acompaña y da amparo a la soledad que estos pacientes puedan sentir en ausencia de sus familias, encontrando todo un entramado de familia sustitutoria, sin las interdependencias de los roles preestablecidos con los que son o eran sus miembros familiares.

En cuanto al número de familias, este puede oscilar desde tres, en grupos poco numerosos, hasta un número variable que puede ser entre veinte y treinta familias, suponiendo una presencia de entre 25 y 45 personas en los momentos de mayor asistencia. Al no ser un grupo obligatorio, la presencia puede ser fluctuante en función de las diversas circunstancias.

Respecto a la frecuencia y tiempo de las sesiones, se recomienda realizar el GMF una vez cada 15 días. Su duración estará en torno a una hora y media, procurando siempre la continuidad del grupo y las menores interrupciones. El horario es solo una referencia habitual, pues el tiempo puede ser alargado en función de emergentes finales que no han sido suficientemente trabajados y que no pueden ser pospuestos.

En cuanto a la confidencialidad, pese a lo numeroso de los miembros presentes, se pide un compromiso de confidencialidad a todos. Sin la confidencialidad asegurada, el grupo dejaría de ser un espacio íntimo y fiable, impidiendo el trabajo.

Se solicita un profundo respeto hacia todos los participantes, sea cual sea su situación.

El grupo recrea un espacio psicológico de seguridad y paz. Todo lo que se diga o se haga en el grupo será utilizado en favor de todos.

Se anima a que las intervenciones sean espontáneas y sinceras.

Se respeta la participación silenciosa, muchos procesos son silenciosos, actuando solo desde la resonancia emocional.

Es así como el G.M.F. se transforma en un instrumento de gran potencial terapéutico. Favorece la socialización entre las personas, universaliza los conflictos, desarrolla una tolerancia con otras personas que sufren y los propios integrantes participan en la solución de sus conflictos.

5.2.2. Grupo abierto

Se trata de un grupo abierto, formado por familiares, allegados, personas con enfermedad mental grave y terapeutas. Se pueden ir incorporando usuarios y familiares en función del proceso en el que se encuentren. El encuadre es abierto y flexible.

5.2.3. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión son flexibles, si bien es verdad, que es importante valorar el interés de las familias y candidatos a formar parte de este tipo de terapia y tener en cuenta la motivación. También es fundamental esclarecer cuál es el punto en el proceso de rehabilitación en el que se encuentra la persona, ya que se desaconseja para personas con un deterioro grave del funcionamiento como consecuencia de los delirios, alucinaciones, confusión y alteraciones de la memoria.

Además, se recomienda realizar un trabajo previo a la inclusión en el grupo, tanto individual como grupal, y de intervención familiar individual. Se debe generar enganche con el equipo de terapeutas y tener en cuenta que, durante la participación en grupos multifamiliares, se deben buscar espacios posteriores al grupo donde seguir conteniendo, acompañando y elaborando, en entornos más íntimos, para trabajar aquello que se ha movilizado en la persona.

5.2.4. Criterios de exclusión

Se trata de una modalidad de grupo en el que no hay criterios de exclusión, ni por diagnóstico, ni la procedencia de los usuarios, la edad o el tiempo de evolución de enfermedad. Si bien es verdad, que en ocasiones se opta por trabajar a través de grupos focalizados en un diagnóstico en concreto, ya que resulta ser más homogéneo.

Solo en momentos puntuales, en que un paciente está haciendo un uso psicopático y perverso del grupo o en momentos de violencia extrema, se puede excluir temporalmente a un paciente del mismo para ser atendido en otro dispositivo más oportuno. La exclusión o no del grupo es también una puesta de límites, una cura de humildad para el grupo, que, aún poderoso, ve sus posibilidades limitadas en estas circunstancias.

5.2.5. Recursos materiales

Los recursos están diferenciados entre materiales fungibles, que son aquellos que se desgastan con el uso y deben ser repuestos, y los no fungibles, aquellos materiales que no se desgastan, o por lo menos no inmediatamente, sino que sufren un desgaste natural del tiempo. La definición de artículo fungible la podemos encontrar en el artículo 337 del código civil.

Materiales fungibles

Hojas en blanco 1 paquete/ año = 4,50€

Bolígrafos 30 uds / año \times 0,35 cnts.= 10,50€

Precios disponibles en Amazon y Folder

TOTAL MATERIAL ANUAL FUNGIBLE: 14,50€

Materiales no fungibles

Sofás, sillones, salón, mesas, sillas...

Espacio ubicado en la comunidad: intentar una cesión por parte del Ayuntamiento o alguna entidad que ya incluya todo el material no fungible.

TOTAL MATERIAL NO FUNGIBLE: 0€

El presupuesto total es de 14,50€ euros.

5.2.6. Recursos humanos

La implantación de un Grupo Multifamiliar plantea la necesidad de contar con un mínimo de dos profesionales, pudiendo encajar perfiles de psicología, educación social, terapeutas ocupacionales, trabajo social... Estos profesionales actuarían como principales responsables del funcionamiento del grupo multifamiliar, encargados de coordinar, dirigir e intervenir durante las sesiones, reconduciendo el grupo en momentos de necesidad y planteando cuestiones, preguntas y reflexiones acerca del contenido tratado en el grupo.

5.3. Instrumentos de medida

Se recomienda que, para evaluar la eficacia del Grupo Multifamiliar, se apliquen los siguientes instrumentos de medida a las personas que participen, tanto previo al inicio del grupo, durante la intervención y al final.

1. Escala de Likert adaptada a Grupos Multifamiliares (Likert, 1932): se recomienda aplicar esta escala a todas las personas que participen del grupo en tres momentos concretos (antes del inicio, durante y al finalizar). Se trata de la escala psicométrica publicada por el psicólogo Rensis Likert en 1932, consiste en la aplicación de una serie de preguntas o ítems a medir, cuya respuestas se realizan a través de una escala de valoración ordinal que expresa una posición acorde con la actitud a medir y otra en contra, esta escala incluye un punto medio neutral.

Se opta por presentar una escala con 5 opciones, pero en muchas ocasiones se opta por presentar una escala con 7 ítems de respuesta, o incluso con 4 ítems, eliminando la opción neutral.

En la escala propuesta (**véase anexo 1**) se opta por el formato clásico o Likert típico, de cinco niveles (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo). Esta escala no está validada, pero se ha utilizado la planteada por Alcalde y Montero,(2014), en su experiencia con un Grupo Multifamiliar.

Una vez completado el cuestionario, cada ítem se puede analizar por separado o, en algunos casos, las respuestas de los ítems se pueden sumar para crear una puntuación para un grupo de ítems.

2. Cuestionario DUKE-UNC de apoyo social percibido (Broadhead et al., 1988): Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuestas tipo likert (1- 5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo. En cuanto a la validación española (Bellón et al. 1996), se realizó mediante un estudio transversal y descriptivo, en el análisis los autores, marcan una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo. Este cuestionario se debe aplicar a todas las personas que participen del grupo en tres momentos concretos (antes del inicio, durante y al finalizar) (véase anexo 2).

3. Escala de niveles de emoción expresada (Cole y Kazarian, 1988): Se trata de un cuestionario que mide los últimos tres meses, aquellas variables que pueden relacionarse con la Emoción Expresada, teniendo en cuenta y evaluando a los familiares más importantes para la persona con enfermedad mental. Es por ello que se recomienda aplicarlo previo al inicio del grupo multifamiliar, una vez transcurridos los 6 primeros meses y al final del mismo. Sirve para evaluar a tanto a familiares de personas con problemas de salud mental como a las propias personas. La versión original del cuestionario cuenta con 60 ítems, que recoge información en relación a cuatro aspectos básicos, intrusividad, respuesta emocional, actitudes negativas hacia la enfermedad y expectativas hacia el paciente. Cada uno de estos aspectos cuenta con 15 cuestiones con respuesta verdadero o falso, cuenta con una respuesta para cada escala y una puntuación total. Se considera que existe alta Emoción Expresada si la puntuación está por encima de la mediana.

Según Becerra, (2011) la escala presenta consistencia interna (0.84–0.89), fiabilidad test-retest (0.67–0.82), e independencia de sexo, edad y cantidad de contacto familiar.

