

Artículo científico

La mente ampliada: descripción y análisis de un grupo multifamiliar

Iria Domínguez Vázquez

Psiquiatra, coordinadora de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Atención Domiciliaria (UHPAD)-Programa de Soporte Individualizado (PSI)-Atención familiar y comunitaria.

Fundació Sanitària de Mollet.

Mollet del Vallés, Barcelona.

Resumen

La terapia multifamiliar es un tipo de abordaje psicoterapéutico grupal que integra a pacientes y familiares, utilizado para tratar personas con diferentes diagnósticos psiquiátricos, incluyendo pacientes con trastorno mental grave y trastorno por uso de sustancias.

En el presente trabajo, se plantea analizar el beneficio de una intervención psicoterapéutica de tipo grupal y estructura multifamiliar a través de una aproximación teórica y mediante un estudio experimental, que incluye pacientes en seguimiento en un centro de salud mental y sus familiares.

En dicho estudio, los pacientes reclutados y sus familiares se asignaron de forma aleatoria al grupo experimental, que inició la intervención inmediatamente después del reclutamiento, o al grupo control, que fue un grupo de espera que inició la intervención a los seis meses. Se midieron el número de reingresos, días de ingreso, número de consultas urgentes y número total de visitas ambulatorias a los seis meses del reclutamiento, en el grupo control y en el grupo a estudio.

Los resultados obtenidos indican que las personas que asisten al grupo multifamiliar presentan una estabilidad clínica mayor que los pacientes del grupo control, si bien la diferencia no es estadísticamente significativa.

A pesar de la débil evidencia, el presente estudio contribuye a aumentar el conocimiento científico sobre la terapia multifamiliar y apoya su uso para el tratamiento de personas con patología mental grave en la red pública de salud mental y adicciones.

Palabras clave: terapia multifamiliar, patología mental grave, terapia de grupo, salud mental y adicciones

Abstract

Multi-family therapy is a psychotherapeutic approach that integrates patients and families, used to treat people with different psychiatric diagnoses, including patients with severe mental disorders and substance use disorders.

In the present work, the benefit of a multi-family group intervention is analyzed through a theoretical approach and through an experimental study, which includes patients in follow-up in a mental health center and their relatives.

In this study, the recruited patients and their families were randomly assigned to the experimental group, which started the intervention immediately after recruitment, or to the control group, which was a waiting group that started the intervention at six months. The number of readmissions, days of admission, number of urgent consultations and total number of outpatient visits at six months were measured in the control group and in the experimental group.

The results obtained indicate that people who attend the multi-family group show greater clinical stability than the patients in the control group, although the difference is not statistically significant. Despite the weak evidence, the present study contributes to increasing scientific knowledge about multi-family therapy and supports its use for the treatment of people with severe mental disorders in the public network of mental health and addictions.

Keywords: multi-family therapy, severe mental disorders, group therapy, mental health and addictions.

Introducción: la atención en salud mental en la red sanitaria pública

El sufrimiento psíquico, entendido en su contexto individual, familiar y social, es una realidad universal que atraviesa a todo ser humano a lo largo de su existencia, y es necesario para el desarrollo del individuo, su identidad y sus recursos personales. No obstante, cuando este sufrimiento no puede ser contenido, pues excede las capacidades de afrontamiento de la persona y de su entorno, pueden aparecer manifestaciones emocionales o conductuales inusuales o problemáticas, que si se mantienen en el tiempo, provocan una respuesta de preocupación o rechazo en el entorno de la persona, alteran su bienestar físico o emocional e impactan de manera negativa en su funcionalidad. Es entonces cuando hablamos de patología mental.

La atención a las personas que presentan un problema de salud mental constituye una prioridad dentro del sistema sanitario público. La atención especializada en los centros de salud mental se reserva a aquellas personas con problemáticas de mayor gravedad. No obstante, la gestión de la demanda no siempre es fácil (Lobo, 2014), resultando complejo para el o la profesional poder determinar en una consulta la gravedad y, por lo tanto, la indicación o no de tratamiento. Por otra parte, la medicalización o problematización de situaciones vitales normales (donde el sufrimiento o malestar es adaptativo) implica un riesgo de iatrogenia, pues resta valor a los mecanismos de adaptación de la persona y merma su capacidad de agencia. Ello, unido a la presión de la sociedad actual, que exige al individuo un alto rendimiento y soluciones inmediatas a los problemas o malestares de la vida, contribuye a que muchas situaciones personales que tradicionalmente se han considerado dentro de las patologías mentales leves, acaben cronificándose y convirtiéndose en importante fuente de sufrimiento e incapacidad.

En las últimas décadas, la intervención farmacológica se ha erigido en el eje central del tratamiento de las personas etiquetadas con un trastorno mental grave. La concepción reduccionista de la patología mental como el resultado de una disfunción bioquímica ha contribuido a ello. No obstante, la investigación en psicofarmacología no está consiguiendo los resultados deseados (Fibiger, 2012).

