



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

EL GRUPO MULTIFAMILIAR EN UN HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES

Javier Sempere Pérez

Psicopatol. salud ment. 2005, 5, 93-101

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes

JAVIER SEMPERE PÉREZ *

RESUMEN

El autor realiza una mirada retrospectiva a la puesta en marcha de un hospital de día para adolescentes con trastornos psiquiátricos. Describe el modelo asistencial inspirado en la comunidad terapéutica y evalúa la experiencia al cabo de un año. Tras cuestionar lo que consideran un grado insuficiente de participación de las familias en el proyecto, analiza el proceso que persigue una mayor inclusión de éstas en la comunidad y que acaba con la constitución de un grupo multifamiliar. Por último, hace una valoración de los resultados subjetivos de la experiencia. PALABRAS CLAVE: hospital de día, adolescencia, comunidad terapéutica, grupo multifamiliar

ABSTRACT

THE MULTIFAMILY GROUP IN AN ADOLESCENT DAY-HOSPITAL. The author reviews the setting up of a day-hospital for adolescents with psychiatric disorders. The intervention model inspired by the therapeutic community philosophy is described, and the experience after one year is evaluated. After questioning the low level of participation by the families in the project, the author analyses the process designed to increase family inclusion and which eventually ends up with the constitution of a multifamily group. The author concludes his paper with a subjective evaluation of the results of this experience. KEY WORDS: day-hospital, adolescence, therapeutic community, multifamily group.

RESUM

EL GRUP MULTIFAMILIAR EN UN HOSPITAL DE DIA PER A ADOLESCENTS. L'autor fa una mirada retrospectiva a la posada en marxa d'un hospital de dia per a adolescents amb trastorns psiquiàtrics. Descriu el model assistencial inspirat en la comunitat terapèutica i avalua l'experiència al cap d'un any. Després de qüestionar-se el grau insuficient de participació de les famílies en el projecte, analitza el procés que en pretén una major implicació i que culmina amb la constitució d'un grup multifamiliar. Finalment, fa una valoració subjectiva dels resultats de l'experiència. PARAULES CLAU: hospital de dia, adolescència, comunitat terapèutica, grup multifamiliar.

Los hospitales de día para adolescentes con trastornos mentales son recursos relativamente recientes en nuestro entorno. El primero de ellos, en Cataluña, se creó hace poco más de diez años en el contexto de un hospital general (Hospital Infanto-Juvenil Sant Joan de Déu), y no es hasta hace cinco años que se puso en marcha el primero sectorizado e integrado en la comunidad (Hospital de Día de Gavà). Posteriormente otros centros han entrado en funcionamiento (a finales de 2003, en Cataluña, ya eran unos quince). También en otras comunidades autónomas se ha dado este fenómeno, aunque con distribución muy desigual.

Estos recursos crecen paralelos –aunque con retraso– a los hospitales de día para adultos. Al igual que éstos tienen como finalidad la atención a enfermos mentales para los que el tratamiento ambulatorio, desde la red de salud mental, se hace insuficiente y que, a su vez, pueden prescindir de una hospitalización total.

** Psiquiatra, ex coordinador clínico del Hospital de Día de Mollet del Vallès. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

Correspondencia: bsaselx@hotmail.com

En la organización y funcionamiento de estas unidades de hospitalización parcial existen unas bases comunes, recogidas en los documentos que la administración –al menos en el caso de Cataluña– ha elaborado conjuntamente con los coordinadores de los centros. Sin embargo, cada uno de los hospitales de día tiene sus propias peculiaridades en función de la orientación teórica de sus respectivos equipos de profesionales, las características de la institución sanitaria a la que pertenecen, la dotación económica y de personal, su ubicación geográfica y social que determina rasgos específicos en la población atendida.

A través del presente artículo trataré de realizar un análisis del proceso de constitución y evolución de un hospital de día para adolescentes –el de Mollet del Vallès, perteneciente a la red de salud mental del Hospital Sant Joan de Déu–, a partir de la perspectiva que me ofrece haber sido el coordinador clínico durante algo más de dos años: desde su constitución en septiembre de 2001 hasta finales de 2003.

Trataré de sintetizar la filosofía con la que nació el proyecto y su modo inicial de funcionamiento, para posteriormente detenerme en cómo la propia inercia del contexto de trabajo y la autocrítica emergente en los miembros del equipo, respecto a la forma de entender y abordar el proceso de enfermar y sanar de nuestros pacientes, nos induce a buscar una mayor participación y compromiso de las familias en el proceso terapéutico, culminando con la constitución de un grupo terapéutico multifamiliar como elemento básico en el tratamiento.

