

GRUPO DE FORMACIÓN MULTIFAMILIAR EN UN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA

Paz Flores, Tecelli Domínguez, Aurelia Ortells, Roser Izquierdo, Eduard Palomer,
Eithene Ní Laocha, Carmen Masferrer
Hospital de Día de Psiquiatria del Centre Fòrum de l'Hospital del Mar. Centre de Salut
Mental. Sant Martí Sud. IAPS-IMAS-FIMIM. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La atención a la población con enfermedad mental constituye uno de los principales problemas sociales y sanitarios de la sociedad actual (Álvarez, 2002). Según datos del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2004, el 10% (500 millones) de la población mundial sufre un trastorno mental en algún momento de su vida y se estima que el 1% (50 millones) de la población mundial padece en estos momentos una enfermedad mental grave (OMS, 2004).

En un contexto social de creciente exigencia y complejidad, las personas con enfermedad mental comparten las necesidades comunes propias de todo ser humano, aunque debido a sus problemas de salud, tienen necesidades particulares, al ser en su mayoría altamente vulnerables y dependientes de su red social de apoyo, sobre todo de su familia (Modelo de atención a personas con Enfermedad Mental Grave, 2006).

Los familiares de los pacientes con trastorno mental también se ven afectados por la enfermedad, ya que ésta genera situaciones complejas, tales como la dificultad en las relaciones familiares, el empobrecimiento de la calidad de vida y el aislamiento social que interfiere con el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar (Rascón y cols., 1997).

Cuando una persona con enfermedad mental vive con su familia o mantiene un estrecho contacto con ella, ésta tiene una importante responsabilidad en la recuperación. Con relación a esto, Basteiro (1999) dice que, “así como una persona puede enfermar como portavoz de la angustia de una red social, que a continuación lo excluye y margina, sólo podrá intentar rehabilitarse socialmente dentro de una red de apoyo que lo estimule y acompañe en este proceso”.

Las experiencias con seguimientos más cercanos al paciente que involucran a la familia y que ofrecen recursos adecuados más allá del tratamiento farmacológico exclusivo y con una intervención psicosocial activa, se han mostrado eficaces para reducir el número de ingresos, mejorar el pronóstico y bienestar de los pacientes (Robinson & cols., 1999; Mascaró, 2007).

Antecedentes:

El proyecto EMILIA (*Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*¹) es un proyecto de investigación multicéntrico que forma parte del sexto programa marco de la Unión Europea. En él participan 18 instituciones de 12 países 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), más concretamente el CSM Sant Martí Sud y el Centre Fòrum-Hospital del Mar, que participan en el proyecto como un *demonstration site*, donde se llevan a cabo intervenciones formativas a usuarios y familiares (Palomer, Izquierdo y Flores, 2007). El objetivo del proyecto EMILIA, es capacitar a usuarios, familiares y profesionales de salud mental para conseguir la integración social y laboral de las personas afectadas por trastornos mentales graves.

¹ Para todo lo referente al proyecto EMILIA véase la página de Internet: <http://www.emiliaproject.net/>

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.

Durante los 6 meses que duró la formación, algunos familiares y usuarios del Hospital de día de psiquiatría del Centre-Fòrum se fueron incorporando al grupo. 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.

OBJETIVOS

- 1) Formación de usuarios y familiares.
- 2) Compartir las experiencias y los conocimientos sobre la enfermedad mental y los servicios de salud mental
- 3) Buscar que tanto familiares y usuarios tengan una participación más activa en el proceso de tratamiento y recuperación de la enfermedad mental.

MÉTODO

A partir de la metodología de *Lifelong learning* (LLL) (Commission of the European Communities, 2001), se han llevado a cabo semanalmente sesiones estructuradas con temas que se han modificado en función de las necesidades del grupo.

La evaluación trimestral es cualitativa.

Descripción del grupo:

El grupo multifamiliar está compuesto por familiares y pacientes con trastorno mental grave, provenientes tanto del Hospital de Día del Centre-Fòrum, como del proyecto EMILIA.

El grupo se lleva a cabo cada semana en el Centre-Fòrum del Hospital del Mar. La duración de las sesiones es de 2 horas con un descanso intermedio de 10-15 minutos.

El grupo es abierto. Cualquiera que esté interesado puede participar o dejar de participar en el momento que lo crea oportuno, con lo cual, el número de usuarios y familiares puede ser variable en cada sesión.