Los fármacos de los que disponemos a día de hoy tienen una acción sintomática, y sus efectos desaparecen al suspender el tratamiento, lo que condiciona que se mantengan durante largos

periodos de tiempo y su retirada resulte complicada. Por otra parte, su eficacia es en muchos casos insuficiente, obliga a combinaciones de múltiples fármacos y su uso va asociado a efectos indeseables, en ocasiones graves.

Es por ello por lo que en la actualidad existe un creciente interés por las intervenciones psicosociales que puedan complementar o suplir el tratamiento farmacológico y contribuir a la mejora de la calidad de vida del paciente y su entorno. La inclusión de la familia en el tratamiento de las personas con trastorno mental y los tratamientos grupales son líneas en desarrollo. Un abordaje que aúna ambas intervenciones es la terapia grupal multifamiliar.

Los estudios realizados sobre terapia grupal multifamiliar en trastornos mentales graves muestran resultados prometedores. La terapia multifamiliar grupal propuesta por McFarlane, de corte cognitivo-conductual, ha mostrado su eficacia para reducir las recaídas y las rehospitalizaciones y mejorar el bienestar familiar en diversos estudios con pacientes con esquizofrenia y con primeros episodios psicóticos (McFarlane et al., 2003). Otros estudios con terapia multifamiliar desde un abordaje sistémico también muestran resultados prometedores (Stuart & Schlosser, 2009).

El abordaje grupal multifamiliar, en el cuál se incluyen pacientes con patología mental grave y sus familiares, reúne una serie de características que apoyan teóricamente su uso en el ámbito de la asistencia sanitaria en salud mental. Por una parte, el formato grupal ofrece una serie de ventajas, como son la universalidad, la aceptación, el apoyo, el aprendizaje por imitación o el compromiso con el grupo, como factores destacados frente al abordaje individual. Desde un punto de vista pragmático, el abordaje multifamiliar permite dar asistencia a un grupo numeroso y heterogéneo de pacientes y a sus familias. Si bien la coterapia es necesaria para dirigir este tipo de grupos y son necesarios del orden de 2 a 5 terapeutas por grupo, los recursos materiales y humanos requeridos son modestos en comparación a la asistencia prestada.

La terapia grupal multifamiliar es, por tanto, un tipo de intervención psicoterapéutica potencialmente útil para las personas atendidas en los centros de salud mental del sistema público de salud, y para sus familiares o personas significativas.

Marco teórico: la terapia multifamiliar y otros aportes enriquecedores

La terapia multifamiliar desde la perspectiva del psicoanálisis multifamiliar (García Badaracco, 1990) aparece como un espacio terapéutico dónde, a través de un clima de respeto, comprensión y aceptación, es posible reactivar el desarrollo de recursos potenciales sanos en la persona, abriendo la posibilidad a una recuperación sintomática y funcional. La presencia de la familia en el espacio grupal posibilita la identificación y modificación de dinámicas vinculares dañinas (interdependencias patogénicas), favoreciendo la individualización y el redesarrollo de la persona que manifiesta la patología familiar. A su vez, es un espacio para el tratamiento de los familiares, que en muchas ocasiones no manifiestan síntomas, pero sí replican patrones relacionales problemáticos que resuenan en el paciente designado (“presencias enloquecedoras”). De esta manera, el grupo multifamiliar trata conjuntamente a todos los miembros de la familia, favoreciendo el cambio de un patrón relacional rígido y asfixiante dentro de la familia a la construcción de vínculos más sanos y flexibles. El concepto de “virtualidad sana” hace referencia a la verdadera esencia de la persona, que muchas veces queda oculta por “personajes”, reproducción de patrones conductuales y relacionales ajenos, que cuando han sido poco ajustados, resultan enloquecedores. En el grupo multifamiliar, a través de la “mente ampliada”, es decir, la mirada de miembros de otras familias, conductores, observadores, etc., se facilita el poder redescubrir este verdadero *self*, lo cual posibilita el inicio del redesarrollo de la persona.

En los grupos multifamiliares se evitan las interpretaciones y se favorece la conexión emocional. Como explica M. E. Mitre (comunicación personal), discípula de J.G. Badaracco, la o el coordinador debe estar atento a los primeros esbozos sanos que comienzan a aparecer detrás del discurso del paciente (que en muchas ocasiones toman la forma de reproches y reclamos vengativos hacia las figuras parentales y hacia el grupo). En esos momentos, evitar las actuaciones (enfadarse, ridiculizar o interpretar de forma agresiva a la persona) y conectar con la ternura y la emoción, permite que la persona sienta que es vista en su verdadero ser (tal vez, por primera vez en su vida), y se dé cuenta de que necesita y puede contar con el otro.

Conectado con lo anterior, autores como D. J. Wallin (Wallin, 2012), enfatizan la importancia de la conexión emocional a través de la comunicación no verbal, lo cual constituye una puerta

de acceso al verdadero *self*, y a “lo sabido impensado”. Desde ahí, se abre la posibilidad de una elaboración consciente, lo que implica el desarrollo de la capacidad mentalizadora, reflexiva y narrativa. Lo terapéutico de cualquier terapia tiene más que ver con lo relacional que con una interpretación o una explicación de lo que le pasa al paciente, por muy acertada que esta sea. El concepto de “experiencia relacional correctiva”, entendida como una manera de hacer consciente los patrones relacionales del paciente a través de la relación con el terapeuta y con los demás miembros del grupo, parte de esa conexión emocional relacional, para la posterior elaboración reflexiva.

