

Una red social de acogida: el grupo multifamiliar

A Welcoming Social Network: The Multifamily Group

IRIA DOMÍNGUEZ VÁZQUEZ

*Centro de Salud Mental de Adultos de la Fundació Sanitària Mollet. Mollet del Vallès,
Barcelona, España. ORCID iD: 0000-0003-0884-1261*

Correspondencia: iriagrou@gmail.com

Recibido: 17/02/2024; aceptado con modificaciones: 23/08/2024

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: En el sistema de atención en salud mental, las personas que reciben diagnósticos de trastornos mentales graves corren el riesgo de ser consideradas y considerarse a sí mismas como enfermas crónicas e incurables, con la consiguiente pérdida de esperanza en el proceso terapéutico y la merma de su capacidad de agencia. Los grupos multifamiliares acogen a personas con problemas graves de salud mental y a sus familias, generan un espacio de encuentro y diálogo, y fomentan la búsqueda de sentido a las vivencias de sufrimiento y el fortalecimiento de los vínculos interpersonales sostenedores. De este modo posibilitan iniciar un proceso de cambio y mejora que implica a la persona y a su entorno. En el presente artículo se pretende reflexionar sobre el potencial terapéutico de los grupos multifamiliares a nivel individual, familiar y social, desde la experiencia de uno de estos grupos existentes en la red pública de atención en salud mental.

Palabras clave: tratamiento comunitario, servicios de salud mental, grupo multifamiliar, trastorno mental grave.

Abstract: In the mental health care system, people who receive diagnoses of severe mental disorders run the risk of being considered and considering themselves as chronically ill and incurable, with the consequent loss of hope in the therapeutic process and the reduction of their agency. Multifamily groups welcome people with severe mental health problems and their families, generating a space for meeting and dialogue, encouraging the search for meaning in experiences of suffering, and strengthening supportive interpersonal ties. Thus, they make it possible to start a process of change and improvement, which involves the person and their environment. This article aims to reflect on the therapeutic potential of multifamily groups at an individual, family, and social level, from the experience of one of these groups existing in the public mental health care network.

Key words: community outpatient treatment, mental health services, multifamily group, severe mental disorder.

EL GRUPO MULTIFAMILIAR COMO ESPACIO DE REPARACIÓN

LA TERAPIA GRUPAL MULTIFAMILIAR, tal y como la puso en práctica y conceptualizó J. García Badaracco (1), propone convocar en el mismo espacio terapéutico a personas con diagnóstico de patología mental grave y a sus familiares o personas significativas. De este modo, el diálogo compartido por los miembros del grupo a lo largo de las sesiones permite ir desentramando situaciones, vivencias y sufrimientos enquistados, que han propiciado vínculos enfermantos dentro de la familia y han cristalizado en la patología que expresa uno de sus miembros, aquel que porta el diagnóstico de enfermedad mental.

El grupo multifamiliar busca generar un clima cálido y compasivo que permita que cada persona pueda ser vista en su parte más genuina, más allá del rol que adopte en la familia o de los síntomas que manifiesta. La riqueza de las diferentes miradas de cada miembro del grupo facilita esta conexión con el “verdadero ser”. Ser visto y reconocido en su subjetividad permite salir del aislamiento, recuperar la voz y retomar el proceso de redesarrollo de los recursos internos sanos, iniciando el proceso de recuperación.

García Badaracco, tras años de experiencia clínica con pacientes graves y sus familias, aporta una mirada esperanzadora sobre la patología mental: los pacientes pueden mejorar si las tramas enfermantos dentro de la familia pueden desenmarañarse. Este proceso es complejo, y muchas fuerzas se opondrán en aras de mante-

ner un equilibrio que, aunque precario y generador de sufrimiento, es conocido y tolerado.

En las familias en las que emerge la patología mental, la capacidad de mentalizar —esto es, de dar un sentido al comportamiento del otro comprendiendo los estados mentales que subyacen— está comprometida, y los motivos pueden ser muy diversos (2). Se necesita un espacio amplio, fresco y flexible, pero a la vez estable, donde la familia sienta que puede expresarse con libertad y seguridad, sin ser juzgada. El grupo multifamiliar es ese espacio, capaz de contener vivencias y emociones extremas y enloquecedoras, capaz de metabolizarlas y elaborarlas, de darles un sentido y de restaurar la capacidad de pensar, amar y vincularse.

NUESTRO CONTEXTO: LA RED PÚBLICA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

La atención a la salud mental de la población es cada vez más prioritaria dentro del sistema sanitario público. Los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de discapacidad (3) y afectan a un elevado porcentaje de la población a lo largo de la vida.

La atención especializada en los centros de salud mental se reserva para aquellas personas con problemáticas más graves, donde los recursos personales, familiares y sociales de la persona afectada no han sido suficientes para gestionar la adversidad, y esta se perpetúa en el tiempo causando afectación en su bienestar físico y emocional y en su funcionalidad.