Contexto del hospital de día para adolescentes

El Hospital de Día de Mollet entró en funcionamiento como un nuevo recurso de la red de salud mental infanto-juvenil de Cataluña. Se ubica en la comunidad, es decir, fuera del ámbito del hospital general, y anexo a un CSMIJ, en la localidad de Mollet del Vallès, aunque destinado a dar cobertura a toda la comarca del Vallès Oriental. La población de la zona es de aproximadamente 320.000 habitantes, de los cuales 25.000 son adolescentes entre 12 y 18 años (Institut d'Estadística de Catalunya, Censo 2001). Las características socioeconómicas de esta población son las propias de las comarcas periféricas a una gran ciudad, con alto porcentaje de población inmigrante y con un nivel socioeconómico medio-bajo.

Organización y objetivo del hospital de día

El nuevo recurso nace con catorce plazas para ingreso de adolescentes los doce y los dieciocho años. El centro presta asistencia pública, en función del convenio con la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Cataluña.

El equipo de profesionales encargados del proyecto –algunos en dedicación a tiempo parcial– está formado por un psiquiatra (que hace las veces de coordinador clínico), una psicóloga, dos educadores, una enfermera, un trabajador social, un profesor (que se incorporó al cabo de más de un año de la puesta en marcha del centro) y una secretaria. Dado que es un recurso de hospitalización parcial, permanece abierto durante ocho horas; de ellas, seis son para la atención directa a los pacientes y dos para actividades organizativas propias del equipo de profesionales.

El objetivo básico se centra en la intervención terapéutica en pacientes con trastornos mentales agudos que no cumplen criterios de hospitalización total, pero para los que el tratamiento ambulatorio resulta insuficiente. Estos pacientes se agrupan fundamentalmente dentro de los siguientes grupos diagnósticos: trastornos afectivos, psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación, neurosis graves (estados fóbicos, TOC, etc.) y trastornos adaptativos (crisis evolutivas...).

El hospital de día actúa sobre las situaciones de crisis que los pacientes presentan en la relación con su entorno (escuela, medio social, familia), interviniendo como “elemento intermedio” para el restablecimiento de los vínculos comprometidos a dichos niveles. Las características propias de la hospitalización parcial, que posibilitan la observación y agilización de los procesos diagnósticos, hacen además de este recurso el medio idóneo para la realización de diagnósticos diferenciales en casos en los que sea necesario.

Son, en principio, excluidos de la posibilidad de ingreso aquellos pacientes con edades inferiores a los 12 años, así como los que presentan marcados rasgos antisociales de personalidad en los que no hay sentimientos de culpa ni capacidad de empatía, los que presentan toxicomanías como primer motivo de consulta y aquellos con retraso mental o trastornos psicorgánicos que dificulten su adaptación a este contexto psicoterapéutico.

Modelo de funcionamiento

El Hospital de Día de Mollet nace con la filosofía de “comunidad terapéutica”. El equipo se constituye con el convencimiento de que es la “convivencia”, entre profesionales y pacientes, la que actúa como motor de cambio, basándonos en el principio de que “las personas cambian, aprenden y maduran como resultado de sus relaciones y experiencias interpersonales y sociales” (García Badaracco, 1990). Por tanto, el hospital de día se convierte en el espacio cotidiano de vida y relación, donde todas las relaciones y actividades de las que participa el paciente son utilizables como “terapéuticas”. El hospital de día funciona, pues, como una comunidad terapéutica (la “matriz terapéutica”, según Badaracco) constituida por todos y cada uno de los pacientes ingresados y por sus profesionales.

Desde este punto de vista, sería válida la metáfora de que el hospital de día actúa como una “familia” y un “medio socio-escolar” sustitutivo o de transición, ya que durante el tiempo en el que el paciente forma parte de programa se establecen vínculos entre los propios pacientes y entre éstos y los miembros del equipo que remedan las que pudieran darse en el entorno familiar y escolar; con la diferencia de que en el ámbito hospitalario pueden ser elaborados y reorganizados, potenciando así la “transición” del estado de enfermedad al de salud de los pacientes. Pongamos algunos ejemplos: una relación de dependencia y dificultad de individualización de un adolescente respecto a su madre, puede manifestarse a través de una relación similar con uno de los profesionales del hospital de día; las dificultades en las habilidades de relación del adolescente con sus iguales se hacen patentes en el manejo grupal, de la misma manera que se evidencia una situación de falta de reconocimiento y nutrición emocional por parte de los padres; o la escasa interiorización de límites en hijos de familias anárquicas, expresada en el comportamiento del menor en el centro, por citar unos cuantos.

Desde el principio fuimos conscientes de que si bien el abordaje de todos estos conflictos, a través de la intervención terapéutica directa sobre los pacientes, era crucial; éste esfuerzo, sin embargo, sería infructífero sin una intervención paralela sobre la familia y el medio socio-escolar, que actúan como factores relevantes en la etiopatogenia y/o perpetuación del trastorno. Por ello, nuestro trabajo incluyó, desde un inicio, la intervención terapéutica familiar y la coordinación e intervención en el ámbito escolar y social en cada uno de los casos asistidos, de manera que a la vez que el paciente realizaba su “transición” desde la enfermedad a la salud, también se promovía una transición paralela de la familia y del entorno, con un fin de facilitar la inclusión y adaptación del menor en su medio natural.