En cuanto a esta escala cabe destacar que existe una versión más novedosa realizada por Gerlsma, van der Lubbe y van Nieuwenhuizen (1992), esta versión está adaptada y cuenta con 33 ítems (38 si se incluye la subescala Crítica). En cuanto a la validación española (Mendez et al. 2004), realizó una propuesta con 40 ítems y respuestas tipo Likert, esta la aplicaron a 101 estudiantes y sus familiares.

Al margen de los instrumentos a aplicar, se considera recomendable realizar seguimiento y registro de la asistencias, de los abandonos, así como de las nuevas incorporaciones puesto que son tres indicadores que dejan ver la percepción que se tiene del grupo y su funcionamiento.

5.4. Programa Grupo Multifamiliar

5.4.1. Descripción del programa

Con este programa se pretende establecer una guía de buenas prácticas para desarrollar un Grupo Multifamiliar. El hecho de que la familia y la propia persona con enfermedad mental hayan vivido situaciones de sufrimiento psicológico genera unas dinámicas de comprensión entre los participantes y propicia un sentimiento de esperanza. Los sentimientos de vergüenza o estigma, van desapareciendo y a través de situaciones doloras, diversidad de experiencias y sentimientos, aprenden unos de otros.

5.4.2. Metodología

El programa está diseñado para que las sesiones se realicen de manera quincenal, con una duración de una hora y media aproximadamente. Es importante recalcar, en cuanto a la duración de las sesiones, que no se debe finalizar, si no se ha cerrado correctamente o si alguna persona manifiesta la necesidad de expresarse o se siente removido. Este programa de Grupo Multifamiliar está pensado para desarrollarse en dispositivos para personas con enfermedad mental grave, como puedan ser Asociaciones, Centros de Día, CRIS, Residencia, Hospitales...

Está estructurado en siete módulos, la participación es voluntaria, se pretende que exista una relación horizontal entre profesionales y participantes. Es fundamental que se respete la diversidad de opiniones, todas las emociones son importantes y válidas. El equipo terapéutico debe encargarse de sostener las ansiedades y las angustias del grupo, gestionando el sufrimiento, las inseguridades y los miedos. Deben también asegurar un espacio de contención emocional que permita desarrollar el crecimiento personal, la reflexión psicológica y el análisis emocional, buscando como último fin alcanzar el bienestar y un buen nivel de salud.

Las sesiones se pueden desarrollar en espacios comunes al dispositivo, pero también existe la posibilidad de hacerlo en espacios comunitarios, lo cuál puede favorecer la integración, la visibilización del colectivo y la eliminación del estigma asociado a los recursos de salud mental.

Los módulos incluyen una serie de preguntas que pueden ser facilitadoras u orientativas para que el terapeuta dirija las sesiones o facilite a la persona la comunicación.

Está pensado para que no se haga diferenciación de diagnósticos y pueda participar cualquier persona indiferentemente de su patología. Se recomienda, que el equipo terapéutico que realice la conducción, sea interdisciplinar y forme parte del dispositivo, que sean trabajadores del mismo, de esta manera se puede llevar un mejor seguimiento de los casos y se puede complementar la atención con otras actividades. La regulación del clima emocional por parte del equipo profesional, permite rebajar la angustia, generar un espacio acogedor y sentir una mayor seguridad afectiva.

Es importante hacer hincapié al principio de todas las sesiones de las *normas básicas que rigen el Grupo Multifamiliar*, estas son:

- Principio de confidencialidad. Todo lo que se habla en la sesión es confidencial y no se puede hacer partícipe a otras personas que no formen parte del grupo.

- Respeto y libertad. Se deben respetar todas las vivencias de todos los participantes, todas las emociones expresadas son válidas.

-No juzgar al otro. No se deben generar juicios de valor sobre las experiencias de las demás personas, es importante validar al otro, buscando afirmaciones en positivo y evitando tensiones.

- Hablar desde la propia experiencia. Se debe hablar siempre desde la propia experiencia, si la vivencia o experiencia de otra persona remueve algo relacionado con las propias vivencias, se debe compartir de esta manera. En ningún caso se dirán frases del estilo “creo que eso está mal..., deberías haber hecho esto otro...”.

Con estas reglas, se favorecerá que las relaciones sean más sanas y se evitarán daños en los vínculos familiares y grupales.

En cuanto a la tipología de terapias, se debe plantear un, tipología a modo de investigación, es decir, se debe generar conocimiento a través de investigación compartida, más por lo que pueden saber las participantes sobre sus experiencias y situaciones que por teorías que den explicaciones de las mismas. Por tanto, se debe buscar crear algo nuevo, clarificar, investigar y transformar. Se considera a los participantes como expertos, entrando en un nivel de terapia colaborativa donde el terapeuta se ubica en posición horizontal y guía la interacción, como experto en procesos terapéuticos, que es capaz de gestionar la incertidumbre y las ideas que se derivan del proceso terapéutico colaborativo, pero siempre compartiendo sus ideas y favoreciendo que la información no este sesgada.

Duración

En cuanto a la duración, hay que tener en cuenta que el Grupo Multifamiliar se plantea como un recurso terapéutico y de intervención en el que cada familia y cada persona se embarca en un momento dado y lo abandona cuando considera que ya le ha aportado suficiente o que ha terminado el proceso. En este caso, los módulos se plantean como temáticas y áreas que comúnmente se van a tratar, pero, establecer una limitación temporal en ellos va a ser complicado, puesto que, seguramente, durante la terapia irán saliendo temas y experiencias relacionadas con un módulo u otro. Es por eso que lo importante es que todo fluya y se atienda más a la necesidad de las personas que a la necesidad de los módulos en sí. Además, puede darse que haya familias que se incorporen a mitad de año o una vez este iniciado el grupo. Es por ello que se recomienda que se enfoque el Grupo Multifamiliar como un curso escolar con periodos de descanso y que pare en julio, para retomar la actividad en agosto.

5.4.3. Objetivo general

El objetivo del presente programa es realizar una intervención terapéutica completa, trabajando áreas fundamentales de la persona, contando con sus redes familiares y sociales, y la recuperación del proyecto de vida, la disminución de tensiones, el empoderamiento, la inserción social y comunitaria, y la prevención de recaídas.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos.

5.4.4. Objetivos específicos

- Generar vínculo y enganche entre el grupo y los/as profesionales.
- Favorecer que la persona se sienta relajada, comprendida y apoyada.
- Profundizar en la enfermedad mental como vivencia buscando generar empatía, conciencia hacia la experiencia y reflexión.
- Indagar y conocer acerca de los vínculos familiares, pudiendo encontrar un símil con las propias relaciones familiares.
- Conocer y comprender el concepto de emoción expresada, cómo identificarla, gestionarla y reconducirla.

- Tomar conciencia de los procesos de duelo, conocer cómo gestionarlos y generar herramientas para afrontarlos.
- Compartir experiencias y conocimientos sobre las enfermedades mentales, implicando a familiares y allegados en el proceso de recuperación.
- Generar herramientas para gestionar, prevenir y afrontar las recaídas.
- Facilitar el manejo de la enfermedad mental y favorecer habilidades propias.
- Fomentar la recuperación del proyecto de vida.

5.4.5. Módulos

Módulo 1 - Presentación y vinculación

- **Objetivo general:** Generar vínculo y enganche entre el grupo y los/as profesionales.

- **Objetivos específicos:**

Generar un vínculo sano

Potenciar la sensación de seguridad en el grupo

Generar sensación de entendimiento y empatía entre el grupo

- **Metodología**

Durante las primeras sesiones será el momento clave en el que se establecerá el vínculo. Se debe buscar que las personas participantes intervengan más que los terapeutas, que haya una comprensión tanto a nivel verbal como no verbal, la sensación debe ser de escucha activa. El hecho de generar este ambiente va a favorecer que la persona se abra al grupo y se sienta cómoda para volcar sus experiencias, sentimientos y vivencias.

Puede darse la participación de familias, sin presencia de la persona con problemas de salud mental, así como, personas con problemas de salud mental sin su familia, esto no ha de suponer un problema, puesto que pueden encontrar en la terapia grupal diferentes formas de verse identificados o de extraer sus vivencias.