La atención especializada sigue un modelo eminentemente biomédico y tiende a poner el foco en el individuo que manifiesta la sintomatología problemática. Las soluciones ensayadas en primer lugar son, por lo general, aquellas que se centran en la persona. La primera estrategia suele consistir en un tratamiento farmacológico que atenúe los síntomas; una psicoterapia que enseñe cómo manejar mejor determinadas emociones, pensamientos o conductas problemáticas; o una intervención psicosocial que ayude a la persona a tener una mayor autonomía y un enriquecimiento ocupacional de su vida.

No obstante, este enfoque no siempre es suficiente para resolver la problemática que afecta a la persona. Es frecuente que la atención en los centros de salud mental se prolongue durante años, incluso décadas, tanto en personas con diagnóstico de trastorno mental grave como en personas con otros diagnósticos que, *a priori*, no implican tanta gravedad.

La tendencia general es a atribuir este hecho a la “cronicidad” de la enfermedad mental, lo que perpetúa la equiparación de los problemas de salud mental con otras enfermedades médicas crónicas. Pero a diferencia de otras enfermedades médicas, donde la etiopatogenia es conocida, en el caso de los trastornos mentales se

produce un error epistémico, y la cronicidad es asumida sin conocer los mecanismos subyacentes, en base a la escasa respuesta a determinadas medidas terapéuticas.

Esta asunción tiene una serie de implicaciones relevantes, entre ellas, la justificación de tratamientos farmacológicos durante largos periodos de tiempo o de por vida, a pesar de los efectos adversos que pueden acarrear. El diagnóstico de esquizofrenia y los tratamientos neurolépticos de mantenimiento son un ejemplo paradigmático (4).

Otra consecuencia que subyace a la concepción de los problemas de salud mental como enfermedades médicas crónicas, y que tiene también un alto potencial iatrogénico, es la idea de incurabilidad. Esta idea contagia inevitablemente a la persona que sufre el problema y a su familia, tiñendo de pesimismo el proceso terapéutico y mermando su capacidad de agencia.

Por otra parte, los centros de salud mental se colapsan con la atención y seguimiento a largo plazo de estas personas, lo que dificulta la accesibilidad a las personas que experimentan por primera vez una crisis relacionada con un problema de salud mental. Así, se genera un círculo vicioso en el que las prolongadas listas de espera para una primera visita, la escasa duración de las sesiones y la excesiva distancia entre sesiones impiden una atención adecuada cuando el problema es incipiente, lo que favorece su cronificación.

Enfoques alternativos, que nacen del espíritu desinstitucionalizador de los años 70 y que promulgan un modelo basado en la recuperación (5), aportan una perspectiva de tratamiento más esperanzadora. Estos enfoques tienen en cuenta a la persona en su contexto cultural, relacional y económico, incorporando a la familia y a la comunidad en los procesos de recuperación.

La terapia multifamiliar, desde la perspectiva del psicoanálisis multifamiliar descrito por García Badaracco (6), invita a participar en el tratamiento a todo el entorno familiar y enfatiza la importancia de la implicación de la familia en el proceso de recuperación de su ser querido. Pone el foco en las relaciones intersubjetivas, entendiendo al individuo como ser social e histórico.

S. H. Foulkes, en su descripción de la terapia analítica grupal, propone pensar al individuo como nodo en un *plexus* —esto es, en su red relacional presente y pasada— para entender sus síntomas (7). En esta misma línea, la terapia multifamiliar adopta una concepción del ser humano como proceso. Toda persona está constituida por sus relaciones con el mundo y con el resto de seres humanos, y no puede existir al margen de ello. N. Elias afirmaba que el individuo es un ser abierto, *homines aperti*, constantemente en construcción, deconstrucción y moldeamiento a través de sus relaciones y la influencia de su contexto (8). Esta perspectiva, a diferencia del modelo biomédico y del modelo psicoanalítico más clásico, conlleva la posibilidad de cambio y recuperación, y aporta optimismo a las personas con padecimiento psíquico grave y sus familias.

Por último, otro factor importante de esta metodología es su eficiencia. El grupo multifamiliar es un grupo grande donde concurren varias familias a la vez, lo que permite prestar atención a un número elevado de personas de forma simultánea, algo especialmente adecuado para la atención en el sistema público de salud (9).

LA ADVERSIDAD Y LA TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL DEL TRAUMA

El niño necesita una base segura que le permita explorar el mundo (10) y así crecer, desarrollarse y ganar autonomía. La disponibilidad afectiva y los cuidados de las figuras parentales posibilitan al niño el desarrollo de capacidades psicológicas fundamentales: la comprensión de los pensamientos y sentimientos propios y ajenos, la regulación emocional y el sentido de seguridad en uno mismo y en el entorno.

No obstante, los eventos adversos que acaecen en las familias (duelos, problemas en la relación parental, dificultades económicas, migraciones, situaciones de abuso, negligencia o maltrato, etc.) pueden comprometer la capacidad de hablar y pensar sobre lo que está ocurriendo o ha ocurrido, de procesar la vivencia y afrontar las situaciones adversas. Ello genera sufrimiento en la familia, crea distancia y rigidez en las relaciones, y puede producir un clima familiar tenso u hostil. No es difícil entender que esta “memoria” de lo ocurrido, no codificada en narrativas (pues no ha podido ser hablada ni pensada) sino actuada en las relaciones, se transmitirá a las siguientes generaciones. Así, es frecuente que conflictos no resueltos del pasado emerjan en forma de síntomas problemáticos en las generaciones futuras (11).