En cualquier caso, no fue fácil para el equipo embarcarse en este nuevo proyecto. Para algunos no sólo significaba un cambio epistemológico respecto a cómo entender el proceso de enfermar y sanar, sino también una nueva manera de situarse ante el adolescente y abordar sus problemas. De hecho, esta

visión implicaba un gran salto cualitativo: de la “visita terapéutica” a la “convivencia terapéutica” con el paciente, en un medio en que el adolescente dejaba de ser sujeto pasivo en el tratamiento, para convertirse en agente activo y, a la vez, en agente catalizador de cambios en otros pacientes.

Un temor generalizado al inicio de la experiencia fue que la convivencia en grupo nos hiciera “perder los papeles”, y que los profesionales acabáramos confundidos en la comunidad terapéutica y actuando como adolescentes. De ahí la trascendencia de una continua supervisión y coordinación del equipo que ayude a cada profesional a situarse en la comunidad, recordándonos que si bien todos “convivimos”, lo hacemos de manera diferenciada: los profesionales estamos entre adolescentes pero “no” somos adolescentes, de igual manera que en cualquier familia los adultos conviven con sus hijos sin actuar por ello como niños. El mismo ejemplo nos ayuda a entender nuestro papel jerárquico en la toma de decisiones, pues de la misma forma que los padres escuchan a sus hijos pero asumen que son ellos los que toman las decisiones en casa, también en la comunidad terapéutica los profesionales tenemos en cuenta las opiniones y demandas de los pacientes, que de esta manera intervienen en el funcionamiento y autogestión del hospital de día (hay un espacio de asamblea general semanal en la que participan todos los pacientes y todos los profesionales), pero que siempre somos los profesionales –liderados por el coordinador– quienes, en último termino, tenemos la responsabilidad de decidir sobre cualquier aspecto relacionado con el funcionamiento del hospital de día.

Y si crucial es la no confusión entre profesionales y pacientes, no lo es menos la delimitación de papeles entre los propios miembros del equipo, máxime cuando se trata de un complejo equipo multidisciplinar en el que cada uno aporta herramientas y técnicas específicas. Cada profesional debe conocer cuál es su campo de intervención y no asumir lo que no le corresponde en el conjunto de las intervenciones: psicoterapéuticas –individuales, familiares y/o grupales–, psicofarmacológicas, sanitarias, educativas y académicas que se ofrecen en el contexto del hospital de día. Para este cometido es crucial, de nuevo, la continua coordinación, capacitación y supervisión del equipo, promovida por un líder que necesariamente debe contar con el respaldo institucional y tener la capacidad de ganarse la simpatía de todos sus miembros, contagiándolos de la ilusión y compromiso en el fin común de la comunidad terapéutica, que no es otro que el de sanar a sus miembros. En definitiva, un coordinador que promueva el “trabajo en equipo”, lo cual sin duda, y parodiando a M. Suñer, es mucho más que el “equipo de trabajo” (Suñer, 1997).

[Reflexiones tras un año de funcionamiento: el lugar que ocupan las familias](#)

Tras poco más de un año de la puesta en marcha de nuestro recurso, tiempo durante el cual se produjeron algunos cambios en los integrantes del equipo (por motivos institucionales) y en el que se sucedió el paso de varios grupos de adolescentes, el equipo profesional reflexionó sobre el trabajo hasta entonces desarrollado. Valoramos los éxitos terapéuticos conseguidos, que se sumaban a las muchas satisfacciones personales experimentadas, pero también se hizo análisis de lo que era vivido como fracasos y carencias en el tratamiento que ofrecíamos. Más allá de lo que no estaba en nuestras manos cambiar (contratación de más personal, mejora de las instalaciones...), había un sentir general de querer hacer “algo más”. Habíamos constituido una comunidad terapéutica, pero sentíamos que ésta era un reducto terapéutico cerrado a la comunidad general: a las familias y a la sociedad.

Los integrantes del equipo profesional compartíamos, además, la sensación de “depositar” una gran responsabilidad sobre nosotros, y a veces, incluso, de asumir obligaciones y roles parentales con respecto a los pacientes, especialmente en aquellos con conductas más externalizantes. Existía el malestar de que todo esfuerzo se quedaba “corto” y de queja respecto al papel de las familias que, en general, y pese a acudir a las entrevistas familiares a las que eran convocadas por los terapeutas, eran

vividas como ajenas al servicio, distantes y con escasa implicación en nuestro proyecto. A su vez, algunas familias demandaban poder intervenir más en el hospital de día: unas lo hacían de forma abierta, ofreciéndose, por ejemplo, a colaborar en algunos talleres, como acompañantes en las excursiones o pidiendo conocer a los profesionales del centro y a otros pacientes. En el caso de otras familias intuíamos también una demanda de mayor participación a través de mensajes indirectos, como eran las muestras de interés por el funcionamiento del hospital, los profesionales y los pacientes ingresados. Pronto se evidenció, pues, lo obvio: las familias no estaban integradas en la comunidad terapéutica. Los pacientes y el equipo de profesionales sí se había integrado en el hospital de día y habían obtenido beneficio de la interacción terapéutica entre ellos establecida, pero las familias habían quedado fuera y, por ende, desaprovechadas.

