



# GRUPO MULTIFAMILIAR EN TIEMPO DE PANDEMIA, DE LO PRESENCIAL A LO VIRTUAL

MULTIFAMILY GROUP IN TIME OF PANDEMIC, FROM THE  
CLASSROOM TO THE VIRTUAL

Núria Puigdel·l·ivol Morta, Psicòloga del Servei de Rehabilitaciò Comunitària de Sarrià i Sant Gervasi,  
Grup CHM Salut Mental, Barcelona.  
Mireia Vidiella Roig, Psicòloga del Servei de Rehabilitaciò Comunitària de Les Corts,  
Grup CHM Salut Mental, Barcelona.  
Ana Aznar Mart·nez, Psicòloga del Servei de Rehabilitaciò Comunitària de Sarrià i Sant Gervasi,  
Grup CHM Salut Mental, Barcelona.

## 1. JUSTIFICACIÓN

A día de hoy, nadie cuestiona el papel fundamental de la familia en la recuperación de las personas que sufren o han sufrido un problema de salud mental. Los servicios de salud mental disponen de programas específicos que se han orientado a dar soporte a los familiares, mejorar sus competencias y a disminuir la “carga” emocional a la que su situación les expone.

El cambio de perspectiva que plantea el modelo de Recuperación enfatiza la importancia de construir un proyecto de vida que no se limita a atender la patología sino que se aproxima a la salud y al bienestar. En este proceso, la familia y la sociedad cobran una gran relevancia ya que son un elemento crucial para materializar esa evolución hacia un rol social con sentido y en la comunidad, que toma distancia del modelo de la cronicidad y la dependencia.

Los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRCs de aquí en adelante) son servicios de salud donde se promueve el proceso de recuperación y se trabaja a favor de construir un proyecto vital que identifique a la persona con sus deseos, necesidades y preferencias, superando la idea de la enfermedad como elemento identitario.

Entre los medios utilizados en este enfoque, está la intervención multifamiliar. Se trata de una modalidad terapéutica que, según describe García Badaracco (1999), se caracteriza por ser un espacio de encuentro entre diferentes familias, donde se ponen en juego los roles de cada persona con sus familiares y su entorno social, que permite pensar, resolver conflictos y el aprendizaje y ayuda recíproca. El grupo multifamiliar que analizaremos en el presente artículo, parte de esa idea y tiene un encuadre teórico basado en la teoría del apego y las prácticas dialógicas, y en el modelo comunitario del diálogo abierto de J. Seikkula (2016).

Este modelo es complementario al resto de intervenciones del SRC y cuenta con la ventaja de poder ofrecer atención regular y frecuente a un elevado número de personas con problemas de salud mental y sus familias, de forma simultánea

## 2. CARACTERÍSTICAS

El grupo multifamiliar descrito en este artículo es un grupo compuesto por personas atendidas en los SRCs debido a problemas de salud mental y sus familiares, pudiendo ser éstos sus parejas, padres/madres, hermanos/as o hijos/as y pudiendo ser convivientes o no.

El grupo es abierto, cualquier persona atendida en los SRCs y/o sus familiares pueden participar. El diagnóstico no es un elemento definitorio a la hora de determinar la participación en el grupo; sí lo es la existencia de conflictos inter e intra familiares, así como las dificultades en la comunicación y en las dinámicas. También es abierto en cuanto a su temporalidad, ya que las personas participantes pueden abandonar el grupo en cualquier momento como también, incorporarse nuevos miembros a lo largo del tiempo. Además utiliza un abordaje abierto, donde no existe una jerarquía ni guión establecido, sino que las personas del grupo toman la palabra libremente y plantean los temas que les interesan o preocupan.

El grupo está conducido por dos psicólogas especializadas en terapia de grupo. Regularmente también participan alumnas en prácticas de diferentes formaciones teóricas.

La frecuencia de las sesiones es quincenal y tienen una duración de 90 minutos. Las conductoras del grupo dedican 30 minutos previos a la preparación de la sesión y los 30 posteriores, a su valoración.

Se lleva a cabo en un espacio comunitario externo a los SRCs, poniendo así en valor el enfoque comunitario del mismo y tomando como lugar de encuentro un espacio neutro y natural, facilitando así una posición horizontal de las personas que lo componen. Tras la irrupción de la pandemia sanitaria por Covid-19 y tras una breve suspensión de las sesiones, se retomaron de forma telemática hasta la actualidad.