La implicación y el trabajo de las familias en la terapia grupal, supone generar cambios en la perspectiva y en la visión hacia su familiar con problemas de salud mental, de igual manera, la persona genera cambios en su visión hacia el comportamiento de sus familiares. En este sentido, se profundiza en las relaciones familiares, y no solo se señala a la persona con problemas de salud mental. Todo lo anteriormente comentado, va a facilitar conseguir la vinculación con el equipo terapéutico y una continuidad en la participación de las personas.

Una de las cuestiones en este módulo es profundizar a nivel individual, así como, que las personas sean capaces de reflexionar sobre su funcionamiento interno y su identidad, relacionándola directamente con su historia biográfica personal.

Se trabaja en este sentido buscando la correlación entre la historia biográfica personal y la sintomatología, la clínica o la psicopatología de la persona.

El grupo debe interiorizar que el ser humano vive en un proceso constante aprendizaje social, y esto va a permitir, tanto que las actitudes se vean influenciadas por los otros participantes, como que se produzcan cambios en la identidad social.

Se entiende la identidad social como la forma de evaluarse a uno mismo ligada al autoconcepto. Se relaciona con la autoestima y con la comparación social que se hace de la propia persona con los demás.

En estas líneas, el grupo multifamiliar se presenta como un lugar donde gran variedad de personas con diferencias generacionales, culturales y sociales, comparten su filosofía de vida, sus creencias y experiencias. Y este es uno de los grandes valores del grupo.

A nivel familiar se buscará observar la estructura, los límites y cómo funcionan los subsistemas internos (pareja, madre/padre-hijos/hijas, hermanas, hermanos...). Se debe prestar especial atención a la narrativa predominante. La forma de contar las historias y de usar el lenguaje es clave en líneas de entender posicionamientos, vivencias personales, creencias, roles y la posición de poder entre los miembros de la familia.

Con todos estos procesos, se espera que la persona pueda descubrir distorsiones y errores que ha construido sobre el entorno social, es decir, descubrir errores de atribución.

Se entiende el error de atribución como la búsqueda errónea de la causa de los comportamientos en las demás personas, obteniendo un conocimiento equivocado de sus rasgos y disposiciones. Y en este proceso, la persona tiene la posibilidad de modificar estos errores y realizar unas atribuciones sociales nuevas y acordes a la realidad.

- ***Preguntas recomendadas para iniciar el módulo y facilitar las historias individuales***

- Vamos a comenzar con una breve explicación de quiénes somos y qué nos ha traído hasta aquí (con una pregunta-planteamiento de tipo abierto, se consigue que cada participante del grupo exprese y exponga aquello más relevante con respecto a su situación personal y familiar).

- ¿Qué esperáis de este grupo? ¿Cuáles son vuestras expectativas?

- ¿Os gustaría compartir alguna experiencia que consideréis importante en relación a vuestras vivencias personales? ¿Y en relación a vuestras vivencias familiares?

- Si en algún momento alguna historia de otro participante os remueve cuestiones relacionadas con vuestra historia personal es importante que lo comentéis al grupo y os animéis a reflexionar sobre ellas.

Módulo 2 - Conocimiento de la enfermedad mental

- ***Objetivo general:*** Profundizar en la enfermedad mental como vivencia buscando generar empatía, conciencia hacia la experiencia y reflexión.
- ***Objetivos específicos:***

Reducir prejuicios y estereotipos hacia las personas con enfermedad mental

Ampliar la cognición social hacia el colectivo

Eliminar el estigma y autoestigma asociado a la enfermedad mental

- ***Metodología***

En este módulo se busca profundizar en el conocimiento del colectivo, en la percepción de los aspectos sociales y los grupos sociales. A través del discurso se irán indagando en las siguientes cuestiones:

Reflexionar acerca de los prejuicios y estereotipos que se generan, así como, descubrir y poner el foco en la forma que tiene el ser humano de dividir el mundo, de identificarse con un colectivo “el nosotros” y diferenciarse de “los otros”, de tal manera que vea a su propio grupo como más favorable. El Grupo Multifamiliar posibilita observar y visualizar los estereotipos implícitos, ser consciente de las creencias que uno forma y de cómo influyen en los

comportamiento que se tienen (salud mental, temas raciales, generacionales...). A partir de estas creencias la persona genera pensamientos, decisiones y comportamientos que se manifiestan hacia otras personas o colectivos a los que aplica dichos estereotipos.

Otro aspecto a tener en cuenta es el sesgo de correspondencia, es decir, la tendencia a atribuir el comportamiento de otras personas a causas internas, aún cuando hay factores externos de peso. En este sentido, el grupo va a favorecer la empatía respecto a las vivencias y las situaciones personales de cada uno, para observar la realidad de los factores externos que han influenciado en cada momento y evitar el culpabilizar a la propia persona. En concreto, el sesgo de atribución puede pesar mucho cuando se trata de padres, madres hermanos y hermanas, que desde el desconocimiento culpabilicen a la persona y la hagan responsable de muchas de las cosas que le suceden.

En relación al sesgo de correspondencia, aparece el efecto actor-observador, entendido como la tendencia a atribuir los propios comportamientos y acciones a causas externas, así como, los de los demás a causas internas, lo cuál implica generalizar falsedades sobre las demás personas.

A través del trabajo grupal en este módulo, también se debe recalcar como las personas, en ocasiones, tienen tendencia o sesgo hacia lo negativo, es decir, las personas ponen el foco en la información negativa que llega del entorno y obvian o quitan peso a lo positivo, esto se debe trabajar para que haya una toma de conciencia, para que de esta forma se pueda identificar cuando está ocurriendo dicha actitud y evitarla.

Además de estas cuestiones, es importante reflexionar sobre la influencia del estado de ánimo. Las personas tienen tendencia a almacenar o recordar información positiva cuando están con un estado de ánimo positivo y, por el contrario, almacenar o recordar lo negativo cuando tienen un estado de ánimo negativo. Esto sucede en gran medida con aquellos familiares que solo se centran en las cosas negativas de la persona con problemas de salud mental.

Todas estas cuestiones a tratar en el módulo, suelen generar que las personas tengan actitudes prejuiciosas, con miedos y rechazo ante otros grupos sociales. El nivel de prejuicios reduce la posibilidad de disfrutar de muchas actividades y del día a día por la presencia de miedos hacia los demás colectivos. Es por ello, que el Grupo Multifamiliar se presenta como una herramienta poderosa para luchar contra los prejuicios al estar en contacto con diferentes

colectivos y grupos. Este contacto entre colectivos va a favorecer que se ponga el foco en las semejanzas y no en las diferencias y generará un mayor atracción e interés hacia el colectivo.

- ***Preguntas recomendadas para iniciar el módulo y facilitar las historias individuales***

- ¿Que enfermedades mentales conocéis? ¿Podrías explicar con vuestras palabras en qué consisten esas enfermedades?

- ¿Podrías decirme algunas ideas falsas que creéis que las personas generalmente tenemos o tienen con respecto a estas enfermedades?

- Reflexionar individualmente en los que pensáis que son vuestros potenciales, aquellos que os hace destacar. ¿Recordáis alguna historia que podáis relacionar con estos potenciales?

- Ahora que hemos comentado acerca del estigma y el autoestigma. ¿Podrías recordar alguna vivencia o experiencia en relación con estos conceptos que consideréis importante?

Módulo 3 – Relaciones familiares y relaciones de apego

- ***Objetivo general:*** Indagar y conocer acerca de los vínculos familiares, pudiendo encontrar un símil con las propias relaciones familiares.

- ***Objetivos específicos:***

Profundizar acerca de la comunicación y vinculación familiar

Analizar las relaciones y el tipo de apego que se ha desarrollado a lo largo de la vida

Desarrollar estrategias de cooperación y vinculación de cara al presente y futuro

- ***Metodología***

En este módulo se van a trabajar tanto las relaciones familiares como los vínculos afectivos, puesto que son los que se incluyen en el conjunto de vínculos interpersonales (amigos, familia, relaciones de trabajo, estudios...).