Como ilustra la frase “Los padres comerán las uvas verdes, y los hijos sufrirán la dentera” (Ezequiel, 18:2), los fenómenos psicológicos que condicionan el desarrollo de cada persona han de entenderse desde una perspectiva relacional e histórica.

Al poner el foco en la familia, es importante destacar que esta, al igual que cada uno de sus miembros, forma parte de un contexto cultural y de valores, y que determinados condicionantes sociales pueden tener un rol crucial en la aparición de la adversidad. La desigualdad, la pobreza, la discriminación por causa de género, raza u orientación sexual, la explotación laboral o la relación abusiva con instituciones públicas y privadas son algunos de ellos (12).

Por último, los eventos vitales adversos son acumulativos, es decir, haber sufrido uno aumenta la probabilidad de sufrir otro, y así de forma exponencial (13). Esta acumulación de adversidades correlaciona con un mayor riesgo de padecer problemas graves de salud mental.

En este marco ampliado, donde la persona con síntomas o conductas problemáticas es mirada teniendo en cuenta su entorno próximo, su historia de vida y su contexto sociocultural, las vivencias desconcertantes y “locas” adquieren un nuevo sentido.

En el trabajo con personas con intenso padecimiento psíquico dentro de la red de salud mental, se hace patente la necesidad de crear espacios de palabra y escucha, abiertos a las personas significativas de la red social, que permitan una comprensión más amplia del problema y que colaboren en el proyecto de recuperación de la persona (14-16).

Así, durante el año 2017 se inició un grupo multifamiliar para algunas personas en seguimiento en el Centro de Salud Mental de Adultos de la Fundació Sanitària Mollet, en Mollet del Vallès, Barcelona. Se trata de un grupo de frecuencia semanal, de una hora y media de duración por sesión, conducido por un equipo interdisciplinar de profesionales: una psicóloga, una trabajadora social y una psiquiatra.

Es un grupo abierto, donde se van incorporando de forma progresiva nuevas familias sin un número máximo de asistentes. Las familias llegan derivadas por el equipo referente del centro de salud mental y se invita a todos los miembros de la familia a participar en las sesiones. No obstante, la asistencia es voluntaria y flexible, de forma que puede iniciar el grupo solo la persona diagnosticada o alguno de sus familiares. Las ausencias no se penalizan ni se interpretan, si bien se recuerda con frecuencia la invitación al resto de familiares o personas significativas a participar en los encuentros.

No hay un número mínimo ni máximo de sesiones a las que deba acudir cada familia, aunque se recomienda asistir al menos a cuatro sesiones seguidas antes de valorar la utilidad o no del grupo. Al tratarse de un espacio flexible, existe la posibilidad de que personas que se hayan despedido del grupo puedan volver a incorporarse a él más adelante.

El grupo está abierto también a otros profesionales que intervienen con la familia, en tanto se consideran personas significativas de su red social; su presencia, escucha y opinión contribuyen a una mayor coherencia en el proceso terapéutico. Además, acuden también al grupo profesionales en formación como parte de las estancias formativas en el centro de salud mental, aportando su mirada, diferente y enriquecedora.

El grupo multifamiliar que se describe en este trabajo ha sido objeto de estudio de un proyecto de investigación más amplio (17), que contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente, y del que existen dos publicaciones previas (18,19). Las personas que forman parte del grupo multifamiliar han aceptado participar en dicho proyecto y han firmado el consiguiente consentimiento informado. Los nombres reales de las personas que aparecen en el presente artículo, así como parte de sus datos biográficos, han sido modificados con el fin de preservar la confidencialidad.

UN CLIMA ACOGEDOR

El grupo multifamiliar ha de ser un espacio seguro y confiable, que transmita calidez y que se constituya como base segura desde donde comenzar un proceso de exploración de las relaciones afectivas dentro de la familia. Este clima es el que posibilita que las nuevas familias se integren en el grupo, apostando por romper el *statu quo* en beneficio de una mejoría en la persona que manifiesta los síntomas y en las dinámicas familiares. Es también el que permite a las personas expresarse libremente, sin ser juzgadas, posibilitando un diálogo compartido donde todo el grupo se enriquece con las aportaciones de cada miembro.

Es tarea de la conducción velar porque el espacio se mantenga y propiciar un clima de aceptación, acogida, respecto, sinceridad y no juicio.

La pandemia por COVID-19 obligó a suspender el espacio grupal desde marzo a octubre de 2020. A pesar de las dificultades, se consideró importante recuperar los encuentros multifamiliares y, tras un intenso trabajo técnico, burocrático y de coordinación, se invitó a las familias a retomar el grupo en formato en línea, con la misma frecuencia semanal y duración (una hora y media por sesión).