Con humildad tuvimos que reconocer que la “familia sustitutiva o de transición” que ofrecíamos al adolescente enfermo no era suficiente a nivel terapéutico y que por mucho esfuerzo y dedicación que el equipo pusiera, jamás podría suplir la capacidad de cambio inherente a la interacción de la verdadera familia. Si pacientes y profesionales participaban de la comunidad creada, que se organizaba semanalmente en una asamblea en la que todos ellos intervenían, ¿por qué los padres, hermanos y otros familiares significativos se habían quedado sin voz ni voto en la comunidad? Fue así como surgió la idea de tratar de integrar, aún más, a las familias en nuestra comunidad terapéutica.

Los grupos multifamiliares

Fueron muchas las sugerencias que surgieron, desde el equipo profesional, acerca de cómo introducir a las familias en el hospital de día: invitarlas a comidas compartidas con los pacientes y profesionales, a actividades festivas o a participar en algunos de los talleres que ya estaban en funcionamiento, hasta la puesta en marcha de grupos específicos de padres paralelos a los grupos de adolescentes que ya se venían haciendo. Pero finalmente fue la constitución de un grupo multifamiliar –formado por todos los profesionales, todos los pacientes y sus familiares – la opción que logró el consenso de “casi” todos. Y decimos “casi” porque la idea de realizar estos grupos grandes y tan heterogéneos en sus participantes fue vivido como “trasgresor” y “anárquico” por parte de algunos de los integrantes del equipo y, sobre todo, por otros miembros de la institución integrados en otros equipos. Sin embargo, todas estas críticas nos sirvieron, y mucho, para cuestionarnos, analizar y buscar respuestas que nos motivaran a seguir adelante con el proyecto. Analicemos, a continuación, estos temores y la respuesta del equipo antes de la puesta en marcha del primer grupo multifamiliar en el hospital de día:

1. *La ruptura de un encuadre de confianza de los pacientes con el equipo profesional ante la entrada al grupo de los familiares, con el consiguiente riesgo de que se sintieran “traicionados”.* Los pacientes fueron los primeros que nos transmitieron tranquilidad. Nos sorprendimos de su respuesta al anunciarles la posibilidad de que se pusiera en marcha un grupo que integrara adolescentes, profesionales y familia: todos lo vivieron como “normal”. Y aunque no faltaron comentarios como “¿No les contaréis que he dicho esto o he hecho lo otro?”, pudimos transmitirles la confianza de que “ellos hablarían por sí mismos” y que los profesionales no actuaríamos como portavoces de nadie.

2. *La posibilidad de descalificación pública de los padres por parte de sus hijos, o viceversa.* Si el grupo multifamiliar es el reflejo de la realidad de las familias y de sus procesos internos, también se convierte en el medio donde los fenómenos de descalificación y no confirmación –si ocurren– pueden aparecer, pero con la diferencia de que aquí podrán ser elaborados terapéuticamente por el conjunto grupal. En casos específicos pensamos que algunos adolescentes podrían ser reacios a mostrar en público a sus padres, que algunos se atreverían a catalogar como “impresentables”; sin embargo, nos sorprendió ver

como todos verbalizaron su ilusión por presentar a sus familias a los compañeros y por conocer a las familias de los demás.

3. *El riesgo de desautorización de los padres por parte de otras figuras de autoridad (los profesionales).* En el grupo multifamiliar, como en cualquier grupo terapéutico, el terapeuta conduce (que no es lo mismo que “mandar”) el grupo. Es más, un grupo multifamiliar coherentemente conducido podría favorecer la emergencia del papel de autoridad de las figuras parentales más precarias, a través del apoyo de otros padres e incluso de otros adolescentes que pudieran conectar con esta carencia en dichos padres.

4. *La preocupación de ciertos pacientes a quedarse “solos” porque ninguno de sus familiares acuda al grupo.* Ya esperábamos que por parte de algunos pacientes no acudiera ningún familiar al grupo, derivado de su propia realidad de “abandono” familiar. Pero nos preguntamos: ¿Por qué evitar que se enfrenten –enfrentarnos- a la realidad y no perder la posibilidad de colaborar con ellos en su elaboración?