La posibilidad que ofrece el Grupo Multifamiliar de incorporar la dimensión social dentro del espacio terapéutico, permite observar los procesos con una mayor cercanía, así como, ofrece desarrollar nuevas explicaciones o hipótesis acerca de las variables que pueden haber

contribuido a desarrollar u originar algunos de los problemas o soluciones, derrotas o triunfos, conflictos o conciliaciones.

Las relaciones personales y los intercambios que se producen en los miembros de la red social tienen funciones variadas como son la compañía, el apoyo emocional, ofrecer consejo, guía cognitiva, fuente de regulación social, generar nuevas relaciones sociales y ofrecer ayuda entre otros. Todos estos aspectos se deben abordar en este módulo y son fundamentales en el proceso terapéutico.

El contacto social genera efectos fisiológicos y psicológicos con una influencia directa en la calidad de la salud física y mental, existiendo una reducción del impacto del estrés.

La red social actúa terapéuticamente en diversos sentidos, favorece la creación y modificación de la identidad a través de la mirada y acciones de los otros, proporciona feedback correctivo, aportando segundas opiniones de comportamientos y situaciones. En definitiva, la red social favorece actividades personales que se relacionan con una mejora de la calidad de vida.

Por tanto, en este módulo se va a trabajar sobre las redes sociales existentes, las pasadas y sobre la posibilidad de generar nuevas redes sociales, pudiendo ser conexiones entre los miembros del grupo o no.

En este espacio, las familias encontrarán apoyo entre otras que viven situaciones similares, se sentirán acompañadas y cómodas para mostrarse tal y como son, pero sobretodo, aquellas familias que a menudo se encuentran aisladas, entrarán en un proceso de cambio de sus dinámicas y de cambio del comportamiento de todos sus miembros.

En las relaciones familiares y sociales aparece la teoría del apego con fuerza, ya que la exposición a otras personas cambia a las personas y genera un apego seguro. El cerebro es social y está programado para la cooperación y el cuidado, es un sistema dinámico y adaptativo. Con capacidad elevada para la empatía, la imitación, el aprendizaje por observación y para identificar la intención de los otros. La evidencia destaca la importancia de las motivaciones intrínsecas por placer y afecto positivo, yendo más allá de los aspectos más básicos de supervivencia o reproducción. La cooperación activa los centros de placer a modo de recompensa, evidenciando la necesidad de los adultos de dar y recibir en las relaciones con los demás.

Teniendo en cuenta todas estas cuestiones, los terapeutas deben buscar un entorno que promueva la cooperación, el cariño y que, además, permita la reparación de rupturas y traiciones que, en ocasiones, ocurren en las relaciones.

- ***Preguntas recomendadas para iniciar el módulo y facilitar las historias individuales***

- ¿Con quién convive tu familiar actualmente? ¿Y cómo es su relación con cada miembro de la unidad de convivencia?

- ¿Cómo fue su infancia y cómo recuerdas tú que era entonces su relación con su familia?

- ¿Contadme si de pequeño era una niña juguetona, atrevida o más bien algo temerosa y retraída?

- ¿Cómo dirías que erais en la familia con él/ella? ¿Le dabais mucha libertad o tal vez algo menos? ¿Le teníais muy protegido o más bien dejabais que hiciera su marcha?

Módulo 4 – Emoción expresada

- ***Objetivo general:*** Conocer y comprender el concepto de emoción expresada, cómo identificarla, gestionarla y reconducirla.

- ***Objetivos específicos:***

Valorar el nivel de emoción expresada que existe a nivel de los familiares

Reflexionar como afecta la emoción expresada en la persona y en uno mismo

Generar estrategias para reducir el nivel de emoción expresada y transformar esa energía y pensamientos en una comunicación sana

- ***Metodología:***

La Emoción Expresada (EE), se ha venido utilizando de un tiempo atrás hasta ahora como una medida de calidad de la relación entre el paciente y sus familiares más cercanos, que sobretodo se observa más potente en la convivencia.

Como componente de la Emoción Expresada se han descrito, (Brown et al. 1972):

Criticismo (CC), conlleva disgusto o desaprobación del comportamiento de la persona con enfermedad mental

Hostilidad (H), conlleva rechazo hacia la persona con enfermedad mental

Sobreimplicación (EOI), conlleva comportamientos y actitudes invasivas o sobreprotectoras hacia la persona con enfermedad mental, con carácter intrusivo y con un gran carga de angustia por parte del cuidador

Estos componentes son un indicador de que existe una elevada emoción expresada

Los diálogos cálidos y los comentarios positivos son elementos que señalan bajo nivel de emoción expresada en la familia. Es por tanto, que en este módulo se debe concienciar al grupo de la importancia de la Emoción Expresada y de cómo puede esto afectar y generar estrés añadido a la persona que la recibe, puesto que una alta Emoción Expresada se correlaciona con la evolución y la estabilidad del trastorno, sobretodo con la posibilidad de sufrir recaídas.

Así, en el módulo, se debe trabajar la disminución de la Emoción Expresada, buscar interacciones respetuosas, evitando la comunicación hostil y buscando una más positiva.

- ***Preguntas recomendadas para iniciar el módulo y facilitar las historias individuales***

- Contadme cómo es en la actualidad el clima familiar, ¿creéis que predomina la tensión en el día a día o más bien hay un ambiente relajado a diario en casa?

- Sabéis que, a veces, la confianza da asco y con quien más acabas pagando tus frustraciones es con quien tienes al lado, eso nos pasa a todos. Pero en mayor o menor medida. ¿Dónde diríais que estáis vosotros con respecto a esto, ¿se viven críticas y recriminaciones en casa? o más bien hay un ambiente cálido y acogedor que hace que todos estéis a gusto en casa?

- ¿Podríais contar alguna vivencia o experiencia en casa relacionada con comentarios que se os han hecho y reflexionar en cómo os han afectado?

- A veces las personas que más nos quieren pueden tener actitudes o comentarios dolorosos. ¿Cómo creéis que se siente una persona cuando hace un comentario hostil o que nos hiera? ¿Cuando los hacemos nosotros, somos conscientes, por que nos salen según qué comentarios?

Módulo 5 – Duelos múltiples (Pérdida de la salud, expectativas frustradas, pérdida de redes sociales)

- **Objetivo general:** Tomar conciencia de los procesos de duelo, conocer cómo gestionarlos y generar herramientas para afrontarlos.
- **Objetivos específicos:**

Valorar los sentimientos de pérdida relacionados con la enfermedad mental

Observar las expectativas truncadas

Reflexionar sobre las nuevas realidades y los aspectos positivos que suponen una oportunidad

- **Metodología**

Se conoce como Ciclo Vital de la familia, según Carter y McGoldrick, (1999), el modelo teórico que permite conocer aquella etapa en la que la familia debe estar o debe atravesar. Estas etapas están ligadas a tareas evolutivas y una serie de dificultades asociadas.

Se entiende por acontecimientos significativos en la etapa vital, el nacimiento o la muerte, la inclusión o exclusión de miembros y la unión o separación.

Según Carter y McGoldrick, (1999), podemos distinguir las siguientes fases del ciclo evolutivo:

| Fase del ciclo evolutivo | Principio que rige | Cambios |
|---|--|--|
| 1. Entre familias; Adulto joven no emancipado | Aceptación de la separación padres-hijos | a) diferenciación del self con respecto de la familia de origen b) desarrollo de las relaciones con los iguales c) afirmación del self en el trabajo |
| 2. Unión de las familias a través del matrimonio; la pareja recién casada | Compromiso con el nuevo sistema | a) formación del sistema marital b) realineamiento de las relaciones con las familias extensas y amigos para incluir al esposo/a |
| 3. Familia con hijos pequeños | Aceptación de los nuevos | a) reajuste del sistema marital |

| | | |
|---|--|---|
| | miembros en el sistema | <p>para hacer espacio a los hijos</p> <p>b) creación de roles parentales</p> <p>c) realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir los roles de los abuelos.</p> |
| 4. Familia con hijos adolescentes | Aumento de la flexibilidad para permitir la independencia de los hijos | <p>a) cambio de las relaciones padres- adolescentes para permitir al hijo entrar y salir del sistema</p> <p>b) refocalización en los problemas maritales y parentales de los períodos medios de la vida</p> <p>c) comienzo de las preocupaciones por la generación mayor</p> |
| 5. Emancipación de los hijos y períodos posteriores | Aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar | <p>a) renegociación del sistema marital como díada</p> <p>b) desarrollo de una relación de adulto a adulto</p> <p>c) realineamiento de las relaciones para incluir a la familia política y a los nietos</p> <p>d) afrontamiento de las enfermedades y muerte de los padres (y abuelos)</p> |
| 6. La familia en las últimas etapas de la vida | Aceptación del cambio de roles generacionales | <p>a) mantenimiento del funcionamiento e intereses propios y de la pareja a pesar del declinamiento físico; exploración de los nuevos roles</p> <p>b) apoyo para un rol mas central de las generaciones medias</p> <p>c) ganar espacio en el sistema para la sabiduría y la experiencia de la vejez; apoyar a la generación mayor sin sobrecargarlos</p> <p>d) afrontamiento de la muerte de un esposo, hijos y otros</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | parientes; preparación para la propia muerte. Revisión e integración de la vida. |
|--|--|--|

Cada una de las fases implica que la familia afronte tareas evolutivas, fruto del requerimiento interno de los miembros o por exigencias externas del contexto sociocultural, lo cuál implica que no ocurra un estancamiento y se transite de una a otra.