El autor hace un análisis del concepto de identificación proyectiva, relacionándolo con ese “resonar” corporal con las emociones del otro a través de una comunicación no verbal. Por lo tanto, poder estar atento a esos mensajes corporales propios que percibimos en nosotros mismos durante el transcurso de la terapia facilita ese proceso. D. J. Wallin habla de la psicoterapia como un proceso relacional que busca la reanudación del desarrollo sano, idea común a la terapia multifamiliar.

M. Marrone, en su libro “La teoría del apego: un enfoque actual” (Marrone & Diamond, 2001) define la teoría del apego como una manera de conceptualizar la tendencia del ser humano a crear lazos afectivos con otras personas. El autor, siguiendo a J. Bowlby, defiende que el apego es una fuerza motivacional primaria, al igual que lo sería la necesidad de alimentación y sexual, común a todos los miembros de la especie, predecible y que tiende a la preservación del individuo y a la continuidad de la especie.

Los tipos de apego condicionan la capacidad del individuo de tolerar la angustia, gestionar las emociones y sentirse válido, es decir, desarrollar un autoconcepto positivo.

Además, condicionará la capacidad narrativa del individuo. En las familias dónde existe abuso, negligencia o maltrato, es más difícil que exista la posibilidad de un diálogo reflexivo sobre lo que ocurre. Eso se traducirá en una alteración de la capacidad narrativa de la persona (narrativas incoherentes/desorganizadas). A través de la terapia se ayuda al paciente a “dar sentido” a las vivencias, integrando los eventos traumáticos, como parte del proceso de elaboración y recuperación.

El concepto de interdependencias recíprocas, uno de los pilares de la teorización de J. G. Badaracco, tiene claros paralelismos con la teoría del apego. Las interdependencias recíprocas

(Sempere & Fuenzalida, 2017) son definidas como pautas relacionales que configuran la identidad de la persona, y se basan en identificaciones con los modelos operativos internos de las figuras de apego. Pueden ser normogénicas, cuando dan lugar al desarrollo de los recursos propios del individuo, o patogénicas, cuando están vinculadas a relaciones traumáticas y enfermantes. Badaracco habla de la trama enfermante familiar, como una explicación de la psicosis, donde las interdependencias patógenas se mantienen en el tiempo, a modo de mecanismo precario para evitar vivencias intensas de desamparo y desprotección.

El concepto de interdependencia recíproca refleja de manera más clara que el de apego la bidireccionalidad de la relación. Cuando un tercero puede aparecer en la diada, las interdependencias patogénicas pueden romperse y puede iniciarse el re-desarrollo y la curación de la persona. El grupo multifamiliar aporta un ambiente social y solidario donde desarmar esas tramas enfermantes, conectando con la virtualidad sana de ambos miembros de la diada.

Por todo lo hasta ahora expuesto, la terapia grupal multifamiliar parece reunir una serie de características teóricas que brindan un escenario óptimo para trabajar las relaciones interpersonales, y de esta forma mejorar el bienestar individual y social. A continuación, se expone un estudio experimental llevado a cabo en un centro de salud mental de adultos de nuestro medio, que pretende contribuir modestamente y de manera circunscrita, al análisis y demostración de los potenciales beneficios de la terapia multifamiliar.

Metodología

Objetivos

Determinar la eficacia de la intervención psicoterapéutica de tipo grupal y estructura multifamiliar en pacientes y familiares en un Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) respecto al seguimiento individual habitual a la hora de prevenir recaídas durante el tiempo de duración de la intervención (24 sesiones).

Hipótesis

La **hipótesis** es que los participantes del grupo experimental presentarán una mayor estabilidad clínica (medido por un menor número de ingresos en Unidad de Agudos de

Psiquiatría, días de ingreso, consultas al Servicio de Urgencias de Psiquiatría, consultas urgentes en CSMA y número total de consultas ambulatorias) que los pacientes que sólo realicen seguimiento psiquiátrico y psicológico habitual.

Diseño del estudio

Se plantea un estudio experimental aleatorizado y controlado, longitudinal, donde los pacientes en seguimiento en el centro de salud mental reclutados se aleatorizarán al grupo experimental, que iniciará la intervención multifamiliar de forma inmediata, y al grupo control, que será un grupo de espera que iniciará la intervención a los seis meses del reclutamiento. Independientemente del grupo asignado, todos los pacientes continuarán su tratamiento ambulatorio habitual, sea este el que fuere (visitas individuales con psiquiatría/psicología, seguimiento con enfermería/trabajo social, vinculación al Servicio de Rehabilitación Comunitaria, etc.)

Descripción de la intervención

La intervención a estudio consiste en 24 sesiones de terapia grupal multifamiliar, de frecuencia semanal y duración de 90 minutos por sesión.

El grupo multifamiliar se ha iniciado en nuestro centro en octubre de 2017.