5. *La inconveniencia de que “asuntos privados” de cada familia se expongan públicamente y “delante de menores”.* Partimos de la base de que los secretos rara vez son tales, y menos aún dentro del núcleo familiar. Confiamos, además, en que una conducción adecuada del grupo pueda delimitar el terreno de lo “más íntimo y delicado”, que debe ser encauzado hacia el trabajo terapéutico en las visitas familiares individuales, protegiendo a la familia de una exposición inconveniente.

6. *Reunir a todos los profesionales de distintas disciplinas en el grupo multifamiliar es un alegato a favor de la anarquía y el “todo vale”.* Muy al contrario, una de las motivaciones que el equipo tuvo a la hora de plantear el grupo multifamiliar fue poder encontrarnos todas las disciplinas integradas en el hospital de día con las familias. Era habitual los que padres u otros familiares preguntasen, durante el transcurso de las entrevistas terapéuticas individuales, acerca de otros profesionales del hospital de día con los que nunca habían tenido contacto directo. Y de la misma manera, también se daba el fenómeno contrario: profesionales que hablaban de padres, abuelos o hermanos a los que no conocían a pesar de que los pacientes compartían cotidianamente con ellos sus conflictos relacionales. Pensamos, por tanto, que el grupo multifamiliar podía convertirse en el primer lugar de encuentro de los profesionales con las familias y en el lugar ideal para la integración de sus intervenciones.

Pero no conformes con nuestra propias respuestas recurrimos, además, a los argumentos de otros autores recogidos en la bibliografía y que, finalmente, hicieron desnivelar la balanza hacia la puesta en marcha de estos grupos. Algunos de ellos dicen:

- El grupo multifamiliar abre la estructura institucional al exterior, comunicando la institución con el contexto comunitario en el que se encuentra y al que necesita adaptarse. Se estructura como el contexto social en el cual se restituyen las redes sociales rotas por la enfermedad, aportando acompañamiento y sostén para estas familias (Ayerra, 2002).
- En el proceso grupal multifamiliar pueden ser revisados y modificados los vínculos que el adolescente tiene consigo mismo y con su familia, y viceversa, desenmascarando interdependencias patógenas entre ellos (García Badaracco, 1997). El grupo multifamiliar hace las veces de sistema de acompañamiento mutuo (adolescente y familia) donde los terapeutas tienen el papel de traductores y mediadores de las nuevas situaciones que se producen, convirtiéndose en el espacio terapéutico donde la familia puede encontrarse con la realidad interna y externa a través de otras familias, siendo además el escenario donde podemos observar a las familias en su funcionamiento tanto intra como extra familiar (Blajakis, 2002).
- El grupo multifamiliar es el que más poder tiene para promover el cambio en el paciente y en su familia frente a la tendencia al no-cambio: para abrir espacios mentales para cambios que se

producirán en el devenir del proceso terapéutico (García Badaracco, 1997). Es además la solución más completa e integrada a las demandas familiares, puesto que colocar juntos a los adolescentes y sus familias en un contexto de compartir con otras familias y acompañados por el equipo terapéutico enriquece el proceso, desfocalizándolo del contexto unifamiliar y de la exigencia de soluciones puesta únicamente en el terapeuta individual (Blajakis, 2002).

- El grupo multifamiliar también adquiere el significado de campo relacional, donde las familias pueden ampliar su red de conexiones externas, especialmente precarias en algunos casos en los que el retraimiento/aislamiento familiar ha sido la respuesta ante la enfermedad del hijo adolescente. El grupo multifamiliar libera a las familias de sentirse culpables, diferentes y avergonzadas por el hecho de tener adolescentes con trastornos psíquicos. Estas familias que se sienten “castigadas” encuentran un lugar donde poder compartir con otras familias que no censuran, sino que comprenden y acompañan (García Badaracco, 1997).
- El grupo multifamiliar es el lugar pedagógico por excelencia (Blajakis, 2002). En él se da un aprendizaje emocional y corrector que aporta nuevos esquemas mentales y que dará otro sentido a los conflictos, mostrando como detrás de expresiones de agresividad y de reproche se esconden demandas de necesidad de afecto y comprensión.
- El grupo multifamiliar abre una pluralidad de temas a tratar en el grupo pequeño, donde los compañeros de cada adolescente pueden rescatar a los otros padres y donde los adolescentes pueden conectar con las dificultades que sus propios padres han podido expresar en el grupo multifamiliar (Blajakis, 2002).
- El grupo multifamiliar es el “antídoto” al sentimiento de “agresión”. A través del grupo, padres y adolescentes pueden conectar con la sensación recíproca de cómo todos ellos se sienten agredidos desde sus respectivos lugares, desmitificando la intención del otro y liberándolos de culpa (Blajakis, 2002). Además, la función terapéutica del profesional deja de ser persecutoria, como ocurre en las terapias unifamiliares, convirtiéndose el terapeuta en mediador (Ayerra, 2002).
- Las experiencias llevadas a cabo con grupos de familias de adolescentes con trastornos psiquiátricos son prometedoras. Las primeras referencias datan de inicios de la década de los sesenta, cuando los grupos terapéuticos multifamiliares se incluyeron como parte integrante del programa terapéutico del Centro Médico Yale-New Haven (EE UU) para adolescentes con trastornos psiquiátricos agudos (Kaplan, 1996). Desde entonces, los grupos multifamiliares se han extendido al tratamiento de adolescentes con diversos trastornos mentales y conductuales: Programas psicoeducativos multifamiliares (Pollio, 1998; McFarlane, 2001) para trastornos psicóticos (McFarlane, 2002; North, 1998; McFarlane, 1996; Dixon, 1995, Thorsen, 1998), trastornos bipolares (Fristag, 2002; Honig, 1995), enfermedades médicas (Wamboldt, 1995) y trastornos de la alimentación (Llebara, 2001). Grupos multifamiliares de orientación cognitivo-conductual para niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo (Van Noppen, 2001; Van Noppen, 1997). Múltiples experiencias de tratamientos grupales multifamiliares para adolescentes con trastornos por abuso de consumo de tóxicos (Conner, 1998; Liddle, 2001). Grupos multifamiliares en el tratamiento de familias abusadoras y negligentes (Meezan, 1998; Meezan, 1998). Grupos multifamiliares paralelos a grupos pequeños con adolescentes con diversa patología mental (Blajakis, 2002).

