

**Del Psicoanàlisis Multifamiliar a Diàlogos Aberts: Una Experiència de
Aplicació en un Servei Públic de Salut**

Casilda Mariana Oujo Fernández

<http://hdl.handle.net/10803/689133>

Data de defensa: 22-09-2023

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título	Del Psicoanálisis Multifamiliar a Diálogos Abiertos: Una Experiencia de Aplicación en un Servicio Público de Salud
Realizada por	Casilda Mariana Oujo Fernández
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Carles Pérez i Testor y Josep Mercadal Rotger

A Bruno y a Brais

Agradecimientos

A cada uno de los participantes en estos estudios por su amable colaboración y por todo lo navegado juntos.

A Carles y Josep por su guía en mi deseo de querer describir aquello que observo en el mar, la mar.

A mis compañeros de trabajo e investigadores por todo lo remado juntos, contra viento y marea, mediterránea y atlánticamente.

A mis maestras y compañeras de travesías.

A mis amigas, faros en tempestades.

A mi familia, mi puerto.

A l'A del nostre ABC.

A todos los que hoy me acompañan en presencia y en mi mente.

Título: Del Psicoanálisis Multifamiliar a Diálogos Abiertos: Una Experiencia de Aplicación en un Servicio Público de Salud

Resumen

Diversos grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, inspirados en los planteamientos de Jorge E. García Badaracco, desarrollados inicialmente en Argentina, fueron desplegándose por España en el tratamiento de personas diagnosticadas de trastorno mental grave y sus allegados, en la red de salud mental. En el artículo 1, describimos la experiencia de uno de ellos en L'Hospitalet de Llobregat. En el artículo 2, con el objetivo de introducir una medida de resultados en dicho grupo multifamiliar, valoramos la utilidad del SCORE-15 como un cuestionario sensible a los cambios en el funcionamiento familiar.

La propuesta de Diálogos Abiertos, inicialmente desarrollada en Finlandia como marco para el abordaje de primeras crisis psicóticas y cuyo principal representante es Jaakko Seikkula, está, en la actualidad, calando profundamente en muchos profesionales dedicados a la salud mental de España como alternativa al tratamiento habitualmente proporcionado. En el artículo 3, describimos nuestra experiencia de implementación de la filosofía de Diálogos Abiertos en un grupo multifamiliar dentro de un programa dirigido a jóvenes en contexto de primeras crisis psicóticas bajo las circunstancias de la pandemia por COVID-19. En este último estudio también pretendimos monitorizar los resultados a través del SCORE-15, un cuestionario de calidad de vida y un cuestionario de satisfacción con la atención recibida.

Las experiencias recogidas en esta tesis evidencian la posibilidad real, con los recursos actualmente disponibles, de llevar a cabo en nuestro contexto clínico en la red pública de salud mental, tratamientos alternativos a los habitualmente ofrecidos, con un enfoque más psicoterapéutico, más integrador, más comunitario y, definitivamente, respetuoso con los derechos humanos.

Palabras clave: Psicoanálisis Multifamiliar, Diálogos Abiertos, trastorno mental grave, primer episodio psicótico, psicoterapia, resultados, servicio público de salud.

Títol: Del Psicoanàlisi Multifamiliar a Diàlegs Oberts: Una Experiència d'Aplicació en un Servei Públic de Salut

Resum

Diversos grups de Psicoanàlisi Multifamiliar, inspirats en els plantejaments de Jorge E. García Badaracco, desenvolupats inicialment a Argentina, van anar desplegant-se per Espanya en el tractament de persones diagnosticades de trastorn mental greu i els seus propparents a la xarxa de salut mental. A l'article 1, descrivim l'experiència d'un a L'Hospitalet de Llobregat. A l'article 2, amb l'objectiu d'introduir una mesura de resultats en aquest grup multifamiliar, valorem la utilitat de l'SCORE-15 com a qüestionari sensible als canvis en el funcionament familiar.

La proposta de Diàlegs Oberts, inicialment desenvolupada a Finlàndia com a marc per a l'abordatge de primeres crisis psicòtiques, el principal representant de la qual és Jaakko Seikkula, actualment està calant profundament en molts professionals dedicats a la salut mental d'Espanya com a alternativa al tractament habitualment proporcionat. A l'article 3, descrivim la nostra experiència d'implementació de la filosofia de Diàlegs Oberts en un grup multifamiliar dins un programa adreçat a joves en context de primeres crisis psicòtiques sota les circumstàncies de la pandèmia per COVID-19. En aquest darrer estudi també pretenem monitoritzar els resultats a través de l'SCORE-15, un qüestionari de qualitat de vida i un qüestionari de satisfacció amb l'atenció rebuda.

Les experiències recollides en aquesta tesi evidencien la possibilitat real, amb els recursos actualment disponibles, de dur a terme en el nostre context clínic dins de la xarxa pública de salut mental, tractaments alternatius als oferts habitualment, amb un enfocament més psicoterapèutic, més integrador, més comunitari i, definitivament, respectuós amb els drets humans.

Paraules clau: Psicoanàlisi multifamiliar, Diàlegs Oberts, trastorn mental greu, primer episodi psicòtic, psicoteràpia, resultats, servei públic de salut.

Título: Da Psicanálise Multifamiliar a Diálogos Abertos: Unha Experiencia de Aplicación nun Servizo Público de Saúde

Resumo

Diversos grupos de Psicanálise Multifamiliar, inspirados nas propostas de Jorge E. García Badaracco, desenvolvidos inicialmente na Arxentina, fóronse despregando por España no tratamento de persoas diagnosticadas de trastorno mental grave e seus achegados, na rede de saúde mental. No artigo 1, describimos a experiencia dun deles en L'Hospitalet de Llobregat. No artigo 2, co obxectivo de introducir unha medida de resultados en dito grupo multifamiliar, valoramos a utilidade do SCORE-15 como un cuestionario sensible ós cambios no funcionamento familiar.

A proposta de Diálogos Abertos, inicialmente desenvolvida en Finlandia como marco para a abordaxe de primeiras crises psicóticas, sendo o seu principal representante Jaakko Seikkula, está na actualidade calando profundamente en moitos profesionais adicados á saúde mental de España como alternativa ó tratamento habitualmente proporcionado. No artigo 3, describimos a nosa experiencia de implementación da filosofía de Diálogos Abertos nun grupo multifamiliar dentro dun programa dirixido a xóvenes no contexto de primeiras crises psicóticas baixo as circunstancias da pandemia por COVID-19. Neste último estudo tamén pretendimos monitorizar os resultados a través do SCORE-15, un cuestionario de calidade de vida e un cuestionario de satisfacción coa atención recibida.

As experiencias recollidas nesta tese evidencian a posibilidade real, cos recursos actualmente dispoñibles, de sacar adiante no noso contexto clínico na rede pública de saúde mental, tratamentos alternativos ós habitualmente ofrecidos, cun enfoque máis psicoterapéutico, máis integrador, máis comunitario e, definitivamente, respectuosos cos dereitos humanos.

Palabras clave: Psicanálise Multifamiliar, Diálogos Abertos, trastorno mental grave, primeiro episodio psicótico, psicoterapia, resultados, servizo público de saúde.

Title: From Multi-family Psychoanalysis to Open Dialogues: A Practical Experience in the Public Health Service.

Abstract

Various multi-family psychoanalysis groups, inspired by the approaches of Jorge E. García Badaracco, initially developed in Argentina, were formed throughout the mental health network in Spain, in the treatment of people diagnosed with severe mental disorders and their relatives. In article 1, we describe the experience of one of them in L'Hospitalet de Llobregat. In article 2, with the objective of introducing a form of measurement of results in this multifamily group, we assess the utility of the SCORE-15 as a questionnaire sensitive to changes in family functioning.

The Open Dialogues proposal, initially developed in Finland as a framework for addressing first psychotic crises and whose main representative is Jaakko Seikkula, is currently gaining a lot of traction among many professionals dedicated to mental health in Spain as an alternative to the treatments usually provided. In article 3, we describe our experience of implementing the Open Dialogues philosophy in a multi-family group within a program aimed at young people, in the context of first psychotic crises during the COVID-19 pandemic. In this last study, we also tried to monitor the results through the SCORE-15, a quality of life questionnaire, and another focused on satisfaction with care received.

The experiences collected in this thesis show the real possibility, with the resources currently available, of carrying out in our clinical context in the public mental health network, alternative treatments to those usually offered, with a more psychotherapeutic, integrated approach, more community based and, definitely, in a manner respectful of human rights.

Key words: Multi-family Psychoanalysis, Open Dialogues, severe mental disorder, first-episode psychosis, psychotherapy, outcomes, public mental health system.

Méritos científicos

Publicaciones

Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., Falgueras Serrano, J., Rey Velasco, M., & Pérez i Testor, C. (2018). Una experiencia de Grupo Multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: Una Herramienta en el Tratamiento del Trastorno Mental Severo. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 8(1), 63-74.

Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., & Pérez i Testor, C. (2020). Valoración de resultados en el grupo multifamiliar a través del SCORE-15: un estudio piloto. *Informaciones psiquiátricas*, (240), 43-52.

Oujo Fernández, C.M., Mercadal Rotger, J., Mariño Díaz, E., Lastres Gómez, S., Idoate Calderón, C., & Pérez-Testor, C. (2023). Diálogos Abiertos en un Grupo Multifamiliar dentro del Programa de Atención a Primeras Crisis Psicóticas en el Servizo Galego de Saúde. *Informaciones Psiquiátricas*. Manuscrito aceptado el 23/02/2023.

Parrabera García, S., Oujo Fernández, C. M., Lirola Manzano, M. J., Cangas Díaz, A. J., Marfà Vallverdú, J., Correa Urquiza, M., & García Torrents, E. (2023). Assesment of the Current Situation of Open Dialogue in Spain. *Frontiers in Psychology*. Manuscrito en revisión.

Contribuciones en congresos y jornadas

Oujo Fernández, C.M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., & Pérez i Testor, C. (Junio, 2019). Valoración de Resultados en el Grupo Multifamiliar a través del SCORE-15: Un Estudio Piloto. Comunicación oral presentada en el XV Congreso RELATES, Los Orígenes de la Terapia Familiar: Vigencia de los Pioneros, en Barcelona, España.

Oujo Fernández, C. M., Mariño Díaz, E., Lastres Gómez, S., Mercadal Rotger, J., Idoate Calderón, D., Pérez Palma, T., Bolancer Sánchez, E., Espeso González, R., Marfà Vallverdú, J., & Pérez i Testor, C. (Febrero, 2022). Diálogo Abierto en un Grupo Multifamiliar dentro del Programa de Atención a Primeras Crisis Psicóticas en el Servizo Galego de Saúde. Comunicación oral presentada en el XI Congreso de la vulnerabilidad, resiliencia y salud familiar. El trabajo con familias en los contextos clínicos y comunitario. Organizado por la Asociación Española para la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar (AEI+DTF), Sevilla, España.

Marfà Vallverdú, J., Espeso González, R., Bolancer Sánchez, E., Gómez Ballesteros, D., Pérez Palma, T., & Oujo Fernández, C. (Mayo, 2022). Experiencia de Diálogo Abierto en CSMA II Badalona: una experiencia transformadora. Comunicación oral presentada en el XXVIII Congreso AEN, Transiciones: Salud Mental, Comunidad y Cambio Social, Barcelona, España.

Marfà Vallverdú, J., Bolancer Sánchez, E., Espeso González, R., Gómez Ballesteros, D., Oujo Fernández, C., & Pérez Palma, T. (Agosto, 2022). El Desarrollo del Diálogo Abierto en el Centro de Salud Mental Badalona 2. Ponencia presentada en el Online 26th International Network Meeting for the Treatment of Psychosis, 2022, Almería, España.

Índice

Índice	19
1. Introducción	23
1.1. Organización de los Contenidos de la Tesis.....	23
1.2. El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar de Jorge E. García Badaracco	24
1.2.1. Jorge E. García Badaracco, trayectoria profesional.....	24
1.2.2. Influencias teóricas	26
1.2.3. Experiencia práctica.....	28
1.2.4. Publicaciones	29
1.2.5. Conceptos teóricos centrales en el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar	30
1.2.6. Desarrollos en España de Grupo Multifamiliares influidos por el Psicoanálisis Multifamiliar de García Badaracco	33
1.3. Diálogos Abiertos de Jaakko Seikkula.....	36
1.3.1. Jaakko Seikkula, trayectoria profesional	36
1.3.2. Influencias teóricas	37
1.3.3. Experiencia práctica.....	38
1.3.4. Publicaciones	39
1.3.5. Conceptos teóricos fundamentales	43
1.3.6. Desarrollos en España.....	53
1.4. Integración de los Diálogos Abiertos en el Grupo Multifamiliar: una experiencia.....	54
1.4.1. Javier Sempere y Claudio Fuenzalida: Terapia Interfamiliar	54
1.4.2. Anna Sala: Psicoterapia Multifamiliar en la psicosis incipiente.....	55
1.4.3. Jorge L. Tizón: Entender las psicosis y Familia y psicosis.....	55
1.4.4. Una experiencia en el Servicio Galego de Saúde	56

2. Justificación de la Unidad Temática	59
3. Objetivos.....	63
3.1. Objetivo General.....	63
3.2. Objetivos Específicos	63
4. Primer Artículo	67
5. Segundo Artículo	87
6. Tercer Artículo	103
7. Discusión.....	123
8. Conclusiones Generales.....	129
9. Referencias	133
10. Anexos.....	143
Anexo 1. Compilación de artículos de Jorge García Badaracco (Mitre, 2018a, 2018b, 2018c).....	143
Anexo 2. SCORE-15.....	147
Anexo 3. SCORE-15 Escala del terapeuta.....	149
Anexo 4. SWLS	151
Anexo 5. CSQ- 8.....	153
Anexo 6. Normativa COVID-19.....	155
Anexo 7. Visto bueno Comité Ético de Investigación Benito Menni.....	157
Anexo 8. Visto bueno Comité Ético de Investigación Servizo Galego de Saúde.....	159
Anexo 9. Consentimiento informado 2018.....	161
Anexo 10. Consentimiento informado 2021.....	163
Anexo 11. Temas en diálogo por sesión	169
Anexo 12. Solo accesible al Tribunal por motivos de confidencialidad.....	185

1. Introducción

1.1. Organización de los Contenidos de la Tesis.....	23
1.2. El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar de Jorge E. García Badaracco	24
1.3. Diálogos Abiertos de Jaakko Seikkula.....	36
1.4. Integración de los Diálogos Abiertos en el Grupo Multifamiliar: una experiencia.....	54

1. Introducción

1.1. ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA TESIS

Presento esta tesis compuesta por un conjunto de tres estudios de investigación, dos de ellos publicados y uno aceptado para su publicación. Tres trabajos que describen un tratamiento psicoterapéutico en formato de grupo multifamiliar para personas que son atendidas en la red pública de salud mental y sus allegados. Los dos primeros, con personas con larga trayectoria en los servicios de salud mental basados en los planteamientos de Jorge E. García Badaracco y, el último, con jóvenes y su red social en el contexto de primeras crisis psicóticas bajo la filosofía de Diálogos Abiertos.

Todos los apartados están escritos en castellano. En la introducción se revisa el marco teórico que fundamenta esta investigación. En el apartado justificación de la unidad temática se relacionan los tres estudios que han ido en paralelo al desarrollo de mi práctica clínica. En el apartado objetivos se concreta el foco de los tres estudios. A continuación, se presentan los tres artículos. En el apartado discusión, se exponen las principales aportaciones de este trabajo de investigación frente a lo publicado en esta área, así como sus limitaciones y algunas posibles vías de futuras investigaciones. Finalizando se presentan las conclusiones generales.

Listado de artículos que componen la tesis:

Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., Falgueras Serrano, J., Rey Velasco, M., & Pérez i Testor, C. (2018). Una experiencia de Grupo Multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: Una Herramienta en el Tratamiento del Trastorno Mental Severo. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 8(1), 63-74.

Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., & Pérez i Testor, C. (2020). Valoración de resultados en el grupo multifamiliar a través del SCORE-15: un estudio piloto. *Informaciones psiquiátricas*, (240), 43-52.

Oujo Fernández, C.M., Mercadal Rotger, J., Mariño Díaz, E., Lastres Gómez, S., Idoate Calderón, C., & Pérez-Testor, C. (2023). Diálogos Abiertos en un Grupo Multifamiliar dentro del Programa de Atención a Primeras Crisis Psicóticas en el Servicio Galego de Saúde. *Informaciones Psiquiátricas*. Manuscrito aceptado el 23/02/2023.

1.2. EL GRUPO DE PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR DE JORGE E. GARCÍA BADARACCO

1.2.1. Jorge E. García Badaracco. trayectoria profesional

Jorge E. García Badaracco nació en Buenos Aires en 1923. Estudió Medicina en la Universidad de dicha capital (1947). Allí tuvo la oportunidad de estudiar con una generación de ilustres médicos argentinos (Leloir, Braun Menéndez, Padilla, Dassen y Arce) y de formar parte del equipo del premio Nobel Bernardo Houssay. Aunque sus primeros intereses fueron la clínica y la cirugía, ya desde 1947 se inclina hacia la psiquiatría y el psicoanálisis.

En 1950 se trasladó a París para completar su formación psicoanalítica. A su vez, realizó diversas estancias en Alemania, España e Inglaterra formándose con personalidades tan relevantes de la época como: Enry Ey, Hécaen, Ajuriaguerra, Paul Girau, Delay, Nacht (quien fue su analista personal), Levobici, Diatkine, Lacan, Waisaker, Kretschmer, Leonhard. También estudia con López Ibor, Rof Carballo, Laín Entralgo y Xavier Zubiri en España; con Grey Walter, Denis Hill y Eliot Slater en Londres y hace cortas estancias en la clínica de Maxwell Jones, en el Maudsley Hospital, en la clínica de Anna Freud y en la Tavistock Clinic (donde trabajaban Bion y Balint).

En 1957 retornó a Argentina fue profesor de Psiquiatría de la Universidad de Mendoza y obtuvo por concurso una jefatura de servicio en el Hospital Neuropsiquiátrico de Buenos Aires. Colaboró en la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, organizó el primer hospital de día psiquiátrico, con el fin de proporcionar tratamiento ambulatorio a los pacientes que iban dejando el internamiento. Fue el introductor de la Terapia Ocupacional en Argentina. Creó el “Curso Superior de Psiquiatría para Graduados” con residencia en el Hospital T. Borda, intentando un acercamiento entre el psicoanálisis y la psiquiatría. En 1962 inicia en el Hospital Borda la experiencia que hoy conocemos como los grupos de psicoanálisis multifamiliar. Paralelamente ingresó en la Asociación Psicoanalítica Argentina y se doctoró en Medicina.

En 1968, inaugura su clínica privada, DITEM (Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de Enfermedades Mentales) donde, a lo largo de sus 25 años de funcionamiento, desarrolla la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. En 1972 deja su actividad en el Hospital Borda a raíz de diversos avatares de la vida político-institucional.

Fue profesor adjunto de Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires desde 1972, primer director del Departamento de Salud Mental en la Facultad de Medicina y en 1987 fue nombrado catedrático de psiquiatría hasta ser designado profesor emérito en 1994. Entre 1980 y 1984 fue Presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina, siendo en 1992 candidato a la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Miembro Fundador de la Sociedad Argentina de Terapia Familiar y vicepresidente de la misma entre 1979 y 1984.

También se convirtió en un maestro viajero (Simond, 2012a), sembrando sus ideas en París, Madrid, Montevideo, Bilbao, Barcelona y Roma. A partir de 2005, acuden “pasantes” para aprender con él desde Francia, España, Uruguay, Italia. Los acoge organizando el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar en Buenos Aires desde donde coordinó una experiencia multicéntrica, con grupos multifamiliares en el Hospital Borda, en el Hospital Moyano y en la Asociación Psicoanalítica Argentina, entre otros.

A lo largo de sus 60 años de trabajo incesante recibió diversos premios y reconocimientos a su tarea. En 2008, falleció Elena Rozas, su compañera a lo largo de más de 50 años y en Septiembre de 2010, a los 86 años de edad, murió J. E. García Badaracco en Buenos Aires. Diferentes grupos multifamiliares pervivieron tras su fallecimiento.

1.2.2. Influencias teóricas

García Badaracco, con una sólida base psicoanalítica, fue recogiendo posteriormente influencias de la terapia de grupo, de la teoría sistémica y terapia familiar y de pensadores interesados en la psicología social (García Badaracco, 1990; García Badaracco, 2000). Recogemos a continuación algunos de los principales conceptos teóricos que él mismo destacó en sus escritos como influyentes en su modelo teórico y de intervención.

Desde el psicoanálisis

De Freud, toma el proceso de identificación como estructurante básico de la personalidad o los conceptos de transferencia y contratransferencia; de M. Klein las nociones de objeto parcial bueno y objeto parcial malo y la posición esquizo-paranoide y posición depresiva; de Winnicott el concepto de falso self y el de holding; de Lacan rescata la importancia de la figura del padre; de Balint, su teoría de los defectos básicos; de Bion, el funcionamiento psicótico y el funcionamiento neurótico de la personalidad; o de Reich el concepto de coraza caracterológica

Desde la terapia de grupo

De Freud, recoge el libro clásico de *Psicología de las masas y análisis del yo*; de Menninger y su aplicación de la terapia de grupo durante la 2ª Guerra Mundial; el psicodrama de Moreno; de Slavson, de Wolf y Schwartz y su creencia fundamental en la primacía del abordaje centrado en cada miembro individual del grupo; de Foulkes y su perspectiva centrada en el grupo; de Exrile y Bion la consideración de que el objetivo del terapeuta grupal reside esencialmente en confrontar al grupo como totalidad con sus

fantasías inconscientes compartidas; los grupos de encuentro de Schultz; o los factores terapéuticos grupales de Yalom.

Desde la terapia familiar

Desde el caso clínico del pequeño Hans, de Freud; al papel del trauma de Ferenczi; a la idea de Frieda Fromm-Reichman de madre esquizofrénica y el papel del abandono y el trauma parentales en la generación de psicopatología; el concepto de ligadura simbiótica de Mahler y también de Hill; a las ideas de Bowen, Lidz y Lidz, Lyman y Wyne, como autores que señalan el divorcio emocional de las figuras parentales como un factor patógeno; de Ackerman y Jackson como pioneros de la terapia familiar, el concepto de homeostasis familiar descrito por Jackson; la descripción de Stack Sullivan de la enfermedad mental en términos de relaciones interpersonales; la teoría del doble vínculo de Gregory Bateson, Jackson, Haley y Weakland; el terapeuta como intruso de Midelfort; las ideas de seudomutualidad de Wynne; o el concepto de emergente de Pichon-Rivière.

Asimismo, García Badaracco, se reconoce muy influenciado por la comunidad terapéutica de Maxwell Jones y su enfoque socio terapéutico. Y, también por pensadores como Edgar Morin y sus estudios sobre la hiper-complejidad, o Maturana y su teoría de la biología del amor.

Para García Badaracco (2000) el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar supone un contexto que integra saberes provenientes de distintas disciplinas terapéuticas (psicoanálisis, terapia sistémica, cognitivista, etc...), considerando que ha de superarse el conflicto entre diversas escuelas de pensamiento, tanto en la práctica clínica como en la teoría. La **hipercomplejidad** del contexto multifamiliar le permitió visualizar las complejidades inherentes a cada escuela de pensamiento como aspectos parciales que no necesariamente tienen que estar en conflicto o presentarse como oposiciones, sino que pueden ser trabajados como enfoques diferentes y complementarios. Y más que como una nueva técnica concibe el Psicoanálisis Multifamiliar como una nueva manera de pensar el proceso mismo de la enfermedad mental y su curación.

1.2.3. Experiencia práctica

Jorge García Badaracco describió en sus publicaciones cómo fue desarrollando su tarea psicoterapéutica con personas diagnosticadas de trastornos mentales graves, pero siempre señalaba a su vez que ninguna de sus descripciones podía reemplazar el estar presente y el compartir, la **vivencia**.

En sus inicios se dedicó a la psicoterapia psicoanalítica bipersonal, tal como establecía la ortodoxia. Pero pronto observó que esta experiencia bipersonal no abarcaba ni resolvía todas las problemáticas. Los contextos grupales posibilitaron el abordaje de las patologías mentales graves y, en ese sentido, la terapia familiar constituyó una apertura importante (García Badaracco, 2012)

En la década de los 60' en Buenos Aires, en el Hospital Psiquiátrico Borda, hospital psiquiátrico público de la ciudad de Buenos Aires, comenzó a trabajar en una misma sala con todos los pacientes a su cargo, incluyendo a los familiares y profesionales en todas las actividades del servicio y, en particular, en los grupos multifamiliares. La sala se fue poco a poco convirtiendo en una comunidad terapéutica (García Badaracco, 2007).

Poco después, en su clínica privada, entre 1967 y 1992, desarrollará la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (García Badaracco, 1990).

Cuando en 1992, cerró su clínica psiquiátrica, comenzó grupos multifamiliares en los Hospitales Borda y Moyano, que fueron la base del desarrollo de numerosos grupos en Argentina y otros países del Mundo.

Para García Badaracco se hizo evidente que los grupos multifamiliares podían funcionar como recurso terapéutico valioso en instituciones psiquiátricas, de ingreso completo o no, como complemento de los tratamientos ambulatorios en las consultas externas de los hospitales psiquiátricos y, con el paso del tiempo, como espacios de reflexión y desarrollo humano en grupos abiertos a la comunidad, como los desarrollados en instituciones psicoanalíticas, en organizaciones comunitarias o en hospitales generales públicos (García Badaracco, 2000).