Se trata de un grupo abierto, en el que los participantes se van integrando de forma progresiva, sin número máximo de asistentes. El grupo está conducido por una psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social, con formación biomédica, psicoanalítica y sistémica, encargadas de la coordinación del grupo.

Población de referencia

La población de referencia del presente estudio está constituida por pacientes con patología mental grave (incluyendo aquellas personas con etiquetas diagnósticas que implican gravedad, cronicidad y disfuncionalidad marcada), así como sus familiares y/o personas significativas.

La muestra estará formada por pacientes en seguimiento en un centro de salud mental de adultos de nuestra área, que serán derivados por alguno de sus profesionales de referencia (Enfermería, Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, etc.) al grupo terapéutico multifamiliar, y sus familiares/personas significativas. En la medida de lo posible, la derivación será consensuada entre la persona atendida, sus familiares y los miembros del equipo referente.

El área de referencia atendida por nuestro centro de salud mental abarca un total de 160.000 habitantes, incluyendo población urbana y rural. Entre los diversos núcleos de población existen marcadas diferencias socioeconómicas, con importante peso de población inmigrante y obrera proveniente de otras comunidades autónomas (en la generación actual, o primera generación tras migración) y de otros países (principalmente, países de Latinoamérica, árabes y subsaharianos).

Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes en seguimiento en el centro de salud mental que los profesionales derivaron al grupo terapéutico multifamiliar y que cumplían los criterios de inclusión y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

- Criterios de inclusión: Pacientes entre los 18 y los 65 años, con patología mental grave que realizan seguimiento en el centro de salud mental.
- Criterios de exclusión:
 - Menores de 18 años o mayores de 65.
 - Psicosis orgánicas o trastornos mentales secundarios a enfermedades orgánicas.
 - Retraso mental moderado o grave o deterioro cognitivo moderado o grave asociado a patología neurológica (demencia, traumatismo craneal, etc.)
 - Barrera idiomática relevante.

En cuanto a los familiares o personas significativas, se invitaron a familiares cercanos o personas significativas que forman parte del día a día del paciente.

Recogida de datos

La recogida de los datos asistenciales se realizó consultando la historia clínica de los pacientes del grupo control y grupo experimental, así como a través de un formulario de datos sociodemográficos que también fue cumplimentado por los familiares.

Análisis de datos

Los datos sociodemográficos han sido analizados en el total de la muestra ($n = 53$), que incluye tanto a pacientes como familiares.

Las medidas asistenciales (número de ingresos en Unidad de Agudos de Psiquiatría, días de ingreso, consultas al Servicio de Urgencias de Psiquiatría, consultas urgentes en CSMA y número total de consultas ambulatorias) se han analizado únicamente para los pacientes designados (es decir, las personas de la muestra en seguimiento en el CSMA), siendo una $n=33$. Dado que la muestra es pequeña, se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para diferencia de medias en muestras independientes.

Todos los datos de las variables se han codificado en Excel (2016) y se han analizado a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 24).

Resultados

Se recibieron 33 derivaciones al grupo multifamiliar de pacientes en seguimiento en el centro de salud mental de adultos, realizadas por diferentes profesionales del centro. Se realizó una aleatorización 1:1: en el grupo experimental se incluyeron 25 personas (de las cuales 16 son pacientes designados y 9 son familiares), y en el grupo control 28 personas (de las cuales 17 son pacientes y 11 familiares). En total, 53 personas aceptaron participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

Análisis de las variables dependientes

El promedio de edad en el grupo experimental ha sido de 46,6 años, y en el grupo control de 46,9 años, teniendo el participante más joven 18 años y el mayor, 65 años. En cuanto a la distribución por sexos, el 56,6% son mujeres y el 43,4% hombres (siendo 15 mujeres y 10 hombres en el grupo experimental; y en el grupo control 15 mujeres y 13 hombres).

En la tabla 1 se presentan otros datos sociodemográficos de la muestra (incluyendo pacientes y familiares).

Anexos (por orden de aparición en el texto)

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Grupo experimental	Grupo control
Género		
Mujeres	15 (60%)	15 (53,6%)
Hombres	10 (40%)	13 (46,4%)
Estado civil		
Soltero/a	6 (24%)	7 (25%)
Casado/a o pareja estable	14 (56%)	13 (46,4%)
Viudo/a	1 (4%)	1 (3,6%)
Divorciado/a	4 (16%)	7 (25%)
Nivel de estudiós		
Sin estudiós	1 (4%)	1 (3,6%)
Primarios	7 (28%)	6 (21,4%)
Secundarios (bachiller, formación profesional)	17 (68%)	17 (60,7%)
Universitarios	0 (0%)	4 (14,3%)
Situación laboral		
Trabajando o estudiando	8 (32%)	11 (39,3%)
Desempleado/a	7 (28%)	9 (32,1%)
Pensionista	10 (40%)	8 (28,6%)