Muchas familias prefirieron no incorporarse hasta que fuese posible la presencialidad, pero las que continuaron mostraron un elevado compromiso de asistencia y cohesión grupal, reivindicando el espacio como necesario y beneficioso. Este clima propició la acogida e incorporación de nuevas familias, con una asistencia de en torno a 20 a 30 personas, tras varios meses de sesiones en formato telemático.

Ante la incorporación de una nueva familia, el grupo se expresaba así: “valoró del grupo que es un lugar donde se te escucha, donde se puede hablar de cosas que no se pueden hablar en otros sitios”, “no resolvemos los problemas, pero aprendes, desconectas, me ayuda vuestra compañía y sabiduría”, “es valiente abrirse”, “valoró el compromiso”, “para mí las pastillas son el 40%, valoró más poder compartir con vosotros”.

Son frecuentes estas verbalizaciones en el grupo (espontáneamente, ante la llegada de nuevos miembros o como mecanismo protector del grupo ante algún abandono o conflicto), y lo fueron especialmente en la época de pandemia. En un momento de crisis mundial, que generó grandes inseguridades y miedos, y restringió el contacto social, el espacio terapéutico del grupo es valorado y cuidado por sus integrantes. La crisis ha amenazado también la pervivencia del grupo multifamiliar, por lo que las muestras progrupo intentan mitigar esa amenaza latente.

UN CORAZÓN QUE NO OLVIDA

María se une al grupo multifamiliar buscando ayuda por la situación de su hijo Lolo, un joven de 24 años que ha padecido una crisis psicótica y tiene serios

problemas de adicciones. Lolo es el encargado de ayudar a su madre a conectarse a cada sesión a través del teléfono móvil. A veces saluda y contesta a las preguntas sobre cómo está, pero luego se retira dejando a María el espacio del grupo.

La desesperación de María da vueltas sobre un tema recurrente: su hijo siempre encuentra la manera de recaer en sus adicciones. Si no son drogas, es juego *online* o abuso de medicación. Esto dificulta la recuperación de Lolo, y sume a la familia en constantes deudas y situaciones angustiosas. El grupo empieza también a desesperarse cuando ninguna estrategia conductual de las que ofrecen a María parece dar resultado.

La situación de Lolo le ha obligado a dejar su trabajo, y las posibilidades de recuperar su actividad laboral parecen actualmente escasas. Pasa la mayor parte del día en casa, con su madre. Lolo no parece tener ninguna explicación ni justificación para su conducta, se muestra arrepentido y se disculpa con María. Pero una y otra vez la situación se repite. Ni él ni María parecen entender nada de lo que ocurre, y un sentimiento de pesadumbre y desesperanza se va apoderando de ambos.

Con el paso de las semanas, María empieza a mostrar otras partes de su ser. Si bien su presentación siempre es la misma, “Lolo sigue mal” empieza a resonar con lo que otras personas en el grupo van aportando.

Así, un día en el que se habla de los abusos en el trabajo y sus enormes repercusiones en la vida de la persona y la familia, ella explica cómo en su empresa, en plena crisis económica, la obligaron a realizar el mismo trabajo tras reducirle la jornada laboral a la mitad. Recuerda que esa carga de trabajo le pasó factura a su cuerpo y su corazón se resintió. Tuvo que coger la baja laboral y poco después la despidieron.

Con Lolo adolescente, separada de su segunda pareja y sin trabajo, María entró en una profunda depresión. Se pasaba los días mirando al techo, era su hijo quien cuidaba de ella. La situación se hizo tan grave que dejó de comer y tuvo que ingresar en la sala de psiquiatría.

Tras meses en el grupo multifamiliar, María empeoró de su enfermedad cardíaca y le costaba incluso hablar durante las sesiones. El grupo se preocupó mucho por ella y le daba apoyo y ánimos de forma constante. Pese a su estado de salud, María se conectaba siempre a las sesiones. En ocasiones se disculpaba por no poder hablar, pero permanecía en el grupo atenta e interesada.

Por esa época, en una sesión se habló del maltrato dentro de la pareja. Fue una sesión dura, donde se explicaron vivencias dolorosas que en muchos casos aún no habían cicatrizado. María conectó enseguida y empezó a narrar una historia que era desconocida para todos en el grupo. Procedente de una familia numerosa, pobre, que había migrado desde otra comunidad, todos los hermanos se habían apresurado en independizarse y abandonar el hogar familiar. María se había casado joven, con un hombre que tenía cierta influencia en el pueblo y ostentaba un cargo público.

Tuvieron una hija juntos, pero la relación no iba bien. Las faltas de respeto y el menosprecio eran frecuentes y María decidió separarse. Su pareja no aceptó la separación, la culpabilizó de la situación y le negó la custodia de su hija. Con pocos medios económicos, sin respaldo de su familia y con la inseguridad de su juventud, María se resignó y perdió el contacto con su primera hija, la hermana mayor de Lolo.