Estos Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar juntan en un mismo espacio y tiempo a pacientes identificados de varias familias, a sus familiares o allegados y a

profesionales. Tienen un encuadre flexible y abierto en cuanto a los asistentes: los participantes deciden cuándo asistir, cuándo abandonar el grupo o de quién ir acompañados si lo desean. Generalmente son grupos grandes y heterogéneos en cuanto al diagnóstico de los pacientes identificados. Son conducidos en coterapia. No son grupos directivos. Los conductores no ocupan una posición de saber respecto al grupo. Habitualmente suelen tener una frecuencia semanal y una duración de hora y media aproximadamente, además el equipo terapéutico se dedica un tiempo para encontrarse antes y después de terminar el grupo.

1.2.4. Publicaciones

García Badaracco es autor de cuatro libros:

Biografía de una esquizofrenia (1982) y su reedición en 2005 *Demonios en la mente: biografía de una esquizofrenia* (2005).

Comunidad terapéutica psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (1990)

Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo (2000)

Psychanalyse multifamiliale: comment soigner à partir de la “virtualité saine” (2007)

También escribió numerosos artículos que fueron compilados, en 2018, en tres tomos por una de sus discípulas que le acompañó durante más de 40 años, M.^a Elisa Mitre (Mitre, 2018a, 2018b, 2018c) editados por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Aquí podemos encontrar diversos artículos escritos por García Badaracco desde 1962 hasta el final de sus días (véase Anexo 1).

Tras su fallecimiento sus colaboradores siguen difundiendo sus ideas y profundizando en su pensamiento (Mascaró, 2010). Ejemplo de ello es el libro *Diez años después. Homenaje a Jorge García Badaracco*, publicado en 2020, donde se reúnen más de 20 ensayos, compilados por María Elisa Mitre, Norberto Mascaró y Claudia Tardugno. Junto a ellos escriben otros para quienes también García Badaracco fue maestro: Abel Fainstein, Eva Rotenberg, Eduardo Madelbaum, Gabriel Dobner,

Gregorio Garfinkel, Hugo Vallejo, Graciela Bar, Alberto Jones, Katherine Walter, Ricardo González y Rita Omacini, de Argentina; Jose Luis López Atienza, Isabel Elustondo Ferre, Esther García de Bustamante, Tania Martín González, de España; Andre Narracci, Federico Russo, Fiorella Ceppi y Francesca Viola Borgogno, de Italia; Paula Godinho, de Portugal y Eva Palleiro, de Uruguay.

1.2.5. Conceptos teóricos centrales en el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar

Exponemos algunos de los conceptos centrales del armazón teórico que J.E. García Badaracco fue desarrollando a raíz de su experiencia práctica en la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (García Badaracco, 1990) y en los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliares (García Badaracco, 2000) fundamentado en las diversas influencias teóricas descritas en el apartado 2. Son conceptos que requieren uno de otro para ser definidos, se encuentran en relación unos con otros. Intentamos en este apartado ser fieles a cómo él lo expresó a través de sus escritos.

Presentamos en la Figura 1 una de las representaciones gráficas que empleó en sus últimos años para dar difusión a su teoría (Simond, 2012b).

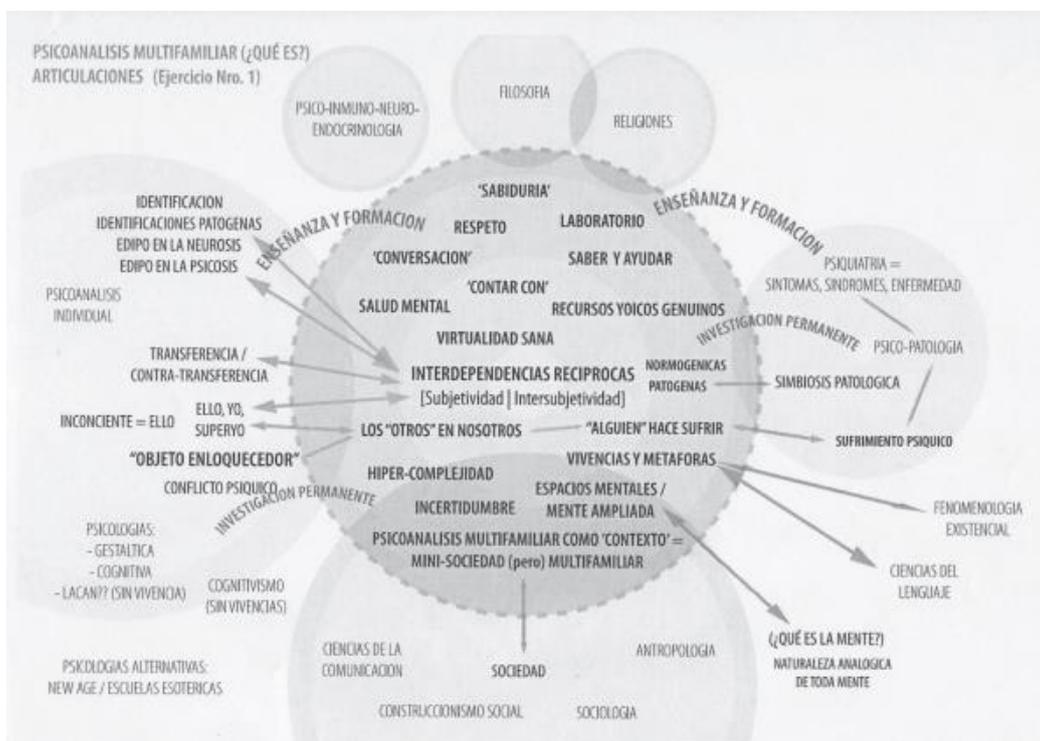


Figura 1. El “Esquema de Articuciones” de Jorge García Badaracco (Simond, 2012b).

García Badaracco comprende la enfermedad mental como patología vincular.

Las **interdependencias recíprocas** son un concepto central para García Badaracco en la comprensión de la mente humana:

El dispositivo multifamiliar permite descubrir que la mente individual, que tiene un origen vincular en interdependencias inherentes a la constitución del ser humano en los procesos de humanización, tales como la relación madre-hijo, mantiene su condición original durante toda la vida y hace posible que, en el contexto multifamiliar, el individuo pueda sentirse formando parte de un mundo más amplio que es la sociedad y que esta última pueda, por momentos, funcionar en la dimensión de una mente ampliada en la que a través de fenómenos de identificación podemos sentirnos hermanados con los demás con sentimientos de solidaridad muy difíciles de alcanzar en otros contextos. (García Badaracco, 2012, pág. 33).

Diferencia entre las interdependencias normógenas y las patógenas.

Las **interdependencias normógenas**, sanas, con un poder curativo, por ejemplo, el amor, la simpatía, la comprensión, la capacidad de ponerse en lugar del otro... Constituyen vínculos de interdependencias recíprocas saludables, creativos, que ayudan a crecer, que dan felicidad y generan solidaridad.

Las **interdependencias patógenas**, enfermantes o enloquecedoras como por ejemplo el sadismo, el masoquismo, las perversiones, las relaciones de sometimiento patrón-esclavo... Son interdependencias que producen sometimiento y bloquean el crecimiento.

García Badaracco supone la existencia en el mundo interno de los pacientes de presencias intrapsíquicas con poder enfermante: **los otros en nosotros**, presencias enloquecedoras en la mente individual de los enfermos mentales. Los pacientes parecen habitados por múltiples **personajes**, a menudo incompatibles entre sí, que han impedido el desarrollo del sí-mismo verdadero.

García Badaracco destaca el poder de **la mirada** para rescatar a ese sí-mismo verdadero: sentirse mirado con una virtualidad sana genera esperanza frente a una mirada más enfermante del tipo “se volvió loco no se va a curar más”.

La **virtualidad sana** tiene un potencial a partir del cual se van a poder desarrollar recursos propios nuevos. El **proceso terapéutico** curativo tiene lugar como un proceso de desarrollo de nuevos recursos psico-emocionales, recursos con el poder de desarmar el poder enfermante de las interdependencias patógenas en las que esa persona ha quedado atrapada.

El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar provee de experiencias enriquecedoras múltiples para todos los participantes, lo cual promueve el desarrollo, en cada uno, de **nuevos recursos propios más genuinos**, que **amplían su mente**, alejándolo de la posición rígida de **querer tener razón**, y permitiéndole una mayor autonomía propia.

El contexto multifamiliar posibilita generar **climas psicológicos** en los que se facilita la convivencia y la capacidad de pensar, la resolución de conflictos y el aprendizaje recíproco (García Badaracco, 2012). García Badaracco observó que cuando se logra que el paciente se sienta profundamente **respetado**, esto puede ser un factor curativo muy importante.

Para García Badaracco el poder curativo en psicoterapia reside también, en buena medida, en el poder **contar con otro**. El contexto del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar facilita el poder **contar muchos otros**. A través de experiencias vivenciales compartidas por muchos, se genera una solidaridad grupal que hace surgir un fenómeno muchas veces nuevo en la vida de los seres humanos, que es el poder contar con otro.

El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar se constituye como una **mini-sociedad**. Para García Badaracco supone una trama social en la que la locura puede tener espacio para poder desplegarse y al mismo tiempo desalienarse. Se trata de poder tolerar lo que esa persona nos hace sentir, con toda la confusión de no poder pensar ni entender lo que nos quiere decir, llegando así a percibir, poco a poco, que la aparente incoherencia de lo que expresa puede comenzar a tener sentido. El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar

deviene en **continente**: las expresiones de la locura resultan mucho más contenidas en el grupo grande, que en un grupo pequeño o en sesión individual. Cuando una familia se atreve a abordar su problemática en el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar, esto constituye una experiencia emocional que, por identificación, viven todos los demás, cada uno con sus posibilidades personales y, también en relación al momento del proceso terapéutico que esa persona esté atravesando.

Según García Badaracco en los Grupos de Psicoanálisis familiar cada persona (paciente, familiar o terapeuta) puede integrar, en su propia mente, las diferentes experiencias que se van realizando en varios contextos: individual, familiar y el multifamiliar, que tienen el poder terapéutico de abrir espacios mentales, que ninguna de las experiencias particulares posee por sí misma.

En síntesis, para García Badaracco el poder curativo en el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar está en las variadas experiencias emocionales enriquecedoras que una persona pueda hacer en diferentes contextos, como para enriquecer su vida y desarrollar **recursos yoicos nuevos genuinos**, una capacidad nueva para poder afrontar y resolver adecuadamente conflictos que antes se presentaban como insolubles o **dilemáticos** (García Badaracco, 2012).

1.2.6. Desarrollos en España de Grupo Multifamiliares influidos por el Psicoanálisis Multifamiliar de García Badaracco

Recogemos a continuación diversas experiencias en contextos públicos que los profesionales en España han publicado y que se reconocen inspiradas en la obra de J. E. García Badaracco.

En País Vasco

Norberto Mascaró (2006), discípulo y colaborador de García Badaracco en Buenos Aires, introduce el Grupo Multifamiliar en España, en Bilbao, en 1984, en un Hospital de Día de una institución pública, según los principios de la Comunidad

Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar, en colaboración con José Luis López Atienza y José María Ayerra Balduz (Ayerra & Atienza, 2003; Ayerra, 2019).

En Madrid

A partir de sus vivencias en el grupo multifamiliar del Centro de Salud Mental de Parla, Fernando Burguillo (2010), nos habla de “la magia del psicoanálisis multifamiliar” y sobre cómo articular el modelo psicoanalítico con la realidad del trabajo en nuestro Sistema Público de Salud.

Esther García Bustamante (2012) describe la introducción de un grupo multifamiliar en un hospital psiquiátrico de Madrid.

Alcalde y Montero (2014) exponen una experiencia de grupo multifamiliar con personas con trastorno mental grave en el contexto de un centro de un Centro de Día, en Arganzuela.

Uría et al., en 2016, presentan el grupo multifamiliar que pusieron en marcha en la Unidad de Niños del Hospital de Día- Centro Educativo Terapéutico “Pradera de San Isidro”.

Miriam Lucas y Rosalía López (2017) investigan sobre la contribución del grupo multifamiliar al proceso terapéutico de cada familia en el Servicio psicosocial de atención a adolescentes en riesgo de violencia y sus familias de Servicios Sociales de Getafe, planteados con una frecuencia trimestral durante el año 2015. Valoran que las sesiones esporádicas multifamiliares constituyeron un acelerador de los cambios programados como objetivos terapéuticos de cada intervención familiar.

Gely Guirau Valero, Paula Martín Barahona y Raúl Muñoz González (2019) reflexionan, a raíz de sus experiencias en grupos multifamiliares en la red de rehabilitación psicosocial, sobre el clima emocional dentro del equipo de conductores.

María Jáñez Álvarez (2021) realiza un análisis de un grupo multifamiliar desde la perspectiva sociodramática a partir de su experiencia en el grupo multifamiliar de Puente de Vallecas.

En Castilla La Mancha

Camacho et al., en 2018, nos transmiten la mirada del grupo multifamiliar como sostén y validador del discurso del sí mismo del adolescente en la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Talavera de la Reina, con pacientes entre 12 y 17 años, familias, profesionales y profesionales en formación, ante la carencia de un Hospital de Día.

En Andalucía

Jesús Salomón, desde 2008 (Salomón y Simond, 2013) ha coordinado el grupo multifamiliar en la Unidad de Salud Mental de Marbella, Málaga.

En Málaga, Manuel Martínez García de Castro y Francisca Perles Roselló (2010) llevaron a cabo grupos multifamiliares en el Hospital de Día de la Axarquía (Vélez Málaga) en la red pública de salud mental de Andalucía.

En Cataluña

Javier Sempere (2005) relata su experiencia de grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes en Mollet del Vallès, tomando como referencia los planteamientos de García Badaracco.

En 2008, Jordi Marfà pone en marcha otro de los primeros grupos multifamiliares en el ámbito público de Cataluña (Soler, 2018) en el Centre de Salut Mental d'Adults-2 de Badalona.

Villarreal et al., en 2014, presentan la experiencia de dos años tejiendo vínculos y creando diálogo en un grupo multifamiliar con adolescentes con trastorno mental atendidos en un hospital de día en Barcelona.

Joan Manel Blanqué integra con su equipo el grupo multifamiliar en un programa de atención a psicosis incipiente en Barcelona (Blanqué et al., 2012; Blanqué, 2015).

Oriol Torrents y Noemí Aznar (2017) relatan los inicios de un grupo multifamiliar en un Servicio Sanitario de Atención a las Drogodependencias en contexto penitenciario.

Rubén Caridad (Soler, 2018) supervisó diferentes grupos multifamiliares en Cataluña y comenzó un espacio multifamiliar en Barcelona en 2010.

En el primer artículo de esta tesis, Oujo et al. (2018), describimos la experiencia de un grupo multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) y, en el segundo artículo de esta tesis, Oujo et al. (2020), valoramos la aplicación de una herramienta de evaluación de funcionamiento familiar para la evaluación de la efectividad de dicho grupo, el SCORE-15.

En Alicante

Sempere et al. (2012) analiza el modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en diversas instituciones del sureste español, Alicante, Murcia y Albacete. Los primeros grupos multifamiliares en la zona comenzaron en 2005 e inicialmente estaban muy inspirados en los planteamientos del psicoanálisis multifamiliar descritos por García Badaracco, no solo dirigidos a la atención en salud mental, como en el área de salud mental infanto-juvenil de Orihuela (Sempere & Fuenzalida, 2014), sino también a otras áreas sanitarias y educativas. Posteriormente, como veremos en el apartado 1.4.1 de esta tesis, Javier Sempere y Claudio Fuenzalida (2013) desarrollan la Terapia Interfamiliar como un nuevo modelo de terapia multifamiliar.

1.3. DIÁLOGOS ABIERTOS DE JAAKKO SEIKKULA

1.3.1. Jaakko Seikkula, trayectoria profesional

Jaakko Seikkula, nació en Kalajoki (Finlandia), en 1953. Dedicó su trabajo final de licenciatura en Psicología al análisis de los factores de riesgo de la esquizofrenia y otros problemas graves de salud mental en niños de edad preescolar.

De 1979 a 1981 trabajó como psicólogo en un centro de salud mental ambulatorio en Kuopio, Finlandia.

En 1981 comienza a trabajar como jefe psicólogo clínico en el hospital psiquiátrico de Keropudas, en Tornio, formando parte allí del equipo de tratamiento hasta 1998. Realizó su formación en terapia familiar de 1983 a 1986.

En 1991 presentó su tesis doctoral en Psicología sobre el sistema de frontera entre la familia y el hospital.

A partir de 1998 se traslada a trabajar como profesor de psicoterapia en la Universidad de Jyväskylä, Finlandia y también en la Universidad de Tromsø, Noruega con práctica en clínica psicoterapéutica universitaria, definiéndose como científico e investigador. Tiene publicados más de 190 artículos y 10 libros. Dos de sus libros sobre práctica dialógica han sido traducidos a 15 idiomas.

En la actualidad, es profesor emérito de la Universidad de Finlandia, profesor titular en la Agder University (Noruega) y se dedica a impartir formación en Diálogos Abiertos en múltiples países del Mundo. Él señala que es preferible hablar de “Diálogos Abiertos” vs. “Diálogo Abierto” atendiendo a los múltiples diálogos que se pueden abrir desde esta perspectiva y a las múltiples formas que pueden tomar en función de los diversos contextos donde puede ser aplicado. Por lo tanto, así lo haremos en esta tesis.

1.3.2. Influencias teóricas

Diálogos Abiertos integra diferentes tradiciones psicoterapéuticas en su origen y en su evolución (Olson, 2005). Se basa fundamentalmente en la Terapia Familiar Sistémica y el Psicoanálisis.

Dentro del Psicoanálisis, Jaakko Seikkula reconoce la influencia que tuvo sobre el desarrollo de Diálogos Abiertos el libro *Psychotherapy of Schizophrenia: The Treatment of Choice*, (Karon & VandenBos, 1977) [*Psicoterapia de la Esquizofrenia: el tratamiento de elección*]. Diálogos Abiertos también estuvo fuertemente influido por el Tratamiento Adaptado a las Necesidades de Yrjö Alanen (Alanen, 1997).

Dentro de la Terapia Familiar Sistémica, según recoge Olson (2005), los que mayor influencia tuvieron en el desarrollo de Diálogos Abiertos fueron Bateson y el Grupo de Palo Alto, el Modelo de terapia sistémica de Milán, la Segunda cibernética y el paradigma post-modernista. Especialmente las ideas constructivistas, del construccionismo social, como el enfoque colaborativo del grupo de Galveston, Anderson y Goolishian, los diálogos y los procesos de equipo reflexivo de Tom Andersen y la posición post-estructuralista de Michael White.

Otra de las grandes influencias teóricas para Diálogos Abiertos son las ideas dialógicas del lingüista e investigador literario ruso Mijaíl Bajtín, con sus escritos sobre la polifonía y el dialogismo como forma de vida. Para Mijaíl Bajtín vivir significa participar en el diálogo. Participamos en el diálogo desde el primer segundo de nuestra vida. Al principio necesitamos respirar, si no respiro, muero. Igualmente, si no estoy en diálogo, muero. El diálogo no es un método, es la vida (Seikkula, 2011).

1.3.3. Experiencia práctica

En Laponia Occidental, Finlandia, en la década de 1970 y principios de los años 80 se encontraban las tasas de incidencia más altas de esquizofrenia de Europa: un promedio anual de 35 nuevos pacientes con esquizofrenia por cada 100.000 habitantes.

En Turku, desde 1960, Yrjö Alanen y su equipo (Alanen, 1997) venía desarrollando el Tratamiento Adaptado a las Necesidades en el servicio público de asistencia: partiendo de la psicoterapia psicodinámica individual en psicosis e integrando la terapia familiar sistémica en sus tratamientos a finales de 1970, haciendo énfasis en que cada proceso de tratamiento es único y ha de adaptarse a las necesidades variables de cada paciente.

Con los objetivos de la desinstitucionalización, evitar hospitalizaciones en primeras crisis, minimizar el uso de medicaciones e implicar a las familias desde el principio el equipo pionero compuesto por Jukka Aaltonen, como supervisor, Birgitta Alakare, Jyrki Keränen, Kauko Haarakangas y Jaakko Seikkula entre otros, en 1984 empezaron a desarrollar las prácticas de Diálogos Abiertos, con la idea principal de que

todo ha de ser hablado en la reunión dialógica, no más encuentros sin los clientes presentes y siempre con todo el equipo implicado presente. Crearon equipos móviles de intervención en crisis, específicos para cada caso. Y las reuniones dialógicas pasaron a convertirse en el corazón del proceso de tratamiento. Todos sentados en la misma habitación conformando un círculo.

Ante sus primeras experiencias desconcertantes, les surgió la necesidad de investigar constantemente sobre su práctica clínica y mantener la formación continuamente. Desarrollaron una formación de 3 años en terapia familiar o psicoterapia individual psicodinámica para todo el personal (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales...).

Así llegan a darse cuenta de que el primero en cambiar tenía que ser el equipo y después pudo cambiar la familia en relación con el equipo. La familia dejó de ser el objeto de tratamiento para ser un colaborador en el proceso tratamiento.

1.3.4. Publicaciones

En sucesivos artículos durante casi 40 años Jaakko Seikkula y sus colaboradores han venido publicado sus asombrosos resultados de investigación sobre su trabajo en primeras crisis psicóticas:

1) Durante 1992 a 1993 se desarrolló el Proyecto nacional finlandés multicéntrico **API**, Integrated Treatment of Acute Psychosis, Tratamiento integral de la psicosis aguda (Lehtinen et al., 1996; Lehtinen et al., 2000)

2) Durante 1994 a 1997, el estudio **ODAP-I**, Open Dialogues Approach in Acute Psychosis, Abordaje de Diálogos Abiertos en las psicosis agudas (Seikkula et al., 2001; Seikkula et al., 2003; Seikkula et al., 2006)

3) Durante 2003 a 2005, el estudio **ODAP-II** (Aaltonen et al., 2011; Seikkula et al., 2011).

Se recogen en la tabla 1 los principales hallazgos de estos 3 estudios:

La DUP (duración de la psicosis sin tratar) en el seguimiento a 10 años era solo de tres semanas. Lo que parece relacionado con que la incidencia de la esquizofrenia desciende de forma notable: pasando de 33/100.000 en 1985 a 2-3 por 100.000 al año.

Alrededor de un tercio de los pacientes en Laponia Occidental habían usado neurolépticos.

Cerca del 84% de los pacientes tratados bajo el marco de Diálogos Abiertos pudieron volver a sus estudios o a su trabajo, o estaban buscando empleo de manera activa.

El número de pacientes diagnosticados de esquizofrenia hospitalizados en larga estancia llegó a ser cero.

Tabla 1

Diálogos Abiertos en psicosis en Laponia Occidental, seguimiento a 2 años en 3 estudios.

	API (1992-1993) N=33/39	ODAP- I (1994-1997) N= 43/51	ODAP- II (2003-2005) N=18/27
Edad	26.6	26.8	20.2
Esquizofrenia	64%	54%	39%
DUP (media meses)	4.3	3.3	0.5
Uso de neurolépticos	26%	26%	50%
En curso	15%	11%	28%
Activo laboralmente o buscando empleo	82%	93%	78%

4) En otro estudio de seguimiento a 5 años se comparan los resultados en Tornio bajo el modelo de Diálogos Abiertos, con una investigación llevada a cabo en Estocolmo, Suecia (Svedberg et al., 2001) antes de que empezaran a poner en práctica el Tratamiento Adaptado a las Necesidades. Se resumen los principales resultados en la tabla 2 (Seikkula y Arnkil, 2016).

La edad media era algo mayor en Estocolmo, lo cual probablemente se relacione con la DUP (duration untreated psychosis, duración de la psicosis no tratada), el período de tiempo con sintomatología psicótica antes de que comience el tratamiento. En Estocolmo no existía un servicio de intervención en crisis y, en estos casos, se ha encontrado que la DUP suele oscilar entre 1 a 3 años. En Laponia Occidental la DUP por entonces, mediados de los años 90, era de 3,4 meses, quizás por este motivo los pacientes de Laponia Occidental eran más jóvenes. En la comparación de resultados también observaron que bajo el tratamiento habitual en Estocolmo, el número total de días de hospitalización, era cuatro veces mayor que bajo el enfoque del Diálogos Abiertos. En Estocolmo empleaban neurolépticos en prácticamente todos los casos en comparación con un tercio de los casos en el tratamiento de Diálogos Abiertos. Y encontraron un 19% de personas jubiladas por incapacidad laboral en Laponia Occidental frente a un 62% en Estocolmo.

Tabla 2

Comparación de los resultados en el seguimiento a cinco años entre Laponia Occidental y Estocolmo

	ODAP Diálogos Abiertos en Laponia Occidental 1992-1997 N=72	TAU Estocolmo 1991-1992 N=75
Diagnóstico:		
Esquizofrenia	59%	54%
Otras psicosis no afectivas	41%	46%
Edad media (en años):		
Mujeres	26,5	30
Hombres	27,5	29
Hospitalización media (en días)	31	110
Usaron neurolépticos	33%	93%
Uso de neurolépticos en curso	17%	75%
GAF al seguimiento	66	55
Pensión de incapacidad o baja por enfermedad	19%	62%

5) En un reciente estudio, en un seguimiento transcurridos 19 años, con pacientes con un primer episodio psicótico (Bergström et al., 2018), comparan el tratamiento Diálogos Abiertos ofrecido en Laponia Occidental (N=108) frente al Tratamiento habitual (Treatment as usual, TAU) en el resto de Finlandia (N=1763), observando que las personas que realizaron el tratamiento en contexto de primeras crisis psicóticas bajo el modelo de Diálogos Abiertos en comparación a las personas grupo control (TAU) necesitaron significativamente menos tiempo de hospitalización, menos medicación neuroléptica y también menos jubilaciones por discapacidad, véase tabla 3. Hallando resultados en el seguimiento a 19 años en la misma línea que los encontrados en las investigaciones previas sobre Diálogos Abiertos (Seikkula et al., 2006; 2011).