## 3. METODOLOGÍA

En la primera sesión del grupo y tras la acogida, se realiza una presentación de todas las familias y del equipo conductor. Se explica la metodología que se seguirá y el funcionamiento del grupo. Se comparten los principios básicos de cualquier grupo terapéutico, como son la confidencialidad, el compromiso, la puntualidad, el turno de palabra, haciendo énfasis en los principios de un grupo multifamiliar que son: no hablar por el otro/a, hablar de uno/a mismo/a y desde uno/a mismo/a, expresión libre, se puede hablar de todo, no hay temas tabú y se trabaja desde cada uno/a como experto/a en experiencia. Una vez aclarado esto, se da comienzo a esta primera sesión preguntando a los/las participantes sobre sus expectativas y en qué creen que el grupo puede ayudarles en el momento actual.

En las siguientes sesiones, las conductoras abrirán la sesión con un breve resumen de los aspectos más destacables del encuentro anterior y a partir de ahí, se animará al grupo a seguir trabajando en alguna de estas cuestiones o se abordarán otras que surjan de forma espontánea.

La sesión termina con una breve referencia, por parte de las conductoras, de los temas tratados durante la sesión, e invitando al resto de los participantes a añadir algún último comentario. El grupo se despide hasta la siguiente sesión.

Javier Sempere y Claudio Fuenzalida (2017), en su libro *Terapias Multifamiliares*. El modelo interfamiliar: La terapia hecha entre todos, resume las bases teóricas en que se sustenta el grupo multifamiliar que estamos analizando. Los cuatro pilares fundamentales en la terapia intrafamiliar son la teoría del apego y el correlato neurobiológico, la terapia grupal, la terapia familiar y las intervenciones en red social.

Algunos principios que se ponen en práctica en el grupo multifamiliar, podrían resumirse en:

- Trabajar desde el sentir actual.
- Una comunicación clara por parte de las conductoras, utilizando un lenguaje común sin tecnicismos y compartiendo la propia resonancia emocional.
- Poner énfasis en la experiencia propia, más allá de la teorización.
- Promover el sentimiento de pertenencia de grupo.
- Promover la horizontalidad de todos los/las componentes del grupo, cada uno es experto en su experiencia.
- Ayudar a salir de las etiquetas diagnósticas y de los grupos sociales (los diagnosticados/los no diagnos-

ticados; los sanos/los enfermos; paciente/familiar/profesional...), todos formamos parte de un mismo grupo.

- Enfocarse en el potencial de cambio y promoción de la esperanza.
- Animar a los participantes a que compartan sus pensamientos y sentimientos desde uno/a mismo/a, evitando hablar por el otro/a.
- Evitar los eufemismos y llamar las cosas por su nombre (cáncer, suicidio...).
- Ayudar a reconocer la propia responsabilidad.
- Ayudar a identificar dinámicas disfuncionales promoviendo otras más saludables.
- Acoger y permitir, personal y grupalmente, todas las expresiones emocionales (llanto, enfado, silencio...).
- Ayudar a afrontar mejor la incertidumbre (sentimiento intensificado durante la pandemia).

El principal recurso del grupo multifamiliar es poder contar con el otro, todos y cada uno de los componentes del grupo son sujetos activos en la terapia y corresponsables del propio proceso terapéutico y del de los otros.

## 4. OBJETIVOS

- Mejorar las relaciones, la comunicación y el bienestar entre los miembros de la familia.
- Ofrecer un espacio para expresar y compartir las propias experiencias con otras familias.
- Disminuir el aislamiento y aumentar el soporte social.
- Disminuir el nivel de estrés.
- Aumentar la comprensión del propio funcionamiento mental y del de los familiares, así como de los roles que cada uno toma en relación al grupo familiar.
- Mejorar la identificación de dinámicas familiares disfuncionales, optando por formas de interacción más saludables.
- Mejorar la resolución de conflictos familiares
- Mejorar la capacidad para tomar decisiones por uno/a mismo/a.
- Tener la oportunidad de escuchar y ser escuchado/a desde una posición no jerárquica.
- Poner en valor las capacidades de las familias en la propia gestión de lo cotidiano.
- Ayudar a dar sentido a la experiencia del problema de salud mental para los distintos miembros de la familia.

## 5. EVOLUCIÓN DEL GRUPO Y CONSIDERACIONES DEL FORMATO VIRTUAL

El grupo multifamiliar del SRC se inicia en noviembre de

2019 de forma presencial y con frecuencia quincenal, en un espacio comunitario del distrito donde está ubicado uno de los SRCs. Se mantiene en este formato hasta principios de marzo de 2020 cuando, a causa de la irrupción de la pandemia sanitaria por COVID-19, se suspende temporalmente durante dos meses. Hasta ese momento participaron un total de 35 personas (14 familias), de las cuales 30 acabaron conformando un grupo estable.