Los profesionales que participan en la organización y coordinación del grupo multifamiliar son: una psicóloga, una enfermera y una psiquiatra,

Criterios de inclusión:

- 1) Ser familiar, amigo o persona referente de pacientes con trastorno mental grave, usuarios de servicios de salud mental;
- 2) Estar interesados en compartir experiencias y conocimientos con relación a los trastornos mentales y los servicios de salud mental.

Los criterios de exclusión son los del grupo del proyecto EMILIA y del Hospital de día.

RESULTADOS

Participantes: De un total de 14 familiares de personas con trastorno mental que asisten regularmente al grupo multifamiliar, el 32% proceden del Hospital de Día de psiquiatría del Centre-Fòrum y 24% del Proyecto EMILIA. El 35.7% son hombres y 64.3% mujeres, con un promedio de edad de 51.21 años.

De un total de 16 usuarios, el 43.8% viene al grupo de parte del proyecto EMILIA, mientras que el 37.5% son usuarios del Hospital de Día y un 18.8% proviene tanto del Hospital de Día, como del proyecto EMILIA. El 56.3% son mujeres y el 43.8% hombres, con un promedio de edad de 37 años. El 56.3% tiene esquizofrenia, 31.3% trastorno bipolar y 18.5% tiene trastorno esquizoafectivo.

La evaluación ha permitido conocer cómo los usuarios y familias valoran esta formación como un lugar de intercambio de conocimiento y experiencias, así como un espacio que permite ampliar la red social de apoyo. Por otra parte, el grupo ha permitido el reconocimiento de las capacidades, la solidaridad y la socialización entre los participantes.

Como parte del proceso de la formación, entre los temas tratados en las sesiones, los usuarios y familiares destacan como más relevante la oportunidad de hablar sobre la dificultad que implica sobrellevar la enfermedad y cómo afecta ésta en las relaciones familiares, la importancia de favorecer la comunicación para mejorar la convivencia y la posibilidad de disminuir la Emoción Expresada (Leff y Vaugh, 1985). Por otro lado, se hizo insistencia en la necesidad de tener más información sobre cómo actuar en situaciones de crisis.

El grupo les ha dado la oportunidad de compartir experiencias, entender la enfermedad, y tener una actitud más tolerante al tener información directa. Además, han aprendido que no están solos y que hay problemas en común con otras familias y por ello es importante escuchar las experiencias de otras familias que comparten las mismas situaciones. De esta manera, se identifican con la vivencia de otros, se dan cuenta de que no son los únicos, que no están solos, caen en la cuenta de que tienen muchas cosas en común y sobre todo, que pueden ayudarse unos a otros, además de comprender más la problemática a través de la escucha de los que han vivido una experiencia similar a la suya

CONCLUSIONES:

El grupo multifamiliar ha cumplido con el objetivo de formar y proporcionar tanto a usuarios como a familiares conocimientos sobre la enfermedad mental, la importancia de la implicación familiar en el proceso de tratamiento y los diferentes recursos de la red sanitaria en salud mental.

El grupo ha promovido la solidaridad, la comunicación y la socialización entre usuarios, familiares y profesionales.

A diferencia de los usuarios de Hospital de Día, los usuarios del proyecto EMILIA tuvieron una mayor implicación y participación en el grupo. Esta diferencia significativa, la atribuimos a la previa vinculación de los usuarios al proyecto. No obstante, a todos les ha sido de gran utilidad escuchar las experiencias de los que viven cotidianamente la enfermedad mental.

Los roles que tenían en un principio tanto usuarios como familiares cambia y de ser meramente receptores de información pasa a tomar conciencia de que ellos mismos podían considerarse expertos y podían aportar múltiples conocimientos al grupo sobre tener la enfermedad o vivir con un paciente.

La modalidad de “grupo abierto” tiene como ventaja que cualquiera puede asistir o dejar de asistir en el momento que lo crea oportuno sin que tenga una obligación o compromiso, pero, por otro lado, existen algunas desventajas: el tiempo que se ocupa presentando cada día a las personas nuevas y el número amplio de asistentes que hace

que no puedan expresarse algunos participantes por sentirse inhibidos ante un grupo tan grande.

DISCUSIÓN

El grupo multifamiliar de este estudio, a diferencia de otros grupos multifamiliares no tenía un fin terapéutico sino de formación-capacitación. No obstante, nos hemos apoyado en la teoría y la amplia experiencia de los grupos multifamiliares de García Badaracco (1998), a partir de lo cual, podemos comprobar resultados similares en relación a la utilidad de generar un espacio de encuentro para intercambiar conocimiento, fomentar el diálogo, el aprendizaje mutuo y la comunicación entre familiares y usuarios de servicios de salud mental.