[Puesta en marcha y organización del grupo multifamiliar](#)

Una vez que el equipo terapéutico acordó la puesta en marcha del grupo multifamiliar hubo que convenir ciertos aspectos en los cuales tuvimos, en un principio, divergencia de criterios.

Quién integra el grupo

Surgieron varias propuestas en base a los siguientes puntos:

I. ¿Se había de incorporar al grupo multifamiliar todo el equipo profesional (educadores, profesora, enfermera y terapeutas)?: Se decidió, finalmente, que todos ellos entraran a formar parte del grupo, dado que de esta manera se respondía a la expectativa con la que fue concebido el grupo multifamiliar: ser un vehículo de encuentro del hospital de día –y, por tanto, de todos sus pacientes y profesionales- y las familias. La experiencia, a buen seguro, sería mucho más enriquecedora con las diferentes aportaciones desde la especificidad de cada uno de ellos.

II. ¿Se había de dar cabida a los pacientes ya dados de alta y a sus familias?: Hasta entonces venía funcionando (de forma intermitente) un “grupo postalta” en el que se integraban los pacientes recientemente dados de alta y que voluntariamente seguían encontrándose en un grupo pequeño conducido por un terapeuta y un educador. Con este grupo se pretendía facilitar el proceso de desvinculación del paciente al hospital de día después de un tratamiento intensivo y, en general, de larga duración (alrededor de tres o cuatro meses de media). Con la puesta en marcha del grupo multifamiliar pensamos que podíamos aprovechar las aportaciones que los pacientes dados de alta y sus respectivas familias ofrecerían a los todavía ingresados, a la vez que ellos podían seguir nutriéndose del hospital de día a modo de grupo postalta. La decisión final adoptada fue, por tanto, incorporarlos también al grupo multifamiliar cerrando el grupo postalta que hasta entonces existía.

III. ¿Qué familiares serían invitados al grupo?: Algunos miembros del equipo sugirieron que asistieran solo los padres, justificándolo en que incluir otros familiares haría muy complejo el desarrollo del grupo. Finalmente se decidió que la invitación se haría extensiva “a la familia” en forma genérica, y que sería ésta la que dilucidaría qué miembros eran los que habían de acudir. Pensamos que el grupo regularía por sí mismo, y a lo largo de su devenir, a los componentes asistentes.

Periodicidad y horario

Se decidió hacer una convocatoria quincenal que sirviera, en sus inicios, como “prudente prueba”. Se fijó la convocatoria a las 15.00 horas del miércoles, por ser la franja horaria donde mayor disponibilidad tenían las familias para desplazarse hasta el hospital de día. La duración fue, principio, de una hora, que podría alargarse posteriormente en función de las necesidades y sugerencias que fueran apareciendo.

Forma de citación

La invitación a las familias se hizo por partida doble: I) La citación telefónica al padre/madre o a ambos progenitores en la semana previa. El encargado de hacer cada llamada era el educador responsable de cada paciente. II) La citación por carta que se daba en mano a cada paciente para hacerla llegar a sus padres. En ambos casos se explicitaba que la familia era invitada a participar en un “encuentro de familias”, señalando que el objetivo de la reunión era “ofrecer un espacio de intercambio entre pacientes, familias y profesionales que facilite la evolución positiva de éstos y de las personas que con ellos conviven, al tiempo que hacer partícipes a las familias del funcionamiento del hospital de día”.

