

Un modelo integral de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias. Experiencia grupal

JAVIER SEMPERE PÉREZ*, M^a JOSÉ RODADO MARTÍNEZ** Y CLAUDIO FUENZALIDA MUÑOZ***

RESUMEN

La atención a los pacientes con enfermedades mentales graves es un reto para cualquier profesional de la salud mental. Los esfuerzos terapéuticos aislados pueden ser insuficientes si no son respaldados por un equipo coordinado de profesionales y una red familiar y socio-escolar que sostenga los cambios conseguidos por el paciente. Partiendo de estas premisas el artículo expone la experiencia de trabajo en una unidad de salud mental infantil y juvenil y analiza la estrategia utilizada que combina las intervenciones terapéuticas –individuales, familiares y psicofarmacológicas– con una atención grupal para pacientes y familias, columna vertebradora del resto de actuaciones. PALABRAS CLAVE: terapia grupal, grupos multifamiliares, trastorno mental infantil, grupo terapéutico.

ABSTRACT

AN INTEGRATED MODEL OF AMBULATORY MENTAL HEALTH CARE FOR CHILDREN SUFFERING FROM SEVERE MENTAL DISORDERS AND THEIR FAMILIES. GROUP EXPERIENCE. The care of patients with severe mental disorders is a challenge to professionals working in mental health care. Isolated therapeutic efforts may turn out insufficient if they are not supported by a coordinated team of professionals and by a social, school and family network that can sustain the changes obtained by the patient. Starting out from this premise, this article presents the experience of a Child and Adolescent Mental Health Centre and analyzes the intervention strategy used that combines individual, family and psychopharmacological therapeutic interventions with group therapy for patients and their families. KEY WORDS: group therapy, multifamily groups, child mental disorders, therapeutic group.

RESUM

UN MODEL INTEGRAL D'ATENCIÓ AMBULATORIA A NENS, I LES SEVES FAMÍLIES, AMB TRASTORNS MENTALS GREUS. L'atenció als pacients amb malalties mentals greus és un repte per a qualsevol professional de la salut mental. Els esforços terapèutics aïllats poden ser insuficients si no compten amb el suport d'un equip coordinat de professionals i una xarxa familiar i socioescolar que sostingui els canvis aconseguits pel pacient. Partint d'aquestes premisses l'article exposa l'experiència de treball en una unitat de salut mental infantil i juvenil i analitza l'estratègia d'intervenció utilitzada, que combina les intervencions terapèutiques –individuales, familiars i psicofarmacològiques– amb una atenció grupal per a pacients i famílies, columna vertebradora de la resta d'actuacions. PARAULES CLAU: teràpia grupal, grups multifamiliars, trastorn mental infantil, grup terapèutic.

El equipamiento de salud mental infantil y juvenil de Orihuela se caracterizaba por contar con una escasa dotación en número de profesionales (dos psiquiatras y un psicólogo) y una elevada demanda de atención puesto

que era –y continúa siendo– la unidad de referencia para los menores de 18 años que solicitan atención psicológica o psiquiátrica de dos áreas de salud de la provincia de Alicante, con una población total de más de 300.000

* *Psiquiatra adjunto a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). Terapeuta grupal y terapeuta familiar.*

** *Psiquiatra adjunta a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). Psicoanalista.*

*** *Psicólogo. Colaborador con el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja.*

Correspondencia: bsaselx@hotmail.com

habitantes. Se trata de una población muy heterogénea, dado que abarca tanto zonas rurales como urbanas y turísticas. En dichas áreas no existían, además, hospitales de día para la atención intensiva ni programas específicos para pacientes con trastorno mental grave. Esta ausencia provocaba que la atención a estos pacientes se hiciera dentro de la planificación habitual de las agendas, ocupando una gran parte del tiempo, ya sea por las numerosas visitas de seguimiento que requerían y por su frecuentación como visita urgente.