Tabla 3

Seguimiento a 19 años a personas con un primer episodio psicótico tratadas bajo el Modelo de Diálogos Abiertos en Laponia Occidental frente a personas con un primer episodio psicótico tratadas bajo el tratamiento tradicional en el resto de Finlandia

	Diálogos Abiertos Laponia Occidental N=108 %	TAU Resto de Finlandia N=1763 %
Hospitalización superior a 30 días	18	94
Contacto continuo con servicios de psiquiatría 19 años después	28	49
Neurolépticos	36	81
Jubilación por discapacidad	33	61

Todos los estudios que hemos citado en este apartado se enmarcan dentro de una investigación naturalística: investigación-acción. El investigador es una parte del sistema que está observando y puede aplicar a su práctica clínica los resultados que va conociendo inmediatamente.

1.3.5. Conceptos teóricos fundamentales

Presentamos a continuación los principales conceptos teóricos del marco del Diálogos Abiertos, ilustrados en los dos libros actualmente publicados en español sobre este abordaje (Seikkula y Arnkil, 2016; Seikkula y Arnkil, 2019).

Diálogos Abiertos es a su vez, una forma de reorganización del sistema asistencial y un proceso dialógico en los encuentros con los clientes.

El objetivo desde este marco no es reducir los síntomas. El objetivo no es la indagación, ni interpretación, ni intervención. El objetivo tampoco es cambiar la dinámica familia.

El objetivo es el diálogo en sí mismo. Y ¿Cómo generar diálogo? Escuchando atentamente, aceptando incondicionalmente al otro, reconociendo al otro sin condiciones, respondiendo y respetando las voces de cada uno de los participantes en el encuentro.

Diálogos Abiertos es algo más allá de una técnica terapéutica. Es una manera de entender al ser humano. Diálogos Abiertos es una manera de estar en el mundo, una filosofía.

Diálogos Abiertos, en la línea del Tratamiento Adaptado a las Necesidades, integra todas las técnicas que sean necesarias para cada entorno: la medicación, la terapia ocupacional, la psicoterapia, la rehabilitación...

Desde este marco de Diálogos Abiertos se diferencia el diálogo del monólogo. El discurso monológico intenta controlar los pensamientos y las acciones del otro, es cerrado y finito, siguiendo las ideas de Mijaíl Bajtín, frente al diálogo que es abierto e infinito.

La psicosis, como la depresión o la angustia no son entendidas como enfermedades, son comprendidas desde Diálogos Abiertos como respuestas de afrontamiento corporalizadas ante un estrés insoportable, respuestas a algo que ha pasado en la vida de la persona. Son conductas psicológicas en situaciones de extremo

estrés. En definitiva, son entendidas como estrategias de supervivencia de cualquier persona a situaciones de alto estrés.

Y los síntomas que se mantienen a largo plazo se entienden como un fallo en el sistema de tratamiento, un sistema que empezó el tratamiento muy tarde o bien no le ha ayudado lo suficiente a esa persona y su entorno.

Diálogos Abiertos es aplicable en cualquier tipo de crisis psiquiátrica grave o problema humano, no solo para psicosis, aunque sus primeras investigaciones se centraron en este diagnóstico.

En 2021, la Organización Mundial de la Salud declara que Diálogos Abiertos es un enfoque centrado en la persona y respetuoso con los derechos humanos, citándolo como ejemplo real de buenas prácticas (WHO, 2021).

A través del desarrollo de su investigación, analizando los contenidos de informes de los clientes, surgieron los 7 principios fundamentales que pueden aplicarse a cualquier crisis psiquiátrica independientemente del diagnóstico (Aaltonen et al., 1995). Estos 7 principios son descritos en detalle en los dos libros que tenemos disponibles en español sobre las prácticas dialógicas de Seikkula & Arnkil (2016; 2019):

1. Respuesta inmediata
2. Incluyendo a la red social
3. Adaptación flexible a las necesidades específicas y cambiantes
4. Asumiendo la responsabilidad
5. Garantizando la continuidad psicológica
6. Tolerando la incertidumbre
7. Dialogismo

1) Respuesta inmediata

El primer encuentro tendrá lugar en menos de 24 horas desde el primer contacto, con el objetivo de evitar un ingreso hospitalario. Además, ha de ponerse en marcha un servicio de atención en crisis disponible 24 horas al día.

Se trata de encontrarnos todos en el período en el que solo hay preguntas, no hay respuestas y una alta emoción...incluyendo al “paciente designado” en la reunión desde ese primer momento aunque su discurso no parezca “coherente”. Los primeros días de una crisis son una ventana de oportunidad, parece más posible hablar de cosas que más tarde, unos días después serían difíciles de abordar porque el entorno se ha ya reorganizado ante la nueva situación. Es como si la ventana para estas experiencias extremas permaneciera abierta únicamente durante los primeros días.

Pero nunca es demasiado tarde: también se facilitan encuentros que llegan a ser muy emocionantes con casos etiquetados por el sistema asistencial como “crónicos”, abriendo nuevas posibilidades de poner palabras y compartir algo que nunca antes había sido posible.

2) Incluir la red social

A su vez, se incluye desde el primer encuentro dialógico a sus personas más significativas, la familia, amigos, compañeros de trabajo, estudios, jefes, vecinos, otros profesionales...desde el primer momento como colaboradores activos en el proceso de tratamiento.

¿Cómo invitarles para encontrarnos menos resistencia? Preguntando a la persona que contactó durante la crisis: ¿Quién más sabe de esta situación y se ha preocupado por ella? ¿Quién puede ayudar? ¿Quién puede estar presente en la próxima reunión? ¿Quién sería la persona más adecuada para invitarles?

3) Flexibilidad y movilidad

El tratamiento se adapta a las necesidades específicas y cambiantes del paciente y su familia, integrando diferentes métodos de tratamiento según sea necesario: medicación, psicoterapia individual, terapia ocupacional... Siguiendo la idea del Tratamiento Adaptado a las Necesidades (Alanen, 1997). En el domicilio o en otro lugar elegido por las personas que solicitan ayuda, ajustando también la frecuencia de visitas a la situación presente.

4) Responsabilidad del equipo

El profesional que es contactado tiene la responsabilidad de organizar el primer encuentro con la familia y red social y el equipo de profesionales, integrando servicios diferentes si fuese necesario: p. ej., hospitalarios, ambulatorios, salud mental, servicios sociales, centro de salud, centro escolar...

Nunca más se va a responder a la persona que pide ayuda: “lamentamos que aquí no podemos atenderle, contacte con otro servicio...”

5) Continuidad psicológica

Creando así un equipo de crisis específico para cada caso que se mantendrá el tiempo necesario, en algunas situaciones dos días, en otras dos o tres años... hasta que se resuelva la situación, integrando diferentes servicios y modalidades terapéuticas según lo que se va dialogando en las reuniones de tratamiento.

6) Tolerar la incertidumbre

No tenemos la respuesta inmediata, la intervención correcta prefabricada....

Se trata de fomentar esperanza y crear un clima de confianza y seguridad para que los miedos y ansiedades derivados de la crisis puedan contenerse a través de cada persona implicada pueda hablar, ser escuchada, escuchar y ser respondida y respetada. Se evitan respuestas precipitadas logrando ir poniendo palabras para aquello que no

lograba ser expresado. Si todas las personas son escuchadas habrá más posibilidades de que vayan emergiendo los recursos de la familia o del entorno social.

7) Dialogismo

Nos encontramos en la reunión dialógica para comprender qué ha pasado, siguiendo las narraciones de las personas. Se trata de generar diálogo entre todos los participantes en la reunión de tratamiento. No se trata de intervenir para eliminar síntomas o cambiar a la familia o alcanzar un consenso. El diálogo crea nuevos significados y explicaciones que introducen posibilidades y la cooperación de todos los participantes, lo que permite una nueva comprensión colectiva sobre la naturaleza del problema.

“El ingrediente terapéutico proviene del efecto del diálogo sobre la red social en la medida que nuevas palabras y narrativas pasan a crear un discurso común. Para conseguirlo el lenguaje utilizado en la sesión tiene el doble propósito de mantener a la gente unida el tiempo suficiente (tolerancia a la incertidumbre) para que se pueda dar voz a lo inexpresable (diálogo) con la ayuda de los otros relevantes de la red social (polifonía)” (Seikkula & Olson, 2004).

En 2014, Olson, Seikkula y Ziedonis, destacan 12 elementos clave de fidelidad con la práctica dialógica en los Diálogos Abiertos y los van ejemplificando a través de pequeñas viñetas de casos:

1. Dos o más terapeutas en el encuentro dialógico
2. Participación de la familia y la red social
3. Usar preguntas abiertas
4. Responder a lo expresado por el cliente
5. Énfasis en el momento presente
6. Lograr múltiples puntos de vista, buscando la polifonía.
7. Enfoque relacional en los diálogos

8. Responder a los problemas dialogados y actuados de forma concreta y atenta a los significados.
9. Énfasis en las palabras y narrativas propias del cliente, pero no en los síntomas.
10. Reflexiones desde el sentir entre los profesionales en los encuentros dialógicos.
11. Transparencia en la toma de decisiones.
12. Tolerar la incertidumbre.

Según Alanen (1997) los encuentros de tratamiento cumplen tres funciones:

- 1) Reunir información sobre la situación.
- 2) Desarrollar un plan de tratamiento y tomar las decisiones necesarias basándose en lo conversado.
- 3) Generar un diálogo psicoterapéutico.

Los profesionales asumen la responsabilidad de facilitar el diálogo. Pueden decidir entre ellos, de antemano, si todos harán preguntas y facilitarán que todos los presentes dialoguen o que solo lo haga un miembro de equipo. No hay una agenda prefijada respecto a qué temas van a tratarse en la sesión, pero sí han de tenerse en cuenta las siguientes consideraciones en el desarrollo de la reunión:

1) ¿Cómo iniciar el encuentro?

Las primeras preguntas son abiertas para dar a la familia y a la red social oportunidad de hablar de los problemas que consideren más relevantes en ese momento, por ejemplo: ¿Cómo estáis? ¿Qué tal están? ¿Cómo queréis aprovechar este tiempo? ¿Qué sería importante para vosotros que habláramos hoy? ¿Quién quiere empezar?

Los facilitadores promueven el diálogo en todo momento, respondiendo a lo que el otro ha dicho: una manera de hacerlo es repitiendo sus palabras y pidiendo que nos

diga algo más sobre eso... En todo momento siguen las palabras, enunciados, relatos, narraciones, historias y lenguaje de los clientes.

2) Polifonía de voces

Diálogos Abiertos permite a cada persona entrar en la conversación con su propio estilo.

Se suele comenzar por la persona que solicitó la sesión y después se va dando voz a las restantes personas explorando sus preocupaciones. Los facilitadores han de asegurarse de que todos los participantes en el encuentro tengan la oportunidad de decir algo tan pronto como sea posible. En primer lugar, se pide a todos que muestren su punto de vista sobre la situación presente. Se hace énfasis en ampliar las perspectivas, sin intentar desvelar una verdad.

Desde esta perspectiva polifónica se distinguen diálogos horizontales y verticales. Diálogos horizontales son los que tienen lugar entre los que están presentes en la reunión. Diálogos verticales son todas las voces internas que se activan y están presentes en el diálogo interno de cada persona mientras está sucediendo el diálogo horizontal.

Una respuesta que puede llevar a profundizar en lo que se está describiendo puede ser la de repetir palabra por palabra lo que se ha dicho.

Cuando escuchamos un comentario psicótico, no se trata de “orientar hacia la realidad” a la persona sino de pedirle más información sobre sus experiencias, por ejemplo: Nunca he vivido algo así ¿Podrías contarme algo más sobre tus experiencias para que pueda comprenderlas mejor?

3) Reflexiones del equipo

Inspirados en la práctica de los equipos reflexivos desarrollada por Andersen (1995), los miembros del equipo piden permiso a la familia y pueden hacer comentarios entre ellos como equipo sobre lo que escuchan, lo que piensan o lo que sienten en respuesta a lo que se ha venido hablando, a modo de discusión reflexiva, mientras la

familia escucha, dando un espacio posteriormente para que la familia pueda responder a estas reflexiones del equipo.

4) ¿Cómo cerrar el encuentro?

El equipo sugiere que la reunión puede concluir asegurándose de que no hemos dejado fuera algún aspecto que la familia quisiera tratar, por ejemplo: Me pregunto si podríamos finalizar la reunión. Pero, antes de hacerlo, ¿hay algo más que deberíamos discutir?

Se resumen los temas abordados en la sesión y se especifica si se ha llegado a algún acuerdo o decisión o no; si se llega, se recuerda; y si no, se deja abierto a continuar dialogándolo en la próxima reunión. Por ejemplo: Hemos debatido durante cerca de una hora, pero no hemos conseguido comprender con claridad de qué va todo esto y cuál es la mejor manera de seguir adelante. Pero sí hemos discutido cuestiones muy importantes ¿Qué tal si ahora dejamos este diálogo abierto y continuamos mañana?

Se acuerdan los pasos concretos previos a la reunión del día siguiente, para asegurarse de que la familia sepa lo que debe hacer si necesita ayuda y se programa el siguiente encuentro.

La duración de los encuentros dialógicos es variable, pero generalmente una hora y media.

Otras consideraciones a tener en cuenta para aumentar las habilidades de los facilitadores para generar diálogo son:

- 1) Poner el foco en las relaciones.
- 2) Respetar las experiencias sin condiciones.
- 3) Empatizar con la parte afectiva y emocional de las experiencias.
- 4) Estar en el aquí y ahora.

Jaakko Seikkula en sus más recientes conferencias, nos avanza algunas ideas en las que ha ido profundizando y que podremos encontrar en su próximo libro: Diálogos Abiertos curan ¿Por qué? ¿Por qué DA puede ser tan efectivo? Considera las siguientes 7 ideas interrelacionadas:

1) Una nueva concepción de los seres humanos

La práctica dialógica crea una nueva visión del ser humano, en la que el mejor cuidado de la salud mental es aceptar las experiencias emocionales de las personas en lugar de dirigirse a eliminar los síntomas mentales o cambiar la familia.

2) La investigación sobre intersubjetividad

La práctica dialógica adopta y utiliza el conocimiento intersubjetivo más reciente: las personas somos participantes activos en la interacción desde nuestro nacimiento. La realidad siempre surge en una relación. El manejo de las crisis graves en salud mental tiene en cuenta a la persona como un participante de cuerpo entero en un flujo constante de interacción, en diálogo.

3) Una evolución de la terapia familiar

Los diálogos abiertos se han desarrollado como una forma de trabajo terapéutico familiar, pero el objetivo no es hacer una intervención para cambiar a la familia sino crear una experiencia compartida, en la que se crea un nuevo lenguaje para gestionar las experiencias más difíciles. Las familias no son objetos de cuidado, sino colaboradores de un valor incalculable.

4) La corporalidad puede ser incluida en la práctica, superando el dualismo cuerpo-mente

La práctica dialógica utiliza el conocimiento acerca de la mente humana, trascendiendo la concepción dualista del ser humano, la mente humana se constituye como un proceso corporal que permite considerar al ser humano como un todo. La

realidad es contextual, surge en cada situación. Una comprensión corporal holística hace que la psicoterapia sea mucho más posible que antes, porque no se necesita una comprensión lingüística interna especial como condición previa, y el intercambio de sensaciones emocionales ya está curando.

5) La psicosis como una respuesta humana necesaria ante un estrés extremo

La práctica dialógica permite entender la conducta psicótica como una respuesta humana necesaria al estrés extremo. La psicosis no es una enfermedad o un estado psicopatológico, pero una persona tiene muchos recursos propios para hacer frente a una crisis. De esta forma ha sido posible reducir drásticamente el uso de medicación neuroléptica y prevenir los efectos secundarios de la medicación.

6) Conectando investigación con práctica clínica

Por ejemplo, desarrollando nuestras habilidades para generar diálogos.

La orientación al diálogo ha creado formas de determinar la calidad del diálogo. Se pueden explorar diálogos curativos y las mejores formas posibles de ayudar a otro y así desarrollar una conversación que apoye la propia reflexión del cliente.

7) Investigación en el contexto natural vs. contexto de laboratorio

Necesitamos maneras de evaluar los resultados de nuestra práctica y aprender de los fracasos. Necesitamos, a su vez, investigaciones cuantitativas y cualitativas/de procesos.

Los Diálogos Abiertos se basan en la investigación científica sistemática que ha tenido lugar en situaciones prácticas de tratamiento en entornos de investigación naturalista. La tarea de la investigación científica es desarrollar una práctica que ayude a las personas a gran escala, explorando tanto los resultados del tratamiento como los procesos de diálogo, como ha sucedido en los Diálogos Abiertos. No conocemos ningún modelo de tratamiento psiquiátrico que haya sido tan investigado científicamente.

1.3.6. Desarrollos en España

Los resultados positivos de las prácticas de Diálogos abiertos convencieron a muchos profesionales y expertos que fueron diseminando estas prácticas por otros países: en Noruega, Dinamarca, Rusia, Estonia, Letonia, Lituania, Reino Unido, Italia, Portugal, Alemania, Polonia, Holanda, EEUU, Australia, Sudamérica... Además, se ha ido desarrollando una red internacional con encuentros anuales y desde 2015, con el documental Diálogo Abierto de Daniel Mackler la difusión de este modelo ha aumentado notoriamente.

En un Congreso reciente, en 2021, de la red HOPEN Dialogue, en la Universidad de Roma presentaron los resultados de su estudio multicéntrico: lograron contactar con 147 equipos diferentes que se encuentran trabajando bajo el modelo de Diálogos Abiertos en casi 30 países diferentes del mundo.

Actualmente un gran ensayo clínico (ODDESSI) está en marcha en Reino Unido en la University College con Stephen Pilling (2022) como responsable de la investigación sobre la intervención psicosocial bajo el modelo de Diálogos Abiertos.

En España, tenemos los textos recientes de Sara Toledano y Teresa Abad et al (2015, 2019), Silvia Parrabera et al. (2019) y Jordi Marfà et al. (2020), en los que describen sus experiencias de trabajo bajo el marco de este modelo y las adaptaciones a nuestro contexto que ha ido realizando para aproximarlos a nuestra realidad asistencial.

En un próximo monográfico de la revista *Frontiers "Open Dialogue Around the World"*, dispondremos de un artículo que recogerá las primeras experiencias de implantación del marco de Diálogos Abiertos en España.

La formación en Diálogos Abiertos que se realiza en diferentes países en la actualidad consta de 3 niveles:

Nivel 1. Fundamentos.

Nivel 2. Certificado como psicoterapeuta en Diálogos Abiertos

Nivel 3. Formación de formadores

El nivel 1 se ofrece, a día de hoy, en la Universidad de Almería, pero los niveles 2 y 3 todavía no están disponibles en España.

1.4. INTEGRACIÓN DE LOS DIÁLOGOS ABIERTOS EN EL GRUPO MULTIFAMILIAR: UNA EXPERIENCIA

En este apartado, recogemos las aportaciones de varios profesionales dedicados a la salud mental cercanos a nuestro contexto, con quienes compartimos nuestra comprensión sobre el sufrimiento humano, que han reflexionado y difundido sus experiencias prácticas en grupos multifamiliares y, que nos motivaron hacia el desarrollo de la experiencia práctica descrita en el tercer estudio que compone esta tesis.

1.4.1. Javier Sempere y Claudio Fuenzalida: Terapia Interfamiliar

En 2015, Javier Sempere dedica su tesis doctoral al análisis y descripción de la Terapia Interfamiliar (TIF) como un nuevo modelo de terapia multifamiliar (Sempere, 2015).

Posteriormente, en colaboración con Claudio Fuenzalida, publican una trilogía de libros sobre aplicaciones en instituciones sanitarias, sociales y educativas y fundamentos de la TIF (Sempere & Fuenzalida, 2017; 2021; 2022)

En su libro más reciente (Sempere & Fuenzalida, 2022) sitúan las bases teóricas y metodológicas de la TIF en la teoría del apego y las prácticas dilógicas, nutriéndose de los aportes de Mario Marrone, discípulo de Bowlby y Jaakko Seikkula, principal representante de Diálogo Abierto. Destacan la importancia sanadora del vínculo y del diálogo.

Como grupo multifamiliar integra todos los contextos terapéuticos de intervención posibles: promoviendo procesos terapéuticos en la dimensión individual, la familiar y la grupal o social que se complementan o potencian entre sí.

En la TIF según Sempere y Fuenzalida:

“el conductor se sitúa dentro del GMF en una posición construccionista de “no saber” y como experto – únicamente – en el uso de técnicas específicas para generar un diálogo en el que revisar las temáticas de apego conjuntamente con el resto de participantes en el GMF” (Sempere & Fuenzalida, 2022, pág. 39)

Desde una mirada dialógica en el grupo multifamiliar se dan múltiples diálogos: **diálogos internos**, los de cada participante consigo mismo; **diálogos intrafamiliares**, los diálogos con los miembros de su propia familia; **diálogos interfamiliares**, con los miembros de otras familias y **diálogos sociales**, relativos a la cultura y el marco social.

En la actualidad, Sempere y Fuenzalida trabajan en el Centro de Teràpia Interfamiliar, centro sanitario privado especializado en salud mental en Elche y a través de conciertos con la Administración Pública muchas familias de la zona pueden beneficiarse de los abordajes psicoterapéuticos que desde allí ofrecen. Desde dicho centro también promueven, desde hace años, la difusión de este modelo de intervención terapéutica a través de sus investigaciones y formaciones sobre todo en Alicante, Madrid y Barcelona, Cuba y Perú (Sempere y Fuenzalida, 2021).

1.4.2. Anna Sala: Psicoterapia Multifamiliar en la psicosis incipiente

Anna Sala (2020) describe el abordaje multifamiliar que vienen desarrollando desde 2018 en el Equipo de Intervención Precoz en Psicosis en el Baix Empordà (Girona). Es un grupo con un enfoque comunitario e interdisciplinar en su conducción, que Anna Sala reconoce inspirado en el modelo psicoterapéutico de Diálogo Abierto y las aportaciones de Irvin Yalom sobre la eficacia de los factores terapéuticos. Ella destaca el cuidado del clima emocional para favorecer el cambio psíquico.

1.4.3. Jorge L. Tizón: Entender las psicosis y Familia y psicosis.

Desde una perspectiva integradora, solidaria y comprensiva del sufrimiento humano, Jorge L. Tizón publica dos libros: Entender las psicosis: hacia un enfoque integrador (Tizón, 2013) y Familia y psicosis: como ayudar en el tratamiento (Tizón,

2014) que también nos sirvieron a las facilitadoras del grupo multifamiliar como manuales de referencia a la hora de desarrollar la experiencia práctica que describimos en el tercer artículo de esta tesis.

1.4.4. Una experiencia en el Servicio Galego de Saúde

Con la fundamentación teórica que hasta aquí hemos sintetizado; la implicación de varias profesionales decididas a llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico en grupo multifamiliar; la colaboración, motivación y necesidad expresada por los participantes y el apoyo institucional para tener cabida en un lugar adecuado, llegamos a desarrollar el tercer estudio que compone esta tesis. En él describimos y analizamos una experiencia práctica de grupo multifamiliar dentro de un programa de atención a jóvenes en contexto de primeras crisis psicóticas dentro del Servicio Galego de Saúde bajo las circunstancias de la pandemia por COVID-19.

2. Justificación de la Unidad Temática

2. **Justificación de la Unidad Temática**

Diversos grupos de psicoanálisis multifamiliar se fueron consolidando durante la pasada década por España, especialmente, complementando el tratamiento de personas diagnosticadas con trastornos mentales severos dentro del sistema público de salud. Algunos clínicos fueron compartiendo sus experiencias a través de publicaciones, congresos y cursos, pero encontramos pocas investigaciones sobre sus resultados, sin duda muy relacionado con el escaso o nulo soporte a actividades investigadores que nos encontramos los profesionales trabajando dentro del sistema público de salud.

El primer estudio que presentamos en esta tesis, pretendía describir un grupo multifamiliar puesto en marcha en 2012 en L' Hospitalet de Llobregat, inspirado en las propuestas psicoterapéuticas de Jorge E. García Badaracco.

En un segundo estudio con la pretensión de asir algún elemento de resultado terapéutico, empleamos el SCORE-15, que evalúa cambios en el funcionamiento familiar, y valoramos su utilidad para monitorizar dichos resultados en el nivel de terapia de grupo multifamiliar.

En el devenir de mi práctica profesional comencé a conocer los resultados de las investigaciones realizadas desde el marco de Diálogos Abiertos y el cambio de modelo asistencial que suponía frente al tratamiento habitual en los servicios de salud mental.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2021), ha incluido el modelo de Diálogos Abiertos dentro de sus Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental para promover los enfoques centrado en las personas y basados en los derechos.