Los pacientes y sus familiares necesitan un contexto adecuado para expresar sus dificultades personales. Este contexto está posibilitado por la presencia de los “otros”, capaces de contener los aspectos más regresivos y carenciales que el sufrimiento mental encierra y que permiten poder pensar lo impensable y sentir lo indecible. La “locura particular” pasa a ser la “locura de todos” (Mascaró, 2006). 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, como lo son la esquizofrenia y el trastorno bipolar (García Badaracco, 1998).

El intercambio de experiencias de unos pacientes con otros nos ha enriquecido a todos. A su vez, los diálogos que se han generado ayudaron a que los familiares escucharan y entendieran los problemas de sus hijos enfermos a través de éstos o de otros hijos presentes en el grupo. De esta manera, como argumenta García Badaracco (1998), el rol fijo de cada integrante de una familia -el paciente y los otros "sanos"-, que tanto cuesta modificar en la terapia familiar, se flexibiliza en el contexto del grupo multifamiliar gracias a los aportes de todos los integrantes” (García Badaracco, 2000).

De forma similar a lo que menciona García Badaracco (1998) sobre los grupos numerosos, en nuestro grupo multifamiliar, la mayoría coincidió en que la cantidad de personas que asistía cada semana era excesiva y por ello, preferían hacer la discusión de los temas en grupos pequeños, porque de esta manera podían participar aquellos que les resultaba difícil hablar delante de los demás y que se sentían inhibidos ante el grupo en su totalidad. Aunque muchos pacientes se animaban a intervenir en estas condiciones, mucho más que en los grupos pequeños (García Badaracco, 1998).

La oportunidad que tienen las familias de contar su propia historia es muy importante porque normalmente en la psicoeducación se les da información, pero rara vez se les brinda un espacio donde puedan elaborar su propia vivencia. En este sentido, coincidimos con Jon Read quien dice que: “Muchas familias obtendrán mayores beneficios si les ayudamos a comprender qué ha pasado en su caso particular, que si les decimos que dejen de pensar, o sentir acerca de ello porque se trata de una enfermedad” (Read y cols., 2006).

Consideramos que la diversidad de personas que asistieron al grupo enriqueció de forma considerable el aprendizaje grupal, debido a la multiplicidad de puntos de vista que se pudieron aportar en relación a una misma temática. Es por esto, que resulta interesante conformar un grupo donde no haya criterios de exclusión por el diagnóstico, la procedencia de los usuarios, la edad o el tiempo de evolución de la enfermedad. Aunque por otra parte, agrupar a un colectivo con características similares permite enfocar la formación a las necesidades específicas que comparten, como argumentan Miller y Mason (En: Johannessen y cols., 2008): “las intervenciones deberían basarse en los

estados clínicos de los pacientes y los protocolos de tratamiento deberían construirse para que sean adaptados a las fases de la enfermedad”. No obstante, el objetivo de la formación de nuestro grupo, no era psicoeducar, sino intercambiar conocimientos a partir de la propia experiencia de enfermedad y el uso de servicios. Por ello, pensamos que el encuentro entre familiares y usuarios que están en diferentes etapas del proceso de recuperación y que tienen una evolución distinta de la enfermedad, resulta sumamente enriquecedor y aporta otro tipo de elementos útiles, donde la información y habilidades que se transmiten unos a otros, suelen ser más recordados y despiertan mayor interés que las transmitidas por los profesionales.