Los profesionales cuestionamos el tipo de asistencia que veníamos dando a estos pacientes (Sempere J et al, 2011), considerando que podían ser atendidos de forma más óptima. Se trataría de ofrecerles un tratamiento que comprendiera:

1. Una atención frecuente, regular y continuada.
2. La implicación de la familia en el tratamiento.
3. Un abordaje psicoterapéutico integrado, que incluya la intervención terapéutica en los tres planos fundamentales del paciente: individual, familiar y grupal.
4. La coordinación con otros recursos implicados (centros educativos, servicios sociales, etc.).

Conseguir todo ello, con los recursos profesionales que contábamos, no parecía tarea fácil, sin desatender otras actividades que se llevaban a cabo. Tratando de conciliar estos aspectos se planificó el sistema que describimos como “modelo integral de atención para niños con trastorno mental grave”. Este modelo únicamente ha sido aplicado –por el momento– en pacientes en edad de latencia por una cuestión de prioridad. Los niños en esta franja de edad representan el mayor porcentaje de pacientes atendidos en nuestra área y, además, no cuentan con recursos terapéuticos específicos por parte de otras instituciones, a diferencia de los niños en edad preescolar que reciben apoyo terapéutico en las unidades de atención temprana, y los adolescentes a los que se les ofrece la planta de ingreso hospitalario que, a su vez, funciona como hospital de día para tratamiento intensivo.

Bases teóricas para el modelo de intervención

En el equipo compartimos una comprensión de la enfermedad mental que incluye no sólo los aspectos intrapsíquicos, sino también vinculares del paciente con su entorno familiar y social. Consideramos que las visiones reduccionistas centradas en la atención sintomática de los pacientes suponen una actitud no del todo

respetuosa con ellos, a la vez que infructífera en sus resultados terapéuticos. Y nos sentimos en el compromiso de que, independientemente de las limitaciones horarias, cualquier niño que sea atendido en nuestra unidad debe tener la posibilidad de recibir una atención suficientemente intensa tanto en tiempo como en recursos terapéuticos empleados.

Entendemos que la enfermedad mental resulta de una deficiente maduración psíquica del paciente y de un detenimiento en el proceso de formación de su psiquismo siendo los síntomas psíquicos la forma en que el niño expresa su malestar interno. Más allá de determinados aspectos orgánicos y genéticos que generalmente escapan a nuestro control, la mayoría de los factores que consideramos que interfieren en un favorable desarrollo y estructuración mental del niño son relativos a la calidad de la crianza y a factores familiares y sociales en los que se puede verse inmerso a lo largo de su vida.

En la aparición de los conflictos psíquicos en el menor siempre debe tenerse en cuenta la falta de cuidados adecuados y las sutiles agresiones sufridas por el niño por parte de su entorno más próximo, las cuales a menudo resultan difícilmente detectables incluso para los profesionales de la salud mental. Es el caso de la *deprivación emocional* a la que puede estar sometido el hijo de padres deprimidos, así como cualquier tipo de maltrato activo, verbal o físico, o negligencia afectiva al que sea sometido (Miller, 1998, 2005). Convendría tener en cuenta, también, la acción de padres aparentemente comprometidos con el niño pero incompetentes en una adecuada tarea educativa y contenedora que respete la espontaneidad del niño (Winnicott, 1979), o la triangulación del niño en las dificultades relacionales de sus padres u otras personas cercanas (Selvini, 1998). En otras palabras, una crianza deficiente que no aliena un clima emocional estimulante, de libertad, apoyo incondicional y respeto absoluto hacia el niño cristalizará en un inadecuado crecimiento psicoemocional que se traducirá en un cuadro sintomático. Estos síntomas psíquicos, a su vez, afectarán la capacidad de relación del niño con su entorno redundando en una deficitaria sociabilización con sus iguales. El aislamiento social y el comportamiento violento son las dos manifestaciones extremas de la imposibilidad del niño para vincularse de una forma sana a su medio socio-familiar, a modo de repetición de determinados modelos aprendidos en la infancia (García Badaracco, 2000).