En junio de 2020, el grupo se retoma de forma telemática, manteniéndose así en la actualidad. Al paso a este formato se desvinculan 10 personas: cinco de ellas debido a dificultades técnicas por la metodología online, dos por el incremento de sintomatología paranoide asociada al nuevo formato, una por incompatibilidad con el horario laboral, una por descompensación clínica y posterior ingreso hospitalario, y otra por incompatibilidad horaria con otra actividad del SRC.

Pasado un tiempo y pese a que el modelo telemático permite mantener la continuidad del grupo e incluso la asistencia de familiares que de otro modo no hubiesen podido participar debido a la distancia o a los horarios, se ponen de manifiesto ciertos hándicaps que hacen necesaria la revisión de algunos aspectos, teniendo que recordar y clarificar las bases del funcionamiento del grupo que favorezcan la evolución grupal ahora de forma telemática.

Desde casa, las interferencias son más frecuentes (ir al baño, a la cocina, llaman a la puerta...), se acuerda que al igual que en los encuentros presenciales, hay que intentar permanecer en el grupo durante toda la sesión y si hay algún motivo por el que haya que irse, se avisará previamente. También se detecta puntualmente falta de privacidad: en alguna ocasión mientras se reunía el grupo, se veía pasar a alguna persona ajena que podría estar escuchando las intervenciones sin formar parte de él. Se enfatiza la importancia de cuidar del tiempo y del espacio grupal, actuando de la forma más parecida al encuentro presencial y procurando un espacio que garantice la confidencialidad de todas las personas del grupo.

La espontaneidad se ve reducida. Frente a la pantalla se hace difícil gestionar el turno de palabra y en un grupo tan numeroso, funcionar con el micro abierto puede dar lugar a interferencias acústicas que dificultan el desarrollo de la sesión. Para no solaparse en las intervenciones hay que cerrar el micro y pedir el turno de palabra con la funcionalidad de levantar la mano o solicitarlo en el chat.

Cuando distintas personas de una familia se conectan desde un mismo dispositivo y el micro está apagado, hay una mayor tendencia a hablar entre ellos sin compartir estos comentarios con el resto. Este detalle que presencialmente a penas se da, puede distraer a los demás o incluso generar cierta desconfianza en algunas personas. Se acuerda que hay que tratar de evitar los comentarios en voz baja y si se producen, se les señala para animar a compartirlos con el resto del grupo.

Una pérdida comentada por los/las participantes ha sido el espacio pre y post grupal, ese momento de encuentro informal y espontáneo que funciona como un potente agente de cohesión, al igual que las rutinas que algunas familias habían establecido en torno al espacio multifamiliar (pasar a buscar a su hijo para ir juntos al grupo, comer fuera al terminar...), estableciendo cierta continuidad del encuentro, generando nuevas formas de estar juntos. Por otra parte, el terreno virtual brinda una nueva manera de estar en con-

tacto entre sesión y sesión: el mail grupal que las personas participantes acuerdan generar, no sólo sirve para hacer llegar el enlace de la conexión, sino también para compartir informaciones de interés general, avisos de faltas de asistencia y otras cuestiones relacionadas con el grupo.

## 6. VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Desde el inicio del grupo y hasta la actualidad, se han llevado a cabo un total de 32 sesiones, con un elevado nivel de asistencia (83%).

Para valorar la satisfacción, impresiones y propuestas de las personas participantes, durante los meses de octubre y noviembre de 2021 se pasó un cuestionario individual. El 100% de los/las participantes afirmaron que gracias al grupo habían mejorado las dinámicas familiares:

- *El hecho de que participemos toda la familia, nos da la posibilidad de hablar de temas que en casa no hablamos.*
- *He podido entender mejor el soporte de los familiares.*
- *Entiendo mejor las emociones de mi madre respecto a la enfermedad de mi hermano.*
- *No podemos pedir más de lo que el otro puede hacer.*

El 92% de ellos/as creen que ha mejorado la comunicación intrafamiliar:

- *Hay cosas que en persona no nos hemos atrevido a hablar y que a través del grupo hemos podido expresar y aclarar, ya que las desconocíamos por ambas partes.*
- *Ahora hablamos más entre nosotros.*
- *He podido ver que mi hijo muestra interés en participar en el grupo, es la única actividad regular que acepta realizar.*
- *Me ha servido para valorar más lo que los familiares hacen por nosotros/as.*
- *Me ha permitido ser más honesto a la hora de compartir mis sentimientos ante mi hermana.*
- *Hemos compartido vulnerabilidades que sin el grupo, no creo que hubiésemos podido hablar.*