Impresiones sobre la experiencia

La respuesta por parte de las familias sobrepasó, desde un principio, todas las expectativas. Para nuestra sorpresa, los temores anticipatorios acerca de que la propuesta de convocatoria fuera interpretada por las familias como una “locura”, no fue en absoluto vivida así por ellas. Tanto los pacientes –ingresados y varios ya dados de alta– como sus familiares (acudieron la mayoría de los padres y algunos hermanos y abuelos) verbalizaron vivir el encuentro como algo tan “natural” como su propia realidad: ellos ya convivían juntos y en relación con otras familias en su entorno. Sintetizar lo ocurrido en el tiempo en que se llevaron a cabo estas sesiones (más de quince a lo largo de casi un año que duró la experiencia)

sería interminable. Pero podríamos resumir las principales impresiones compartidas por el equipo de la manera siguiente:

- Los grupos fueron dinámicos y con una rica interacción entre los miembros. Junto a los pacientes y familiares, acudieron, también, casi todos de los profesionales adscritos al equipo del hospital de día así como los estudiantes y profesionales en formación en nuestro centro. El número total de integrantes del grupo osciló entre los treinta y sesenta miembros. A pesar de la dificultad que pueden suponer grupos tan numerosos, nos sorprendió comprobar que incluso los pacientes más fóbicos se atrevían a participar activamente.
- A través de los grupos se resolvieron, además, los malentendidos que habitualmente surgían entre el equipo profesional y las familias, evitando así la triangulación de estos conflictos que hasta entonces tendían a sufrir los pacientes. Las acusaciones de pacientes o padres hacia la actuación del equipo terapéutico o hacia otros pacientes podían ser compartidas y resueltas en un lugar donde todos, sin excepción, tenían la posibilidad de ofrecer su punto de vista. A través de los grupos, las familias intervinieron en el funcionamiento y toma de decisiones, llegando a un entendimiento en muchos puntos, incluso en algunos tan delicados como los motivos de expulsión de un paciente.
- Las familias y el equipo terapéutico se sintieron reconocidos, a la vez que se promocionó el reconocimiento público de la evolución de los pacientes y sus familias. Fueron habituales momentos de intensa emoción cuando un miembro del grupo expresaba aspectos positivos en su evolución. Se consiguió un clima de apoyo emocional mutuo y de pedagogía compartida en el que todos aprendimos de todos: de los profesionales, de los pacientes, de sus familias y, a su vez, éstos también de otros pacientes y de otras familias.
- La sensación inicial de demasiada responsabilidad depositada en los profesionales pasó a ser de una responsabilidad compartida padres-equipo: los padres nos acompañaban en la toma de decisiones y asumían su papel en el tratamiento, con el consiguiente alivio de los profesionales.
- Surgieron multitud de temas que después podían ser tratados en los grupos pequeños y en los espacios de terapia individual y familiar. Los días siguientes a las sesiones multifamiliares había mucha información y emociones, que tras ser expuestos en el grupo continuaban su proceso de elaboración en los otros contextos terapéuticos.
- El éxito de la experiencia nos llevó a aumentar la duración del grupo multifamiliar, a petición de las familias (una hora y media). Por último, la impresión general, no sólo del equipo sino también compartida por los pacientes y por las familias, puede ser resumida en la pregunta de varios de sus integrantes: ¿Por qué no lo hicimos antes?

Comentarios finales

Después de la experiencia –interrumpida en la actualidad por cuestiones institucionales y cambios en el equipo profesional– y desde la objetividad que creo me ofrece la visión retrospectiva del proceso, podría concluir que:

El hospital de día es un recurso altamente valioso para el tratamiento de trastornos psiquiátricos en la adolescencia por la posibilidad de ofrecer un abordaje intensivo y multidisciplinar al paciente, así como por el hecho de ofrecer un contexto terapéutico grupal de relación del paciente con otros adolescentes y abierto al medio comunitario. En el trasfondo de cualquier abordaje terapéutico que implique la convivencia entre pacientes, y a su vez de éstos con un equipo de profesionales, se dan los fenómenos propios de una comunidad terapéutica, modelo en el que creímos firmemente a la hora de crear nuestro proyecto.

Si hay un proyecto difícil de coordinar ese es el hospital de día: la diversidad y multidisciplinaridad de los profesionales que interactúan, la convivencia con adolescentes que sufren trastornos graves y la necesaria permeabilidad al resto de recursos comunitarios, convierten el hospital de día en una compleja estructura que necesita de un delicado engranaje adaptable a los continuos cambios y nuevas situaciones que se suceden. Y que requiere, por tanto, de una flexible y certera coordinación.