El último estudio que se presenta en esta tesis, pretende extrapolar a nuestro contexto asistencial ese modelo tan revolucionario que surgió en Finlandia en los años 80, respaldado por amplia investigación y seguimientos a largo plazo. Todavía son muchos los obstáculos a salvar para llegar a replicar aquellas prácticas más fielmente en nuestra realidad actual, pero a través de la experiencia Diálogos Abiertos en un grupo multifamiliar en el contexto de un programa para atención a primeras crisis psicóticas en el Servizo Galego de Saúde que describimos, valoramos si modelos asistenciales mucho más coherentes con los principios de Diálogos Abiertos, con los recursos de que disponemos, son posibles ya y aquí.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General.....	63
3.2. Objetivos Específicos	63

3. Objetivos

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar dentro del contexto de los servicios públicos de salud mental tratamientos psicoterapéuticos para personas diagnosticadas de trastorno mental grave más eficientes, más comunitarios y más humanos a través de monitorizar nuestros resultados.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir una experiencia en la práctica clínica real de psicoterapia en grupo multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, dirigido a personas con larga trayectoria en la red de salud mental pública y sus allegados.
2. Estudiar la aplicabilidad de un cuestionario que analiza cambios en terapia familiar (SCORE-15) a lo largo de varias sesiones de grupo multifamiliar.
3. Valorar cambios, durante el transcurso del proceso de tratamiento en un grupo multifamiliar integrado dentro de un programa de atención a jóvenes y sus allegados en contexto de primeras crisis psicóticas, en las dimensiones de funcionamiento familiar, calidad de vida y satisfacción con la atención recibida.
4. Recoger algunos de los temas que son dialogados a largo de las sesiones realizadas en el grupo multifamiliar integrado dentro de un programa de atención a jóvenes y sus allegados en el contexto de primeras crisis psicóticas.

4. Primer Artículo

4.

Primer Artículo

Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., Falgueras Serrano, J., Rey Velasco, M., & Pérez i Testor, C. (2018). Una experiencia de Grupo Multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: Una Herramienta en el Tratamiento del Trastorno Mental Severo. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 8(1), 63-74.

Resumen

Este trabajo presenta y describe la experiencia de un grupo multifamiliar (GMF) en la unidad Polivalente de Salud Mental de L'Hospitalet. Se constituye como parte del programa de tratamiento integral y comunitario de las personas con diagnóstico de trastorno mental severo y sus familias. Un espacio complementario y articulador del proceso de tratamiento individual, familiar y grupal de cada paciente, inspirado en los planteamientos de García Badaracco.

Analizaremos los datos asistenciales recogidos del primer semestre de 2015. Un período de transición y fragilidad del grupo, durante el que se jubiló quien había sido hasta entonces uno de sus principales conductores y fundador de este grupo.

Para acercarnos a lo palpable de la realidad clínica, extraemos dos viñetas de una sesión correspondiente a dicho período, intentando servirnos del armazón teórico de García Badaracco para desarrollar hipótesis que nos permitan ampliar nuestra comprensión de lo que está ocurriendo.

Palabras clave: Terapia de grupo, multifamiliar, psicoanálisis multifamiliar, trastorno mental grave, psicoterapia.

Una experiencia de grupo multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: una herramienta en el tratamiento del trastorno mental severo¹

*An experience in the Multifamily Group in
L'Hospitalet de Llobregat: the tool to
treating the severe mental disorder*

CASILDA M. OUJO FERNÁNDEZ
JUANA CALLEJA MARTÍN
MARIONA GUARDIA SANS
ORIOI IMBERNON VALIENTE
JOSEP FALGUERAS SERRANO
MARIANA REY VELASCO
CARLES PÉREZ I TESTOR

Resumen

Este trabajo presenta y describe la experiencia de un grupo multifamiliar (GMF) en la Unidad Polivalente de Salud Mental de L'Hospitalet. Se constituye como parte del programa de tratamiento integral y comunitario de las personas con diagnóstico de trastorno mental severo y sus familias. Un espacio complementario y articulador del proceso de tratamiento individual, familiar y grupal de cada paciente, inspirado en los planteamientos de García Badaracco.

Analizaremos los datos asistenciales recogidos del primer semestre de 2015. Un período de transición y fragilidad del grupo, durante el que se jubiló quien había sido hasta entonces uno de sus principales conductores y fundador de este grupo.

¹ Agradecimientos: Al Grupo Alfa – Institut de Treball Grupal i Familiar. **In memoriam** María Martínez Soler, por todo lo que de ti aprendimos de lo singular y lo universal.

Para acercarnos a lo palpable de la realidad clínica, extraemos dos viñetas de una sesión correspondiente a dicho período, intentando servirnos del armazón teórico de García Badaracco para desarrollar hipótesis que nos permitan ampliar nuestra comprensión de lo que está ocurriendo.

Palabras clave: Terapia de grupo, multifamiliar, psicoanálisis multifamiliar, trastorno mental grave, psicoterapia.

Summary

This work presents and describes the experience of a Multi-family Group (GMF) in the Unidad Polivalente de Salud Mental in Hospitalet de Llobregat. It's established as part of the comunitary and integral treatment to persons with a severe mental disorder and their families. A complementary and articulator space to the individual, familiar and group treatment. It's fundamentally inspired by García Badaracco's work.

We will analyze the assistance data collected in the first semester of 2015. That was a period of both transition and frailty to the group, were it was saying goodbye, due to his retirement, to one of its founders and main driver.

To approach the tangible of the clinical reality, we will extract from a session during this period two clinical illustrations, trying to use the theoretical framework of García Badaracco to develop hypothesis that let us expand our comprehension of what's happening.

Key words: Group therapy, Multi-family, Multi-family psychotherapy, severe mental disorder, psychotherapy.

Introducción

El grupo multifamiliar (GMF) de la Unidad Polivalente de Salud Mental de L'Hospitalet se constituye como parte del programa de tratamiento integral y comunitario de las personas con diagnóstico de trastorno mental severo y sus familias. Un espacio no solo complementario, sino articulador del proceso de tratamiento individual, familiar y grupal de cada paciente.

El equipo terapéutico de L'Hospitalet

El GMF comenzó su andadura en Septiembre de 2012, de la mano de J.B. Lúcia, M.^a J. Fumanal y Ll. Albaigés. En aquellos momentos perinatales, consideramos que la presencia del coordinador de área facilitó la articulación del grupo dentro de la institución.

A partir de aquel momento se fueron dando una sucesión de cambios en el equipo terapéutico. En Junio 2013 se despidió la coterapeuta de este grupo. Posteriormente lo hizo el coordinador de área, entrando a colaborar J. Calleja en septiembre de 2013. A partir de entonces, las dos instituciones asistenciales de salud mental que abarcan toda el área de L'Hospitalet confluyen en el GMF. En Abril 2014, C. Oujo, se incorpora inicialmente como observadora para posteriormente entrar en la coterapia. En enero 2015, J. B. Lúcia anuncia su jubilación que tendrá lugar en junio, y en marzo 2015 se incorpora M. Guardia al equipo terapéutico. Estos seis primeros meses de 2015 son los que nos detendremos a analizar en este artículo.

El GMF también tuvo su prehistoria. Desde el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) uno de sus terapeutas había intentado poner en marcha un grupo de este tipo en solitario. No consiguió sostenerlo más que unos meses. Pensamos que una de las razones es la complejidad de este tipo de grupos. Sostenerlo adecuadamente supone disponer de un mínimo de equipo para no quedar atrapado por los aspectos transferenciales (Mascaró, 2006).

Cuando se trabaja en coterapia, los profesionales que constituyen el equipo terapéutico integran las diversas aportaciones que provienen de los pacientes. Este trabajo integrativo es básico para el abordaje de problemáticas tan importantes como las de los pacientes—y sus familiares— que integran el GMF. Además, los componentes del equipo, complementan perspectivas teóricas desde las que cada uno se va desarrollando como psicoterapeutas; en nuestro caso principalmente psicodinámicas y sistémicas. Compartimos un modelo de comprensión de la salud y la enfermedad mental que confía en la *potencialidad sana* de las personas; y considera la enfermedad mental —más allá de determinismos biológicos—, como una patología en lo vincular (Sempere y Fuenza-

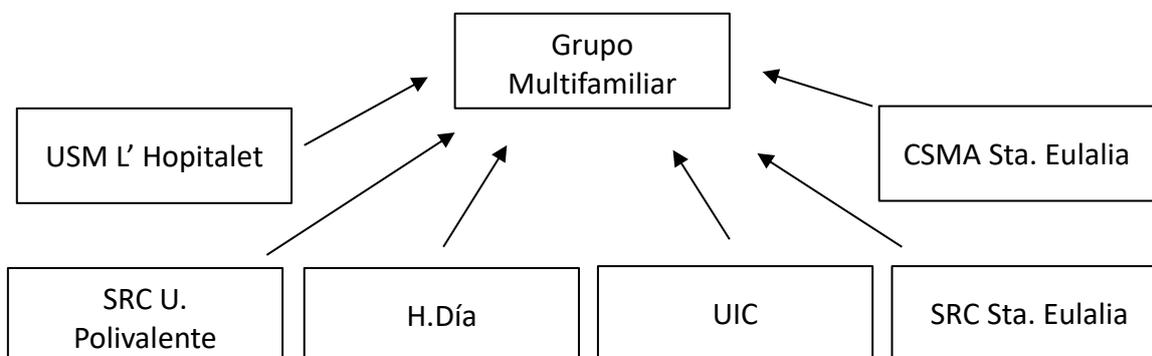
lida, 2013). Tenemos presente el planteamiento de Psicoanálisis Multifamiliar de García Badaracco (García Badaracco, 1989 y 2000).

Por último, destacar la necesidad para la conducción de GMF de una formación en psicoterapia individual, familiar y grupal, fundamentalmente vivencial (Salomon y Simond, 2013).

Características del GMF de L'Hospitalet

Es un grupo dirigido a personas con un diagnóstico de trastorno mental grave y sus familiares o personas significativas. Se excluyen pacientes con grave riesgo auto o heterolítico o conducta psicopática. Las familias pueden venir derivadas de cualquier dispositivo asistencial del sector L'Hospitalet: Centros de Salud Mental Ambulatoria, Unidad de Ingreso en la Comunidad, Servicios de Rehabilitación Comunitaria u Hospital de Día.

Diagrama 1. Dispositivos derivadores.



El terapeuta referente de cada paciente valora la indicación de asistir grupo multifamiliar. Tras hablarlo con la familia, lo comenta a alguno de los conductores del grupo para su posterior incorporación. De este modo, la incorporación se agiliza y la familia puede integrarse en la siguiente sesión si lo desea. No se trata de un grupo con *numerus clausus* o lista de espera: se encuentra disponible y abierto a nuevas incorporaciones a lo largo del año.

Es grupo heterogéneo. Asisten los pacientes y sus familiares. Hay una gran variabilidad sociodemográfica (edad, sexo, estado civil...) y de situación clínica (diagnóstico, estado actual, años de evolución...). Los temas a tratar en el grupo no vienen pre-determinados por el equipo terapéutico sino que los van trayendo los participantes. La conducción es activa. Los conductores no adoptan una posición de experto o sabio, si no que buscan favorecer una comunicación horizontal, desde la experiencia y vivencia de cada uno.

En resumen, se trata de un grupo grande, abierto, flexible, heterogéneo, voluntario y no estructurado.

Las sesiones se realizan en la sala denominada «Club Social» de la Unidad Polivalente de L'Hospitalet. Es una sala amplia, luminosa y con buena climatización, en la planta baja del edificio.

La frecuencia es semanal: cada miércoles de 12:30 a 14:00, excepto período de vacaciones (un mes y medio en verano, dos semanas en Navidad y una en Semana Santa). Es decir, unos límites espaciales y temporales constantes y bien delineados. Es responsabilidad del equipo terapéutico del GMF mantener esa constancia, ese «estar disponible», que se convertirá en una especie de invisible hilo curativo (Salomon y Simond, 2013).

Es un grupo *sine die*, sin una fecha de finalización concreta para cada asistente, en el que además cada persona tiene la libertad de dosificar su presencia en función de sus vicisitudes. Veámoslo a través de un ejemplo:

Gerard, con 30 años y, un diagnóstico de esquizofrenia, explicaba ir de psiquiátrico en psiquiátrico durante casi 10 años. Estaba ingresado en la Unidad de Ingreso en la Comunidad (UIC) con la perspectiva de reincorporación a la vida *extramuros*. Por aquel entonces llevaba un par de meses asistiendo al GMF. Sus padres estaban divorciados y acudía acompañado alternativamente por su padre y por su madre; el GMF era, de éste modo, el único grupo terapéutico en el que conseguía permanecer hasta finalizar la sesión. Al cabo de un tiempo, le avisaron que disponía de una plaza en un recurso residencial que hacía años había solicitado. Se incorporó a ella siendo dado de alta de la

unidad y entrando en un nuevo sector asistencial. Y espontáneamente pidió continuar viniendo al GMF a pesar de que ahora la distancia para él era mucho mayor; también sus padres lo solicitaron. De sus primeros días en su nuevo «hogar» nos contaba que estaba intentando reparar el futbolín que había allí. Desde el equipo terapéutico se tuvo en cuenta la necesidad de Gerard y su familia de poder realizar una separación y una despedida más progresiva, respetando su ritmo.

Esta viñeta nos permite visualizar el GMF como «espacio de salida de la Zona Trans, un lugar para salir del no-lugar a un lugar nuevo de pertenencia, un lugar «para hablar de los sueños o de las pérdidas» como lo ha descrito Àngels Vives (Vives, 2008).

El objetivo fundamental de este grupo es, en palabras de García Badaracco: «pensar juntos lo que no se puede pensar solo» (García Badaracco, 1997). Los conductores buscan crear un clima emocional de calidez humana, respeto, tolerancia, acogida, seguridad y confianza, para desarrollar un espacio para la comunicación, la escucha, la comprensión y la reflexión. Soportar lo invivible, el sufrimiento humano. Acompañar, compartir ansiedades e incertidumbres, son funciones del grupo multifamiliar; así como pensar con otros, encontrar nuevos significados a las cosas y a las experiencias, sentir, reconstruir narrativas de vida. En definitiva, encontrar una vía, una apertura que les posibilite sentirse bien y progresar en su proceso de reconstrucción personal. Fundamentalmente, aprender vivencialmente. Antes y después de cada sesión, el equipo terapéutico dedica un tiempo a reunirse para la reflexión sobre lo acontecido durante las sesiones.

Cuando llega la hora, uno de los miembros del equipo terapéutico avisa a los asistentes que se encuentran esperando en el recibidor de la unidad que ya pueden ir pasando. Los otros miembros del equipo les esperan en la sala. Los participantes entran y van cogiendo una silla y reuniéndose en el grupo conformando un círculo. Solemos aconsejar una asistencia continuada de al menos tres sesiones para favorecer la vinculación al grupo. Si alguna persona que viene asistiendo con asiduidad, no se presentan durante tres sesiones sin un aviso previo, les llamamos interesándonos por cómo están y recordándoles la disponibilidad del grupo.

En el grupo también está integrada la figura del observador. Por un lado, observadoras estables, que están durante varios meses consecutivos (desde 3 meses a 1 año).

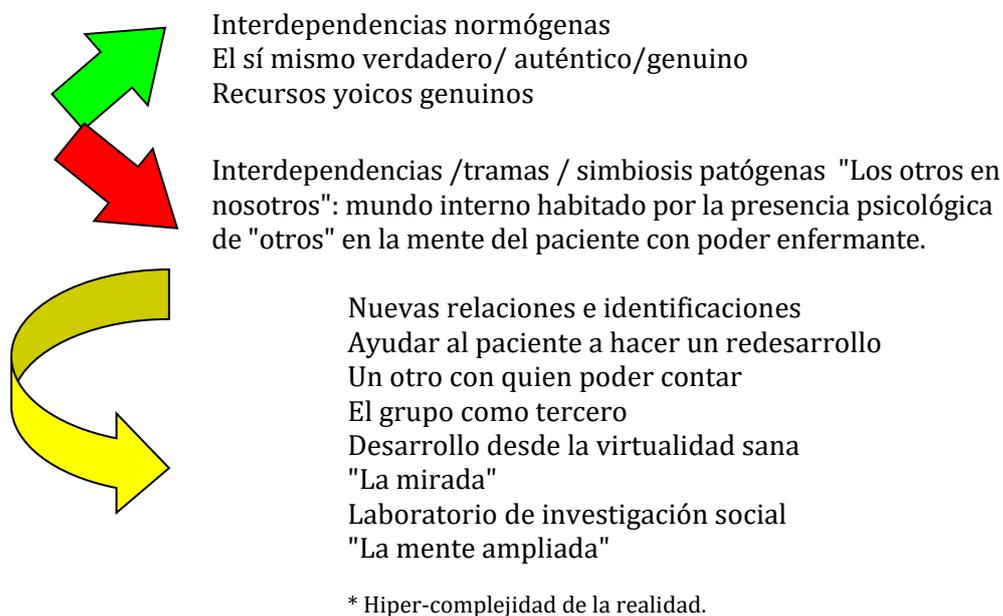
Y, por otro lado, se invita a otros profesionales asistenciales del área a conocer y vivir el grupo, acudiendo para ello durante tres sesiones consecutivas también como observadores.

Nos ha sido útil emplear la metáfora de un *autobús* a la hora de describir el grupo a compañeros y familias: el GMF como el autobús que uno coge en una determinada parada, realiza un viaje acompañado y decide a qué lugar quiere llegar y en qué parada bajarse. Algunos participantes han traído la metáfora de un *barco*: un barco en el que hay un patrón y una tripulación emprendiendo una travesía pero cuando aparece una vía de entrada de agua todos tienen que achicar. J.B. Lucía nos hablaba del grupo como un *bebé* al que hemos de ayudarle a tragar cuando se atraganta. Una particular manera de referirse a la función de *rêverie* materna, que Bion describió como función transformadora de los elementos intolerables para el bebé (Bion, 1997).

García Badaracco fue integrando al psicoanálisis las influencias de la teoría sistémica y la terapia familiar, de pensadores interesados en la psicología social y la terapia de grupo.

Pretendiendo sintetizar rescatamos a través de un esquema algunos de los conceptos fundamentales que fue desarrollando.

Figura 1. Conceptos teóricos.



A través de una viñeta clínica, en el tercer apartado, ilustraremos estos conceptos centrales.

Descripción de los datos asistenciales

Desmenucemos los datos asistenciales. Consideramos el período de enero a junio 2015 como un tiempo de transición, en el que se despide uno de los principales conductores y fundador de este grupo. Por tanto, un período de fragilidad y de oportunidad para un análisis más detallado.

A lo largo del primer semestre de 2015 han participado en el GMF un total de 47 personas entre pacientes identificados, familiares y equipo terapéutico (terapeutas y observadores).

Contabilizando exclusivamente pacientes identificados y familiares, han acudido 37 participantes, miembros de 22 familias diferentes.

El grupo presenta un porcentaje bastante paritario en relación a la variable sexo.

De media cada participante ha asistido a 5 sesiones. De estos 37 participantes, casi la mitad han participado con continuidad en más de 3 sesiones, y de éstos la asistencia media ha sido de 9 sesiones (gráfico 1).

Gráfico 1. Permanencia

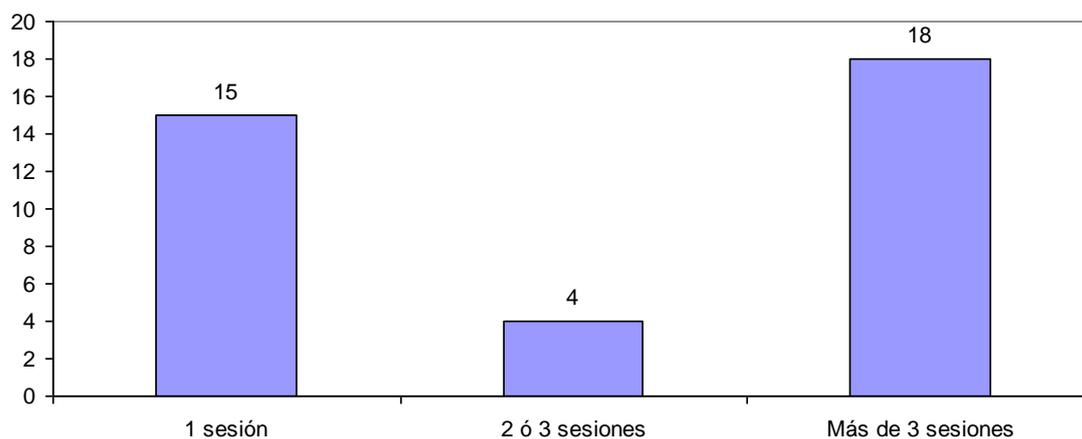
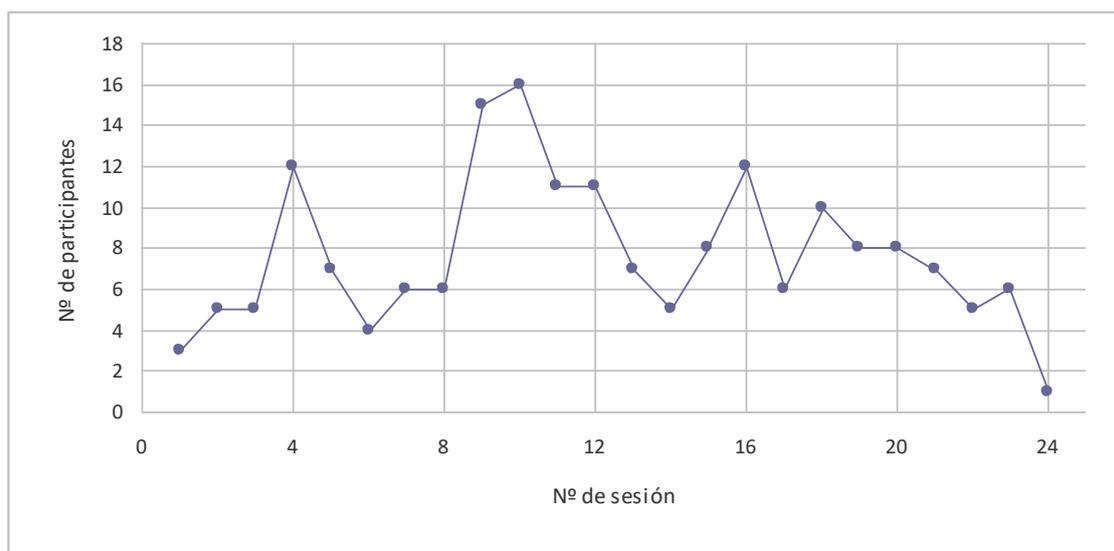


Gráfico 2. Asistencia a las sesiones



Observamos que los dos períodos con menor tasa de asistencia (gráfico 2) han sido al principio de año (tras las vacaciones de Navidad), y a finales del semestre (tras la despedida de J.B. Lucía). A su vez, el equipo terapéutico tuvo en cuenta no incluir nuevos participantes en el mes previo a las vacaciones de verano dado que son períodos en los que se hacen patentes las dificultades para la separación y elaboración de la pérdida. Puede resultar llamativo que en la última sesión del semestre se realizó el grupo con un solo participante, pero el equipo tuvo en cuenta su disposición a quedarse y que no disponía de otro espacio psicoterapéutico.

A partir de marzo se alcanza el período con mayor número de participantes. Concurren tres factores de los que nos hemos podido percatar y que parecen relacionados:

El primero, que a partir de ese momento comienzan a acudir rotativamente durante las 3 sesiones como observadores compañeros profesionales, solo estaba la observadora estable. Hemos visto que a la vez que han asistido como observadores compañeros profesionales de determinados dispositivos se incrementaba la asistencia al GMF de familias procedentes del mismo dispositivo en que ellos desenvuelven su labor. Consideramos que ofrecer a los compañeros esta posibilidad, además de fomentar la derivación, facilita vinculación de las familias al grupo; pues nuestros compañeros tendrán más presente hacer el seguimiento del paciente o familia al haber «vivenciado» el grupo.

Un segundo factor que ha podido influir, es que en la semana previa a dicho aumento en el número de asistentes, durante una asamblea, informamos y abrimos la invitación al GMF a todos los usuarios de UIC, dado que en su mayoría son personas con un diagnóstico de TMS, recomendado a los interesados consultarlo previamente con su terapeuta referente.

Un tercer factor es que a partir de marzo se incorporó M. Guardia como nueva terapeuta al GMF. Así tratamos de cuidar el grupo con la incorporación, previa a la despedida de Juan Bautista Lucía, de la nueva terapeuta. Entendemos que ha sido una manera de apuntalar el grupo durante este período de mayor fragilidad. Este rápido incremento en la participación consideramos es una puesta a prueba de la capacidad de con-

tención del grupo, de la flexibilidad de su membrana elástica para dar cabida a los nuevos miembros.

La confluencia de ambos sectores asistenciales de L'Hospitalet (norte y sur) en el grupo multifamiliar permite un trabajo integrado con las familias que frecuentan diversos dispositivos como el Hospital de Día, los Servicios de Rehabilitación Comunitaria, los Centros de Salud Mental Ambulatoria o la Unidad de Ingreso en la Comunidad.

Mientras el grupo multifamiliar tiene un número de integrantes pequeño —que todavía no permite la asistencia simultánea de todos los profesionales interesados en asistir e implicados en proceso terapéutico (que en nuestra opinión sería el escenario ideal)— es importante contar con espacios para hacer dos cosas: una revisión con los compañeros del trabajo y de la evolución de las familias que facilite la articulación del grupo multifamiliar en el proceso terapéutico de cada persona.

Por aquel entonces disponíamos de una supervisión externa —imprescindible a nuestro parecer para el desarrollo saludable de la labor asistencial— que fue suprimida por razones presupuestarias. En su lugar hemos tenido que recurrir a los espacios bimensuales de intervisión para realizar una discreta supervisión de la tarea grupal.