Su relato conmovió al grupo, que mostró la indignación por la injusticia que María había vivido y compasión hacia su dolor. También mostró agradecimiento por la confianza depositada en el grupo al compartir estas vivencias íntimas. Los problemas del corazón de María, que a veces no la dejaban respirar, se fueron aliviando con el tratamiento médico y, quizás también, tras recuperar y compartir la memoria de un corazón que había sufrido mucho.

El relato de María posibilitó que entendiera mejor a su hijo Lolo, único apoyo de María en la actualidad. Entendimos por qué dejaba a su madre sola en el grupo, para que permaneciera en un espacio como María, y no solo como madre de Lolo. Un espacio donde ser ella misma, compartir sus vivencias y sentirse acompañada y querida.

Para María el grupo supuso una familia de acogida, donde no solo podía expresar sus preocupaciones sobre Lolo, sino donde podía sentirse querida y cuidada, y donde ella también podía acoger y cuidar.

UN HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO, Y JUSTICIA

Pedro tiene sesenta y dos años y lleva en seguimiento en el centro de salud mental desde los cuarenta, cuando tiene que dejar su trabajo por frecuentes crisis de angustia. Su esperanza en una mejoría es ínfima cuando se une al grupo multifamiliar, lo que se justifica por el fracaso de tantos y tantos intentos terapéuticos en estos años. El pesimismo invade su persona y su discurso, que resulta extremadamente abstracto y carente de emoción. La sombra del suicidio está siempre rondando como única salida posible a esta situación de estancamiento.

Durante las primeras épocas en el multifamiliar, Pedro entra en conflicto con otras personas del grupo. Cuando alguien expone una situación problemática dentro de la familia, donde está ocurriendo un abuso o maltrato, Pedro reacciona de forma automática. Sus argumentaciones difíciles de seguir vienen a concluir que no es tolerable ninguna forma de maltrato. Se mantiene rígido, inflexible en su postura, haciendo difícil cualquier forma de diálogo. Se enfada cuando el grupo o la conducción intentan ir más allá, para entender las circunstancias del problema, acusando de justificar la violencia. Llega incluso a levantarse y abandonar la sala.

No obstante, y pese a sus frecuentes choques con algunos de sus compañeros, continúa acudiendo con regularidad al grupo, siendo una de las personas que llevan vinculadas casi desde el comienzo de este. Y no solo eso, sino que durante este tiem-

po ha invitado a acudir con él al grupo a numerosas personas: su mujer, su hijo, su cuñada y otras personas que ha conocido en otros dispositivos terapéuticos, como el hospital de día, que se vinculan al grupo a través de él.

Con la ayuda del grupo, que teje redes de relatos y vivencias, que anuda vínculos de confianza e invita a sus miembros a colaborar en la construcción de ese tejido, Pedro puede empezar a abandonar su nube de angustia y confusión, y empezar a hablar de él.

Emerge una historia familiar adversa, donde un padre autoritario atemoriza a su mujer e hijos, al tiempo que pone a la familia en situaciones complicadas debido a sus problemas con el juego. Pedro intenta construir su personalidad lo más alejada posible a la de su padre, pero la rigidez y la dificultad para el diálogo persisten a pesar de sus esfuerzos por diferenciarse.

Sus crisis de pánico, que aparecen cuando las condiciones laborales se vuelven adversas, y remedan el maltrato vivido en la infancia, se exacerban ahora al verse obligado a cuidar de su padre, ya mayor. La contradicción interna que le supone el rechazo hacia la figura parental y el tener que seguir cumpliendo sus exigencias y respetando su autoridad generan en Pedro un enorme sufrimiento.

Con el paso del tiempo, Pedro sale de este dilema, es capaz de poner límites a su padre y ya no se siente tan atrapado. Paralelamente, parece despertar de nuevo en él el deseo. Así, salen a la luz conflictos en la relación de pareja, mostrándose reticente a continuar tolerando esta situación y planteando la separación. Simbólicamente, se permite cumplir ciertos deseos reprimidos durante años, tales como comprar el coche que siempre había querido o hacerse un tatuaje.

Su postura en contra del maltrato en las relaciones se mantiene firme, pero ahora de una forma más positiva y creativa. Ya no entra en conflicto con otros miembros del grupo, sino que se esfuerza en mostrarse cariñoso, acogedor y comprensivo, sin dejar de señalar aquello que ve incorrecto en la relación.

Junto con otras compañeras del grupo, se ha embarcado en un proyecto de apoyo mutuo con el fin de prestar soporte y facilitar estrategias a personas que han sufrido violencia. El grupo multifamiliar le ha acompañado en este proceso de elaboración de sus vivencias y sentimientos internos, le ha ayudado a recuperar el deseo y a encontrar de nuevo un sentido, solidario y altruista, a su vida.

LA MENTE AMPLIADA: UNA RED NEURONAL COMUNITARIA Y SOLIDARIA

Cuando alguien en la familia empieza a manifestar síntomas, la preocupación invade a todos los miembros y la capacidad de pensar se ve dificultada por la elevada angustia. El síntoma, sea este el que sea (una crisis psicótica, ataques de pánico, una depresión, conductas problemáticas, etc.), puede distraer la atención de los pro-

blemas que subyacen, en especial cuando es muy aparatoso, extraño o amenaza la seguridad de la persona que lo manifiesta o de terceros.