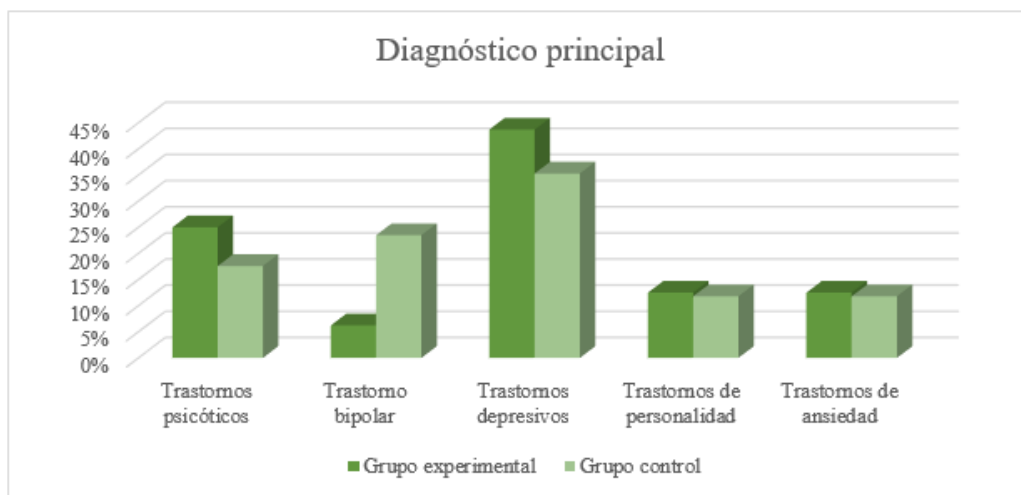
Destaca el porcentaje elevado de participantes (entorno al 50%) que mantienen una pareja estable. También resulta llamativo el escaso número de participantes con estudios universitarios, y el elevado porcentaje de personas desempleadas o pensionistas (más del 60% de la muestra).

En la tabla 2 y en la figura 1 se muestran los diagnósticos principales de los 33 pacientes designados, separado por cada grupo de tratamiento.

Tabla 2. Perfil de pacientes según diagnóstico principal

	Grupo experimental	Grupo control	Total (%)
Trastornos psicóticos	4 (25%)	3 (17,6%)	7 (21%)
Trastorno bipolar	1 (6,23%)	4 (23,5%)	5 (15%)
Trastornos depresivos	7 (43,7%)	6 (35,3%)	13 (39%)
Trastornos de personalidad	2 (12,5%)	2 (11,8%)	4 (12%)
Trastornos de ansiedad	2 (12,5%)	2 (11,8%)	4 (12%)

Figura 1. Porcentaje de pacientes según diagnóstico principal



Como se puede observar, el grupo diagnóstico más prevalente es el de los trastornos depresivos (39%), seguido por el de trastornos psicóticos (21%) y del espectro bipolar (15%). En cuanto a los 20 familiares incluidos en el presente estudio, en la tabla 3 se muestra el tipo de parentesco que les vinculaba con los pacientes designados.

Familiares	Padre	Madre	Pareja	Hermano/a	Hijo/a	Otros
Grupo experimental	1	1	4	1	2	0
Grupo control	3	4	2	1	1	1
Total (%)	4 (20%)	5 (25%)	6 (30%)	2 (10%)	3 (15%)	1 (5%)

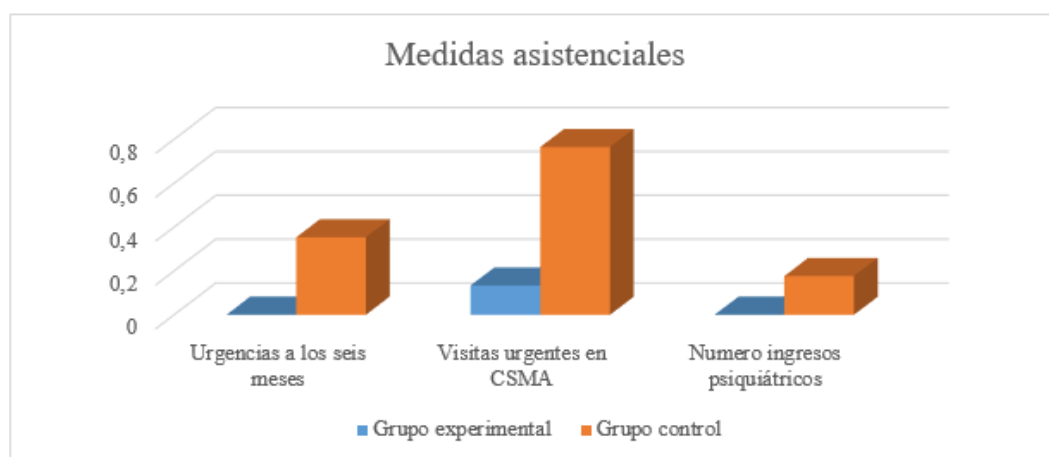
Destaca que casi la mitad de los familiares que participan en el estudio (45%) son los progenitores de los pacientes designados y el 30%, sus parejas.