Viñetas clínicas

A continuación, recogemos dos momentos de una sesión en Enero 2015 con la finalidad de conectar la teoría de García Badaracco con nuestra práctica asistencial. Nuestro deseo no es formular verdades sobre la naturaleza de lo que está ocurriendo, sino desarrollar hipótesis que permitan ampliar nuestra comprensión y orientar nuestra tarea.

Una vez todos sentados y acomodados, comienza el trabajo en el GMF.

El terapeuta 1 se presenta a Carlos pues en la anterior sesión no estuvo y no lo conocía. Carlos responde:

— Soy Carlos, el padre del niño.

Cuando Carlos se refiere a su hijo de 35 años, alto y de complexión robusta, como «el niño», el terapeuta 1 se detiene a señalarlo

— *¿Qué niño?*

Carlos señala con un gesto con la cabeza a su hijo que está a su lado.

— Del niño.

El terapeuta 1 insiste:

— *¿Qué niño? ¡Hombre, a mí no me parece un niño!*

Se hace entonces un breve silencio. Desde el minuto uno los conductores están atentos y activos. El terapeuta no deja pasar esta comunicación como inocua, no comparte con el padre esa mirada sobre Carlos (hijo). Con su sorpresa transmite que él lo percibe como un adulto.

A continuación se hace un breve silencio; quizás para poder pensar. Cuando García Badaracco nos habla del sí mismo verdadero, en qué medida esta situación nos habla de la dificultad en que se desarrolle. ¿Hasta qué punto nos encontramos con una interdependencia padre-hijo, que impide o dificulta el desarrollo de un sí mismo verdadero? Si el padre considera que el hijo adulto es todavía un niño, ¿cómo va a poder desarrollar sus recursos yoicos genuinos? Otro aspecto de García Badaracco es del de la potencialidad sana. ¿Cómo podemos entenderla en el contexto de esta viñeta? Parece que la ausencia de «otro» que estando fuera de la trama familiar posibilite ese redesarrollo tiene que ser sustituida por el grupo. *El otro* es en ese momento el terapeuta 1, pero también lo es el grupo, cuando a continuación se hace un silencio; silencio que en breve rompe Nuria, la madre de Carlos (hijo), sacando otro tema, quizás incapaz ella de soportarlo por ahora.

En otro instante de la sesión, Cristina, que acude como madre de un chico diagnosticado de esquizofrenia está describiendo una complicada relación de convivencia con él y comete un lapsus. Lapsus que escapa al señalamiento de alguno de los terapeutas pero que tendrá oportunidad de ser abordado un poco más adelante en la sesión.

Cristina dice:

— Mi hijo me llevará al huerto.

Queriendo probablemente decir en este contexto: «me llevará al hoyo». En ese momento, en el equipo terapéutico nos parece percibir una pequeña dosis de la confusión presente en esta relación entre madre e hijo, cuando viene a nuestra mente la interpretación más coloquial de esta expresión: «seducir a alguien con fines sexuales». Confusión en la que uno es todo para el otro, como será señalado en la sesión por la terapeuta 2: «madre, pareja, vecina, amiga....». Con su intervención pretende crear una vía de salida a esa relación que se nos presenta como simbiótica, una relación en la que el paciente identificado ha quedado atrapado, en una interdependencia patógena como las descritas por García Badaracco.

Cristina continúa relatando situaciones en las que recibe amenazas por parte de su hijo y pregunta si una persona con esquizofrenia se consigue parar cuando ella le amenaza con llamar a la Guardia Civil, porque entonces su hijo le pide por favor que no llame y se detiene. Quizás, en alguna medida, tanto madre como hijo ya permiten a la Guardia Civil, representantes de la ley, poner un límite en esa fusión, cuando no hay *un otro con quien poder contar*.

Conclusiones

Como profesionales de la salud mental en el sistema público nos son requeridos indicadores que avalen la efectividad de nuestras intervenciones. En aquellos momentos nos resultaba difícil pensar qué *termómetro* emplear para medir los cambios que producen en el paciente y sus familiares y, sobre todo, en sus relaciones... Lo exponemos como una limitación de este trabajo, que pensamos resolver en futuras investigaciones, utilizando escalas y cuestionarios de funcionamiento familiar antes de empezar, durante y al finalizar el tratamiento.

Mientras, otra metáfora nos permite aprehender lo que acontece en el GMF. Pensar el Grupo Multifamiliar como un *manglar*. Aquel hábitat de zonas tropicales que se encuentra protegiendo la costa de fuertes oleajes y mareas, tormentas y huracanes...

Conformado por árboles con capacidad de absorber, filtrar y transformar tanto agua dulce, como salada, con concentraciones salinas que varían constantemente, pueden soportar la combinación de las dos aguas. Árboles con raíces aéreas que atraviesan el agua estabilizando el árbol en terrenos blandos. Aquel espacio escogido por muchas y diversas especies (tanto marinas, como terrestres, como aéreas) como lugar seguro donde refugiarse para poder reproducirse y dar continuidad a la evolución de su especie.

El único árbol que se desarrolla en un medio marino, esencial para un desarrollo sostenible de sus habitantes. Un espacio necesario para encontrar una salida de la *Zona Trans*. Así lo pensamos porque primero lo hemos podido soñar.

Referencias bibliográficas

- Bion, W.R. (1997). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- García Badaracco, J.E. (1989). *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.
- García Badaracco, J.E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Barcelona: Paidós.
- Mascaró, N. (2006). La constitución de un grupo multifamiliar en una institución pública. *Avances en salud mental relacional*; 5(2).
- Salomon Martínez, J. y Simond, H. D. (2013). *Grupos de terapia multifamiliar ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?* Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.
- Sempere, J. y Fuenzalida, C. (2013). Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". Análisis y difusión del modelo terapéutico. *Psicoterapia y Psicodrama*; 2(1):88-105
- Vives, À. (2008). Identidad y exilio. *Intercanvis*; 20:41-4.

Casilda M. Oujo Fernández. Psicóloga Clínica en la Unidad de Ingreso en la Comunidad, Unidad Polivalente de Salud Mental de l'Hospitalet de Llobregat. Benito Menni, Complejo Asistencial en Salud Mental (CASM).

Dirección de contacto: casildaoujo@gmail.com

Juana Calleja Martín. Psicóloga Clínica en la Unidad de Salud Mental de l'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de Salut.

Mariona Guardia Sans. Psiquiatra en el Centro de Salud Mental de Adultos Sta. Eulalia, l'Hospitalet de Llobregat. Benito Menni, (CASM).

Oriol Imbernon Valiente Trabajador Social del SAP Anoia. Institut Català de Salut.

Josep Falgueras Serrano. Psicólogo Clínico en la Unidad de Ingreso en la Comunidad, Unidad Polivalente de Salud Mental de l'Hospitalet de Llobregat. Benito Menni, (CASM).

Mariana Rey Velasco. Residente de Psicología Clínica en Benito Menni, (CASM).

Carles Pérez i Testor Psiquiatra, Profesor titular de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna y Director del Institut de Salut Mental Fundació Vidal i Barraquer.

Recibido el 20 de julio de 2018

Aceptado el 5 de agosto de 2018

Último borrador 12 octubre de 2018

5. Segundo Artículo

5.

Segundo Artículo

Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., & Pérez i Testor, C. (2020). Valoración de resultados en el grupo multifamiliar a través del SCORE-15: un estudio piloto. *Informaciones psiquiátricas*, (240), 43-52.

Resumen

Se describe el grupo multifamiliar que está en marcha desde Septiembre de 2012 en L'Hospitalet de Llobregat. Un grupo que atiende a personas diagnosticadas de trastorno mental severo y sus familiares, con el objetivo general de mejorar su salud y calidad de vida. Se trata de facilitar la comunicación para trabajar aspectos relacionales y vinculares. Se pretende ofrecer un espacio donde poder pensar conjuntamente las experiencias vividas en la propia familia.

El SCORE-15 es un cuestionario que se ha demostrado útil para analizar los cambios en terapia de familia. Estudiamos su aplicabilidad en el contexto de terapia de grupo multifamiliar. Se investiga si los asistentes y los terapeutas observan cambios en el funcionamiento de la familia a lo largo de varias sesiones de grupo multifamiliar.

Es un estudio observacional en un contexto asistencial público. Se invita a participar en el estudio a los nuevos participantes del grupo multifamiliar entre Enero y Julio de 2017, se les aplica el cuestionario SCORE en 3 ocasiones: antes de comenzar su vinculación al grupo, al cabo de 3 sesiones y en la última sesión.

En base a los resultados obtenidos, valoramos el SCORE-15 como una herramienta útil a incluir en el proceso terapéutico de las personas que participan en el

grupo multifamiliar que nos permite disponer de un registro de los cambios que se producen a nivel de funcionamiento familiar.

Palabras clave: trastorno mental severo, terapia de grupo multifamiliar, SCORE-15.

Valoración de resultados en el grupo multifamiliar a través del SCORE-15: un estudio piloto

Casilda M. Oujo Fernández

Psicóloga Clínica. Unitat de Salut Mental l'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut.
coujo@ambitcp.catsalut.net

Juana Calleja Martín

Psicóloga Clínica. Unitat de Salut Mental l'Hospitalet de Llobregat. Institut Català de la Salut

Mariona Guardia Sans

Psiquiatra. Hospital de Día Hospitalet. Benito Menni Centro Asistencial en Salud Mental

Oriol Imbernon Valiente

Trabajador social. Servei d'Atenció Primària Anòia. Institut Català de la Salut

Carles Pérez i Testor

Psiquiatra y profesor titular de la FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llul.

Comunicación oral presentada en el XV Congreso Internacional RELATES 2019, celebrado en Barcelona del 27 al 29 de Junio.

Valoración de resultados en el grupo multifamiliar a través del SCORE-15: un estudio piloto

Resumen

Se describe el grupo multifamiliar que está en marcha desde Septiembre de 2012 en L'Hospitalet de Llobregat. Un grupo que atiende a personas diagnosticadas de trastorno mental severo y sus familiares, con el objetivo general de mejorar su salud y calidad de vida. Se trata de facilitar la comunicación para trabajar aspectos relacionales y vinculares. Se pretende ofrecer un espacio donde poder pensar conjuntamente las experiencias vividas en la propia familia.

El SCORE-15 es un cuestionario que se ha demostrado útil para analizar los cambios en terapia de familia. Estudiamos su aplicabilidad en el contexto de terapia de grupo multifamiliar. Se investiga si los asistentes y los terapeutas observan cambios en el funcionamiento de la familia a lo largo de varias sesiones del grupo multifamiliar.

Es un estudio observacional en un contexto asistencial público. Se invita a participar en el estudio a los nuevos participantes del grupo multifamiliar entre Enero y Julio de 2017, se les aplica el cuestionario SCORE en 3 ocasiones: antes de comenzar su vinculación al grupo, al cabo de 3 sesiones y en la última sesión.

En base a los resultados obtenidos, valoramos el SCORE-15 como una herramienta útil a incluir en el proceso terapéutico de las personas que participan en el grupo multifamiliar que nos permite disponer de un registro de los cambios que se producen a nivel de funcionamiento familiar.

Palabras clave: trastorno mental severo, terapia de grupo multifamiliar, SCORE-15.

Evaluation of results in the multifamily group via SCORE- 15: a pilot study

Abstract

It is described a multifamily group that has been ongoing in L'Hospitalet Llobregat since 2012. A group that handles both persons diagnosed with severe mental disorders and their families, with a general goal to improve their health and quality of their lives. It is about facilitating the communication in order to work on the rational and bonding aspects. It is intended to offer a space where it is possible to reflect together the experiences lived within their own family.

SCORE is a tool which turned out to be useful for analysis of the changes in family therapy.

We are studying its applicability in the context of multifamily group therapy. It is being researched if the assistants and therapists observe the changes in the family function over the series of sessions in the multifamily group.

It is an observational study in the context of public assistance. New participants of a multifamily group are invited to participate between January and July 2017. SCORE is applied on 3 occasions: before starting their introduction to the group, after 3 sessions and in the last session.

Based on the obtained results, we evaluate SCORE- 15 as a useful tool to include persons who participate a multifamily group in a therapeutic process which further permits us have at our disposal a register of the produced changes at the level of family function.

Key words: severe mental disorder, multifamily group therapy, SCORE-15.

1. Introducción

El grupo multifamiliar de L'Hospitalet es un grupo que atiende a personas con un diagnóstico de trastorno mental mental severo y sus familiares, con el objetivo

general de mejorar su salud y calidad de vida. La particularidad de este grupo reside en que se encuentran simultáneamente pacientes identificados y sus familiares. Se trata de facilitar la comunicación para trabajar aspectos relacionales y vinculares, desde lo experiencial, desde la *vivencia*. Pretende ofrecer un espacio donde poder pensar conjuntamente las experiencias vividas en la propia familia: “poder pensar juntos lo que no se puede pensar solo” (1).

Este grupo terapéutico está en funcionamiento desde Septiembre 2012. Ubicado, durante el período que analizaremos, en la Unidad Polivalente de Salud Mental de L’Hospitalet (Benito Menni CASM). Los participantes vienen derivados desde los dispositivos comunitarios de salud mental del área sanitaria. Es un grupo de frecuencia semanal, de sesiones de hora y media de duración. Conducido en coterapia por 3 profesionales, con formación en psicoterapia individual, familiar y grupal. Los fundamentos teóricos que sustentan las intervenciones son psicodinámicos y sistémicos, estando muy presentes en la mente de los conductores, autores de referencia como García Badaracco (1) y Seikkula (2). Se trabaja desde lo que los miembros del grupo traen a la sesión: hablan de sí mismos, de sus vivencias y de sus propias dificultades a lo largo del proceso terapéutico. Es un grupo abierto, heterógeno, flexible y no estructurado (3). Durante el período analizado en este estudio, de Enero a Julio de 2017, acuden una media de 13 participantes por sesión, los nuevos integrantes pueden incorporarse en cualquiera de las sesiones semanales.

En un contexto asistencial público, como en el que se desarrolla este grupo multifamiliar, donde los recursos son siempre limitados, resulta necesario investigar sobre la efectividad y eficiencia de nuestras intervenciones. Durante las visitas de seguimiento, el terapeuta referente puede recoger, a través del relato de la persona, su valoración. Pero, además, buscamos una medida cuantitativa, sencilla y ágil que nos permitiese asir con números estos cambios. Por estos motivos escogimos el SCORE-15: una herramienta que se ha demostrado sensible a los cambios en el funcionamiento familiar durante el proceso de terapia familiar o de pareja (4,5,6). Queremos, mediante este trabajo, estudiar su utilidad para recoger cambios en el funcionamiento de la familia a lo largo de varias sesiones del grupo multifamiliar. Y, valorar si ésta puede ser una herramienta útil para incorporar en nuestra labor asistencial.

La hipótesis principal es que el trabajo vivencial que se realiza en el grupo multifamiliar tiene una repercusión sobre las dinámicas familiares de los participantes.

Asimismo, nos planteamos que las puntuaciones totales del SCORE-15 informadas por los usuarios correlacionan con las observaciones realizadas por los conductores del grupo.

2. Método

Procedimiento

Realizamos un estudio observacional en un contexto asistencial público de salud mental comunitaria.

Previamente, se aprobó el proyecto de investigación en el comité de ética de investigación de Benito Menni (CASM).

Invitamos a participar en el estudio a los nuevos participantes que se incorporaron en el grupo multifamiliar entre Enero y Julio de 2017. Solicitamos su consentimiento informado. Les administramos el cuestionario SCORE-15 en 3 ocasiones: antes de comenzar su vinculación al grupo (T1), al cabo de 3 sesiones (T2) y en la última sesión (T3) antes del descanso del grupo por vacaciones de verano. A su vez, los conductores del grupo responden a la versión para terapeutas que se les administra tras la tercera y la última sesión.

El SCORE-15

Este cuestionario es una versión del SCORE-40, mucho más breve, su cumplimentación no excede los 10-15 minutos. Obtenemos una puntuación en la Escala Total y en 3 dimensiones: 1) Fortalezas y capacidad para adaptarse, 2) Preocupados o angustiados y 3) Dificultad para comunicarse.

Es un instrumento sensible al cambio durante el proceso terapéutico que a su vez permite identificar áreas de relevancia clínica para la intervención sistémica con familias y parejas. Al ser administrado durante 3 momentos diferentes durante el curso

de la terapia, permite discernir si durante el tratamiento la familia ha cambiado y, en tal caso, en qué áreas lo ha hecho. Disponemos además de recientes datos de baremación con población española para tales fines (7).

Participantes

Aceptan colaborar en el estudio 12 personas, pero la muestra final es de 9 participantes, dado que 3 personas no llegan a vincularse al grupo ni cumplimentar, por tanto, todos los cuestionarios.

El perfil medio de la muestra de pacientes tiene una edad media de 51 años. Mayoritariamente son mujeres (78%). Un 56 % sin pareja (soltera, casada o viuda), con un nivel de estudios medios (el 56%). El 89% se encuentra inactivo laboralmente durante su participación en el grupo (incapacidad laboral transitoria, jubilada o pensionista). El 68% tiene unos ingresos menores de 1000 €.

Un 89% refiere disponer de apoyo familiar, un 67% que cuentan con apoyo social.

En cuanto a las características clínicas de la muestra: en primer lugar, aparecen diagnósticos de trastorno del estado del ánimo (67%) y en segundo lugar diagnósticos en espectro de la psicosis (33%), con una importante presencia de comorbilidad (un 44%). Encontramos una media de 13 años de evolución desde haber comenzado a tratarse en la red de salud mental. Un 22 % informa haber participado previamente en tratamientos a nivel familiar y un 33 % en tratamientos grupales.

Análisis estadístico

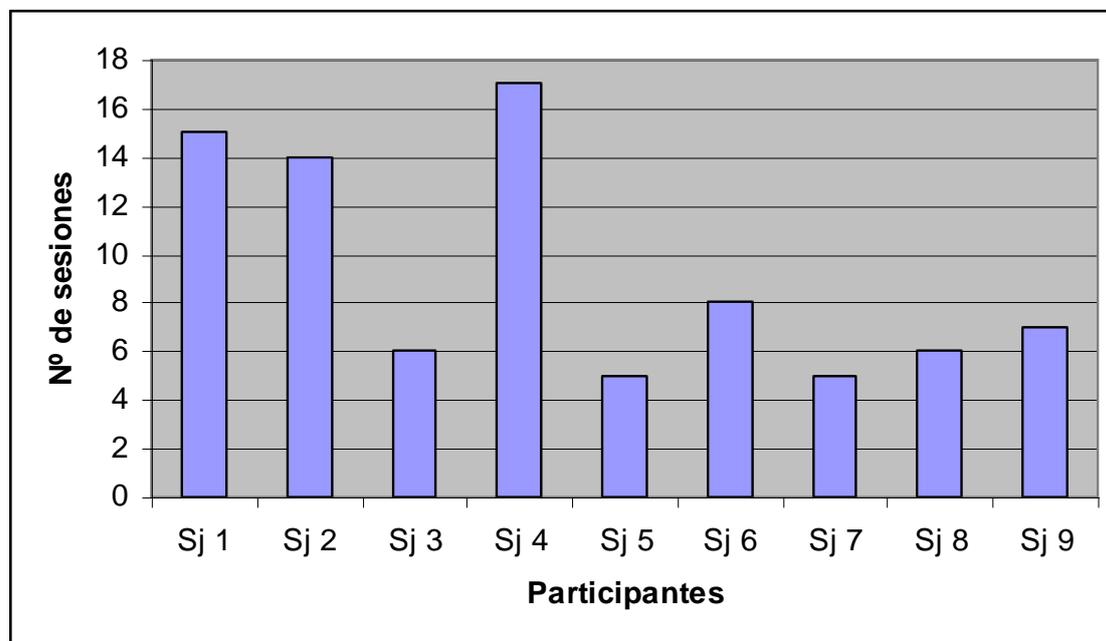
Para el análisis estadístico de los datos recogidos empleamos el paquete SPSS.

3. Resultados

El número total de sesiones en que participaron las personas de nuestra muestra hasta llegar al momento de la tercera medida (T3) va desde un mínimo de 5 a un

máximo de 17. Tres de los sujetos asistieron a entre 15 y 17 sesiones y los otros 6 sujetos asistieron a entre 5 y 8 (gráfico 1).

Gráfico 1. Asistencia



Para analizar si existen diferencias entre las puntuaciones totales de los usuarios en el SCORE-15 entre momento 1,2 y 3 empleamos la prueba t de Student, obteniendo los resultados que se presentan en la tabla 1. Encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones totales en el SCORE-15 entre los momentos T1 (antes de comenzar el grupo) y T2 (al cabo de las 3 primeras sesiones), informando de un mejor funcionamiento familiar.

Tabla 1. Diferencias entre las 3 mediciones SCORE-15

	<i>t de Student</i>	<i>p</i>
T1-T2	0.874	0.002
T2-T3	0.607	0.201
T1-T3	0.162	0.759

Desgranamos las 3 dimensiones del SCORE- 15 y para analizar si existen diferencias entre las puntuaciones de los usuarios en los momentos 1,2 y 3, empleamos nuevamente la prueba t de Student, obteniendo los resultados que se presentan en la tabla 2. Encontramos diferencias significativas entre las puntuaciones en la dimensión 1 (Fortalezas y capacidad para adaptarse) y 2 (Preocupados o angustiados) del SCORE-15 entre los momentos T1 (antes de comenzar el grupo) y T2 (al cabo de las 3 primeras sesiones), informando de una mayor fortaleza y capacidad para adaptarse y una menor preocupación o angustia.

Tabla 2. Diferencias por dimensiones SCORE- 15 en las 3 medidas

	<i>t de Student</i>	<i>p</i>
T1-T2		
Dimensión 1	t = 0.813	p = 0.008
Dimensión 2	t = 0.788	p = 0.012
Dimensión 3	t = 0.535	p = 0.138
T2-T3		
Dimensión 1	t = 0.558	P = 0.304
Dimensión 2	t = 0.596	p = 0.212
Dimensión 3	t = 0.752	p = 0.085
T1-T3		
Dimensión 1	t = - 0.157	P = 0.767
Dimensión 2	t = 0.490	p = 0.324
Dimensión 3	t = 0.034	p = 0.948

Para analizar si las puntuaciones referidas por los usuarios están relacionadas con las observaciones de los terapeutas conductores del grupo, empleamos el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 3). No se observa ninguna correlación significativa entre las puntuaciones totales en el SCORE-15 de los usuarios y las puntuaciones en los ítem 1 y 2 de la escala para el terapeuta del SCORE 15, en los momentos 2 y 3.

Tabla 3. Relación entre la PT SCORE y la medida de los terapeutas.

	<i>Coefficiente de correlación de Pearson (r)</i>	<i>p</i>
T2 - terapeutas ítem 1	- 0.197	0.640
T2 - terapeutas ítem 2	- 0.286	0.493
T3 - terapeutas ítem 1	0.151	0.775
T3 - terapeutas ítem 2	0.0084	0.875

4. Discusión

Al principio de la intervención (de T1 a T2) se recoge un cambio significativo a nivel del funcionamiento familiar, pero en la segunda parte ya no se observa un cambio significativo (de T1 o T2 a T3).

Deberíamos tener en cuenta para futuros estudios la diferencia en la asistencia entre unos y otros sujetos (unos han acudido a 15 sesiones llegados a T3 y otros a 5).

Aunque no encontramos correlación entre las puntuaciones totales del SCORE-15 y las puntuaciones aportadas en los ítem 1 y 2 por los terapeutas, ha de tenerse en cuenta que los terapeutas conductores del grupo, en ocasiones, solo conocen al paciente o familia en este contexto grupal. Por lo que sería interesante recoger también la observación del terapeuta referente del centro de salud mental, quien conoce y acompaña a lo largo de todo el proceso terapéutico individualizado al paciente identificado.

Son muchas las limitaciones de este estudio, todas aquellas de las que sabemos adolecen los estudios de efectividad (en un contexto clínico real, con pacientes muy heterogéneos y con una elevada comorbilidad, con recursos asistenciales limitados...). Pero estas son, a su vez, sus fortalezas respecto a su validez ecológica.

5. Conclusiones

El SCORE-15 nos ha resultado una herramienta útil a nivel clínico, con sensibilidad a los cambios que se producen en el funcionamiento familiar. Nos proponemos incluirlo como rutina en la entrevista previa a la vinculación de la familia al grupo multifamiliar y en el seguimiento.

A la luz de los resultados obtenidos, nos planteamos investigar sobre cuál puede ser el papel de la alianza terapéutica en las diferencias observadas de T1 a T2.

En futuros, estudios con la finalidad de poder extraer conclusiones más robustas, nos proponemos incorporar datos de un grupo de comparación, formado por personas y familiares con diagnóstico de trastorno mental severo en tratamiento en los dispositivos comunitarios del sector pero no vinculados al grupo multifamiliar, ampliar la muestra y el tiempo de las medidas de seguimiento.

Agradecimientos

A todos los participantes del grupo multifamiliar que aceptaron colaborar en este estudio desinteresadamente.

6. Referencias bibliográficas

1. García Badaracco, JE.: Psicoanálisis Multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós; 2000.
2. Seikkula, J. & Arnkil, TE.: Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder; 2016.
3. Oujo C, Calleja J, Guardia M, Imbernon O, Falgueras J, Rey M, Pérez i Testor C. Una experiencia de grupo multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: una herramienta en el tratamiento del trastorno mental severo. Teoría y práctica grupoanalítica. 2018; 8 (1): 63-74.
4. Stratton P, Bland J, Janes E & Lask J. Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: The

SCORE. Journal of Family Therapy. 2010; 32 (3): 232-258. DOI:10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x

5. Stratton P. The Evidence Base Of Systemic Family Therapy and Couples Therapy. Association for Family Therapy, UK. 2011. Disponible en: www.aft.org.uk
6. Stratton P & Carr A. The Score Family Assessment Questionnaire: A Decade of Progress. Family Process. 2017; 56 (2): 285-301.
7. Rivas G & Pereira R. Validación de una escala de evaluación familiar: adaptación del SCORE-15 con normas en español. Mosaico. 2016; 63.