No obstante, también es la puerta para aumentar la comprensión y propiciar el cambio. A modo de punta de iceberg, el síntoma nos informa y avisa de que una enorme masa de hielo está oculta bajo la superficie, y hemos de poder mirar hacia el fondo para tener una idea de su magnitud y naturaleza.

En el grupo multifamiliar la familia puede compartir su preocupación y depositar su angustia. El grupo actúa como sustancia amortiguadora, neutralizando la angustia a través de la escucha interesada y la reflexión conjunta. Existe un compromiso con los miembros que están sufriendo, y una responsabilidad compartida en el acompañamiento de la crisis, que ayuda a rebajar la ansiedad y abre espacios mentales para poder empezar a pensar. Los miembros del grupo ponen al servicio del resto sus recursos personales sanos. Solidarios con la persona que está expresando su sufrimiento, abandonan su propio rol dentro de la familia (como enfermo, como madre, como hermano) y sus rigideces para conectar con aspectos genuinos de su ser y su vivencia, y aportar al grupo desde su propia experiencia.

Cada persona en el grupo reflejará una visión distinta de la situación problemática, permitiendo una perspectiva más amplia desde la que acercarse al problema y abriendo puertas para una comprensión más profunda. A diferencia de en una terapia individual o unifamiliar, en el grupo multifamiliar las aportaciones son desde la propia experiencia del resto de familias. Ello hace que puedan ser escuchadas con mucha más facilidad por la familia en crisis, sin sentirse juzgada, ineficaz o culpable.

Además, el grupo es sensible a los tiempos de cada uno de sus miembros, y si alguien se adelanta en el ritmo, queriendo ir demasiado rápido en la exploración de ciertas áreas complicadas (a veces, esa persona es alguna de las terapeutas), el grupo enseguida lo percibe y sale en su auxilio. Así, aparecerán voces que empaticen con el sufrimiento de esa persona y pospondrán el momento de continuar la exploración.

En otras ocasiones, el grupo facilitará esa exploración, si siente que las condiciones son propicias, lo cual depende de múltiples factores: el momento en el que está la persona en crisis, cada uno de sus familiares y el propio grupo.

Las personas en el grupo comparten el clima grupal que circula en cada momento, pero cada una sigue vibrando en su propia frecuencia. Esto es un elemento protector para el grupo, en tanto previene el pensamiento único o la manera correcta de sentir o entender la realidad. Esta diversidad favorece un pensamiento y una comprensión más integrada, menos polarizada, y minimiza el riesgo de una ruptura en la alianza terapéutica.

Los procesos que se dan en el grupo multifamiliar son complejos y multidireccionales. Una situación de crisis vivida en el grupo ayuda no solo a la familia que la está atravesando, sino al resto de integrantes, que tienen la posibilidad de conectar

con aspectos propios y favorecer saltos hacia adelante en sus propios procesos terapéuticos. De este modo, cada miembro del grupo es a la vez terapeuta y paciente, en tanto está al servicio del grupo y se beneficia de todo lo que ocurre en él.

DESCUBRIENDO EL VERDADERO SER

Los vínculos saludables se basan en el amor y el respeto por el otro y su subjetividad. Cuando estos valores no pueden ser sostenidos en las relaciones dentro de la familia y la sociedad, la persona es susceptible de enfermar. Así, se convierte en depositaria de un mal que le trasciende y que habla no ya de una debilidad personal, sino de un problema vincular y social.

Múltiples “personajes” se superponen en un esfuerzo por proteger ese núcleo genuino, que no ha sido visto, valorado ni respetado (6). De esta forma, la persona puede mostrarse como alguien agresivo, cínico, depresivo, indiferente, sumiso, con una felicidad impostada, autoritario, quejoso o demandante. Los síntomas pueden ser parte de este disfraz, del que debemos ir sacando capas para poder aproximarnos a esa parte esencial y genuina de la persona.

El grupo multifamiliar, desde una mirada cariñosa y desde el respeto a la alteridad, favorece un clima emocional propicio para ir penetrando en estas diferentes capas. La conexión grupal, el emergente de sistemas neuronales trabajando en red, se produce a través de la palabra, del dialogismo, de las experiencias compartidas en el grupo, pero también a través de la emoción. La emoción facilita ese entendimiento profundo, que no es meramente racional, que tiene que ser vivido para poder ser comprendido (20). El grupo multifamiliar actúa como amplificador de la emoción, y como espacio seguro donde esta puede ser expresada y vivida sin miedo al desborde, al juicio crítico o a la incompreensión.

Esta vibración emocional en la que se mantiene el grupo y cada uno de sus miembros facilita que la persona pueda ir desprendiéndose de sus personajes y pueda volver a mostrarse en su verdadero ser. Así, el grupo conecta y redescubre sus partes genuinas y las pone en valor.