Las intervenciones terapéuticas que ignoran estos

principios básicos y que responsabilizan exclusivamente al niño de sus síntomas, sin tener en cuenta los factores externos a los que ha sido o sigue siendo sometido, no hacen más que contribuir a este inadecuado sometimiento y perpetuar, aplazar y a veces incluso agravar su situación clínica.

Puesta en marcha del modelo de atención integral a niños en edad de latencia con trastornos mentales graves

Siguiendo estos principios conceptuales, nuestro equipo profesional planifica el programa terapéutico de intervención con niños en edad latente y trastorno mental grave y sus familias. También incluye algunos adolescentes incipientes cuyos diagnósticos más prevalentes son los trastornos en la esfera psicótica y los trastornos de conducta graves. Son niños con dificultades para la introspección y la mentalización que rara vez pueden poner palabras a lo que sienten y piensan y como consecuencia realizan “pasos al acto” constantes. Descartamos los pacientes con graves trastornos del desarrollo y retraso mental.

El programa se estructura en base a dos puntos capitales:

1. Que cualquier intervención terapéutica con el niño con trastorno mental incluya necesariamente una intervención con su entorno sociofamiliar.
2. Que esta intervención terapéutica comprenda, además, la participación de otros niños de manera que pueda ponerse de manifiesto “in vivo” la clínica relacional del niño y que, a su vez, la interacción con los otros sea utilizada como herramienta terapéutica.

Para llevar a cabo esta tarea disponíamos únicamente de dos horas semanales, lo cual nos hizo planificar la intervención en base a un modelo que optimizara al máximo nuestros recursos terapéuticos. Es lógico pensar que sólo un contexto grupal podría aglutinar en tan poco tiempo a varios pacientes y a sus familias y condensar la aplicación de las técnicas terapéuticas de los profesionales.

El modelo debía, además, estar abierto a la incorporación de nuevos pacientes y sus familias —a partir de las altas que se den— y ser, además, compatible con otras intervenciones individuales y/o familiares paralelas. Con todos estos elementos planificamos la atención en base al modelo grupal multifamiliar con las ramificaciones de subgrupos para niños y familiares

que a continuación se detalla.

Programa de intervención

Entre cinco y diez pacientes y sus familias son invitados conjuntamente a cada sesión de dos horas de duración continuadas, durante la cual se llevan a cabo las siguientes actividades:

1. Grupo multifamiliar de inicio. Una primera parte de la sesión se dedica a la atención conjunta de los niños y familias asistentes mediante un grupo multifamiliar (García Badaracco, 1990, 2000, 2006; Sempere, 2005). En este grupo participan los tres profesionales adscritos a la unidad de salud mental infanto-juvenil (dos psiquiatras y una psicóloga), siendo uno de ellos —con formación específica en terapia multifamiliar— el coordinador. Aunque no hay una duración prefijada, tratamos que no exceda de los treinta minutos. El grupo multifamiliar inicial se constituye en un espacio de intercambio entre las familias, cuyos miembros se interesan y preguntan por lo que acontece en las otras familias y, sin un tema prefijado, se abordan temáticas comunes en un ambiente de aprendizaje conjunto.

En este grupo cada familia expone los hechos más relevantes que han acontecido, en relación con el niño, durante los días transcurridos tras la sesión anterior, pero también se abordan situaciones relativas a cualquier otro miembro de la familia. Este “grupo inicial” sirve como toma de contacto de todos los niños y sus familias al inicio de la actividad terapéutica semanal y en un lugar privilegiado para que los profesionales recibamos información acerca de la situación clínica del niño y su evolución, así como del momento relacional de la familia. Posteriormente la información podrá ser utilizada de forma más concreta en los dos grupos simultáneos: de niños y de sus familiares.