6. Tercer Artículo

6.

Tercer Artículo

Oujo Fernández, C.M., Mercadal Rotger, J., Mariño Díaz, E., Lastres Gómez, S., Idoate Calderón, C., & Pérez-Testor, C. (2023). Diálogos Abiertos en un Grupo Multifamiliar dentro del Programa de Atención a Primeras Crisis Psicóticas en el Servicio Galego de Saúde. *Informaciones Psiquiátricas*. Manuscrito aceptado el 23/02/2023.

Resumen

Introducción: Se describe un grupo multifamiliar para jóvenes y su red social en primeras crisis psicóticas en un contexto clínico real dentro del Sistema Nacional de Salud de España, basado en la filosofía de Diálogo Abierto, durante la pandemia por COVID-19. Tres familias y tres profesionales de salud mental participaron en este estudio. Instrumentos: SCORE-15, SWLS, CSQ-8 y un registro de temas que aparecen en los diálogos. Resultados: Mejoría en el funcionamiento familiar y percepción de que la terapia ha sido útil. Solo un sujeto informó de mejoría en su calidad de vida al terminar el grupo. Observamos en los participantes una elevada satisfacción con la asistencia recibida en el grupo. **Discusión:** La fortaleza de este estudio es su validez ecológica. Es posible incorporar prácticas más coherentes con los principios de Diálogo Abierto en nuestros servicios con los recursos ya disponibles en nuestros contextos clínicos.

Palabras clave: Diálogos Abiertos, grupo multifamiliar, psicosis, primer episodio psicótico, resultados, sistema público de salud mental.

Diálogos Abiertos en un Grupo Multifamiliar dentro de un Programa de Atención a Primeras Crisis Psicóticas

Casilda M. Oujo Fernández

Psicóloga Clínica. Servicio de Psiquiatría. Área Sanitaria Pontevedra-O Salnés, Servizo Galego de Saúde.

casilda.oujo.fernandez@sergas.es

Josep Mercadal Rotger

Psicólogo Psicoterapeuta. Investigador principal en Grupo de investigación en Mentalización y Evaluación de intervenciones psicológicas, IUSM Fundación Vidal i Barraquer, Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Elisa Mariño Díaz

Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Área Sanitaria Pontevedra-O Salnés, Servizo Galego de Saúde.

Sonia Lastres Gómez

Psicóloga Interna Residente. Servicio de Psiquiatría. Área Sanitaria Pontevedra-O Salnés, Servizo Galego de Saúde.

Daniel Idoate Calderón

Psicólogo Interno Residente. Servicio de Psiquiatría. Área Sanitaria Pontevedra-O Salnés, Servizo Galego de Saúde.

Carles Pérez i Testor

Psiquiatra y Profesor Catedrático Emérito. Investigador principal en Grupo de investigación de pareja y familia. FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Diálogos Abiertos en un Grupo Multifamiliar dentro de un Programa de Atención a Primeras Crisis Psicóticas

Resumen

Introducción: describimos la experiencia de un grupo multifamiliar, dirigido a jóvenes y su red social, afectados por primeras crisis psicóticas, en la práctica clínica real dentro del Sistema Sanitario Nacional de Salud de España, bajo la filosofía de Diálogos Abiertos, en el contexto de pandemia por COVID-19. Método: Participan 3 familias y 3 profesionales de la red de salud mental. Instrumentos: SCORE-15, SWLS, CSQ-8 y un registro de temas que aparecen en los diálogos. Resultados: tanto los 5 sujetos como las facilitadoras perciben mejoría a nivel de funcionamiento familiar y utilidad de la terapia; solo uno de los sujetos informa de mejoría a nivel de satisfacción vital al finalizar el grupo; observamos una alta satisfacción con la atención recibida en el grupo por parte de los participantes. Discusión: la fortaleza de este estudio es su validez ecológica. Los resultados obtenidos y las sinergias que se desarrollan en los encuentros dialógicos multifamiliares aquí descritos nos permiten confiar en que otras maneras de hacer más alineadas con los principios de Diálogos Abiertos, con los recursos de que disponemos en nuestro contexto sanitario, son posibles ya.

Palabras clave: Diálogos Abiertos, grupo multifamiliar, psicosis, primer episodio psicótico, resultados, sistema público de salud.

Open Dialogues in a Multi-family Group Within the Care Program for First Psychotic Crises

Abstract

Introduction: We describe the experience of a multi-family group, directed at young people affected by their first psychotic crisis and their social networks, in a real clinical environment within the Spanish national health system, based on the Open Dialogue philosophy, in the context of the COVID-19 pandemic. **Method:** three families and three mental health professionals took part in the study. **Instruments:** SCORE-15, SWLS, CSQ-8 and a list of themes that appear in the dialogues. **Results:** both the five subjects and the facilitators perceive an improvement in the level of family functioning and the usefulness of the therapy; only one of the subjects reports an improvement in the level of life satisfaction at the end of the group; we observe high satisfaction on the part of the participants with the care received in the group. **Discussion:** the strength of this study is its ecological validity. The results obtained, and the synergies developed in the multifamily meetings described here, demonstrate that different methods more aligned with the principles of Open Dialogues are now possible with the resources available in our clinical context.

Keywords: Open Dialogues, multi-family group, psychosis, first-episode psychosis, outcomes, public mental health system.

1. Introducción

En el servicio de psiquiatría del área sanitaria de Pontevedra-O Salnés, dentro del Servicio Galego de Saúde, perteneciente al Sistema Nacional de Salud de España, está en marcha desde 2016, un Programa de Atención para jóvenes en contexto de Primeras Crisis Psicóticas (PAPCP).

El objetivo de este PAPCP es facilitar una atención más ágil, intensiva, multidimensional e integrada a jóvenes entre 16 y 30 años que en los últimos 5 años hayan sido atendidos en la red de salud mental por motivo de una primera crisis psicótica. El PAPCP ofrece una asistencia a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria.

Propusimos iniciar un grupo multifamiliar dentro del PAPCP, fundamentándonos en la efectividad de las intervenciones descritas desde el marco de Diálogos Abiertos (1, 2) en el abordaje de primeras crisis psicóticas. Además, fuimos conocedores de otras prácticas cercanas a nuestro contexto de grupos multifamiliares, influidas por el modelo de Diálogos Abiertos, como las descritas por Sempere y Fuenzalida (3) y Sala (4). Nos sustentamos en nuestras experiencias previas en grupos multifamiliares de orientación psicodinámica (5) inspiradas por Jorge E. García Badaracco (6) y tomamos como referencia sobre familia y psicosis, los manuales de Tizón (7, 8).

En este artículo pretendemos describir y analizar la experiencia de un grupo multifamiliar en la práctica clínica real en el sistema sanitario público de salud desde el marco de Diálogos Abiertos, dentro del contexto de pandemia por COVID-19.

2. Método

2.1. Participantes

Se invita a participar en este grupo las familias incluidas en el PAPCP, 10 de ellas expresan su interés en incorporarse. Se abre esta invitación a paciente identificado, familiares y personas significativas de su red social. Llegan a acudir al espacio grupal 5 familias, asistiendo finalmente con regularidad 3 de ellas, colaborando en esta

investigación 5 sujetos: tres mujeres y dos hombres, de edades comprendidas entre los 20 y 60 años, todos con estudios superiores. Deciden participar de forma voluntaria, pseudoanonimizada y firmaron, al ser ellos mayores de edad, el consentimiento informado para participar en este estudio, permitiéndonos dar difusión a los resultados hallados. Se obtiene el visto bueno del Comité Ético de Investigación correspondiente a nuestra área sanitaria.

Una psicóloga clínica, una psicóloga interna residente y una psiquiatra, se encargan de la facilitación del grupo. Éstas, a su vez, son las referentes clínicas durante esta etapa en el proceso asistencial de las familias. En alguna sesión, se incorporan puntualmente otros miembros del equipo como el enfermero especialista en salud mental y la trabajadora social.

2.2. Instrumentos

Con la finalidad de monitorizar el proceso terapéutico, solicitamos a estos sujetos cumplimentar los siguientes cuestionarios:

Para tener una estimación del funcionamiento familiar y de la utilidad percibida de la terapia el SCORE-15 (9) en su versión adaptada castellano (10). Recogemos para esta investigación los datos aportados por los sujetos en la escala tipo Likert del SCORE-15, conformada por tres dimensiones, construidas por 5 ítem cada una de ellas: Fortalezas y Capacidad de adaptación (Strengths and Adaptability), Preocupados o Angustiados (Overwhelmed by Difficulties) y Dificultad para Comunicarse (Disrupted Communication). También recogemos datos de las 3 escalas, que oscilan en un rango de 0 a 10, donde la familia valora la gravedad del problema por el que acudieron a terapia, aportan su valoración como familia funcional y de la utilidad de la terapia respecto a sus dificultades. A su vez, recogemos otra medida complementaria del SCORE 15, la Escala del Terapeuta, en la que, en una escala de 1 a 10, los terapeutas valoran la utilidad de perciben que el tratamiento ha tenido sobre la familia participante.

Como medida general de calidad de vida la Escala de Satisfacción con la Vida, Satisfaction with Life Scale, SWLS (11) se empleó la versión traducida y adaptada al español por Vázquez, Duque y Hervás (12). Consta de 5 ítem, evaluados en una escala

tipo Likert de 1 a 7, la puntuación total oscila entre 5 y 35, indicando una mayor satisfacción vital las puntuaciones más altas.

Para conocer la satisfacción de las personas con la asistencia recibida el Cuestionario de Satisfacción CSQ-8, (13) en su versión adaptada al castellano de Echeburúa y Corral (14). Empleamos los 8 ítem, evaluados según una escala de 1 a 4 puntos, donde los sujetos valoran calidad del servicio, tipo de servicio, resultados y satisfacción general. La puntuación total oscila entre 8 y 32.

2.3. Procedimiento

En una entrevista individual previa a su vinculación al grupo (T1), solicitamos a los participantes cumplimentar los cuestionarios indicados en el apartado anterior, también una vez finalizado el grupo (T2). Lo hicieron de forma autónoma solo siendo atendidos por los investigadores en caso de pedir ellos ayuda para aclarar el significado de alguno de los ítem. Las facilitadoras del grupo también responden al SCORE-15 versión del terapeuta al finalizar el grupo.

En el transcurso de los encuentros grupales y una vez ya finalizados dichos encuentros, se van recopilando datos de asistencia y temas que se van dialogando.

La idea inicial del equipo era realizar estas reuniones dialógicas en un contexto comunitario. Solicitamos una sala amplia al Ayuntamiento de Pontevedra en alguno de los centros cívicos de la ciudad, pero estos locales se encontraban clausurados durante esta etapa de la pandemia por COVID-19. Con estas dificultades para encontrar cabida en un espacio adecuado, realizamos el primer encuentro en una de las salas del Hospital de Día de Psiquiatría de nuestra área sanitaria y, los demás encuentros, en la Sala de Juntas de un Centro de Atención Primaria cercano que contaba con un aforo de 17 personas respetando los protocolos COVID-19 vigentes entonces y donde era posible conformar un círculo con las sillas disponibles.

Nos reunimos con una frecuencia semanal: los jueves de 12.30 a 14.00 horas. Inicialmente proyectado con una duración de 3 meses, pudo ser prorrogado mes y medio más.

Presentamos el grupo como un espacio abierto para el diálogo, para el pensar y reflexionar juntos, aprender de la experiencia, compartir vivencias, ampliar nuestra comunicación y comprensión. Buscando a través del diálogo una nueva construcción de significados conjuntos en el aquí y ahora. Procurando que todas las voces, incluso las más silenciadas, puedan ser escuchadas. Se trata de atender, escuchar y dar respuesta a las necesidades que las personas traen en cada encuentro, sin imponer un tema prefijado por reunión.

Los 7 principios propuestos desde el Diálogo Abierto (1, 2) guían la intervención de las facilitadoras: 1) responder inmediatamente; 2) incluir a la red de apoyo social; 3) adaptación flexible a las necesidades específicas y diversas; 4) asumir la responsabilidad; 5) garantizar la continuidad psicoterapéutica; 6) tolerar la incertidumbre; 7) dialogicidad.

3. Resultados

3.1. Asistencia

Tal como se observa en la Figura 1, se ofrecieron 18 sesiones, se realizaron 17 encuentros en total, ningún sujeto acudió a la última reunión por diferentes motivos. Dos familias acudieron a la primera reunión y no retornaron, se excusan. De la 2ª a la 6ª sesión trabajamos con una sola familia en cada encuentro, también en la 9ª, la 11ª y la 17ª sesiones. El 10º encuentro fue el que contó con mayor número de participantes, 6 personas de las 3 familias que acudían asiduamente más las 3 facilitadoras.

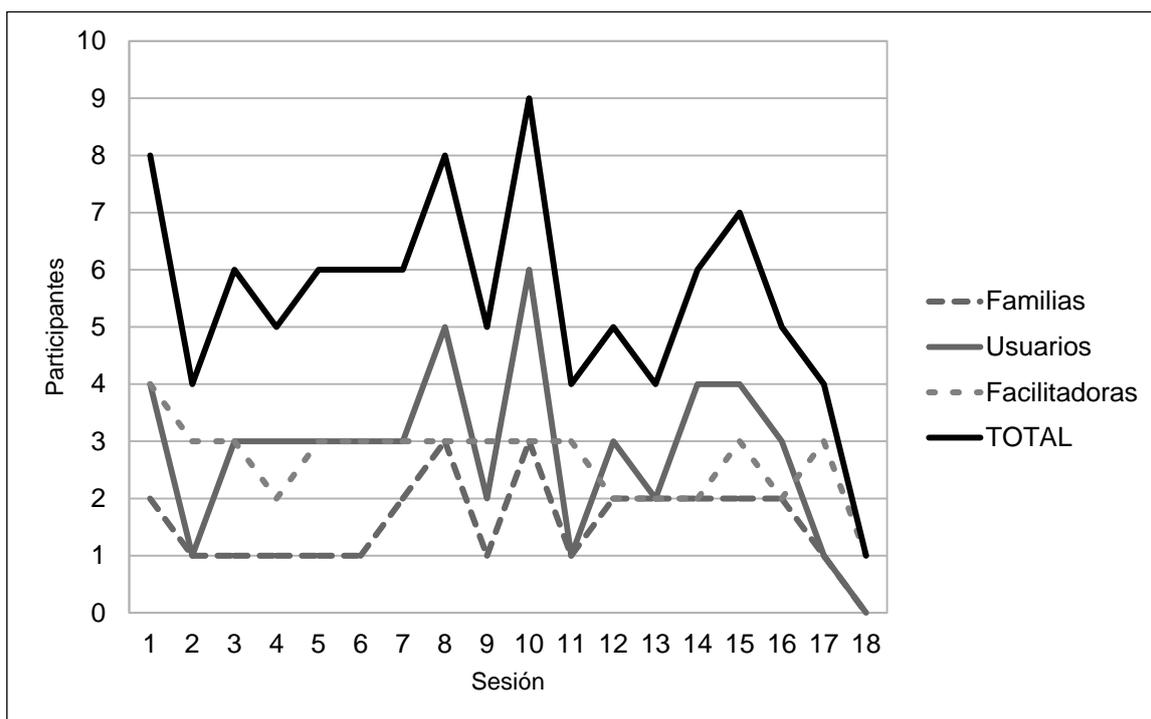


Figura 1. Participación a lo Largo de las Sesiones de Familias, Usuarios, Facilitadoras y Total

Respecto al número de reuniones a las que cada participante llegó a acudir nos encontramos que el sujeto 4 acudió a 6 sesiones; los sujetos 5 y 1, a 8; el sujeto 2, a 11 sesiones y el sujeto 3, participó en 12 reuniones.

3.2. Temas en los Diálogos

Del registro tomado al finalizar las sesiones recopilamos diferentes temas, interrelacionados entre sí, que fueron apareciendo en los diálogos, en cada ocasión en un momento y contexto interpersonal diferente y con una resonancia emocional diferente: psicosis como respuesta de afrontamiento ante un sufrimiento psíquico insuportable; factores de riesgo y protección ante el sufrimiento psíquico; aislamiento social; consumo de tóxicos; violencia; acoso escolar; culpa, vergüenza, estigma; emigración; crisis; pandemia; parentalidad y conyugalidad; estilos educativos; relaciones entre hermanos; relaciones de pareja; ciclo vital familiar; adolescencia; comunicación; metacomunicación; conexión; red social familiar, profesional, amistades, compañeros, otros significativos; tolerancia a la incertidumbre; tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y de rehabilitación psicosocial; diagnóstico

psiquiátrico; pronóstico; multifactorialidad; contextos; clima emocional; planes de futuro; fortalezas y recursos; reconocimiento; confianza; etc...

3.3. Funcionamiento familiar y utilidad de la terapia a través del SCORE-15

Encontramos, a través de la Escala tipo Likert de 15 ítem del SCORE-15, los resultados expuestos en la Tabla 1. Observamos que globalmente los 5 sujetos informan de mejoría en su funcionamiento familiar a través de la medida del SCORE-15. Revisamos a continuación los cambios más destacados indicados por cada sujeto:

Sujeto 1, Familia 1, acude en rol de paciente identificado: destaca la mejoría en la Dimensión Dificultad para comunicarse, que pasa de indicar en la primera medida (T1) un funcionamiento entre malo y muy malo, a una valoración en la medida tras finalizar el grupo (T2) en esta dimensión comunicativa de muy bueno.

Sujeto 2 y 3, Familia 1, acuden en rol de padre y madre: valoran un funcionamiento familiar muy bueno en las tres dimensiones, tanto antes (T1) como después de su participación en el grupo (T2).

Sujeto 4, Familia 2, acude en rol de madre: pasa de indicar un funcionamiento muy malo en la dimensión Fortalezas y Capacidad de Adaptación en la primera medida (T1) a una valoración de un funcionamiento regular-bueno en esta dimensión en la segunda medida (T2). Asimismo, en la dimensión Angustiadados-Preocupados pasa de dar una valoración de funcionamiento como malo o muy malo antes de empezar el grupo a una de regular-bueno en la medida al finalizar el grupo.

Sujeto 5, Familia 3, acude en rol de madre: pasa de valorar el funcionamiento como malo en la dimensión de Fortalezas y Capacidad de Adaptación en T1 a un funcionamiento regular-bueno en la medida finalizado el grupo (T2). En la dimensión Angustiadados-Preocupados inicialmente indicaba un funcionamiento muy malo y, una vez finalizó el grupo, valora el funcionamiento como regular-bueno en esta dimensión.

Tabla 1

SCORE-15: Puntuaciones Directas y Puntuaciones Estandarizadas en las Dimensiones Fortalezas y Capacidad de adaptación, Preocupados o Angustiados y Dificultad para Comunicarse en Tiempo 1, Tiempo 2 y Totales

	Fortalezas y Capacidad de adaptación				Preocupados o Angustiados				Dificultad para Comunicarse				Total			
	T1		T2		T1		T2		T1		T2		T1		T2	
	P. D.	P. E.	P. D.	P. E.	P. D.	P. E.	P. D.	P. E.	P. D.	P. E.	P. D.	P. E.	P. D.	P. E.	P. D.	P. E.
S1 F1	1,60	MB	1,00	MB	2,40	MB	1,80	MB	3,60	M/MM	1,80	MB	2,53	B	1,67	MB
S2 F1	1,40	MB	1,80	MB	1,40	MB	1,40	MB	1,00	MB	1,20	MB	1,27	MB	1,20	MB
S3 F1	1,60	MB	0,80	MB	1,20	MB	1,00	MB	1,40	MB	1,80	MB	1,40	MB	1,33	MB
S4 F2	4,00	MM	3,20	R	4,40	MM	2,40	B	3,20	R/M	3,20	R/M	3,87	MM	3,20	M
S5 F3	3,60	M	2,80	R/B	4,20	MM	3,00	R/B	3,00	R	2,80	R	3,60	M/MM	3,13	R

Nota. S1 = Sujeto 1; F1 = Familia 1; S2 = Sujeto 2; S3 = Sujeto 3; S4 = Sujeto 4; F2 = Familia 2; S5 = Sujeto 5; F3 = Familia 3; T1 = Tiempo 1; T2 = Tiempo 2; P. D. = Puntuación Directa; P. C. = Percentil; P.E. = Puntuación Estandarizada; MB = Muy Bueno; B = Bueno; R = Regular; M = Malo; MM = Muy malo.

En la Tabla 2 recogemos las puntuaciones aportadas en las 3 preguntas de escala de 0-10 del SCORE-15 en las que la familia valora la gravedad del problema por el que acudieron a terapia, aportan su valoración como familia funcional y de la utilidad de la terapia respecto a sus dificultades.

Respecto a la gravedad del problema por el que acudieron a terapia: en la familia 1, el sujeto 1, que acude en rol de paciente identificado, indica un leve empeoramiento entre la primera medida y la segunda. Los sujetos 2 y 3, que acuden en rol de padres, hacen una valoración de mejoría. Para los sujetos 4 y 5 la gravedad del problema es la misma en T1 y T2.

Respecto a su valoración como familia funcional: en la familia 1, para el sujeto 1 es igual en T1 que en T2, el sujeto 2 apunta una leve mejoría en T1 respecto a T2 y el sujeto 3 un leve empeoramiento. Los sujetos 4 y 5 dan la misma valoración de su funcionalidad familiar tanto T1 como en T2.

Respecto a la valoración de los sujetos respecto a su percepción de utilidad de la terapia ofrecida: los tres sujetos de la familia 1 informan de una positiva utilidad percibida de la terapia tanto en T1 como T2. El sujeto 4 pasa de una valoración muy negativa en T1 respecto a la utilidad de la terapia, a una muy positiva en T2. El sujeto 5 pasa de una positiva percepción de utilidad en T1 a una negativa percepción de utilidad en T2.

En la Tabla 2 también recogemos los datos recogidos en la Escala de terapeuta del SCORE-15. Como valoración de la utilidad para la familia de la terapia en el grupo multifamiliar, complementario a su vinculación en otros espacios asistenciales, las facilitadoras consideran que les ha sido bastante útil a las 3 familias y que las familias han mejorado respecto a la primera sesión.

Tabla 2

Puntuaciones Directas en las Escalas Complementarias del SCORE-15: Gravedad del Problema, Funcionalidad Familiar y Utilidad de la Terapia Valoradas por los Sujetos y Escala del Terapeuta

	Valoración de los sujetos						Escala del Terapeuta	
	Gravedad		Funcionalidad		Utilidad		Utilidad	Cambio
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
	P. D.	P. D.	P. D.	P. D.	P. D.	P. D.	P.D.	P. D.
S2 F1	6	7	2	2	3	3	8	4
S3 F1	8	3	4	3	1	1	8	4
S4 F2	6	5	4	5	2	3	8	4
S4 F2	8	8	8	8	8	1	7,50	3
S5 F3	9	9	5	5	3	8	7,50	4

3.4. Satisfacción con la Vida a través del SWLS

Como observamos en la Tabla 3, los sujetos 1, 2, 3 y 5 indican una puntuación dentro de la media de satisfacción vital respecto a su grupo normativo, en T1, consideran que hay áreas de su vida que necesitan mejorar. Los sujetos 1 y 3 se mantienen dentro de la media en T2, aunque recogimos unas puntuaciones directas más bajas. El sujeto 5, en T2 (percentil=15), indica una mayor insatisfacción con la vida respecto a T1. El sujeto 4, que informa de una puntuación muy baja (percentil=2), indicando insatisfacción con la vida, en T1, no completó este cuestionario en T2. Únicamente, el sujeto 2 informa de una mayor satisfacción vital de T1 a T2, pasando a expresar una alta satisfacción con la vida (percentil=75).

Tabla 3

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): Puntuaciones Directas y Percentiles en Tiempo 1 y Tiempo 2

	T1		T2	
	P. D.	Pc	P. D.	Pc
S1	23,8	40	22,4	30
F1				
S2	22,8	35	28	75
F1				
S3	25,2	55	23,8	45
F1				
S4	11,2	2	-	-
F2				
S5	21	25	18,2	15
F3				

3.5. Satisfacción con la asistencia recibida a través del CSQ-8

Observamos una elevada valoración de satisfacción con la atención recibida en el grupo multifamiliar: una puntuación media de 28,6 en una escala que va desde 8 a 32 puntos.

También recogemos como valoración de resultados el deseo expreso de todos los integrantes del grupo de dar continuidad a este tipo de experiencias de Diálogo Abierto en grupo multifamiliar en momentos de tanta incertidumbre.

4. Discusión

Este estudio se basa en una muestra demasiado pequeña para llegar a poder extraer conclusiones generalizables, tampoco permite hablar de una relación de causa-efecto. Sin embargo, es un estudio descriptivo, en un contexto clínico real, con usuarios y profesionales del sistema público de salud, en un momento particular, por este motivo, su fortaleza es su validez ecológica, es un estudio naturalístico.

La posibilidad de grabar las sesiones, nos permitiría un análisis temático de mayor rigor científico como el propuesto por Braun y Clark (15), no fue posible en el presente trabajo, es algo que tendremos en cuenta para futuras investigaciones.