El 100% de los/las componentes del grupo opinan que ha sido útil disponer de un espacio para compartir experiencias con otras familias:

- *Para saber cómo actuar según en qué situaciones de la vida.*
- *Para encontrar similitudes entre los propios problemas y los de otros familiares, o los de personas con el trastorno.*
- *Es útil salir de la propia perspectiva e integrar otras experiencias.*
- *Me ayuda a entender que no estamos solos y aumenta mi empatía con los demás.*

Respecto a los aspectos destacables:

- *Las sesiones han estado bien guiadas y linkadas entre ellas.*

- *La empatía, paciencia y escucha sin prejuicios de las terapeutas.*
- *La valentía y voluntad de todos los miembros del grupo para abrirse y compartir sus problemas.*

Propuestas de mejora:

- *Finalizar la sesión resumiendo los temas y/o ideas habidos.*
- *Proponer tareas para casa entre sesiones para hacer un trabajo más personal.*

Paralelamente y de forma grupal, se dedicó una sesión a valorar conjuntamente la experiencia. Para todas las personas del grupo, ésta ha sido su primera experiencia multifamiliar. Todas ellas estuvieron de acuerdo en preferir el formato presencial al telemático. Algunos de los testimonios recogidos fueron:

- *Es un grupo en el que podemos reunirnos los que vivimos de forma directa el problema de salud mental y los familiares, que lo viven de forma indirecta.*
- *El hecho de escucharnos disminuye la incompreensión que puede haber entre usuarios y familiares.*
- *El sufrimiento es democrático, en el grupo lo podemos compartir todos.*
- *Es interesante la participación de algunos hermanos en el grupo, ofrece perspectivas y carga emocional diferente que la de la relación madre/padre-hijo o de pareja.*
- *Es una pena que no puedan participar más familiares, pero podemos traer cuestiones relacionadas con ellos y hacerlos partícipes desde la distancia.*
- *Es la única actividad grupal que hace mi hijo y para mí tiene mucho valor.*
- *Es bonito y enriquecedor compartir entre todos las experiencias en primera persona.*
- *Podemos poner en valor el malestar que cada uno sufre, el problema es común, el malestar de quien sufre el problema en primera persona no es más importante que el del resto de familiares.*
- *Sería interesante que participasen otros perfiles profesionales, como psiquiatras, y cuántos más miembros de la familia, mejor.*

Las conductoras del grupo valoran que ha habido una evolución grupal y en muchos casos individual, en la que destacan:

- *El/la familiar ha pasado de hablar del paciente y para el paciente, a hablar de sí mismo.*
- *Al inicio se observaba la necesidad de identificarse con una categoría: paciente, familiar, profesional, quien toma medicación... pero poco a poco se ha ido pasando a una única categoría: componente del grupo.*
- *Los/las participantes han empezado a hacer preguntas directas a otros miembros y se han interesado por la continuidad de algún malestar o situación compleja que se ha planteado en el grupo.*

- *Se ha pasado de hablar de problemas generales (medicación, sistema de salud, estigma...) a problemas y situaciones más cotidianas y personales.*
- *El grupo se ha convertido para muchas personas en un espacio de apoyo emocional, afectivo... empoderándose para tomar decisiones y/o realizar acciones concretas.*
- *El grupo genera esperanza en el cambio.*
- *Se han podido poner de manifiesto diferentes dinámicas y perspectivas ante situaciones similares.*

Todas estas cuestiones han hecho que las conductoras planteen algunas de líneas de trabajo para seguir avanzando en el desarrollo de esta experiencia. Una idea sería transmitir a los servicios derivantes, la posibilidad de que indiquen el grupo a familias concretas, que dejen de pensar en el SRC únicamente como un espacio terapéutico para indicar a personas diagnosticadas. Del mismo modo, sería interesante fomentar nuevas perspectivas profesionales incorporando otros perfiles al grupo tales como educadores/as sociales, terapeutas ocupacionales, integradores/as y trabajadores/as sociales, psiquiatras, etc.

Abrir el espacio de valoración post-grupal a todos/as los/las participantes podría ayudar a tomar mayor conciencia del propio funcionamiento y de las emociones que uno/a genera en los demás, invitarles a escuchar las impresiones de las conductoras sobre cómo se ha desarrollado la sesión y las dinámicas que van observando.