Esa visión nueva obliga a la persona a revisar su propio autoconcepto, a veces muy devaluado o alejado de la realidad. Ser visto y valorado como ser genuino y único permite ir abandonando los personajes y los síntomas, que dejan de ser necesarios para proteger el *self*. Se abre así la posibilidad a retomar el desarrollo de los recursos potenciales sanos de cada persona, ahora convencida de su valor y capacidad.

Esta mirada respetuosa y cariñosa del grupo hacia cada uno de sus miembros permite a la familia mirar a su ser querido desde una nueva óptica. Progresivamente, puede ir abandonando el criticismo, que nace a veces desde la preocupación o replica relaciones de apego vividas con las propias figuras parentales, y mostrando

aspectos más cariñosos y positivos. De esta forma, gracias al grupo, puede haber un redescubrimiento del otro y se abre la posibilidad de reformular la relación desde un lugar más saludable. Conectar con el verdadero ser de la persona supone reconocer al otro en su diferencia, respetarlo y acercarse desde una posición menos jerárquica, más horizontal, flexible y afectuosa.

Durante el proceso terapéutico, pueden emerger de nuevo los síntomas (tanto en el paciente designado como en la familia) como defensas ante situaciones que la persona percibe como amenazantes para ella o para el equilibrio familiar: el aumento de la exigencia, eventos adversos, conflictos familiares, etc. En otras ocasiones, la crisis aparecerá como señal de alerta de aspectos de la vivencia que aún no han podido ser elaborados y reparados. Si pueden entenderse como la posibilidad de dar un salto hacia adelante en el proceso terapéutico, más que como un retroceso en este, la crisis se convierte en oportunidad.

UNA MICROSOCIEDAD PARA EL CAMBIO

El grupo multifamiliar, como red familiar y social de acogida, permite a las personas y a las familias reparar su autoimagen y sus vínculos. También, acompañar la crisis, generar espacios de diálogo donde compartir la angustia, contener las emociones abrumadoras y pensar sobre lo que está ocurriendo. Así, el grupo favorece la creación de narrativas coherentes, múltiples y ricas, en constante elaboración, que permiten dar sentido a la vivencia individual, familiar y grupal desde una perspectiva que tiene en cuenta los aspectos relacionales, históricos y culturales.

Como representación real de lo humano y lo social, el grupo no es ajeno a los conflictos y el daño. La agresividad, la envidia y el rechazo aparecen en el grupo como elementos amenazantes del clima grupal de trabajo y del vínculo terapéutico. A veces estos elementos no pueden ser integrados y causan daño en algunos de sus miembros. No podemos obviar que ello puede estar detrás de los abandonos que se producen en el grupo.

Existe este riesgo de iatrogenia. Si bien el daño es un riesgo que asumimos en toda interacción social, en el grupo multifamiliar la apertura y la confianza depositada pueden llegar a niveles muy elevados. Si la persona se siente traicionada o herida después de apostar por confiar en el grupo y abrirse a él, esta experiencia puede ser traumática o retraumatizante. El riesgo de replegarse de nuevo y volver al aislamiento aumenta.

Otras veces el daño que una persona ha vivido a lo largo de su vida es tan grande, que la reparación de este es un proyecto titánico. Las fantasías de omnipotencia pueden resultar frustrantes cuando el grupo no es suficiente para reparar esas heridas profundas.

No obstante, la diversidad y las diferentes narrativas que se construyen en el grupo son garantía de conexión con la persona que se ha sentido dañada y de posibilidad de reparación del daño actual y revisión de las heridas del pasado que este ha actualizado. El grupo no es la solución a todo, y no está exento de riesgos, pero su poder terapéutico trasciende y supera su poder de daño. La apertura, el diálogo, la tolerancia a la diversidad y el respeto al otro son garantía de ello.

En una sociedad donde los valores que priman son los del individualismo, el materialismo y el éxito personal, el grupo multifamiliar se erige como un espacio de resistencia, donde los cuidados, los afectos y el altruismo ocupan el lugar central. El grupo es una red comunitaria que sostiene a cada uno de sus miembros y a la vez es sostenida por estos.

El grupo multifamiliar, como microsociedad alternativa, pretende también, a modo de rizoma, trascender el espacio grupal e ir penetrando en otros espacios sociales (desde los hogares a los espacios vecinales, los entornos de trabajo o los espacios políticos). Así, cada miembro del grupo llevará con él, cual semilla, la experiencia grupal, la capacidad de diálogo y los valores de comunidad y afecto, sembrándolos por dondequiera que vaya, al replicar vínculos sanos en las diferentes redes sociales en las que se integre.

P. De Maré destacaba la dimensión cultural que emergía en los grupos grandes como aspecto diferencial respecto al psicoanálisis individual o al grupoanálisis de grupo pequeño. Enfatizaba la importancia del diálogo como proceso principal en el grupo grande (frente a la asociación libre en psicoanálisis o la asociación grupal en el grupo pequeño) y defendía que una sociedad democrática no puede cimentarse eficazmente si la gente no aprende a hablarse de manera coherente en encuadres relativamente amplios (21). En el grupo grande, a través del diálogo y del hecho de poder pensar conjuntamente, el odio y la frustración asociada a la socialización pueden ser transformados en *koinonia*. Esta energía psíquica grupal posibilita el cambio social. El autor defendía la necesidad de pensar globalmente y actuar localmente (21). El grupo multifamiliar es un lugar donde pensar globalmente. A través del diálogo compartido en el grupo, emerge ese compañerismo que permite la creación de redes sociales de apoyo donde el individuo y su familia se sienten acogidos y sostenidos, permitiendo el cambio en los espacios íntimos y sociales.