Por último, cabe señalar que de las personas asignadas al grupo experimental (aquellas que iniciaron la intervención multifamiliar inmediatamente después del reclutamiento), la media de asistencia ha sido de 14,5 (mediana 13,5 y rango de 0 a 24) sesiones de terapia multifamiliar, de las 24 propuestas, lo cual supone una media de asistencia del 60% del tratamiento propuesto.

Análisis de las variables independientes

Al comparar las medidas asistenciales entre ambos grupos encontramos que en el grupo experimental (pacientes que, además del seguimiento habitual en CSMA acudían al grupo multifamiliar) el número de ingresos psiquiátricos hospitalarios, los días de ingreso hospitalario, las consultas a Urgencias de Psiquiatría y las consultas urgentes en CSMA fueron menores con respecto al grupo control (pacientes que realizan seguimiento habitual en CSMA, pero no terapia multifamiliar). No obstante, estas diferencias no alcanzaron significación estadística. En la figura 2 se representan los valores medios de tres de las variables para cada uno de los grupos a estudio.

Figura 2. Valores medios para las variables urgencias psiquiátricas, visitas urgentes a CSMA y número de ingresos psiquiátricos.



En cuanto a las visitas programadas en CSMA, el número total también fue menor en el grupo experimental que en el grupo control. No obstante, el número de visitas programadas con facultativos (psiquiatras o psicólogos) fue ligeramente superiores en el grupo experimental que en el grupo control.

No así las visitas con otros profesionales (enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, educación social), que fue mayor en el grupo control. Una vez más, estas diferencias no han sido estadísticamente significativas.

En la tabla 4 se muestran los datos recogidos para las medidas asistenciales en números totales y la media por paciente, así como la significancia obtenida tras el análisis estadístico (en ninguno de los campos se alcanza el nivel de significancia de 0,05).

Tabla 4. Datos de medidas asistenciales

	Grupo experimental (total)	Grupo control (total)	Grupo experimental (media)	Grupo control (media)	<u>Significancia</u>
<u>Urgencias psiquiátricas</u>	0	6	0	0,4	0,26
<u>Visitas urgentes en CSMA</u>	2	12	0,1	0,8	0,455
<u>Visitas facultativos</u>	83	81	5,4	4,7	0,411
<u>Visitas no facultativo</u>	43	100	3,9	7,1	0,467
<u>Numero ingresos</u>	0	3	0	0,2	0,576
<u>Días de ingreso</u>	0	48	0	2,3	0,576

Discusión

El presente estudio parece indicar que implementar un grupo de terapia multifamiliar para pacientes y familiares en seguimiento en un centro de salud mental contribuye a disminuir la necesidad de consultas urgentes e ingresos psiquiátricos hospitalarios, lo cual es una medida indirecta de una mayor estabilidad clínica de los pacientes.

Si bien los datos recogidos muestran esta tendencia, no se ha podido demostrar significación estadística. Uno de los motivos está en relación con un tamaño muestral pequeño, que obliga a utilizar pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis de datos.

En estas circunstancias, se necesita obtener diferencias mayores para alcanzar significación estadística.

Por otra parte, los pacientes incluidos en el estudio componen un grupo heterogéneo, en cuanto a diagnóstico, años de evolución y gravedad clínica. Se trata de factores de confusión que, si bien se minimizan con la aleatorización, implican la necesidad de muestras mayores para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados del estudio presentado, si bien con una evidencia débil, muestran cómo los pacientes que acuden al grupo multifamiliar tienen menor necesidad de atención urgente o de ser hospitalizados por una causa psiquiátrica. Esta hipótesis es plausible debido a varios factores. Por una parte, el grupo multifamiliar aporta un espacio terapéutico de una hora y media de duración a la semana, del que pueden beneficiarse tanto pacientes como familiares. La periodicidad semanal supone una frecuencia mayor a las visitas psiquiátricas o psicológicas individuales que, en nuestro centro, suelen espaciarse de semanas a meses. En muchas ocasiones, ello es debido a la elevada presión asistencial, que impide prestar una atención individualizada con la frecuencia que ambas partes (paciente y terapeuta) estiman óptima.

El grupo multifamiliar, por sus características específicas (grupo grande, abierto a nuevas incorporaciones y a la participación de la familia, sin limitaciones en cuanto al número de asistentes o de sesiones, etc.) permite generar un espacio de atención psicoterapéutica acogedor y flexible, donde los participantes pueden beneficiarse de un tratamiento intensivo y, a la vez, adaptado a sus necesidades.

Si bien las terapeutas tratan de estimular la asistencia regular al grupo, así como la inclusión de familiares en las sesiones, no se interpretan ni penalizan las ausencias.

Ello hace que los asistentes al grupo conciban el espacio como un lugar a su servicio, donde pueden acudir en cualquier momento que lo sientan necesario.

Además, el grupo multifamiliar, al tratarse de un grupo aprogramático y centrado en la vivencia, favorece la expresión libre y genuina del malestar psíquico. Por ello, las personas en crisis, que atraviesan un momento de gran padecimiento, encuentran en el grupo un lugar donde poner palabras a sentimientos abrumadores (algo que muchas veces no pueden hacer en sus familias o en otros espacios de su vida cotidiana).