Sería enriquecedor utilizar nuevas estrategias, como el psicodrama o el uso de fragmentos de películas y series que estimulen la reflexión sobre los roles en las relaciones. Por último y dada la perspectiva que la pandemia sanitaria nos ofrece, valorar la posibilidad de trabajar en formato híbrido de forma definitiva, combinando la presencialidad y la conexión telemática de manera que las personas con dificultades para manejarse en lo virtual puedan mantener el vínculo grupal, y quienes tienen más limitaciones debido a la distancia o los horarios, puedan mantener su participación en el grupo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcalde, A. et al.(2014). Una experiencia de grupo multifamiliar con personas con trastorno mental grave. *Clínica Contemporánea*, 5 (2): 205-212.
- García Badaracco, J.E. (1999). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2016). *Diálogos Terapéuticos en la Red Social*. Barcelona: Herder.
- Sempere, X. y Fuenzalida, C. (2017). *Terapias Multifamiliares. El modelo interfamiliar: La terapia hecha entre todos*. Barcelona: Prismática Editorial.
- Sempere (2013). *Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre Familias"*. Análisis y difusión del modelo terapéutico. *Psicoterapia y Psicodrama* Vol. 2, nº 1, 2013. Pág. 88-105.
- Sempere (2015). *Terapia Interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia*. Facultad de Medicina de Murcia.
- Sempere, J., et al (2012a). Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2 (1): 109-122.
- Shepherd G, Boardman J, Slade M. *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2008 (Traducción al castellano en: *Hacer de la recuperación una realidad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2008), citado en: *Reflexiones en torno al modelo de recuperación*, Reflections on the recovery model, José Juan Uriarte, JJ, y Vallespi, A. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2017; 37(131): 241-256.

## 1. INTRODUCCIÓN

(R.P.Lieberman, 2006)

No es una combinación simple la que entrelaza este número de la revista cuando busca el abordaje familiar desde la Rehabilitación Psicosocial. Como ya referenció Ricardo Guinea, nombrando a B.Sarraceno, la Rehabilitación Psicosocial es “una práctica en espera de una teoría” y el concepto de familia no puede descontextualizarse de las lentes desde las que se observe, según el momento histórico, la disciplina e incluso la ideología desde la que se mire. Por todo lo anterior, tocaría recoger algunos conceptos, algunos mimbres, donde enmarcar la intervención desarrollada, buscando una narrativa longitudinal.

Buscando una visión interdisciplinar de familia, leyendo a Gómez y Guadiola (2014), podemos comprender cómo la familia es el mínimo núcleo de interacción en el que podemos dividir la sociedad, un sistema autónomo a la vez que interdependiente, sin capacidad de autoabastecimiento por sí misma, necesitando la sociedad de la familia y la familia de la sociedad, con una retroalimentación fundamental para la supervivencia de ambas.

Es un sistema ecológico, un primer lugar de aprendizaje de humanidad, donde se transmiten valores éticos, sociales y culturales que aportan un sentido de trascendencia de la propia existencia individual.

Pudiendo valorar diferentes definiciones, si miramos a la familia desde el derecho, la economía, la biología, etc., la psicología, entre la multitud de autores arroja esta:

*“...como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.”*

(Malde Modino, 1, 2012)

Esta visión, de unión en base a un proyecto vital y sentido de pertenencia, permite acoger las diferentes estructuras familiares reconocibles en la actualidad, desde una visión transnormativa, y más flexible a la hora de acoger en los servicios de atención.

En este preámbulo, antes de exponer lo que desde nuestra experiencia hemos podido desarrollar junto a las familias que solicitan nuestros servicios, recordamos aquella mítica entrevista recogida en esta revista al doctor Liberman. Así, pedazo a pedazo a lo largo de su entrevista, vamos encontrando algunas respuestas:

*“Si al paciente o a la familia no se les da inmediatamente la justificación de cualquier diagnóstico, aunque se planifique o den diagnóstico y tratamiento, aparecerán luego muchos problemas inadvertidamente causados por aquellos responsables del tratamiento y la evaluación inicial. Es probable que aparezcan malentendidos, el estigma será un obstáculo, la falta de cumplimiento del tratamiento pondrá en entredicho la mejora, y el paciente y la familia serán excluidos del «trabajo en equipo» que debe tener lugar si se esperan obtener buenos resultados”*

En pro de esta justificación a lo largo de la historia de la profesionalización de la salud mental, la familia ha sufrido juicios cargados de culpabilización, sumando sufrimiento al no poco dolor de lo que supone la aparición de un trastorno mental grave en la unidad familiar. Así, en ocasiones, miembros no identificados, a veces por dificultades del sistema en la detección, con alto sufrimiento emocional, son percibidos desde la hostilidad versus a individuos necesitados de apoyos. De las palabras de Liberman es importante rescatar el papel pedagógico que el profesional que trabaja en salud mental debe desarrollar, haciendo equipo con todos y cada uno de los miembros de la familia, con otros profesionales, con otras redes de apoyo.