2. Grupo de niños. Tras la toma de contacto, a través del grupo multifamiliar, los niños pasan a una sala contigua junto a dos de los terapeutas (en este caso ambos psiquiatras infantiles). La dinámica de este grupo tiene tres partes más o menos diferenciadas:

A. Espacio de encuentro y reflexión. Tratamos de iniciar el encuentro (en general entre ocho y doce niños) sentándonos en círculo. Por su propia sintomatología no todos los niños son capaces de permanecer sentados y es frecuente que algunos permanezcan realizando movimientos en

la sala o tirándose por el suelo. En este tiempo, que suele ser breve (alrededor de quince minutos), abordamos algunos de los temas que han emergido en el grupo multifamiliar previo, tratando de que en este clima grupal más íntimo los niños puedan poner palabras a algunas de las temáticas tratadas. Por ejemplo, se habla de lo ocurrido en el colegio si los padres trajeron al grupo multifamiliar previo un conflicto en el aula escolar. Se estimula la participación de otros niños en una conversación que trata de analizar y encontrar, entre todos, un sentido a las conductas relatadas, poniendo énfasis en la traducción del síntoma conductual y buscando el reclamo que pudiera haber tras ésta (García Badaracco, 2000).

Tras abordar distintos temas de diferentes niños, la sesión finaliza procurando consensuar con todos los niños presentes las actividades lúdicas que realizaremos juntos posteriormente. En muchas ocasiones las diferentes propuestas se someten a votación hasta que se llega a una decisión. Se potencia así la participación de los niños en la actividad, se promueve su implicación en la decisión de lo que se va a hacer, y se les ayuda a tolerar la frustración cuando la decisión final no coincide con la elección individual de alguno de ellos.

B. Espacio de juego/ actividad compartido. En función de lo acordado se inician las actividades lúdicas que pueden ser: desde salir a la pista deportiva anexa al centro para jugar al fútbol, baloncesto u otro deporte grupal, hasta permanecer en la sala dibujando, recortando o jugando a juegos de mesa. Se cambia de una a otra actividad en función de las propuestas espontáneas de los niños o a sugerencia de los terapeutas, apoyadas por los niños y, de nuevo, sometidas al consenso de la mayoría de los asistentes. Recordemos que muchos de los niños tienen serias dificultades para expresar sus conflictos a través de la palabra. Con estas actividades se busca llevar a cabo una tarea grupal compartida entre todos los asistentes, a través de la cual valorar e intervenir sobre su capacidad para integrarse en el grupo y sus actividades, y para formar equipo con los otros. Se pone en evidencia, además, sus competencias y habilidades relacionadas con compartir, tolerar la frustración, el liderazgo o el sometimiento a los demás.

Con frecuencia asisten a la sesión niños con grandes dificultades para incorporarse a la actividad grupal. En estos casos, con el apoyo de los conductores, realizan una actividad individual menos atemorizante, en sus primeros encuentros terapéuticos, hasta que adquieren mayores capacidades para integrarse en el grupo.

Los conductores tienen en cuenta sus dificultades y, progresivamente, los van incluyendo, a través de una participación aparentemente más pasiva, en la actividad consensuada por el resto del grupo. Así, puede actuar como árbitro en una actividad deportiva, aplaudir, contar los puntos en un juego o, simplemente, ser espectador, hasta que llegue el momento de incorporarse de forma más activa. Los propios conductores grupales, por lo general, también participan de los juegos propuestos, integrándose dentro del juego sin perder por ello su función diferenciada como terapeutas. Al realizar continuos señalamientos a lo largo del devenir de la actividad grupal ponen, de esta forma, palabras a las situaciones emergentes que se van sucediendo.

C. Espacio de finalización y reflexión. Acabado el juego tratamos de dedicar diez minutos a sentarnos de nuevo a reflexionar sobre lo acontecido en la sesión de juego. Es una manera de continuar poniendo palabras y de pensar conjuntamente acerca de las situaciones que se dieron en la experiencia de juego, de valorar la actividad y de despedirnos hasta la siguiente sesión.