La enfermedad mental de uno de los miembros de la familia puede ocasionar, por un lado, que el sistema familiar se estanque y aisle alrededor de la enfermedad, y por otro lado, suele ocasionar un duelo y sentimiento de pérdida, tanto en los familiares como en la propia persona. Además, a los roles de la etapa vital deben añadirle otras obligaciones o, incluso, deben posponer o abandonar otras tareas que sí son propias de la etapa vital.

Si la elaboración de un duelo, bien por pérdida de un ser querido o por enfermedad, propia o de un ser querido, no se desarrolla correctamente, podemos observar un duelo patológico o crónico.

Las etapas del duelo son (Kübler-Ross, 1969):

- Negación, reacción que ocurre relacionada con un suceso de pérdida, suele ir acompañada de un estado de shock, embotamiento emocional e incluso cognitivo.
- Ira, tras la negación llegan sentimientos de frustración y de impotencia ante la imposibilidad de cambiar lo que ha ocurrido. Esta frustración conlleva la aparición del enfado y la ira. Durante esta etapa la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor.
- Negociación, en esta fase, la persona conserva la esperanza de que nada cambie y de que puede influir de algún modo en la situación.
- Depresión, en este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, esto genera sentimientos de tristeza y de desesperanza, los cuales pueden ir acompañados de aislamiento social o la falta de motivación.
- Aceptación, después de las fases de negación, ira, negociación y depresión llega la aceptación de la pérdida y la llegada de un estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana.

En el caso de diagnóstico de enfermedad mental de hijos/as, puede estar acompañado el duelo de culpabilidad, de enfado, de tristeza, surgiendo sentimientos de fracaso como padres. En

este panorama, puede haber una gran variabilidad de emociones difíciles de gestionar que pueden generar niveles de ansiedad elevados en el núcleo familiar.

- ***Preguntas recomendadas para iniciar el módulo y facilitar las historias individuales***

- Supongo que antes de desarrollar el primer brote, vuestro familiar tenía unas expectativas de vida y vosotros también. ¿Esas expectativas han cambiado? En caso de que sí, ¿Cómo os sentís ante dicho cambio?

- ¿Vuestro familiar tiene con quién compartir esto? ¿Consideráis que ha podido elaborar todo lo sucedido para darle un significado menos negativo?

- ¿Cómo te sentiste ante la aparición de la enfermedad mental? ¿Sientes que este hecho ha ocasionado la pérdida de personas importantes en tu vida?

- ¿En qué punto se encuentra tu vida ahora mismo? ¿Qué expectativas vitales tenías y cuáles mantienes?

Módulo 6 – Prevención de recaídas y actuación ante crisis

- ***Objetivo general:***

Compartir experiencias y conocimientos sobre las enfermedades mentales, implicando a familiares y allegados en el proceso de recuperación.

- ***Objetivos específicos:***

Compartir experiencias propias de recaídas

Conocer los factores de riesgo de sufrir una recaída

Saber identificar cuando están variando las circunstancias personales y poder reconducirlas

- ***Metodología***

Se entiende recaída como una nueva hospitalización o crisis aguda, donde la persona se ve afectada nuevamente por los síntomas de la enfermedad mental. La recaída implica, tanto para la propia persona como para la familia, sufrimiento, agotamiento emocional y, además, mayores limitaciones para la persona con enfermedad mental de recuperar su funcionamiento global.

Para evitar las recaídas con todas las consecuencias que conllevan, es fundamental aprender a identificar aquellos factores que se consideran de riesgo y pueden precipitar una recaída.

Con las personas con problemas de salud mental, se observa que tras un periodo de recuperación, y ligado a los efectos secundarios de la medicación, es habitual que descuiden el tratamiento, lo cual conlleva un porcentaje de recaídas importante.

Por tanto, los factores de riesgo que mayoritariamente se relacionan con recaídas son: las situaciones que generen en la persona estrés y ansiedad, consumo de sustancias (alcohol o drogas) y variación en la toma de la medicación.

Para evitar y prevenir las recaídas, se pueden trabajar y desarrollar estrategias como: conocer a fondo la propia enfermedad, estar atentos a la sintomatología propia, desarrollar estrategias para detectar y afrontar el estrés, tener adhesión al tratamiento, formar parte de las terapias psicosociales, estas van a favorecer la mejoría (desarrollar una red social protectora, desarrollar un plan de acción para prevenir y reconocer las recaídas).

En este sentido, en el caso de tener una recaída, es muy importante plantear la posibilidad de establecer un plan ante una recaída o ingreso hospitalario también conocido como Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental (**véase anexo 3**). Con este documento se pretende adaptar la asistencia que se le va a prestar a la persona en caso de que ocurra la recaída o crisis, respetando sus propias decisiones para ese momento. Este documento posibilita que durante el proceso la persona tenga una mejor relación con el sistema sanitario y con la familia.

- ***Preguntas recomendadas para iniciar el módulo y facilitar las historias individuales***

- Vamos a compartir alguna situación en la que nuestro familiar ha sufrido una descompensación ¿Cómo apareció, qué hicisteis, cómo se resolvió y cómo lo vivisteis en casa? ¿Cómo lo vivió él/ella?

- ¿Qué aprendisteis tras la primera crisis? ¿cambiasteis vuestra manera de actuar en algún aspecto para prevenir nuevos brotes?

- ¿Cómo te has sentido en momentos de recaídas, crisis o brotes? ¿Consideras que las actuaciones de tu familia y de los profesionales han sido adecuadas? ¿En este sentido, qué modificarías?

- Antes de sufrir la recaída, crisis o brote, ¿fuisteis conscientes de lo que estaba pasando? ¿Detectasteis algunos indicadores propios o en vuestro familiar que os pusiera en preaviso?

Módulo 7 – Motivación y proyecto de vida

- ***Objetivo general:*** Fomentar la recuperación del proyecto de vida.
- ***Objetivos específicos:***

Reflexionar sobre la necesidad de tener un proyecto de vida

Conciencia sobre el potencial de la toma de decisiones

Responsabilizar del proceso y evolución a la propia persona

- ***Metodología***

Desde este módulo se debe crear conciencia acerca de cómo, cada miembro y cada familia en particular, es participe del estado en el que se encuentran. Es un paso importante ser consciente y asumir dicha responsabilidad, para generar conciencia de cambio y empoderar a la persona en su día a día y en su proyecto de vida. Además, posibilita que las personas asuman su papel y sus roles, tanto en la familia como en el exterior de la red familiar. El Grupo Multifamiliar supone un aprendizaje en muchos sentidos, por un lado, los participantes aprenden a observar su conducta desde el punto de vista de los otros, interiorizan como hacen sentir a las demás personas por su conducta, son conscientes de como su conducta produce un cambio en la opinión de los demás y, finalmente, comprenden la importancia de estas cuestiones en relación a como se sienten consigo mismos.