*“Las experiencias emocionalmente más poderosas vienen de mi trabajo con familias, dado que nada es tan importante como ver a familias desarrollar cohesión, aceptación de la enfermedad mental, mejora de la comunicación de habilidades y sentido de la defensa frente al estigma [...]”*

(R.P.Lieberman, 2006)

En estas líneas se vislumbra el necesario componente de la esperanza que otro grande como B. Antony nos dejaba como ingrediente imprescindible para la Recuperación. En ellas, el papel del profesional cobra un segundo plano, colocando el foco en el papel del sistema familiar, en su capacidad de resiliencia, con una visión de proceso, con hitos cuantificables y medibles como son el apoyo entre sus miembros, el proceso de aceptación, la comunicación, las barreras frente al estigma social y la superación del estigma internalizado, presente, no sólo en la persona con un problema de salud mental, también en el sistema familiar.

Ante lo anterior toca parafrasear al filósofo de la compasión, Aurelio Arteta. En las lecturas y relecturas de este autor nos reencontramos con esta palabra manida desde las morales, pero recompuesta y revalorizada en las terapias de tercera generación, donde coloca la verdadera compasión como una actitud exigente, interperándonos como profesionales en poner esfuerzo en comprender y apoyar con sentido y con sentidos. Exige una aproximación al máximo, examinando nuestra capacidad empática. Nos exige al profesional colocar bienestar al servicio, en este caso, de la familia, es una compasión creadora, con la exigencia de evitar dependencias y rescatar competencias en quien tenemos en frente.

### DESARROLLO

Así, desde esta compasión, con nosotras mismas y con quien acude a solicitar nuestro acompañamiento, implica hacer una revisión longitudinal de las herramientas puestas al servicio de las familias desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Badajoz (de ahora en adelante CRPS) desde su creación en 1998.

En estas páginas nos centraremos en la metodología grupal, destacando cómo el trabajo individual, tanto con las personas con rol de “acompañante” como familiar de la persona identificada como usuaria, como individual en formato familiar, es una constante, visi-

bilizándolo con las primeras aproximaciones al CRPS de la persona, donde se le invita, siempre que esta sea su voluntad, a que participe con quienes considere que pueden ser sus referentes en el proceso, enfatizando en la justificación para ello en la evidencia técnica y científica según las guías clínicas vigentes. En esos primeros contactos, se recalca en la existencia de espacios también para la familia específicamente y cómo la comunicación debe ser desde ellos, nunca siendo los profesionales transportadores de información o sustitutos de la necesaria comunicación familiar.

Centrándonos en esos espacios grupales, siempre presentes en la cartera de servicios del CRPS, nos remontamos a los “clásicos” grupos psicoeducativos. Ya Greenberg y colaboradores en 1988 definían sus objetivos como: impartir información que facilitara la comprensión de la enfermedad, conocer los diferentes servicios de apoyo y recursos para la persona usuaria y para las familias, incrementar las habilidades de la vida cotidiana y la capacidad de adaptación, concienciar a las familias de sus propias capacidades y derechos, rescatar estrategias de afrontamiento útiles, promover el apoyo entre iguales y construcción de relaciones más productivas entre personas usuarias, familiares y profesionales.

Estos espacios grupales ofrecían herramientas e información en manos de las familias, buscando ser apoyos para las personas usuarias y dejando a un segundo plano, casi en función de la sensibilidad del profesional que dirigía, el bienestar de las personas con rol “familiar”. Un par de décadas atrás, estos grupos tenían un perfil medio: madres de avanzada edad.

Una siguiente fase vendría a comprender el sufrimiento emocional que supone la existencia del malestar psíquico en el seno familiar, siendo necesario el acompañamiento de iguales, de un “necesitamos contar a quien pasa por lo mismo”, un acompañamiento guiado. Así surgen los grupos de apoyo, inicialmente como una segunda fase de los grupos de Psicoeducación y que posteriormente fueron ganando entidad propia en las tardes de los miércoles.