Las resonancias en otros miembros del grupo ayudan a la persona en crisis a reconocer lo que está viviendo, a sentirse comprendida y arropada, y a darse cuenta de que sus vivencias no

son tan extrañas o destructivas, sino que muchas otras personas han vivido experiencias similares.

La presencia en el grupo de la familia facilita una mayor comprensión de la crisis que atraviesa la persona, al poder exponer sus puntos de vista al respecto. Asimismo, que el espacio sea compartido propicia que la familia pueda comprender mejor a su ser querido. Miembros de otras familias (además de las terapeutas) intervienen como mediadores o facilitadores del diálogo, lo cual permite una comunicación más efectiva. Este mayor entendimiento entre las partes, y la construcción de nuevas formas de comunicación (menos rígidas, más reflexivas), contribuyen a romper las barreras dentro de la familia, y que todos sus miembros se sientan más comprendidos y cercanos los unos de los otros.

Por todo ello, el grupo multifamiliar es un espacio donde las situaciones de crisis pueden ser contenidas. Esto explicaría que los pacientes vinculados a la terapia multifamiliar necesiten acudir menos a Urgencias de Psiquiatría y que necesiten menos ingresos psiquiátricos hospitalarios. De este modo, el grupo contribuye a un manejo comunitario de las crisis asociadas al padecimiento psíquico y a la desinstitucionalización del tratamiento de las personas con diagnósticos psiquiátricos.

Conclusiones

El ser humano es un ser relacional, que se constituye y desarrolla dentro de un contexto histórico y sostenido por una red de relaciones personales significativas. Cuando esta red es segura y proporciona amparo y sostén, la persona puede explorar el mundo y desarrollar recursos sanos para manejar sus propios estados internos, enfrentar la adversidad y construir nuevos vínculos personales.

Muchos factores pueden debilitar esa red de contención, y es entonces cuando aflora la patología mental. La terapia multifamiliar aporta un espacio de comunidad, una red relacional sustituta, que permite reparar los vínculos dañados en la red primaria, la familia.

En el presente trabajo se han expuesto reflexiones y datos extraídos de la práctica clínica, que apoyan el uso de los grupos multifamiliares en el tratamiento de personas con patología mental en la red pública de Salud Mental y Adicciones.

Abre la puerta también a nuevas líneas de investigación en Salud Mental, que trasciendan la sintomatología o el diagnóstico psiquiátrico. Cambiando el foco, se plantea poner en primer

plano la red relacional (familiar, social) y la perspectiva histórica, para aproximarnos a una visión holística e integradora de la persona.

Pretende, por último, seguir avanzando para mejorar el acompañamiento a personas con padecimiento psíquico, desde una perspectiva crítica, creativa, ética y humanista.

Bibliografía

1. Fibiger, H. C. (2012). Psychiatry, The Pharmaceutical Industry, and The Road to Better Therapeutics. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 649–650. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBS073>
2. García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Tecnipublicaciones.
3. Lobo, A. O. (2014). El trabajo con la demanda hacia la patología o la indicación de no-tratamiento. *Norte de Salud Mental*, XII(49), 23–28.
4. Marrone, M., & Diamond, N. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual* (Prismática (ed.)).
5. McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223–245. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12728780>
6. Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2017). *Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos* (Prismática (ed.)).
7. Stuart, B. K., & Schlosser, D. A. (2009). Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 435–440. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2009.59.3.435>
8. Wallin, D. J. (2012). *El apego en Psicoterapia* (Trad. M. Pino) (Desclée de).

Anexos (por orden de aparición en el texto)

Tabla 1. Datos sociodemográficos

	Grupo experimental	Grupo control
Género		
Mujeres	15 (60%)	15 (53,6%)
Hombres	10 (40%)	13 (46,4%)
Estado civil		
Soltero/a	6 (24%)	7 (25%)
Casado/a o pareja estable	14 (56%)	13 (46,4%)
Viudo/a	1 (4%)	1 (3,6%)
Divorciado/a	4 (16%)	7 (25%)
Nivel de estudios		
Sin estudios	1 (4%)	1 (3,6%)
Primarios	7 (28%)	6 (21,4%)
Secundarios (bachiller, formación profesional)	17 (68%)	17 (60,7%)
Universitarios	0 (0%)	4 (14,3%)
Situación laboral		
Trabajando o estudiando	8 (32%)	11 (39,3%)
Desempleado/a	7 (28%)	9 (32,1%)
Pensionista	10 (40%)	8 (28,6%)

Tabla 2. Perfil de pacientes según diagnóstico principal

	Grupo experimental	Grupo control	Total (%)
Trastornos psicóticos	4 (25%)	3 (17,6%)	7 (21%)
Trastorno bipolar	1 (6,23%)	4 (23,5%)	5 (15%)
Trastornos depresivos	7 (43,7%)	6 (35,3%)	13 (39%)
Trastornos de personalidad	2 (12,5%)	2 (11,8%)	4 (12%)
Trastornos de ansiedad	2 (12,5%)	2 (11,8%)	4 (12%)