Las decisiones que se toman son el camino hacia la libertad y la responsabilidad. Ambos conceptos van íntimamente ligados, estimular la responsabilidad de los integrantes y acompañarlos en el proceso de gestionar todas las emociones que vienen de la mano de la toma de decisiones (resistencia, ansiedad, renuncia..), es una función fundamental del Grupo Multifamiliar.

En este punto, se busca que haya un activación de procesos de cambio, es una fase de mayor estabilidad emocional y psíquica, y el Grupo Multifamiliar, tiene un gran potencial y es un entorno terapéutico importante, ya que facilita el desarrollo y la capacidad de generar pensamiento en uno mismo y en las relaciones interpersonales. Permite trabajar los proyectos

de futuro, posibilita recuperar expectativas de progreso individual y genera un sentimiento de esperanza, consiguiendo cambios muy positivos.

- ***Preguntas recomendadas para iniciar el módulo y facilitar las historias individuales***

- En relación a las expectativas frustradas o sentimiento de pérdida de proyecto de vida, ¿en qué punto consideras que se encuentra tu vida?

- ¿Consideras que has tenido un crecimiento personal a través del Grupo Multifamiliar? ¿Cómo te ha cambiado el hecho de participar en el Grupo?

- ¿Consideras que las relaciones familiares han cambiado?

- ¿Has despertado nuevos intereses hacia algún tema en cuestión? ¿Te has iniciado en alguna actividad?

5.4.6. Aspectos técnicos a tener en cuenta para la conducción del Grupo Multifamiliar

- Es fundamental tener formación en psicoterapia de grupo, familiar e individual para lograr la correcta conducción del grupo. Se debe trabajar en equipo e integrar las aportaciones de los miembros, buscando favorecer una buena relación entre las personas participantes. La ética profesional, así como, la percepción de salud mental y enfermedad, debe remar en la misma línea, de este modo, la conducción terapéutica tendrá sentido y podrán trabajar coordinados.

- La contención psicológica es un requisito imprescindible para lograr crear una intervención y apoyo emocional. En este sentido, los sentimientos de angustia, incertidumbre, desesperanza e importancia se regulan mediante el grupo y los terapeutas.

- Se debe poner el foco en las interrelaciones que se producen. Lo que se expresa y las personas que se incluyen en la narrativa llevan de la mano un contexto relacional, por ello se debe prestar especial atención en este sentido. Los delirios, alucinaciones y demás sintomatología positiva pueden aparecer como defensa psicótica ante conflictos familiares y es importante buscar este sentido, o establecer conexión con esa otra parte de la realidad.

- Se recomienda facilitar el diálogo familiar, evitando climas emocionales tensos y buscando la habilidad de escucha activa en las personas implicadas.

- Se debe tener en cuenta que cuando miembros familiares se ausentan o no participan, otras personas presentes en el grupo rescatan esa función (padres de otras personas con problemas de salud mental, hijos con enfermedad mental...). Este hecho de verse reflejado en la historia de otras personas participantes del grupo, conlleva que, al no tener una relación emocional tan fuerte como con su propio familiar, la capacidad de escucha y aprendizaje se amplía.
- Es importante saber reconducir aquellas situaciones y diálogos que surgen cargados de violencia, ya que, en muchas ocasiones esta violencia esconde otros significados o necesidad de afecto.
- Se debe facilitar la reflexión y la tolerancia, con la búsqueda de un clima cálido, de acogimiento, que permita abrir la mente a las experiencias de otros. Para ello es importante recortar la distancia terapéutica, colocarse en posición horizontal, buscar espontaneidad y sinceridad.
- La cooterapia ofrece la posibilidad de observación añadida por parte de uno de los profesionales, que pueda mantener esa distancia silenciosa y recoger información valiosa.
- El profesional, al incorporarse como conductor del grupo, establece un compromiso de continuidad de cara al futuro.
- El terapeuta debe mostrar ejemplaridad, coherencia y comprender la situación de cada participante y los casos en profundidad.
- Debe buscar generar un clima integrador, de libertad, respeto mutuo y facilitador del cambio.
- Evitar en todo momento el engaño, cualquier propuesta de engaño por parte de familiares o usuarios debe ser rechazada. Por ejemplo, en caso de tener una persona con problemas de compras compulsivas y gastos económicos cargados en la cuenta familiar, si el familiar optase por afirmar falsamente que lo ha denunciado, para persuadir a la persona de que deje esa actitud, y buscarse un apoyo por parte de los profesionales para validar este engaño, no sería ético forma parte de esa falsedad.
- Buscar desculpabilizar según que actitudes, es de mayor utilidad confrontar las actitudes y conductas, con el objetivo de observar que hay detrás de estas. Sería un modo de poner el foco en el porqué de los comportamientos, no tanto en señalar a la persona como culpable.
- Posicionarse como mediador del grupo ante las problemáticas que ocurran.

- La intervención se debe realizar mediante un lenguaje afectuosos, sensible y claro, sin tecnicismos.

6. Resultados esperados

En el presente programa se plantean tres instrumentos para evaluar la eficacia del Grupo Multifamiliar, la idea es aplicarlos previo al inicio, durante y al finalizar la participación. Este sistema permitirá establecer una línea base para poder evaluar el proceso terapéutico y realizar una comparación de los resultados. Los resultados esperados serían concretamente para la Escala de Likert adaptada a Grupos Multifamiliares, observar como las respuestas tienen tendencia a ser “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo”, en cuanto al cuestionario DUKE-UNC de apoyo social percibido se espera aumentar la puntuación obtenida en cada nueva medición y para la Escala de niveles de emoción expresada también se espera que se observe una mejora en cuanto a las respuestas.

Por otro lado, se recomienda durante el proceso de intervención terapéutico realizar una evaluación continua, esto facilitará la detección de problemas y la mejora del programa. En este sentido, se recomienda estar atentos a la satisfacción que se percibe por parte de los participantes, llevar un control de la asistencia, las nuevas incorporaciones y los abandonos, observar si la participación de las personas es equilibrada, desigual y los motivos.

Los resultados esperados tras el desarrollo del Grupo Multifamiliar son, entre otros, generar una mejoría importante en las relaciones familiares, facilitar la comunicación fluida y sana entre los participantes, establecer una cohesión grupal. Facilitar en la persona confianza, capacidad de reflexión, compartir vivencias, así como, generar un espacio de desahogo y de escucha.

Que la persona y las familias den un paso importante en el proceso de recuperar el proyecto de vida, que se sientan acompañadas, pero sobre todo que esa capacidad de reflexión y análisis les acompañe en su día a día.

Se trata de un programa cuyo coste de aplicar es muy reducido, puesto que es una terapia grupal que solo requiere de una sala, papel y bolígrafos, sin embargo, el componente más complejo radica en la habilidad de conducir un grupo que, a priori, es delicado y presenta dificultades importantes. Es por eso, que las limitaciones que se pueden desarrollar parten sobre todo en este sentido, pues se requieren profesionales experimentados y formados para llevar un grupo de una manera correcta y estar acertado en la contención del mismo.

En estas líneas, se consideran los Grupos Multifamiliares formatos de terapia que no están todavía muy extendidos y están muy relacionados con el diálogo abierto y con metodologías de recuperación más actuales, es por ello, que este programa puede ser de gran utilidad en cuanto a la innovación se refiere.

Finalmente, cabe destacar una de las limitaciones más importantes del programa, es que se establece por módulos, pero al tratarse de un grupo multifamiliar guiado por las vivencias, historias y la realidad presente de cada persona, resulta muy complejo poder seguir los módulos, es por ello que son sobretodo orientativos y se puede ir sobre ellos o pasar a otros temas de una manera fluida según las demandas de los participantes y sus necesidades.

7. Conclusiones

Una parte importante de la población mundial se ve afectada por problemas de salud mental, actualmente la atención que se presta al colectivo de personas con enfermedad mental ha mejorado, tanto en la existencia de recursos como en la metodología, las prácticas y las teorías. Los Grupos Multifamiliares aparecen como un recurso terapéutico de gran valía, puesto que las familias que tienen un miembro con problemas de salud mental se ven afectadas por la situación, están dañadas en su interior y suelen estar distanciadas del entorno social.

En este sentido, las intervenciones que tienen en cuenta a la familia y que incluyen intervenciones de tipo psicosocial, suelen ser más eficaces que aquellas que tratan al individuo con métodos farmacológicos exclusivamente.