3. Grupo de padres/familiares. De forma paralela al grupo de niños, los padres permanecen en la sala de reunión del inicio –después de que los niños la abandonen– donde participan en un grupo de terapia específico conducido por la psicóloga del equipo. En este grupo se trata de seguir abordando, conjuntamente, algunos de los temas que surgieron en el grupo multifamiliar inicial. Lo habitual es que los padres mantengan la inercia de tratar temas relativos a la problemática de sus hijos por la que consultaron. Y si bien es inevitable que estos emergentes aparezcan, la meta terapéutica del grupo radica en que los padres consigan “dejar de hablar exclusivamente de sus hijos” y puedan, además, “hablar de ellos mismos”. Este paso es extraordinariamente importante ya que abre la posibilidad de que se aborde su propia problemática como adultos y padres que, a menudo, permanece latente, confundiendo con las demandas de ayuda puestas en el niño e interfiriendo así su positiva evolución. Se trata, por tanto, de promover una nueva lectura del proceso patológico desvelando las dinámicas parentales y familiares que puedan estar implicadas en él.

A través del grupo se ofrece a los padres una nueva oportunidad para tomar conciencia de lo que les ocurre a ellos mismos, más allá de lo que pasa con su hijo. Y esto se consigue con la ayuda que el grupo provee: a

través de los señalamientos de otros miembros, de la autopercepción por el mecanismo de verse reflejados en lo expresado por otros padres y, también, gracias a la contribución del terapeuta conductor al desvelar lo que “no se ve” aparentemente, pero que subyace en la presentación de cada padre (García Badaracco, 2000). De esta manera el grupo puede funcionar como detector de hábitos inadecuados de crianza, dinámicas de pareja y familiares con modelos de comunicación confusos, climas emocionales hostiles o patología de los propios padres. A la vez, el grupo puede servir de sostén para padres necesitados de comprensión y ayuda e incluso de contención emocional o conductual en algunos casos.

Entendemos que cuando un padre puede al fin hablar de lo que le ocurre, y no sólo de lo que su hijo hace, está iniciando un camino terapéutico “liberador” para el niño. De hecho es frecuente encontrarnos, a lo largo de esta experiencia, con numerosos casos en los que los niños han dejado de acudir a la actividad terapéutica grupal, pero cuyos padres han solicitado seguir asistiendo para continuar tratando sus propias dificultades que, en otros momentos, se habían confundido con la expresión sintomática de sus hijos.

4. Grupo multifamiliar de cierre. Constituye el último momento de la experiencia. Simultáneamente se pone fin a los grupos de niños y padres paralelos y ambos grupos vuelven a fusionarse en uno multifamiliar, de una duración aproximada de quince minutos. Se ponen en común las experiencias que han ocurrido previamente y que los conductores de ambos grupos consideramos que puede ser de interés compartir, además de las aportaciones espontáneas de cualquiera de los asistentes –niños o padres–. En general se hace un balance de cómo fue la sesión de juego y de las situaciones concretas emergentes; por ejemplo, conflictos acontecidos entre algunos de los niños, la evolución en la integración de sus componentes o anécdotas que consideramos pueden tener interés por lo que aporta de una nueva visión acerca de los niños, que suelen pasar desapercibidas en el día a día para los padres. Cualquiera de los conductores o de los participantes –padres o niños– puede retomar temas que se trataron en sus momentos grupales respectivos y que tienen una nueva oportunidad para su clarificación en el grupo multifamiliar.

Una vez finaliza este grupo los profesionales del equipo permanecemos a disposición de los asistentes durante unos minutos más para requerimientos muy

específicos como prescripciones farmacológicas, demandas de informes o solicitud de coordinación con otros estamentos.

Consideraciones sobre la experiencia

Esta experiencia se inició en nuestro centro hospitalario a comienzos de 2008 y aunque se han introducido algunos cambios, en esencia su esquema de funcionamiento se ha mantenido estable. Aún así cabe resaltar algunas variaciones significativas.