Estos Grupos de Apoyo se fueron nutriendo de lecturas y rotaciones, y tras el paso por las lecturas sobre la construcción de los grupos por García Badaracco en el Borba, nuestros Grupos de Apoyo, de manera humilde fueron incorporando también la figura de la persona usuaria. Inicialmente de forma experimental, puntual, desde el miedo a lo desconocido, haciendo el grupo como si recibiera una visita, hasta constituirse en aquellos primeros “una vez al mes” hasta constituirse como antesala de nuestro MULTIFAMILIAR, pero... de eso hablamos más tarde.

Y llegó la oportunidad del EDUCA-ESQ, pudiendo participar en su fase experimental, el grupo psicoeducativo fue renovado y mejorado, equilibrando información con autocuidado, empezando a colocar el foco en el que participa, como persona digna de cuidados, como persona que sufre y desde ahí se convirtió este modo de trabajo en la base del trabajo grupal con familias. Primero con la población que la investigación había demostrado eficacia, esquizofrenias y otros psicosis, para después adaptar el material a trastor-

nos de personalidad, trastornos afectivos, perfiles jóvenes, hasta caminar a un modelo transdiagnóstico, desde la base del modelo explicativo vigente desde 1977 de Zubin y Spring hasta ir introduciendo poco a poco de forma pedagógica el modelo de Recuperación.

Y en 2018 dimos el salto, introducimos el modelo MULTIFAMILIAR, un espacio para hablar de las familias con todos sus miembros, madres y padres, hijas e hijos, más allá de la propia unidad de familia, unidos en un mismo espacio grupal, y le perdimos el miedo. Antes de dar el paso, nos cubrimos de técnica y de medidas, de cuestionarios y análisis, intentando tapar las inseguridades de los propios conductores, con el empuje de una dirección técnica que intuitiva y técnicamente reconocía el camino. Desde aquí llegamos al señalado en todos nuestros calendarios marzo de 2020. La pandemia nos cerró el centro, pero no la atención y en abril nuestro atisbo de multifamiliar dio el salto a la pantalla y nos acompañamos en el encierro cada tarde de miércoles a las 16:30h., con medios y conocimientos tecnológicos escasos, pero con mucha necesidad de contacto. Ahora las video-llamadas y los espacios telemáticos nos suenan a manido, pero en el no tan lejano marzo de 2020 era un salto y un atreverse. Con mucha formación individual previa (los profesionales de la salud mental nos convertimos de manera artesana o precipitada en monitores de nuevas tecnologías, peleando contra las brechas, entre ellas la tecnológica) para que la mayoría pudiéramos estar, nos dimos cuenta del poder de los recursos familiares, de cómo las diferencias se hacían más evidentes, las diferencias económicas, las diferencias de apoyo intergeneracional, etc., las diferencias.

Y sí, volvimos a abrir los centros, pero nuestro espacio telemático continuaba. Habíamos conseguido crear calidez tras la luz azul de las pantallas ¿porqué desperdiciarla? ¿porqué dejar atrás una metodología que ha servido para acercar lo terapéutico a la España vaciada, que ha servido para tender puentes en lo relacional y en lo rural?

Y retomamos los espacios grupales de EDUCA, aliamentando el grupo multifamiliar.

La reapertura del centro hizo que la primera oleada pandémica de perfiles jóvenes llegase al CRPS y creímos que era el momento de comenzar desde cero un nuevo espacio telemático, desde el principio con formato MULTIFAMILIAR. Al principio necesitando artificios de material divulgativo para manejar las incertidumbres profesionales, pero caminamos hacia el actual espacio que se mantiene dos temporadas después, con una matriz grupal consolidada y una estructura flexible pero afianzada.

En la actualidad, coexisten grupos presenciales y telemáticos, específicos para familiares y de corte multifamiliar, grupo de apoyo, que acoge a algún familiar porque... lo transdiagnóstico ha caminado casi a lo transperfil, quizá en el lenguaje coloquial se entendería diciendo que muchos procesos son un “dos por uno” o “tres por uno”, donde el apoyo a persona usuaria (quien aporta el nombre en el informe de derivación) y persona acompañante es continuo, dándose cada vez, de manera más fluida, autorevelacio-

nes de “yo también” en las personas que, de entrada, acompañan.

Estos espacios puramente terapéuticos se entrelazan con espacios de participación como ASAMBLEAS o COMISIONES PERMANENTES, donde la apertura al perfil “acompañante” ha sido continuo y fructífero. Colocarnos todos de manera horizontal, desde los conocimientos, unos desde la academia, otros desde la técnica, otros desde la experiencia, construyendo diálogos.