El lugar donde he realizado las prácticas, la Asociación Nautae, es un dispositivo que trabaja en la comunidad, realizando una intervención psicosocial en todos los niveles y que trabaja también con las familias. En este centro he podido ser participe de un Grupo Multifamiliar en todo su esplendor.

Esta experiencia tan enriquecedora me ha llevado a plantear este trabajo, que pretende establecer una guía de buenas prácticas para desarrollar un Grupo Multifamiliar. El hecho de que la familia y la propia persona con enfermedad mental hayan vivido situaciones de sufrimiento psicológico, genera unas dinámicas de comprensión entre los participantes y propicia un sentimiento de esperanza. La esperanza es una de las cuestiones de mayor importancia y se debe transmitir en todo momento al grupo.

A lo largo del programa de Grupos Multifamiliares, se ha podido esclarecer la importancia de poner en el foco a la persona, escucharla, que se empodere, incluir a la familia en todo el proceso y trabajar estas relaciones como forma de extrapolarlas al resto de relaciones sociales.

Las aportaciones más relevantes que hace este programa son varias. Remarca el hecho de que la persona con problemas de salud mental necesita integrarse en la sociedad y esto pasa por un trabajo previo con su red familiar como nivel social primario.

En líneas de innovar y motivar a los recursos y dispositivos existentes a introducir cambios en su manera de trabajar, este programa se presenta clave para motivarlos al cambio, y puede ser un ejemplo para muchos recursos que se encuentran anclados y acomodados en intervenciones más clásicas.

Otra de las aportaciones importantes que tiene el programa es que, aunque esté estructurado en módulos, está preparado para que se transite por todos ellos de manera desordenada, en función de la necesidad de la propia persona o red familiar.

Las implicaciones que supone el presente programa para las futuras líneas de trabajo son: plantear más posibilidades que innoven en lo que la atención a las personas con enfermedad mental y sus familias se refiere, que se trabaje en la dirección del diálogo abierto y de todas aquellas intervenciones que han demostrado más eficacia, pero que además no se deje de innovar, poniendo el foco en la persona, en sus capacidades y posibilidades.

Por último, destacar las consecuencias que pueden tener en la vida de las personas el seguir invirtiendo en este tipo de recursos, ya que se ha demostrado que tienen mayor eficacia, y a la larga tienen un menor coste. Por tanto, teniendo en todas estas cuestiones en cuenta, la persona mejorará su calidad de vida, su integración social, su bienestar y reducirá las posibilidades de recaídas, considero que este es el camino a seguir.

8. Bibliografía

- Asen, E., Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28(1), 58-72.
- Ayerra Balduiz, J. M. (2019). El grupo multifamiliar. *Revista Asociación España Neuropsiquiatría*, 39(136), 205-221.
- Ayerra Balduz, J. M., & López Atienza, J.L. (2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Advances in relational mental health*, vol.2 , n°1.
- Basteiro, S. M. (1999). Trabajo con familias y rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, 11(2), 107-13.
- Becerra García, J. A. (2011). Descripción y limitaciones de los instrumentos de evaluación de la emoción expresada. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 152-158.
- Bellón Saameñoa, J. A., Delgado Sánchez, A., de Dios Luna del Castilloa, J. & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 18, 153-63.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. *Medical Care*, 26(7), 709-723.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
- Brown G. W., Birley J. L., & Wing J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*, 121(562), 241-58.
- Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1999). *The Expanded Family Life Cycle*. Pearson Allyn & Bacon.
- Cook-Darzens, S. (2007). *Thérapies Multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Cortina, M., & Marrone, M. (2003). *Attachment theory and the psychoanalytic process*. Whurr Publishers.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of Psychotherapy*. Norton.
- Diamond, N. & Marrone, M. (2003). *Attachment and Intersubjectivity*. Whurr Publishers.

- Flores, P., Domínguez, T., Ortells, A., Izquierdo R. Palomer E., Ni Laocha, E. & Maferer, C. (2009). *Grupo de formación multifamiliar en un hospital de día de psiquiatría*. Barcelona.
- Foster, L.N. (1993). Why does múltiple family group therapy work with chemically dependent and other at-risk families? MFGT Resource Center Homepage. Artículo núm. 3 en www.multiplefamilygrouptherapy.com
- García-Badaracco, J. (1989). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones, S.A.
- González, H., & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales*. Alianza editorial.
- Laqueur, H. P. (1979). *La thérapie multifamiliale, questions et réponses*. En *Techniques de base en thérapie familiale*. Delarge, 132-152.
- Leal Rubio, J. (2005). Salud mental y diversidad (es): trabajar en red. *Vertex Rev. Argentina de Psiquiatría*, XIV, 114-122.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1-55
- Mascaró, N. (2007). Crisis y contención, el grupo multifamiliar. *Advances in relational mental health*. Órgano oficial de la expresión de la Fundación OMIE. *Revista Internacional On-Line*, 6(2).
- Marrone, M. (2014). *Apego y motivación. Una lectura psicoanalítica*. Psimática.
- Maruottolo, C. (2009). El psicoanálisis multifamiliar como dispositivo terapéutico hipercomplejo. *Advances in relational mental health*. Revista Internacional On-Line, 8(2).
- McFarlane, W. R., Lukens E., Link B., Dushay, R., Deakins, A., Newmark, M. & Toran J. (1995). Multiple- Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-987. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950200069016
- Mendez, A., Orta, E., & Peñate Castro, W. (2004). Primeros datos de validación de una escala para evaluar la emoción expresada (EEE). *Análisis y modificación de conducta*, 30(132), 591- 621.

- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Promoción de la Salud Mental. *Informe compendiado*. Francia.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.
- Rhodes, P. & Zelman, A. (1986). An ongoing multifamily group in a women's shelter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (1), 120-130.
- Robinson, D. G, Woerner, M. G, Alvir, J. M, Geisler, S., Kooren, A. & Sheitman, B. (1999). Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 544-549.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic Alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2017). *Terapias Multifamiliares. El modelo Interfamiliar: La terapia hecha entre todos*. Prismática.
- Serrano Miguel, M. (2014). "Grup de pensadors": Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 34 (123), 507-519.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford.

9. Anexos

ANEXO 1 - Cuestionario de escala de satisfacción tipo Likert (respuestas de 1 a 5)

| |
|---|
| 1. ¿Estás satisfecho/a con el grupo multifamiliar? |
| Totalmente en desacuerdo |
| En desacuerdo |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo |
| De acuerdo |
| Totalmente de acuerdo |
| 2. ¿Estás satisfecho/a con la utilidad que te ha aportado el grupo? |
| Totalmente en desacuerdo |
| En desacuerdo |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo |
| De acuerdo |
| Totalmente de acuerdo |
| 3. ¿Estás satisfecho/a con el manejo del grupo por parte de los profesionales? |
| Totalmente en desacuerdo |
| En desacuerdo |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo |
| De acuerdo |
| Totalmente de acuerdo |
| 4. A raíz de tu participación en el grupo, ¿crees que ha cambiado la forma de |

relacionarte con tu familia?

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

5. ¿Crees que a raíz de tu participación en el grupo ha facilitado la expresión de emociones en tu vida?

Totalmente en desacuerdo

En desacuerdo

Ni de acuerdo ni en desacuerdo

De acuerdo

Totalmente de acuerdo

ANEXO 2 - CUESTIONARIO DUKE-UNC

Cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente:

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

- 1 - Mucho menos de lo que deseo
- 2 - Menos de lo que deseo
- 3 - Ni mucho ni poco
- 4 - Casi como deseo
- 5 - Tanto como deseo

| |
|---|
| 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares |
| 1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo |
| 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa |
| 1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo |
| 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo |
| 1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo |
| 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede |
| 1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo |
| 5.- Recibo amor y afecto |
| 1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo |
| 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa |
| 1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo |
| 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares |
| 1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo |

| |
|--|
| <p>3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo</p> |
| <p>8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos</p> |
| <p>1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo</p> |
| <p>9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas</p> |
| <p>1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo</p> |
| <p>10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida</p> |
| <p>1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo</p> |
| <p>11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama</p> |
| <p>1 - Mucho menos de lo que deseo 2 - Menos de lo que deseo 3 - Ni mucho ni poco 4 - Casi como deseo 5 - Tanto como deseo</p> |

Anexo 3 - Documento de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental

Yo, D/D^a, _____, con DNI /
NIE / Pasaporte N^o: _____,

Deseo que las siguientes preferencias e indicaciones se tengan en cuenta en la atención de Salud Mental cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de salud mental.