1. Al inicio de la experiencia no realizábamos un grupo multifamiliar sino que los niños se integraban directamente en el grupo de niños y los padres en su respectivo grupo de padres. Sin embargo, eran habituales situaciones en la que los padres trataban de informar a los terapeutas de determinados hechos, en relación con sus hijos, que pensaban que debíamos conocer antes de iniciar el grupo terapéutico. Desde el equipo siempre hemos defendido que la información acerca “del otro” sea expresada con “el otro” presente. De esta forma casi espontánea fue surgiendo un espacio inicial en el que realizar este intercambio de información que acabó conformándose en ese breve, pero intenso, grupo multifamiliar de inicio.
2. Tampoco existía, en un principio, el grupo multifamiliar de cierre. Pronto entendimos que era necesario realizar un cierre conjunto donde se pudieran poner en común situaciones, ideas e información importante aparecidas en la experiencia grupal anterior y que, en ocasiones, se convierten en aportes muy valiosos para la continuación de la tarea terapéutica con las familias, además de favorecer una despedida conjunta.
3. La periodicidad del grupo fue inicialmente semanal; sin embargo, después, pasó a quincenal con el fin de facilitar la accesibilidad de las familias que residen en una vasta área geográfica y con difíciles comunicaciones por transporte público. Además, todas las familias pueden hacer uso de otros espacios terapéuticos multifamiliares que se llevan a cabo desde nuestro servicio con carácter semanal (Sempere J. et al, 2011) y cuya asistencia es compatible con esta actividad, en caso de que consideremos la necesidad de un tratamiento más intensivo.
4. Además de los niños y sus familias sobre los que se realiza una intervención terapéutica, el grupo

también acoge, con frecuencia, a niños que son derivados por cualquiera de los miembros del equipo para una evaluación diagnóstica. De esta manera los niños y sus familias pueden acudir de forma puntual a una o más sesiones durante las cuales se valora las capacidades del niño y las dinámicas familiares dentro de un contexto grupal. Posteriormente, en función de los resultados de la evaluación efectuada, es posible invitar al niño y su familia a acudir a otras sesiones para seguir un tratamiento más continuado.

5. Las sesiones, desde hace aproximadamente un año, son grabadas en vídeo con autorización paterna, lo cual nos ha provisto de información que puede ser revisada y utilizada con fines de supervisión y docentes.
6. Algunas cifras de la experiencia de estos tres años:
 - Total de niños atendidos: 56.
 - Número de altas: 43.
 - Número de niños que requirieron intervención individual o familiar complementaria de forma continuada a la actividad grupal intensiva: 14 (25%).

Conclusiones

Las siguientes son algunas de las reflexiones que el equipo profesional recoge después de tres años de esta experiencia:

- La tarea terapéutica de los pacientes más graves ha pasado de recaer individualmente sobre cada uno de los terapeutas a ser compartida conjuntamente por todos los miembros del equipo. Esto no sólo aporta un alivio para todos nosotros, con una disminución del estrés del equipo y un menor desgaste profesional sino, también, un sumatorio a nuestra acción terapéutica del potencial técnico y humano de toda la plantilla profesional.
- La responsabilidad en el cambio terapéutico ha pasado de estar depositada exclusivamente en los profesionales a ser compartida por todos los participantes –pacientes y familiares– involucrados en el proceso terapéutico. El grupo, a través de la dinámica grupal, se convierte en una matriz que da acogida quincenalmente a la demanda de sostén y contención de los niños y sus familias y donde todos –profesionales, pacientes y familiares– colaboramos en la consecución de cambios terapéuticos.
- La apertura del encuadre grupal establecido no sólo permite la intervención terapéutica directa sobre

los pacientes y sus familias, también la posibilidad de incluir a cualquier paciente durante un número determinado de sesiones con fines diagnósticos. La posibilidad de observar a los niños y sus familias en interacción con otros y poder compartir esta observación con los demás profesionales del equipo nos aporta una valiosa información que enriquece nuestra visión limitada, hasta entonces, a la consulta individualizada.