Figura 1. Porcentaje de pacientes según diagnóstico principal

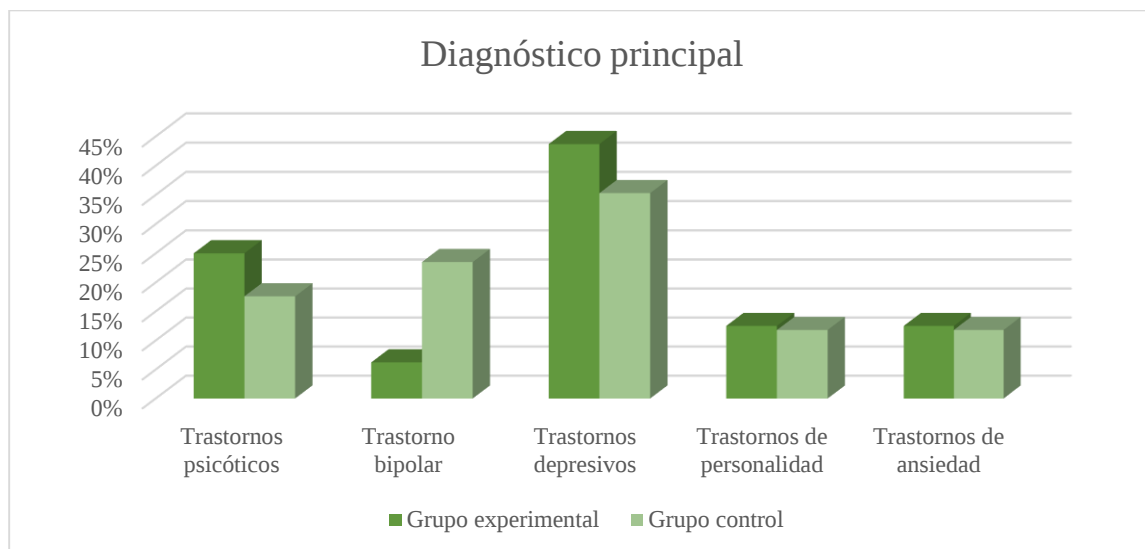


Tabla 3. Parentesco de los familiares participantes en el estudio

Familiares	Padre	Madre	Pareja	Hermano/a	Hijo/a	Otros
Grupo experimental	1	1	4	1	2	0
Grupo control	3	4	2	1	1	1
Total (%)	4 (20%)	5 (25%)	6 (30%)	2 (10%)	3 (15%)	1 (5%)

Figura 2. Valores medios para las variables urgencias psiquiátricas, visitas urgentes a CSMA y número de ingresos psiquiátricos.

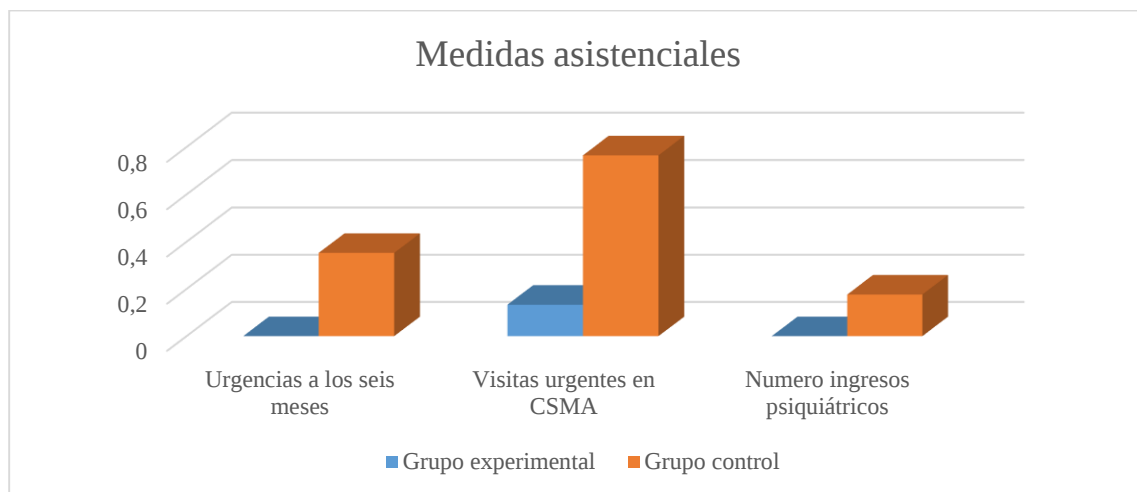


Tabla 4. Datos de medidas asistenciales

	Grupo experiment al (total)	Grupo control (total)	Grupo experiment al (media)	Grupo control (media)	Significanci a
<i>Urgencias psiquiátricas</i>	0	6	0	0,4	0,26
<i>Visitas urgentes en CSMA</i>	2	12	0,1	0,8	0,455
<i>Visitas facultativos</i>	83	81	5,4	4,7	0,411
<i>Visitas no facultativo</i>	43	100	3,9	7,1	0,467
<i>Numero ingresos</i>	0	3	0	0,2	0,576
<i>Días de ingreso</i>	0	48	0	2,3	0,576