El hospital de día debe cuidar los aspectos más sanos y adaptados del adolescente, ofreciéndole la posibilidad de participar en las actividades esperables para una persona de su edad. Es por ello fundamental que contemple la docencia como derecho y parte fundamental en su programa, haciéndola compatible con la intervención sanitaria y consiguiendo un equilibrio que evite la exclusiva psiquiatrización del caso, pero evitando a su vez que los hospitales de día acaben convirtiéndose en “colegios especiales”. No hemos de olvidar que los hospitales de día son lugares de “transición” de los que el paciente participa durante la fase aguda de su trastorno y con el fin de que pueda reincorporarse posteriormente a medios normalizados.

El proceso natural de nuestro hospital de día fue de “abrir las puertas”, cada vez más, al medio comunitario y muy especialmente a las familias. Si cualquier abordaje terapéutico pierde su sentido cuando no tenemos en cuenta el medio familiar, más aún ocurre en el caso de pacientes con trastornos graves como los atendidos en los hospitales de día. La participación de las familias no sólo a nivel de las terapias familiares individuales, sino dentro del funcionamiento general del centro, a través de la constitución de los grupos multifamiliares, fue una experiencia altamente enriquecedora en la función terapéutica, a la vez que gratificante para los profesionales.

Agradecimientos

A los pacientes y familias con los que tanto aprendí. Al equipo que se entregó a una ilusión compartida. Al Hospital Sant Joan de Déu que me brindó la oportunidad de crear y creer en un proyecto. A mis maestros de Bilbao y Barcelona –muy especialmente a Maribel López, Miquel Sunyer, José M^a Ayerra, Maribel Blajakis y José Luis Atienza– que abrieron mis ojos al grupoanálisis y me animaron a transgredir en lo establecido. Y por supuesto a Jorge García Badaracco, que con sus textos puso palabras a lo que hasta entonces era sólo una intuición.

Bibliografía

- AYERRA, J M; LÓPEZ ATIENZA, J L (2002). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Boletín*, 26, 3-12.
- BLAJAKIS, M I; LÓPEZ ATIENZA J L (2002). Tratamiento multigrupal de la adolescencia (integración del grupo pequeño y el grupo multifamiliar). *Boletín* 27, 3-14.
- CONNER ET AL (1998). The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *American Journal on Addictions*, 7 (1), 61-73.
- DIXON L B; LEHMAN, A F (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (4), 631-43.
- FRISTAD M ET AL (2002). Multifamily psychoeducation groups for families of children with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 4 (4), 254-62.
- GARCÍA BADARACCO J E (1990). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid, Tecnipublicaciones.
- GARCÍA BADARACCO J E (1997). El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general. *Boletín* 7, 3-16.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, *Institut d'Estadística de Catalunya*. Cens 2001, Barcelona.

- HONIG A ET AL (1995). Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder: preliminary findings, *Psychiatry Research*, 56 (3): 299-301.
- KAPLAN H, SADOCK B (1996). *Terapia de grupo*, Madrid, Panamericana, p. 296-310.
- LIDDLE H A ET AL (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 27 (4): 651-88.
- MCFARLANE W R ET AL (1996). A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment, *Psychiatric Services*. 47 (7): 744-50.
- MCFARLANE W R ET AL (2001). Predictors of dissemination of family psychoeducation in community mental health centers in Maine and Illinois, *Psychiatric Services*, 52 (7): 935-942.
- MCFARLANE WR, WILLIAM R (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York, Guilford Press, p. 403.
- MEEZAN W, O'KEEFE M (1998). Evaluating the effectiveness of multifamily group therapy in child abuse and neglect, *Research on Social Work Practice*, 8(3): 330-53.
- MEEZAN W, O'KEEFE M (1998). Multifamily group therapy: impact on family functioning and child behavior, *Families in Society*, 79 (1): 32-44.
- NORTH CS ET AL (1998). The family as caregiver: a group psychoeducation model for schizophrenia, *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1): 39-46.
- POLLIO DE, NORTH CS, FOSTER DA (1998). Content and currículo in psychoeducation groups for families of persons with severe mental illness, *Psychiatric Services*. 49 (6): 816-22.
- SUNYER J M (1997). Del trabajo en equipo al equipo de trabajo. *Boletín* 8, 9-19.
- THORSEN G (1998). The use of multifamily groups in early intervention for schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement*, 52 (41).
- UEHARA T ET AL (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2): 132-38.
- VAN NOPPEN B, STEKETEE G (2001). Individual, group and multifamily cognitive-behavioral treatments. *Clinical practice*, 51: 133-72.
- VAN NOPPEN B ET AL (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4): 431-46.
- WAMBOLDT M Z, LEVIN L (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. *Family Systems Medicine*, 13 (2): 151-61.

NOTA: LA PAGINACIÓN DEL TEXTO, EN EL FORMATO PDF, PUEDE VARIAR.
SIN EMBARGO, LA REFERENCIA VALIDA PARA CUALQUIER CITA BIBLIOGRÁFICA ES LA QUE FIGURA EN EL PIE DE PÁGINA Y QUE CORRESPONDE A LA EDICIÓN EN PAPEL DEL ARTÍCULO