Observamos en nuestros resultados obtenidos una percepción de mejoría en el funcionamiento familiar y una valoración positiva de la utilidad de la terapia, también una alta satisfacción con la asistencia recibida en este grupo, pero tan solo un sujeto informó de mejoría respecto a su satisfacción vital al finalizar el grupo. Las facilitadoras e investigadoras, de acuerdo con los demás participantes del grupo, pensamos que sería necesario ofrecer una continuidad asistencial mayor que las 18 sesiones semanales ofrecidas en el grupo descrito. Sin embargo, reconocemos que un espacio psicoterapéutico de frecuencia semanal, sesiones de hora y media de duración, presencial, compartido con otras familias que se encuentran atravesando conflictos semejantes, acompañadas a su vez con dos o tres profesionales del servicio de psiquiatría, no era posible en ese momento en otro dispositivo de nuestro servicio. Consideramos que este grupo nos ha aportado una experiencia piloto que nos moviliza a continuar desarrollando este tipo de práctica clínica en próximos estudios.

Queremos, asimismo, destacar la importancia de monitorizar los resultados de nuestra práctica y de escuchar la satisfacción percibida por las personas atendidas en la red de salud mental para continuar mejorando nuestra labor asistencial y acercarnos a

prácticas más colaborativas. Sempere y Fuenzalida (3) hablan de la Terapia Interfamiliar como un nuevo modelo de grupo multifamiliar, haciendo énfasis en lo interrelacional y colaborativo: la terapia hecha entre todos.

El abordaje a través de Diálogos Abiertos en Laponia Occidental supuso una importante reorganización del sistema asistencial de salud mental, probablemente falte mucho camino por recorrer para alcanzarla en nuestro contexto. Sin duda, tampoco disponemos de recursos como Finlandia (ej. ratios de personal de salud mental por habitante, apoyos institucionales a la investigación y formación continua) y continuaremos reivindicándolos como ciudadanos, pero los resultados obtenidos y las sinergias que se desarrollan en los encuentros dialógicos multifamiliares que aquí describimos nos permiten confiar en que otras maneras de hacer, más próximas a los principios de Diálogos Abiertos, con los recursos de que disponemos, son posibles en nuestro contexto ya.

5. Agradecimientos

A todos los participantes en este grupo, por el aprendizaje recorrido juntos y por su amable colaboración en este estudio. Al Jefe de Servicio de Psiquiatría de nuestra área, Alfonso Casas Losada y a las compañeras del servicio de psiquiatría por su labor complementaria y articulada con el el grupo multifamiliar, en especial a Laura Montero Castro, Nuria Romero, Ana Rosa Sierra López, Dolores Ucha Castro, Jose Luis Buceta Hazas, Elisa Sabucedo Rodríguez y Begoña Filgueira Capelo. A Manuel Prieto Estévez y Nieves Casal coordinadores del Centro de Atención Primaria donde se desarrolló este grupo, por facilitarnos el uso de la sala de reuniones. A los compañeros investigadores por sus orientaciones: Enric García Torrents, Itxaso Gardoki Souto, Nadia Nugent Arargón, Cristina García Díez, Anxo Fernández Villar y Rocío Espeso González. A Àngels Vives Belmonte, Juana Calleja Martín, Miriam Santamaria Schaaf por la supervisión y a las compañeras en la formación de Diálogos Abiertos, en especial a Trini Pérez Palma, Elena Bolancer Sánchez y Jordi Marfà Valverdú, por la intervisión.

6. Conflictos de Interés

Los autores declaran que este estudio ha sido llevado a cabo en ausencia de cualquier relación comercial o financiera que pudiera interpretarse como un potencial conflicto de interés.

7. Referencias bibliográficas

1. Seikkula J, Arnkil TE. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona, Herder; 2016.
2. Seikkula J, Arnkil TE. Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Barcelona, Herder; 2019.
3. Sempere Pérez J, Fuenzalida Muñoz, C. Terapias Multifamiliares. El modelo Interfamiliar: la terapia hecha entre todos. Madrid, Psimática; 2017.
4. Sala, A. Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Informaciones Psiquiátricas*. 2020;(241):63-83.
5. Oujo Fernández CM, Calleja Martín J, Guardia Sans M, Imbernon Valiente O, Falgueras Serrano, J, Rey Velasco M, Pérez i Testor C. Una experiencia de Grupo Multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: Una Herramienta en el Tratamiento del Trastorno Mental Severo. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*. 2018;8(1): 63-74.
6. García Badaracco JE. *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires, Paidós; 2000.
7. Tizón JL. *Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona, Herder; 2013.
8. Tizón JL. *Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento*. Barcelona, Herder; 2014.

9. Stratton P, Lask J, Bland J, Nowotny E, Evans C, Singh R, Janes E, Peppiatt A. Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change in detecting therapeutic improvement early in therapy. *J Fam Ther.* 2013;36(1):3-19. doi: 10.1111/1467-6427.12022
10. Rivas G, Pereira R. Validación de una Escala de Evaluación Eamiliar: Adaptación del SCORE-15 con Normas en Español. *Mosaico.* 2016; 63:16-28.
11. Diener E, Emmons RA, Larsen R J, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess.* 1985; 49(1):71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
12. Vázquez C, Duque A, Hervás G. Satisfaction with Life Scale in a Representative Sample of Spanish Adults: Validation and Normative Data. *Span J Psychol.* 2013;16 (82):1-15. doi: 10.1017/sjp.2013.82
13. Roberts R, Attkisson C. Assessing client satisfaction among Hispanics. *Eval Program Plann.* 1983;6(3-4), 401-413. doi:10.1016/0149-7189(83)90019-8
14. Echeburúa E, Corral P. *Manual de violencia familiar.* Madrid, Siglo XXI; 1998:50-51.
15. Braun V, Clarke, V. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.

7. Discusión

7. Discusión

El primer estudio de esta tesis pretendía describir la experiencia de un grupo multifamiliar inspirado en los planteamientos de Jorge E. García Badaracco dirigido a personas diagnosticadas de trastorno mental grave y sus familiares. Encontramos varias publicaciones, como las que recogimos en el apartado 1.2.6. del marco teórico de esta tesis, que se esforzaban también en describir la complejidad de un grupo multifamiliar de estas características.

Observamos que eran muy escasos los estudios en nuestro contexto que trataran de hacer un análisis de resultados de estas prácticas, por entonces solo disponíamos de la tesis realizada por Javier Sempere (2015). Él, evaluó síntomas psicopatológicos a través del Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), clima familiar a través de la Escala de Evaluación de Relaciones Interfamiliares (E.R.I) y valoración subjetiva de los participantes sobre la terapia interfamiliar en una encuesta de seguimiento creada ex profeso.

En nuestro caso, buscamos, a través de un segundo estudio, una herramienta útil en nuestra práctica clínica para tratar de aprehender otros cambios que se van generando en el devenir del grupo multifamiliar. Nos focalizamos en la dimensión del funcionamiento familiar medida a través del cuestionario SCORE-15.

En el tercer estudio nos planteamos introducir un grupo multifamiliar en un programa ya en marcha de atención a jóvenes con primeras crisis psicóticas. En el apartado 1.3.4. del marco teórico de esta tesis presentamos los principales resultados obtenidos desde el marco de Diálogos Abiertos en Finlandia en el tratamiento de primeras crisis psicóticas. Estos sólidos hallazgos, sumado a las experiencias cercanas a nuestro contexto como las descritas por Anna Sala (2020) y Javier Sempere con Claudio Fuenzalida (2017), más nuestra experiencia previa en grupos multifamiliares inspirados

en los planteamientos de García Badaracco (Oujo et al., 2018) nos impulsaron a poner en marcha esta nueva práctica a pesar de diversos obstáculos (ej. Pandemia por COVID-19).

Los resultados obtenidos al finalizar esta intervención grupal fueron alentadores: observamos mejoría en el funcionamiento familiar de las familias medido a través del SCORE-15, su satisfacción con la atención recibida, empleando el CSQ-8, fue elevada incluso cuando a nivel de calidad de vida percibida globalmente, medida con la SWLS, no refirieron grandes cambios en este corto plazo. Se ofrecieron 18 sesiones de frecuencia semanal durante 4 meses y medio. No todos los participantes en el estudio participaron en todas las sesiones, se fueron incorporando en las sesiones que pudieron según sus vicisitudes.

Hasta el momento, carecemos de estudios previos similares cercanos a nuestro contexto que nos permitan comparar resultados, Anna Sala (2020) ya planteaba esta necesidad de investigación sobre resultados de este tipo de intervención multifamiliar.

Reconocemos que este tercer estudio nos ha servido en nuestro equipo clínico como experiencia piloto para dar relevancia al desarrollo de este tipo de práctica psicoterapéutica y marco de trabajo.

Limitaciones y fortalezas

Los estudios presentados en esta tesis están muy lejos del “gold standard” del ensayo clínico aleatorizado (selección de sujetos, asignación aleatoria a grupo control o experimental, etc...). Esta investigación no permite extraer conclusiones explicativas, no tiene lugar en un contexto de laboratorio.

Presentamos en esta tesis una investigación observacional con muestras incidentales, realizando un análisis de nuestra práctica clínica real en las condiciones naturales en las que se desarrolla con los recursos disponibles.

Futuras líneas de investigación

A raíz de las experiencias descritas en esta tesis como estudio piloto, se continúa desarrollando hoy en día el grupo multifamiliar en el programa de atención a primeras

crisis psicóticas con un mayor volumen de participación, se continúa monitorizando los resultados y esto también permitirá seguimientos a más largo plazo. Así mismo, nuevos grupos multifamiliares brotan en nuevos espacios comunitarios, por ejemplo, en un entorno escolar o vinculados al programa de colaboración de Salud Mental con Atención Primaria.

En colaboración con profesionales del Hospital Príncipe de Asturias de Madrid, la Universitat Rovira i Virgili, la Universidad de Almería, la Universitat Ramon Llull, el Servizo Galego de Saúde y el Centro de Salud Mental 2 d Badalona, realizamos un estudio de Valoración de la Situación Actual de Diálogo Abierto en España para conocer cuáles es la implantación que está teniendo Diálogo Abierto en España, que esperamos sea publicado en un próximo monográfico en la revista *Frontiers of Psychology: Open Dialogue Around the World – Implementation, Outcomes, Experiences, and Perspectives*.

8. Conclusiones Generales

8. Conclusiones Generales

Parece difícil y en ocasiones poco ético aplicar el “gold standard” de investigación a nuestra práctica clínica real. La investigación naturalística nos permite llegar a conclusiones descriptivas útiles para el desarrollo de nuestra práctica clínica.

Supone un reto constante el integrar nuestra práctica asistencial, con la investigación de resultados a la vez que continuamos formándonos y súper- e intervisionándonos para seguir desarrollando nuestras habilidades psicoterapéuticas en los equipos de salud mental y poder pensar en nuevas reorganizaciones posibles ya con los recursos que disponemos.

Grupos multifamiliares como los descritos en esta tesis ofrecen espacios psicoterapéuticos imposibles en otros encuadres dentro de nuestro sistema público de salud, posibilitando tanto a profesionales como a usuarios encontrarse en un espacio y un tiempo digno en el que poder hablar de lo que necesitan y ser escuchados y respetados, aprendiendo a establecer juntos diálogos abiertos humanamente reparadores.

Las experiencias recogidas en esta tesis evidencian la posibilidad real, con los recursos actualmente disponibles, de llevar a cabo en nuestro contexto clínico en la red pública de salud mental, tratamientos alternativos a los habitualmente ofrecidos, con un enfoque más psicoterapéutico, más integrador, más comunitario y, definitivamente, respetuoso con los derechos humanos.

9. Referencias

9. Referencias

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3), 179-191.
- Abad Sierra, T., & Toledano Márquez, S. (2015). Posibilidades del enfoque de Diálogo Abierto en nuestro contexto. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 39(201), 19-23.
- Abad Sierra, T., & Toledano Márquez, S. (2019). Diálogo Abierto en psicosis. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Tratamientos psicológicos para la psicosis* (pp. 551-574). Madrid: Pirámide.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Londres: Karnac. [trad.cast.: (2003). *Esquizofrenia: sus orígenes y su Tratamiento Adaptado a las Necesidades del paciente*. Madrid: Fundación para la investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.]
- Alcalde Rueda, A. & Montero Arredondo, M. T. (2014). Una experiencia de grupo multifamiliar con personas con trastorno mental grave. *Clínica contemporánea*, 5(2), 205-212.
- Ayerra Balduz, J. M. & López Atienza, J. L. (2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2(1).
- Ayerra Balduz, J. M. (2019). El grupo multifamiliar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 39(136), 205-221.

- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngas-Saviaro, P., Taskila, J.J., Tolvanen, A. & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.039
- Blanqué, J. M., Briansó, A., García, N., Hurtado, R., Nicolás, M., Nicolás, I., Spanò, F. (2012). El grupo multifamiliar como observatorio privilegiado de familias con vivencias psicóticas. *Teoría y Práctica Gruponalítica*, 2(1), 65-79.
- Blanqué, J. M. (2015). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis*, (10).
- Burguillo Prieto, Fernando. (2010). La magia del psicoanálisis multifamiliar. La articulación del modelo psicoanalítico con la realidad del trabajo en el sistema público. *Avances en salud mental relacional*, 9(2).
- Camacho Borrego, S., Ahijado Ramiro, E., Revenga Montejano, S., Bueno Soriano, M. I., González Bixquert, L., & Moreno Rubio, C. C. (2018). El grupo multifamiliar como sostén y validador del discurso del sí mismo del adolescente. En M. J. De Castro Oller, R. Gómez Esteban & Á. De La Hoz Martínez (Eds.) *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental* (pp. 197-199). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones.
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- García Badaracco, J. E. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal*, (2), 59-73

- García Badaracco, J. E. (2012). Psicoanálisis multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(1), 25-34.
- García Bustamante, E. (2012). La función por hacer. Commedia da fare. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(1), 137-46.
- Guirau Valero, G., Martín Barahona, P. & Muñoz González, R. (2019). El equipo de conducción y su incidencia en el clima emocional del grupo multifamiliar. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, (23).
- Jáñez Álvarez, M. (2021). Análisis de un grupo multifamiliar desde la perspectiva sociodramática. *Clínica e Investigación Relacional*, 15 (2), 419-435. doi: 10.21110/19882939.2021.150208
- Karon, B. P. & VandenBos, G. R. (1977). *Psychotherapy of Schizophrenia: The Treatment of Choice*. Houston: Jason Aronson.
- Marfà Vallverdú, J., Ruiz Calderón, M., Gómez Ballesteros, D., & Papiol Robert, N. (2020). Diálogo abierto en el Centro de Salud Mental de Adultos 2 de Badalona. *Intercambios*, (44).
- Martínez García de Castro, M. & Perles Roselló, F. (2010). Experiencias en grupos multifamiliares en el Hospital de Día de la Axarquía (Vélez Málaga). *Avances en salud mental relacional*, 9(2).
- Mascaró, N. (2006). La constitución de un grupo multifamiliar en una institución pública. *Avances en Salud Mental Relacional*, 5(2).
- Mascaró, N. (2010). García Badaracco y la Terapia familiar. *Avances en salud mental relacional*, 9(1), 1-6.
- Mitre, M. E. (Ed.). (2018a). Jorge García Badaracco: Selección de trabajos, Volumen 1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Psiconalítica Argentina y Editorial Antigua.

- Mitre, M. E. (Ed.). (2018b). Jorge García Badaracco: Selección de trabajos, Volumen 2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Psiconalítica Argentina y Editorial Antigua.
- Mitre, M. E. (Ed.). (2018c). Jorge García Badaracco: Selección de trabajos, Volumen 3. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asociación Psiconalítica Argentina y Editorial Antigua.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökkölöinen, V., Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996). Integrated treatment model for first-contact patients with schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 281-287.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökkölöinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15(5), 312-320. doi: 10.1016/s0924-9338(00)00400-4
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
- Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., Falgueras Serrano, J., Rey Velasco, M., & Pérez i Testor, C. (2018). Una experiencia de Grupo Multifamiliar en L'Hospitalet de Llobregat: Una Herramienta en el Tratamiento del Trastorno Mental Severo. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 8(1), 63-74.
- Oujo Fernández, C. M., Calleja Martín, J., Guardia Sans, M., Imbernon Valiente, O., & Pérez i Testor, C. (2020). Valoración de resultados en el grupo multifamiliar a través del SCORE-15: un estudio piloto. *Informaciones psiquiátricas*, (240), 43-52.
- Parrabera García, S., Chico González, M., De la Hermosa Loreti, M., & Fernández de la Cueva, C. M. (2019). La UAT: una adaptación del marco de Diálogo Abierto finlandés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 223-238.

- Pilling, S., Clarke, K., Parker, G., James, K., Landau, S., Weawer, T., Razzaque, R., & Craig, T. (2022). Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencieng a mental health crisis: protocol for the ODDESSI multi-site cluster randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 113. doi: 10.1016/j.cct.2021.106664
- Räikköläinen, V., Lehtinen, K. y Alanen, Y. O. (1991). Tratamiento de la psicosis esquizofrénica adaptado a las necesidades: el papel esencial de las reuniones terapéuticas centradas en la familia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(36), 3-8.
- Rivera-Heredia, M.E. (1999). *Percepción de las relaciones intrafamiliares: construcción y validación de una escala*. Tesis de Maestría en psicología clínica. México: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sala, A. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Informaciones Psiquiátricas*, 241, 63-83.
- Salomón Martínez, J. & Simond, H. (2013) *Grupos de Terapia Multifamiliar ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001). El enfoque del diálogo abierto: principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico. *Sistemas familiares*, 17(2), 75-87.
- Seikkula, J. (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Seikkula, J. & Olson, M.E. (2005). El diálogo abierto como procedimiento de trabajo en psicosis aguda: su “poética” y “micropolítica”. *Revista de psicoterapia*, 16(63-64) 135-155.

- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 179-193. doi: 10.1375/anft.32.3.179
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192-204. doi: 10.1080/17522439.2011.595819
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228. doi: 10.1080/10503300500268490
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas*. Barcelona: Herder.
- Sempere Pérez, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista psicopatología y salud mental*, (5), 93-102.
- Sempere Pérez, J., Fuenzalida Muñoz, C., Pérez Medrano, A., Mesa Pérez, A., Jadraque, R., Ruvira Ruvira, B., Rodado Martínez, M. J., Mateu Guilabert, M., Gabarí Ledesma, J. M., Foz Giner, C., Terrés, M. E., Albert Sanchís, R. M., Zornoza, P., Pérez García, M., Català, E., Alonso Navarro, M., Martínez, A., & De La Rubia, C. (2012) Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(1), 109-122.
- Sempere Pérez, J., & Fuenzalida Muñoz, C. (2013). Terapia Interfamiliar: de la “terapia de familia” a la “terapia entre familias”. *Revista Psicoterapia y Psicodrama*, 2(1), 88-105.

- Sempere Pérez, J., & Fuenzalida Muñoz, C. (2014) ¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 31(1), 35-43.
- Sempere Pérez, J. (2015). *Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de un nuevo modelo de terapia multifamiliar*. [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/365574>
- Sempere Pérez, J., & Fuenzalida Muñoz, C. (2017). *Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos*. Madrid: Psimática.
- Sempere Pérez, J., & Fuenzalida Muñoz, C. (2021). *Grupos multifamiliares: La terapia multifamiliar en instituciones sociales, sanitarias y educativas*. Madrid: Psimática.
- Sempere Pérez, J., & Fuenzalida Muñoz, C. (2022). *Terapia interfamiliar: el poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos*. Zarautz: Desclée de Brouwer.
- Simond, H. (2012a). Autores de referencia: Jorge E. García Badaracco. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(1), 180-190.
- Simond, H. (2012b). El “Esquema de Articulaciones” de Jorge García Badaracco y su relación con el esquema reversible de la mente. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*, 2(1), 45-63.
- Soler Sánchez, M. M. (2018). Los grupos multifamiliares en España. En M. J. De Castro Oller, R. Gómez Esteban, & Á. De La Hoz Martínez (Eds.), *La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental* (pp. 173-186). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Svedberg, B., Mesternon, A., & Cullberg, J. (2001). First-episode non affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow up. *Social Psychiatry*, 36, 332-337. doi: 10.1007/s001270170037

Tizón, J. L. (2013). *Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.

Tizón, J. L. (2014). *Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento*. Barcelona: Herder.

Torrents Guitart, O., & Aznar Serra, A. (2017). Inicios de un grupo multifamiliar en un Servicio Sanitario de Atención a las drogodependencias en contexto penitenciario. *Avances en Salud Mental Relacional*, 16(1).

Uría Rivera, T., Ahijado Guzmán, Z., Serrano Coello de Portugal, A., Mira Pérez, J., & Rubio Plana, A. (2016). El grupo multifamiliar en el hospital de día de niños. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente*, (62), 109-116.

Villarreal Castaño, B., Soriano Tormos, S., & Moreno Aranda, O. (2014). Grupo Multifamiliar con adolescentes con trastorno mental. Tejiendo vínculos y creando diálogo. *Revista de Treball Social*, (201), 70-77.

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[Organización Mundial de la Salud. (2022). Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56176/9789275325933_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y]

10. Anexos

Anexo 1.	Compilación de artículos de Jorge García Badaracco (Mitre, 2018a, 2018b, 2018c).....	143
Anexo 2.	SCORE-15	147
Anexo 3.	SCORE-15 Escala del terapeuta... ..	149
Anexo 4.	SWLS.....	151
Anexo 5.	CSQ- 8	153
Anexo 6.	Normativa COVID-19	155
Anexo 7.	Visto bueno Comité Ético de Investigación Benito Menni.....	157
Anexo 8.	Visto bueno Comité Ético de Investigación Servizo Galego de Saúde.....	159
Anexo 9.	Consentimiento informado 2018	161
Anexo 10.	Consentimiento informado 2021	163
Anexo 11.	Temas en diálogo por sesión.....	169
Anexo 12.	Diario de A Bordo (Solo accesible al Tribunal).....	185

10.

Anexos

ANEXO 1. COMPILACIÓN DE ARTÍCULOS DE JORGE GARCÍA BADARACCO (MITRE, 2018A, 2018B, 2018C)

- Introducción (1995)
- Mi Experiencia Personal (1962-1964)
- La reacción terapéutica negativa y la influencia familiar (1970)
- Tratamiento de Pacientes Psicóticos (1972)
- El narcisismo en pacientes psicóticos. Analizabilidad de las “neurosis narcisistas” en función del comportamiento del analista como objeto externo (1974-1975)
- Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico (1978)
- La noción de déficit de recursos yoicos en Psicoanálisis (1978)
- La familia como contexto real de todo proceso terapéutico (1978)
- Revisión del concepto de resistencia a la luz de la experiencia clínica (1979)
- El complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos (1979)
- Contribución al estudio de la noción de objeto interno (1979)

- Psicoterapia de la psicosis (1979)
- La comunidad terapéutica psicoanalítica como uno de los caminos de la terapia psicoanalítica (1980)
- Introducción a la problemática familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico (1980)
- Revisión de algunos conceptos acerca de la perversión desde la experiencia clínica (1980)
- Reflexiones sobre el movimiento psicoanalítico. Discurso presidencial APA (1981)
- Reflexiones sobre sueño y psicosis a la luz de la experiencia clínica (1983)
- El psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos (1983)
- Introducción al panel “Casos Difíciles” (1984)
- Sobre la noción de objeto enloquecedor (1985)
- Identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto de “objeto enloquecedor” (1985)
- Diagnóstico de las identificaciones patógenas y los déficits de desarrollo de recursos yoicos (1989)
- Las identificaciones y la des-identificación en el proceso analítico (1990)
- Conceptos de cambio psíquico: aporte clínico (1991)
- “Duelo y melancolía”: 80 años después (1996)
- El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general (1998)
- Psicoanálisis multifamiliar para el abordaje de la patología mental grave (1998)

- Técnica, Dinámica, Problemáticas y Temáticas en el Proceso Multifamiliar (1998)
- El psicoanálisis en el contexto multifamiliar. Recontextualizando el psicoanálisis (1998)
- Conclusiones sobre multifamilia (1998)
- Algunas reflexiones (1998)
- El proceso terapéutico en el tratamiento psicoanalítico del paciente psicótico y *borderline* (Fecha no disponible)
- El mundo de las interdependencias (1998)
- Ferenczi y el psicoanálisis contemporáneo (1998)
- La dimensión familiar del psicoanálisis y la noción de campo en el trabajo psicoanalítico (1999)
- Enloquecer o curarse en el seno de la familia (1999)
- El futuro del psicoanálisis multifamiliar (2001-2009)
- Ubicación de Ferenczi en el campo de la psiquiatría (2002)
- Psicopatología de la neurosis y la psicosis del adulto (No datado)
- Sobre terapias combinadas en esquizofrenia
- Avatares de la integración psicoanálisis, psiquiatría y psicofarmacología (2004)
- Psicoanálisis Multifamiliar, para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana (2005)
- Virtualidad sana (2006)
- El Psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la Virtualidad Sana (2006)

- De sorpresa en sorpresa (2006)
- Desapareció la vivencia (2006)
- El potencial no desarrollado en el pensamiento psicoanalítico de Sigmund Freud (2006)
- La nueva manera de pensar (2006)
- Acerca de la problemática sobre la “neutralidad” del analista (2006)
- Una nueva lectura de Freud a partir del psicoanálisis multifamiliar (2007)
- Identificaciones alienantes, patógenas y/o enloquecedoras (2007)
- Un homenaje al artículo “Confusión de la lengua entre los adultos y el niño”, de Sándor Ferenczi (2007)
- La violencia familiar es una interdependencia enfermiza y enfermante (2007-2010)
- Una nueva manera de pensar el psicoanálisis como modo de superar controversias y encrucijadas interminables (2009)
- Sobre la “Mente Cerrada” (2009)
- Psicoanálisis Multifamiliar (2012)

ANEXO 2. SCORE-15

SCORE 15

Código del centro □□ □□□ Número de la Familia □□□ Lugar que ocupa en la Familia.....