#### DISCUSIÓN

Y para la reflexión regresamos al doctor Liberman:

*“Soy verdaderamente hipomaniaco, dado que tengo un trastorno bipolar II, he sufrido episodios de depresión desde la edad de 16 años y he podido mantenerme bien sin ninguna recaída durante los 10 últimos años tomando un estabilizador del ánimo y un antidepresivo cada día. A menos que los líderes en nuestra profesión puedan hablar de una forma directa sobre su éxito al superar sus desórdenes cerebrales (por ejemplo esquizofrenia, depresión, pánico, ansiedad social, etc.) con los beneficios de los tratamientos modernos continuaremos acarreado un estigma precisamente a nuestros pacientes. ¿Porqué pueden los internistas hablar abiertamente sobre sus luchas con el cáncer o las enfermedades cardíacas mientras los psiquiatras no podemos o somos reacios a descubrir nuestros éxitos en nuestro tratamiento con los problemas mentales?”*

(R.P.Liberman, 2006)

Esta reflexión en primera persona nos lleva a la importancia de la autenticidad y la honestidad en los espacios terapéuticos, a ese darnos al que nos animaba Aurelio Arteta y sólo desde ahí se puede estar en el multifamiliar, conectando, siendo modelo, evitando los “ellos frente a nosotros”, para conectarlos en el universal idioma de la emoción. Porque la tristeza es tristeza la sienta quien la sienta, porque la rabia es rabia, emana de lo que emana, porque la alegría es energía, proceda del foco que sea. Quizá, aquellos espacios terapéuticos para todas y todos en medio del confinamiento nos ayudaron a liberarnos de los púlpitos, porque nos afectó a todos, personas usuarias, familiares, profesionales, voluntarias, etc. El miedo fue genérico, la lucha necesariamente de todos y, desde ahí, una cadencia que se alarga como se alarga la pandemia.

Y de nuevo la reflexión del maestro Liberman (2006): “Un solo traje no va bien a todo el mundo; por ello, la tarea supone reajustar la técnica a la persona.” De ahí que se mantengan a día de hoy diferentes metodologías de atención, deben coexistir, más allá de apetencias, deseos o preferencias profesionales, porque en el centro están las familias, están sus maneras e historias, sus necesidades y posibilidades.

Así, como el hilo conductor nos lo ha puesto uno de los referentes de la Rehabilitación Psicosocial, acabar con él es justicia y inspiración:

*Si queremos cruzar océanos para descubrir nuevas tierras debemos tener el coraje de perder de vista la orilla. Si deseamos crear nuevo conocimiento y nuevas técnicas de tratamiento para ayudar en la recuperación de*

*nuestros pacientes, debemos renunciar a la seguridad y familiaridad de las tradiciones profesionales.*

(R.P.Liberman, 2006)

#### BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, M. (1984). Terapia familiar: un enfoque interaccional. In *Terapia familiar: un enfoque interaccional* (pp. 178-178).
- Bejarano Fernández, T. (2002). A. Arteta, “la compasión”. *Thémata*, 28, 297-302.
- Delfa Cantero, A. I., & Mogollón Rodríguez, C. (2010). Intervención junto con la familia en el centro de rehabilitación psicosocial de badajoz. *Inf. psiquiatr.*, 301-316.
- García Badaracco, J. E. (2000). Psicoanálisis multifamiliar; los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. In *Psicoanálisis multifamiliar; los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo* (pp. 332-p).
- García Badaracco, J. E. (1990). Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. *Tecnipublicaciones*.
- Gómez, E. O., & Guardiola, V. J. V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10(1), 11-20.
- González Cases, J., & Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
- Guinea Roca, R. (1998). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(65), 151-164.
- Liberman, R.P.(2006). Entrevista con el Dr. Robert Paul Liberman. *Rehabilitación Psicosocial*. Vol3. Num.1, 33-37.
- Macías, F. J. S. Una aplicación del análisis narrativo a la rehabilitación psicosocial del enfermo mental: Una investigación sobre el cambio narrativo en pacientes esquizofrénicos.
- Mogollón, C. (2017). Expresión del modelo de recuperación: “Comisión Permanente”. In *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social* (pp. 1619-1627). Aranzadi Thomson Reuters.
- Mogollón, C., & Delfa, A. I. (2015). Percepción de la impredecibilidad emocional de las personas con trastornos mentales graves, investigación como antesala en la intervención social. *Trabajo social y salud*, (82), 59-68.
- Muela, J. A., & Godoy, J. F. (2001). Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*, 13(1), 1-6.
- Read, J., Mosher, L. R., & Bentall, R. P. (2006). Modelos de locura: Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia. Barcelona: Herder.
- Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2017). *Terapias multifamiliares: El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos*. Psimática.