1. Situaciones / circunstancias / síntomas que darían lugar a la aplicación de lo expresado en este documento de PAD-SM. Información sobre las situaciones/circunstancias que darían lugar a la aplicación de lo expresado en este documento de PAD-SM.

En este apartado se recomienda a la persona interesada describir situaciones o circunstancias en las que no se siente capacitado/a para tomar decisiones sobre la atención por parte de los servicios de Salud Mental, etc. y por tanto desea que se actúe según lo expresado en este documento.

Deseo que se tengan en cuenta las preferencias expresadas en el documento cuando me encuentre en las siguientes situaciones o circunstancias:

2. Signos de alerta y síntomas

Por signos de alerta se entienden aquellos cambios en el funcionamiento cotidiano que pueden indicar el comienzo de una situación de crisis relacionada con el problema de salud mental, y que suelen anteceder a la aparición de síntomas clínicos. La descripción de signos de alerta y síntomas puede ayudar a la persona, a los/as representantes y a los/as profesionales de Salud Mental a prever una situación de crisis, así como a desarrollar estrategias para disminuir su gravedad o para evitar su desencadenamiento.

A continuación, describo algunos signos de alerta y síntomas relacionados con el problema de salud mental ante los que deseo que se tengan en cuenta las preferencias expresadas en el documento.

3. Actuaciones que “me hacen sentir mal” o “me ayudan a sentirme bien”

Las actuaciones que “me hacen sentir mal” o “me ayudan a sentirme bien” pueden incluir cualquier intervención, tipo de cuidados, actividades programadas, contacto con la persona nombrada como representante, apoyo por terceras personas (familiares, allegados/as, amigos/as), contactos con los/as profesionales o con el movimiento asociativo, etc.

Las siguientes actuaciones o aspectos me ayudan a sentirme bien. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

4. Personas a las que avisar

El respeto de las preferencias respecto a las personas a las que debe avisarse en caso de una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, ingreso involuntario o estancia en un dispositivo de Salud Mental puede constituir un elemento relevante para el bienestar del/ de la usuario/a de Salud Mental.

En este apartado, también se pueden incluir aspectos y tareas concretas que la persona desea encargar a las personas a avisar (por ejemplo, custodia de la llave o de pertenencias personales, hacerse cargo de animales domésticos o plantas, etc.).

En una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, ingreso involuntario o estancia en un dispositivo de Salud Mental, deseo que se avise a las siguientes personas. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

NO deseo que se avise a las siguientes personas. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

5. Preferencias de visita

En una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, ingreso involuntario o estancia en un dispositivo de Salud Mental, NO deseo que me visiten las siguientes personas. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

Sí estoy de acuerdo en que me visiten las siguientes personas. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

6. Preferencias relacionadas con la medicación en el ámbito de la Salud Mental

En este apartado la persona puede indicar medicamentos con los que haya tenido experiencias negativas en ocasiones anteriores (por contraindicaciones, efectos secundarios, falta del efecto perseguido, etc.), así como nombrar aquellos medicamentos a los que da preferencia. En caso de que no haya acuerdo entre la persona interesada y el/la profesional, se debería incluir la preferencia expresada, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y a los motivos.

En una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental, NO deseo recibir la siguiente medicación. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

Prefiero recibir la siguiente medicación. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

7. Preferencias relacionadas con actuaciones terapéuticas y uso de medidas coercitivas en el ámbito de la Salud Mental

Por actuaciones terapéuticas se entiende aquellas intervenciones realizadas durante la atención de Salud Mental, incluyendo sesiones de terapia individual o en grupo, terapia ocupacional, cuidados de enfermería, sesiones de terapia electroconvulsiva u otras intervenciones médicas.

La realización de las actuaciones preferidas por la persona puede estar sujeta a limitaciones por razones de disponibilidad y viabilidad.

Bajo el término de medidas coercitivas se incluyen prácticas de contención, inmovilización y aislamiento no consentidas, realizadas tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental. La persona puede solicitar que si se adoptan medidas coercitivas, se hagan respetando determinadas opciones personales, o también expresar su rechazo a que sean utilizadas.

En caso de que no haya acuerdo entre la persona interesada y el/la profesional, se debe incluir la preferencia expresada, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y a los motivos.

En una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental, NO deseo que se apliquen las siguientes actuaciones terapéuticas y medidas coercitivas, tomando en

consideración los siguientes aspectos, por las razones indicadas a continuación. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.)

Prefiero que se realicen las siguientes actuaciones. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

8. Preferencias respecto a profesionales

El seguimiento de las preferencias respecto a profesionales puede constituir un elemento de apoyo en el proceso terapéutico. Es importante tener en cuenta que este seguimiento de las preferencias puede estar sujeto a limitaciones por motivos de disponibilidad o viabilidad.

En caso de una situación de crisis relacionada con un problema de salud mental, tanto en los servicios de urgencias como en cualquiera de los dispositivos de salud mental, NO deseo ser tratado/a por el/la siguiente profesional. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

Prefiero ser tratado/a por el/la siguiente profesional. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

9. Hábitos personales

El respeto de las preferencias respecto a la dieta alimenticia, hábitos religiosos o espirituales, prácticas de meditación, aseo, hábitos de sueño, aspectos culturales, etc., puede constituir un elemento relevante para el bienestar del/de la usuario/a de Salud Mental durante una hospitalización o estancia en un dispositivo.

Es importante, en cualquier caso, tener en cuenta las posibles limitaciones derivadas de la disponibilidad de servicios para el cumplimiento de las preferencias expresadas en el documento.

En caso de que no haya acuerdo entre la persona interesada y el/la profesional, se debe incluir la preferencia expresada, haciendo referencia explícita a la falta de acuerdo y a los motivos.

Durante un ingreso involuntario o estancia en un dispositivo de Salud Mental, me gustaría que se tuvieran en cuenta los siguientes hábitos personales (relacionados con la dieta alimenticia, hábitos religiosos o espirituales, prácticas de meditación, aseo, hábitos de sueño, aspectos culturales específicos, etc.). (Para facilitar el seguimiento de las

preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

10. Otras preferencias

Finalmente, en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones, relacionada con un problema de salud mental, deseo que en las decisiones sanitarias que me afecten se tenga en cuenta lo siguiente. (Para facilitar el seguimiento de las preferencias, se recomienda incluir cualquier información adicional que se considere útil, como experiencias previas, motivos, etc.):

11. Designación de Representante

Se recomienda a la persona firmante elegir como representante a una persona de confianza (familiar, allegado/a, amigo/a, representante del movimiento asociativo, etc.) que conozca bien sus preferencias y valores y que tenga capacidad para actuar en su representación en un momento en el que tenga una incapacidad transitoria para tomar decisiones relacionadas con un problema de salud mental. Es importante que el/la representante participe en el proceso de formulación de preferencias, acompañando a la persona, de cara a conocer en profundidad sus deseos, y poder respetarlas llegado el caso.

Deseo nombrar para que actúe como mi representante cuando me encuentre en una situación de incapacidad transitoria para tomar decisiones a:

D/Dº _____

con DNI / NIE / Pasaporte Nº _____

Teléfono _____

E-mail: _____

Asimismo deseo, para el caso en que mi representante no pueda comparecer por imposibilidad manifiesta, nombrar como persona sustituta de mi representante a:

D/Dº _____

con DNI / NIE / Pasaporte Nº _____

Teléfono _____

E-mail: _____

La persona indicada debe actuar como mi representante en las siguientes situaciones:

12. Fecha de cumplimentación

En, _____ a _____ de _____ de _____

Titular Fdo.: _____

Nombre y apellidos: _____

Representante Fdo.: _____

Nombre y apellidos: _____

Profesional Fdo.: _____

Nombre y apellidos: _____