Describiendo a su familia (Fecha.....)

Nos gustaría que nos comente cómo ve usted a su familia en estos momentos. De modo que le solicitamos SU visión de su familia.

Cuando la gente habla de “la familia” se refiere, normalmente, a las personas que viven en el domicilio. **Sin embargo, queremos que usted decida a quién quiere contar como miembro de la familia que va a describir.**

Para cada apartado haga su elección marcando con un el interior de las casillas numeradas del 1 al 5. Por ejemplo, si la frase dijese “Siempre estamos peleando unos contra otros” y usted considerase que eso no es así en su familia, marcaría el interior de la casilla 4, correspondiente a “Eso nos describe: no muy bien”.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

No piense en exceso ninguna de las preguntas, pero trate de marcar una casilla en cada caso.

Diría que la afirmación <u>describe a su familia:</u>	1. Nos describe; Muy bien.	2. Nos describe: Bien.	3. Nos describe: En parte.	4. Nos describe : No muy bien.	5. No nos describe en absoluto.
1) En mi familia hablamos de las cosas que nos importan.					
2) En mi familia, muchas veces, no nos decimos la verdad.					
3) En mi familia se nos escucha a todos.					
4) En nuestra familia estar en desacuerdo es arriesgado.					
5) Nos resulta difícil lidiar con los problemas cotidianos.					
6) Confiamos los unos en los otros.					
7) En nuestra familia uno se siente desgraciado.					
8) Cuando personas de mi familia se enfadan, se ignoran mutuamente adrede.					
9) Parece que vamos de crisis en crisis.					
10) Cuando alguno de nosotros está preocupado / alterado, la familia le cuida.					
11) Siempre parece que las cosas van mal en mi familia.					
12) Somos antipáticos/ desagradables entre nosotros.					
13) Los miembros de mi familia se entrometen demasiado en la vida de cada uno.					
14) Nos echamos la culpa los unos a los otros cuando las cosas van mal.					
15) Somos eficaces a la hora de encontrar nuevas maneras de afrontar temas difíciles.					
	1.	2.	3.	4.	5.

Ahora, por favor, de la vuelta a la hoja y cuéntenos un poco más de su familia.

ANEXO 3. SCORE-15 ESCALA DEL TERAPEUTA...**PROYECTO SCORE 15 – Escala del terapeuta.**

Código del centro Número de la familia
 (Fecha.....)

Quisiéramos conocer cuál es su percepción de la familia en este momento. Las preguntas que aparecen a continuación tienen como objetivo proporcionar alguna indicación sobre si la terapia ha resultado útil y si se ha producido un cambio terapéutico.

El terapeuta deberá completar dichas preguntas cada vez que aplique el cuestionario SCORE 15 a las familias, tras la aplicación inicial en la primera sesión. Normalmente en la sesión 4ª y última. Para más información consulte, por favor, el protocolo de aplicación. Asegúrese de no leer las respuestas de la familia antes de que usted emita una valoración.

1. ¿Considera que la terapia realizada ha sido de utilidad para la familia? Señale su respuesta en la línea inferior:

Muy útil	Inútil
0	10

2. Comparándola con la primera sesión, considera que la familia (Rodee con un círculo la respuesta que considera adecuada).

1
2
3
4

Tiene más dificultades sigue igual ha mejorado ha mejorado mucho

GRACIAS POR SU TIEMPO

ANEXO 4. SWLS



ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)
(Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

ANEXO 5. CSQ- 8

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa

Usuario/a directo/a Familiar

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta que punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No , creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy Insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

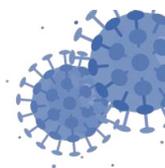
Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

Creo que se tendría que mejorar:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 6. NORMATIVA COVID-19

Cuatro claves para protegerse de la COVID-19



1

Lávate las manos con frecuencia

Utiliza mascarilla

Evita tocarte los ojos, la nariz y la boca.
Al toser o estornudar, cúbrete la boca y la nariz con el codo



2

Mantén al menos **1,5 metros de distancia** entre personas

Limita tus contactos

3

Prioriza los **espacios al aire libre**

Ventila de forma frecuente los **espacios cerrados**



4

Quédate en casa si presentas **síntomas** o si estás haciendo **aislamiento** o **cuarentena**

4 diciembre 2020

Consulta fuentes oficiales para informarte:

www.msbs.gob.es

@sanidadgob

**#ESTE
VIRUS
LO
PARAMOS
UNIDOS**



ANEXO 7. VISTO BUENO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN BENITO MENNI



Referencia CEIC: **PR-2016-22**

CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dña Silvia Sanz Pamplona, como secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 15 de diciembre de 2016 el

Proyecto de investigación titulado:

El Grupo Multifamiliar en Hospitalet: descripción, relaciones familiares y alianza terapéutica

ID Promotor:

Referència:

por el/la investigador/a **Casilda Oujo**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos

y que este Comité emite un dictamen **FAVORABLE** para su realización en el/los centro/s:
Benito Menni CASM

Lo que firmo en Barcelona, el 15 de diciembre de 2016

GERMANES HOSPITALARIAS
del Sagrat Cor de Jesús

C.E.I.C.

Silvia Sanz Pamplona
Secretaria CEIC
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

ANEXO 8. VISTO BUENO COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN SERVIZO GALEGO DE SAÚDE...



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE PONTEVEDRA-VIGO-OURENSE

María Asunción Verdejo González, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 20/01/2022 el estudio:

Título: El Grupo Multifamiliar en el programa de atención a jóvenes en primeras crisis psicóticas del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Versión:

Promotor: Casilda Oujo Fernández

Investigadora: Casilda Oujo Fernández

Código de Registro: 2021/068

Y que este Comité, tomando en consideración la pertinencia del estudio, el conocimiento disponible, los requisitos éticos, metodológicos y legales exigibles a los estudios de investigación con seres humanos, sus muestras o registro y los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité, emite un **dictamen FAVORABLE** para la realización del citado estudio.



Xerencia do Servizo
Galego de Saúde



Y HACE CONSTAR QUE:

1. El Comité Territorial de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense cumple tanto en su composición, como en sus procedimientos normalizados de trabajo, los requisitos legales vigentes.
2. La composición actual del Comité Territorial de Ética de la Investigación de Pontevedra - Vigo - Ourense es:
 - **D. Alfonso Casas Losada (Presidente)**. Médico especialista en Psiquiatría.
 - **D^a. María de las Mercedes Guerra García (Vicepresidenta)**. Farmacéutica de Atención Primaria.
 - **D^a. Asunción Verdejo González (Secretaria)**. Médica Especialista en Farmacología Clínica.
 - **D. Víctor del Campo Pérez (Secretario Suplente)**. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
 - **D^a. Marisol Aira Quintela**. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
 - **D^a. Iria Aparicio Rodríguez**. Médica especialista en Obstetricia y Ginecología.
 - **D. Jorge Luis Arias Otero**. Licenciado en Físicas. Centro Tecnológico AIMEN.
 - **D. Paulo Bueno Capeáns**. Licenciado en Matemáticas. Experto en Protección de Datos.
 - **D^a Manuela Fernández Barreira**. Licenciada en Derecho.
 - **D^a. M^a Elena Gallardo Martín**. Médica Especialista en Oncología Médica.
 - **D. Adolfo Paradelo Carreiro**. Farmacéutico de Atención Especializada.
 - **D. Eloy Sánchez Hernández**. Médico Especialista en Aparato Digestivo.
 - **D^a. Cristina Torreira Banzas**. Médica Especialista en Análisis Clínicos.
 - **D^a. Miriam Vázquez Campo**. Diplomada Universitaria de Enfermería.

Para que conste donde proceda y a petición de quien proceda.

En Vigo, la Secretaria del Comité Territorial de Ética de la Investigación de Pontevedra - Vigo - Ourense



ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO 2018

Estudio del Grupo Multifamiliar de Hospitalet: descripción, relaciones familiares y alianza terapéutica.

Unidad Polivalente de Salud Mental de Hospitalet, Benito Menni, Centro Asistencial de Salud Mental.

Investigadora: Casilda Oujo Fernández

Los objetivos de este estudio son describir el Grupo Multifamiliar, analizar los cambios en las relaciones familiares percibidos y estudiar la relación entre los participantes y los terapeutas del grupo. También conocer la satisfacción de los usuarios en seguimiento un año después de iniciar su vinculación al grupo.

Si usted accede a colaborar, será incluido en un grupo control, compuesto por personas que no participan en el Grupo Multifamiliar. Le pediremos responder 1 cuestionario en tres momentos diferentes: hoy, dentro de 4 semanas y dentro de 3 meses. Recopilaremos datos de su historia clínica. También le pediremos rellenar una breve encuesta de satisfacción transcurrido un año.

La participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. En ningún modo afectará a la asistencia sanitaria que aquí usted recibe. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán completamente anónimas.

Muchas gracias por su colaboración.

D/Dña.....

con DNI:.....

Después de haber sido debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Casilda Oujo Fernández.

En Hospitalet, a de.....de 2018

Firma del participante

Firma de la investigadora

ANEXO 10. CONSENTIMIENTO INFORMADO 2021

HOJA DE INFORMACIÓN AL/LA PARTICIPANTE ADULTO/A

TÍTULO DEL ESTUDIO: El Grupo Multifamiliar en el programa de atención a jóvenes en primeras crisis psicóticas del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Casilda M. Oujo Fernández

CENTRO: Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra- Vigo-Ourense.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea puede llevar el documento, consultarlo con otras personas y tomar el tiempo necesario para decidir si participa o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, se acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con con los profesionales sanitarios que le atienden ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es la finalidad del estudio?

- Describir el Grupo Multifamiliar dentro del programa de atención a jóvenes en primeras crisis psicóticas dentro de nuestro contexto asistencial.
- Analizar el funcionamiento familiar percibido.
- Valorar si se producen cambios en los participantes a nivel de su calidad de vida
- Conocer cuáles el nivel de satisfacción de los participantes en el grupo respecto a la atención recibida.
- Obtener información que nos ayude a mejorar el diagnóstico y tratamiento de las personas atendidas en la red de salud mental.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted es invitado a participar por haber participado en el grupo multifamiliar dentro del programa de atención a jóvenes en primeras crisis psicóticas del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, desarrollado de Marzo a Julio de 2021.

¿En que consiste mi participación?

Le solicitamos emplear los datos aportados por usted que fueron recogidos a través de 3 cuestionarios (SCORE-15, SWLS y CSQ -8) antes de la primera sesión y una vez finalizado el grupo multifamiliar.

Emplearemos estos datos seudonimizados, para analizar la utilidad de este grupo en nuestra tarea asistencial y para poder dar difusión a este tipo de abordajes a través de revistas sanitarias especializadas.

Para describir este grupo multifamiliar, la investigadora principal recogió datos de asistencia y sobre los contenidos abordados en cada sesión en forma de temas generales tratados. Por ejemplo: el diagnóstico psiquiátrico, el tratamiento, el proceso de recuperación, la incertidumbre, etc... Solicitamos su permiso para dar difusión a estos temas globales tratados en este grupo en el artículo científico en el que recogeremos los resultados, asegurándole que en ningún momento se revelarán datos identificativos, empleando datos sociodemográficos ficticios.

Su participación es totalmente voluntaria. La negativa a participar en la investigación no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguirá recibiendo las visitas habituales.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

Su participación no implica molestias adicionales a las de la práctica asistencial habitual.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre el tratamiento a jóvenes en primeras crisis psicóticas y la atención a sus familias dentro del contexto público de asistencia sanitaria. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, le facilitaremos el artículo científico una vez publicado donde recogeremos los principales hallazgos de este estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero le aseguramos que no se transmitirá ningún dato que permita la identificación de los participantes.

Información referente a sus datos:

La obtención, tratamiento, conservación, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016-679 del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016) y la normativa española sobre protección de datos de carácter personal vigente.

La institución en la que se desarrolla esta investigación es la responsable del tratamiento de sus datos, pudiendo contactar con el Delegado/a de Protección de Datos (D. Jorge Prado) a través de los siguientes medios: correo electrónico: delegado.proteccion.datos@sergas.es; Tfno: 881542808

Los datos necesarios para llevar a cabo este estudio serán recogidos y conservados de modo:

Seudonimizados (Codificados), la seudonimización es el tratamiento de datos personales de manera tal que no pueden atribuirse a un/a interesado/a sin que se use información adicional. En este estudio solamente el equipo investigador conocerá el código que permitirá saber su identidad.

La normativa que regula el tratamiento de datos de personas, le otorga el derecho a acceder a sus datos, oponerse, corregirlos, cancelarlos, limitar su tratamiento, restringir o solicitar la supresión de los mismos. También puede solicitar una copia de éstos o que ésta sea remitida a un tercero (derecho de portabilidad).

Para ejercer estos derechos puede Ud. dirigirse al Delegado/a de Protección de Datos del centro a través de los medios de contacto antes indicados o al investigador/a principal de este estudio en el correo electrónico: casilda.oujo.fernandez@sergas.es y/o tfno 986 80 00 00 ext 287309.

Así mismo, Ud. tiene derecho a interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos cuando considere que alguno de sus derechos no haya sido respetado.

Únicamente el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información se transmita a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, al establecido por la normativa española y europea.

Al finalizar el estudio, o el plazo legal establecido, los datos recogidos serán eliminados o guardados anónimos para su uso en futuras investigaciones según lo que Ud. escoja en la hoja de firma del consentimiento.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Ud. no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con Casilda M. Ojuo Fernández en el correo electrónico casilda.ojuo.fernandez@sergas.es y/o Tfno: 986800000 ext. 287309.

Muchas gracias por su colaboración

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: El Grupo Multifamiliar en el programa de atención a jóvenes en primeras crisis psicóticas del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Casilda M. Oujo Fernández

CENTRO: Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Yo,.....,
con DNI

1. Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con:
con DNI..... y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
2. Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
3. Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
4. Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Al terminar este estudio acepto que mis datos sean:

Eliminados

Conservados anonimizados para usos futuros en otras investigaciones

Fdo.: El/la participante,

Fdo.: El/la investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y Apellidos:

Nombre y Apellidos:.....

.....

.....

Fecha:

Fecha:

ANEXO 11. TEMAS EN DIÁLOGO POR SESIÓN

Sesión 1

Presentación de todos los participantes

Ausencias

Encuadre del grupo

Objetivos y expectativas hacia el trabajo en el grupo

Voluntariedad del tratamiento

Reconocimiento de logros

Desarrollo de autonomía

Empleo

Metacomunicación

Convivencia

Rutinas diarias

Red social de amistades

Aislamiento social

Relaciones intrafamiliares

Diagnóstico psiquiátrico.

Estigma social

Cronicidad

Soledad

Psicofármacos

Ocio, tiempo libre, aficiones. Deporte, música

Tratamiento multinivel: individual, grupal, familiar, multifamiliar, comunitario

Relación de confianza

Pandemia

Psicosis como respuesta de adaptación del ser humano

Migraciones

Tratamiento en el domicilio

Valoración de esta sesión

Cierre y despedida

Sesión 2

Presentación de los participantes

Encuadre del grupo

Ausencias

Empleo

Formación y estudios

Conciliación

Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental

Observar mejorías

Malestar psíquico

Consumo de tóxicos

Red social, amistades

Acoso escolar

Racismo

Red familiar

Mudanzas y migraciones

Ingresos económicos

Separaciones y reconstituciones familiares

Nuevos miembros en familia

Familia extensa

Fraternidad

Trauma

Pobreza

Conyugalidad y parentalidad

Convivencia

Clima familiar

Psicofármacos

Aislamiento social

Rehabilitación psicosocial

Violencia dentro de la familia

Revictimización

Monoparentalidad

Enlace con recursos comunitarios: Centro de Información a la Mujer

Valoración de la sesión

Cierre y despedida

Sesión 3

Presentación del grupo

Ausencias

Tratamiento multinivel: individual, grupal, familiar, multifamiliar, comunitario

Intervención precoz

Rutina diaria

Malestar psíquico

Periparto

Adolescencia

Formación y estudios

Planes de futuro

Pandemia

Crisis de identidad

Metacomunicación

Tratamientos psicoterapéutico y psiquiátrico

Recaída

Estigma social

Red social, amistades

Consumo de tóxicos

Capacidad de adaptación del ser humano

Aficiones. Lectura, deporte

Fraternidad

Trauma

Humor como recurso terapéutico

Esferas de intimidad

Estilos educativos

Mascotas

Control vs acompañamiento

Cierre y despedida

Sesión 4

Psicofármacos

Observar mejorías

Rutina diaria

Deporte

Naturaleza

Higiene de sueño

Relaciones de amistad

Consumo de tóxicos

Acoso escolar

Adolescencia

Desarrollo de autonomía

Mudanza

Capacidad de adaptación del ser humano

Formación y estudios

Relaciones de pareja

Fraternidad

Identificaciones

Metacomunicación

Expresión de emociones

Estilos educativos

Sentimientos de culpa

Reconocimiento

Autocontrol

Relaciones de confianza

El yo ideal

Desarrollo moral

Esferas de intimidad
Enfermedad física en la familia
Pandemia
Ausencias
Encuadre del grupo
Cierre y despedida

Sesión 5

Enfermedad física en la familia
Pandemia
Desarrollo de autonomía
Fraternidad
Adicción al móvil
Formación y estudios
Tecnología y redes sociales influencia sobre nuestra salud mental

Sesión 6

Formación y estudios
Estrés
Recaídas
Desarrollo de autonomía
Fraternidad
Ingresos económicos
Control vs protección
Libertad y responsabilidad
Consumo de tóxicos
Parentalidad y conyugalidad
Empleo
Violencia dentro de la familia
Trauma
Identificaciones
Metacomunicación

Estilos educativos
Familia de origen y familia creada
Lo transgeneracional

Sesión 7

Presentación
Encuadre del grupo
Intervención multinivel: individual, grupal, familiar, multifamiliar y comunitaria
Ausencias
Migración
Formación y estudios
Estigma social
Autocuidado
Autoestima
Psicoeducación
Metáforas
Complejidad de la realidad, la multicausalidad
Factores de riesgo y de protección
Apoyo social
Esferas de intimidad
Redes sociales, relaciones de amistad
Habilidades sociales
Recaída
Recuperación
Estrés
Estilos educativos
Sentimientos de culpa
Buscando comprender
Amor
Adolescencia
Sexualidad
Relaciones de pareja

Monoparentalidad
Cronicidad
Recuperación
Control vs mostrarse disponible
Proceso de crisis
Tratamientos
Recaída
Síntomas
Diagnóstico psiquiátrico
Miedo a la locura
Atención en urgencias
Red de apoyo familiar
Red de apoyo profesional
Psicofármacos
Heteroagresividad
Aceptación
Cuidado del cuidador
Empleo
Sentirse escuchado y acompañado
Desarrollo de autonomía
Cierre y despedida

Sesión 8

Presentación de los participantes
Acomodación
Encuadre del grupo
Síntomas psiquiátricos
Estrés
Proceso de recuperación
Estrés
Red social, amistades
Consumo de tóxicos

Observar mejoras

Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental

Deporte

Paseos

Naturaleza

Pandemia

Fraternidad

Entorno urbano vs. rural

Relaciones sociales de amistad

Aislamiento social

Desconexión y reconexión con la realidad compartida

Identificaciones

Cierre y despedida

Sesión 9

Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental

Parentalidad

Estilos educativos

Proceso de crisis

Recaída

Cronicidad

Estigma social

Hetero y autoagresividad

Síntomas psiquiátricos

Aislamiento social

Diagnósticos psiquiátricos

Personalidad previa

Red social, amistades

Consumo de tóxicos

Clima familiar

Fraternidad

Amor y celos

Psicoterapia
Observar mejorías
Pandemia
Adolescencia
Desarrollo de autonomía
Metacomunicación
Entorno urbano vs rural
Cierre y despedida

Sesión 10

Presentación de los participantes
Acomodación
Encuadre del grupo
Ausencias
Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental
Voluntariedad del tratamiento
Pandemia
Enfermedad física en la familia
Aislamiento social
Deporte
Frustración
Agresividad
Entorno rural vs urbano
Relaciones de confianza
Apoyo social familiar, grupal, profesional
Continuum salud mental – sufrimiento psíquico
Continuidad psicoterapéutica
Tratamientos previos
Dimensiones terapéuticas integradas: individual, grupal, familiar, multifamiliar
Proceso terapéutico
Reconocimiento de logros
Formación y estudios

Red social de amistades
Síntomas psiquiátricos
Recaída
Identificaciones
Observar mejorías
Sentimientos de culpabilidad
Humor como recurso terapéutico
Relaciones de pareja
Dependencia vs autonomía
Fraternidad
Rutinas cotidianas
Estilos educativos
Múltiples respuestas posibles
Lo aprendido vs lo innato
Diagnóstico psiquiátrico
Antecedentes familiares
Estigma social
Deporte
La escucha
Familia extensa
Recursos comunitarios
Familia sustituta
Amor
Cierre y despedida

Sesión 11

Acomodación
Ausencias
Recursos comunitarios: Centro de Información a la mujer.
Separación y divorcio
Monoparentalidad
Migración

Violencia dentro de la familia
Estilos educativos
Conyugalidad y parentalidad
Separaciones y reconstituciones familiares
Familia de origen y familia creada
Fraternidad
Observar mejoras
Psicofármacos
Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental
Formación y estudios
Empleo
Conciliación familiar
Cierre y despedida

Sesión 12

Acomodación
Ausencias
Tratamiento multinivel: individual, grupal, familiar, multifamiliar, comunitario
Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental
Voluntariedad del tratamiento
Rutina diaria
Síntomas psiquiátricos
Aislamiento social
Formación y estudios
Reconocimiento de logros
Psicofármacos
Sueño
Estrés
Adolescencia
Sexualidad
Responsabilidad
Entorno urbano vs rural
Fraternidad

Desarrollo de autonomía
Conyugalidad y parentalidad
Auto y heteroagresividad
Suicidio
Cronicidad
Apoyo familiar
Familia extensa
Antecedentes familiares
Diagnóstico psiquiátrico
Estigma social
Identificaciones
Consumo de tóxicos
Duelo
Cuidado del cuidador
Planes de futuro
Valoración de utilidad de este espacio grupal
Despedida de una de las facilitadoras
Poesía
Cierre y despedida hasta la próxima sesión

Sesión 13

Acomodación
Ausencias
Proceso terapéutico
Conflictos familiares
Suicidio
Tolerancia a la incertidumbre
Parentalidad y conyugalidad
Aislamiento social
Red social de amistades
Síntomas psiquiátricos
Señales de alarma

Sueño
Identificaciones
Asistencia en urgencias
Situaciones dilemáticas
Diagnóstico psiquiátrico
Pronóstico
Cierre y despedida hasta la próxima sesión

Sesión 14

Acomodación
Incorporación de nuevo facilitador
Presentación participantes
Encuadre del grupo
Síntomas psiquiátricos
Apoyo familiar
Rutina cotidiana
Deporte
Relajación
Formación y estudios
Empleo
Identificaciones
Control vs estar disponible
Adolescencia
Familia de origen y familia creada
Estilos educativos
Fraternidad
Red social de amistades
Diagnóstico psiquiátrico
Proceso terapéutico
El contexto
Planes de futuro
Diferencias y similitudes generacionales

Crisis económica global
Ingresos económicos en la familia
Migración
Separaciones y reconstituciones familiares
Juego como recurso terapéutico
Despedida de uno de los participantes del grupo
Agradecimientos
Cierre y despedida hasta la próxima sesión

Sesión 15

Presentación de los participantes
Acomodación
Diagnóstico psiquiátrico
Cuidado del cuidador
Observar mejorías
Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental
Entorno urbano vs. rural
Apoyo familiar
Proceso terapéutico
Pandemia
Proceso grupal
Fecha fin de grupo
Estigma social
Continuidad psicoterapéutica
Estudios y formación
Relaciones sociales
Pandemia
Recursos comunitarios
Feedback de las facilitadoras
Cierre y despedida hasta la próxima sesión

Sesión 16

Acomodación

Ausencias

Identificaciones

Autocuidado

Formación y estudios

Planes de futuro

Mascota

Fecha fin del grupo

Pandemia

Consumo de tóxicos

Cuidado del cuidador

Aceptación

Proceso terapéutico

Observación de mejorías

Síntomas psiquiátricos

Antecedentes familiares

Entorno urbano vs rural

Psicoeducación

Psicofarmacos

Identificaciones

Tolerancia a la incertidumbre

Aficiones. Lectura, deporte.

Planes de futuro

Formación y estudios

Infundir esperanza

Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental

Nuevos significados compartidos

Fraternidad

Apoyo familiar

Maternidad

Relaciones sociales, amistades

Agresividad

Familia extensa

Cierre y despedida hasta la próxima sesión

Sesión 17

Acomodación

Ausencias

Tratamiento integrado en Hospital de Día de Salud Mental

Malestar psíquico

Psicofármacos

Observación de mejorías

Aceptación

Metacomunicación

Proceso terapéutico

Diagnóstico psiquiátrico

Estilos educativos

Sentimientos de culpabilidad

Cuidado del cuidador

Empleo

Relaciones sociales, amistades

Recursos de alivio

Cierre y despedida

Sesión 18

No se realiza

**ANEXO 12. SOLO ACCESIBLE AL TRIBUNAL POR MOTIVOS DE
CONFIDENCIALIDAD**