- La intervención terapéutica es una terapia “profunda” ya que sin menoscabo de los componentes de psicoterapia de apoyo, inherentes al intercambio grupal entre los miembros, nuestro cometido último es conseguir el cambio verdadero a través del proceso terapéutico, tanto con los pacientes identificados como con sus familias.
- Esta actividad terapéutica es a su vez diversa, divertida y espontánea, suponiendo un modelo novedoso y aplicable en otros contextos terapéuticos, en cualquier tipo de patología y adaptable a cualquier franja de edad, incluidos –con especificaciones y matices– cualquier tipo de paciente y su familia.
- Este modelo de trabajo resulta, a la vez que eficaz, más económico, en tiempo y recursos profesionales que cualquier otro, especialmente si lo comparamos con la clásica intervención terapéutica individualizada. Como se señaló anteriormente sólo unos pocos de los pacientes atendidos y sus familias necesitaron una atención continuada individualizada accesoria. La contención obtenida a través del abordaje grupal con una periodicidad frecuente hace que la demanda de atención individualizada supletoria sea muy inferior, así como el número de demandas de atención urgente en los intervalos entre las sesiones grupales semanales o quincenales. Las agendas quedan, pues, menos saturadas por estos pacientes con cuadros clínicos graves que venían consumiendo un alto porcentaje de revisiones y urgencias.
- Se evidencia un clima de gratificación por parte no sólo de todos los miembros del equipo profesional sino, y lo que es más importante, también por parte de los niños y sus familias. No nos constan casos, en estos tres años de funcionamiento, de niños o familias que rechacen volver al espacio terapéutico después de un primer encuentro.
- Es un encuadre abierto, además, a la participación de otros profesionales y estudiantes. Representa por ello un espacio privilegiado para la formación como lo

pone de manifiesto el continuo paso de visitantes con interés en este modelo específico y que supone, a su vez, un aliento para seguir mejorándolo día a día.

- Planteamos en un futuro inmediato la puesta en marcha de grupos similares dirigidos a otras franjas de edad, como adolescentes y niños menores de 6 años, con el fin de seguir ofreciendo una mejor respuesta a la demanda de terapias más intensivas y, así, potenciar y optimizar nuestros recursos terapéuticos.
- Apostamos por el modelo multifamiliar como un modelo útil y con capacidad de convertirse en vertebrador de todas las actividades terapéuticas posibles dentro de cualquier institución de salud mental. El grupo multifamiliar enriquece el resto de intervenciones que pudieran llevarse a cabo en el marco terapéutico, a la vez que se nutre de estas. Aporta a su vez una cultura universal y solidaria a la institución, descentralizando el acto terapéutico de la figura de los profesionales, al promover la participación activa conjunta, en el proceso terapéutico, de todos los pacientes y sus familiares así como de todo el equipo profesional.

Agradecimientos

A Jorge García Badaracco, máximo exponente del psicoanálisis multifamiliar e inspirador de nuestro trabajo cotidiano, fallecido el 12 de septiembre de 2010.

Bibliografía

GARCÍA BADARACCO, J. E (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid, Tecnipublicaciones.

GARCÍA BADARACCO, J. E (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Buenos Aires, Paidós.

GARCÍA BADARACCO, J. E (2006). *De sorpresa en sorpresa*. Inédito.

MILLER, A (1998). *El drama del niño dotado*. Barcelona, Tusquets.

MILLER, A (2005). *Salvar tu vida. La superación del maltrato en la infancia*. Barcelona, Tusquets.

SELVINI, M (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona, Paidós.

SEMPERE, J; RODADO, M. J; FUENZALIDA, C (2011). La reorganización de un área de salud mental infantojuvenil en torno a la terapia grupal. *Teoría y práctica grupal psicoanalítica* 1(1): 256-76.

SEMPERE, J (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* 5: 93-102.

WINNICOTT, D. W (1979). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona, Laia.