A pesar de que el grupo multifamiliar de este estudio no tenía una finalidad terapéutica, podemos decir que hubo momentos en los que algunos familiares y usuarios con historia mas larga de enfermedad y por tanto, con más experiencia, pudieron dar soporte y brindar seguridad a otros familiares (sobre todo a los de Hospital de Día). El hecho de haber vivido anteriormente una situación similar hizo que algunos familiares que estaban pasando por el momento crítico de incertidumbre mejoraran sus expectativas, al comprobar que muchos otros usuarios del grupo habían pasado por circunstancias iguales o peores y que con el paso del tiempo se había logrado un grado considerable de estabilidad. Algo similar describe Mascaró (2006) en un estudio de un grupo multifamiliar en el cual, se pudo observar que los padres “más antiguos”, eran los que asumieron funciones co-terapéuticas: “qué mejor que una madre o un padre que pasó por situaciones de intenso sufrimiento psicológico, para comprender y transmitir una esperanza a otros padres en un momento de crisis” (Mascaró, 2006). Por su parte, Chamberlin (En: Read y cols, 2006) destaca la utilidad de los grupos de personas en situaciones similares, donde una persona que sabe que el otro ha tenido experiencias parecidas y las ha superado, reflexiona y extrae valiosas conclusiones. De hecho, es habitual que los participantes afirmen que han recibido más ayuda práctica en estos grupos que la que nunca han recibido dentro del sistema de salud mental (Chamberlin, En: Read y cols, 2006). En pocas palabras, “estos grupos resultan ser de gran apoyo y ofrecen esperanza, así como consejo de primera mano” (Miller y Mason En: Johannessen y cols., 20082008), “son la principal fuente de sentimiento de pertenencia y aceptación, además de que ofrecen un entorno en el cual se favorece la socialización y se amplía la red social de apoyo, sobre todo a aquellos que viven solos o que tienden al aislamiento” (Álvarez, 2002).

La participación en grupos puede proporcionar apoyo y ánimo para adoptar un rol activo en las tomas de decisiones y ayudar de esta manera al establecimiento de objetivos de vida realistas y prácticos. Es importante tener contacto con otras personas que puedan estar en distintos puntos del proceso de recuperación, ya que pueden ofrecerles apoyo y esperanza a aquellos que se sienten bloqueados, perdidos o demoralizados en su propio proceso de recuperación (Addington en: Johannessen, 2008). En muchas ocasiones la red informal resulta ser la única forma de apoyo real con la que cuentan los pacientes (Chamberlin en: Read y cols, 200

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos ampliamente la colaboración y ayuda de los usuarios y familiares que participaron en el grupo

REFERENCIAS

- Addington, J y Addington D. (2008) Tratamiento en grupo específico según la fase en un programa de psicosis precoz. En: Johannessen, J. O. et. al. *Evolución de las Psicosis*. Barcelona: Heder.
- Álvarez, E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Anales de Psiquiatría* 18(1):18-26.
- Basteiro, S. M. (1999) Trabajo con familias y rehabilitación. *Psiquiatría Pública*, 11(2): 107-113.

- Chamberlin, J. (2006) Servicios dirigidos por los usuarios. En: Read, J., Moshier, L y Bentall, R. (Eds) Modelos de locura. Barcelona: Herder
- Commission of the European Communities. Making a European Area of Lifelong Learning. Bruselas 2001.
- Palomar, P., Izquierdo, R y Flores, P (2007) Per la inclusió social i laboral dels malalts mentals. Presentació del projecte Emilia. Revista del COPC/203.
- García Badaracco, J. (1998) “Psicoanálisis multifamiliar para el abordaje de la patología mental grave en particular, la esquizofrenia”. En: IX Curso anual de esquizofrenia: “Psicoterapias combinadas en la esquizofrenia y otras psicosis”. Madrid, 28 y 29 de noviembre de 2003.
- García Badaracco, J. (2000). Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. En: <http://www.babelpsi.com.ar/textosbiblioteca/badaraccointroduccion.pdf>.
- Leff, J., y Vaugh, C (1985). Expressed emotion in families, Guilford Press, New York. 7-25.
- Mascaró, N. (2006) La constitución de un grupo multifamiliar en una institución pública. *AMSR Revista internacional online.*, 5(2): 1-6.
- Mascaró, N. (2007). Crisis y Contención: El grupo multifamiliar. AMSA. *ASMR Revista Internacional On-line*, 6(2): 1-9.
- Miller, R., y Mason, S (2008) Intervenciones psicosociales específicas según la fase para el primer episodio de esquizofrenia, En: Johannessen, J. O. et. al. Evolución de las Psicosis. Barcelona: Heder.
- Modelo de Atención a personas con Enfermedad Mental Grave. (2006). Documento de Consenso, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Promoción de la Salud Mental. Informe compendiado. Francia.
- Rascón, M. L., Díaz, R., Jiménez, J. I. y Reyes, C. (1997) La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Suplemento de la revista Salud Mental*, 20, 55-64.
- Read, J., Moshier, L y Bentall, R. (Eds) (2006) Modelos de locura. Barcelona: Herder.
- Robinson, D. G, Woerner, M. G, Alvir, J. M, Geisler, S., Kooren, A., Sheitman, B., Et Al. (1999). Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156:544-549