La sociedad del individualismo y el materialismo está en crisis, y los valores de comunidad y ayuda mutua son alternativas más ecológicas y solidarias, que sientan mejor a nuestra salud personal, a la de la humanidad y a la del planeta. Por eso tienen futuro.

El grupo como base segura, como red que sostiene desde lo íntimo, pero también como lugar al que volver. Incluso para las personas que por diferentes motivos deciden dejar el grupo multifamiliar, este siempre sigue abierto para volver a aco-

gerlas. Al igual que una hija que vuelve al hogar cuando se siente amenazada por alguna adversidad o para compartir con los suyos sus logros y alegrías, los miembros del grupo vuelven a este en momentos de crisis, pero también para compartir nuevas narrativas de recuperación, que iluminan de esperanza el proceso de aquellos que aún están en el camino.

CONCLUSIONES

Los grupos multifamiliares son espacios terapéuticos que permiten integrar a la familia y a la red social en el tratamiento de personas con sufrimiento psíquico grave. Al desplazar el foco del paciente designado y ampliar la mirada a su contexto familiar, social e histórico, se abre la posibilidad de iniciar un proceso terapéutico que beneficie tanto a la persona como a su familia. En paralelo, el grupo multifamiliar supone una red comunitaria de sostén para cada uno de sus miembros, y permite que los valores de respeto, acogida y ayuda mutua permeen en la familia y en la sociedad.

Por otra parte, el formato de grupo grande, del cual se pueden beneficiar un número elevado de personas de forma simultánea, supone un encuadre eficiente y especialmente adecuado para la atención en la red sanitaria pública.

La vinculación de una familia al grupo multifamiliar es un proceso complejo, donde pueden aparecer reticencias, dudas e inseguridades. El estigma sobre los problemas de salud mental, las culpas o el miedo al juicio son importantes barreras. La tendencia a una mirada individualista en la sociedad actual y el temor a involucrarse en la problemática de otros es otro factor destacado. Por ello, es imprescindible la concienciación y formación de los equipos profesionales y de las instituciones en los beneficios potenciales de los grupos multifamiliares. Se necesita que todo el sistema dé apoyo a la puesta en marcha y sostén de este tipo de espacios terapéuticos, a lo que esperamos contribuya el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) García Badaracco JE. Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones, 1990.
- (2) Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord.* 2004; (18)1: 36–51.
- (3) World Health Organisation. Mental health and development: Targeting people with health conditions as a vulnerable group. Geneva: WHO Press, 2010.
- (4) Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. Myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull.* 2013; 39(6):1363–72.

- (5) Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993; 16(4): 11-23.
- (6) García Badaracco JE. *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Barcelona: Paidós, 2000.
- (7) Foulkes SH, Anthony EJ. *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaop, 2007.
- (8) García Martínez AN. Algunos fundamentos eliasianos para la teorización grupoanalítica. *Teoría y Práctica Grupoanalítica*. 2011; 1(2):405–18.
- (9) López Atienza JL, Blajakis I. El aporte de los grupos multifamiliares a la salud mental. En: Orihuela T, Cantero L, López A (comp.). *La asistencia personal en salud mental*. Valladolid: Fundación Intrás, 2019; pp. 149-165.
- (10) Marrone M, Diamond N. *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Prismática, 2009.
- (11) Varese, F, Smeets, F, Drukker, M, Lieveise, R, Lataster, T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*. 2012; 38(4): 661–671.
- (12) Giebel C, McIntyre JC, Alfirevic A, Corcoran R, Daras K, Downing J, et al. The longitudinal NIHR ARC North West Coast Household Health Survey: exploring health inequalities in disadvantaged communities. *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1257.
- (13) Johnstone L, Boyle M. The Power Threat Meaning Framework: An alternative mental health and development: Targeting nondiagnostic conceptual system. *J Humanist Psychol*. 2018. [Consultado el 3 de agosto de 2024] Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022167818793289>
- (14) Seikkula J, Arnkil TE. *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder, 2016.
- (15) Balcells-Oliveró MM, Nuño L, Freixa N, Domínguez I, Pons I, Alcover E, et al. *Shared reflection to m,s doctoral*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2023.
- (16) Gelin Z, Cook-Darzens S, Hendrick S. The evidence base for multiple family therapy in psychiatric disorders: a review (part 1). *J Fam Ther*. 2018; 40(3): 302–25.
- (17) Domínguez Vázquez I. *Diálogo, grupo y red social: estrategias para el abordaje comunitario en salud mental [Tesis doctoral]*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2023.
- (18) Domínguez Vázquez I, Nuño Gómez L, Freixa Fontanals N, Hidalgo Arjona C, Cervera G, Corominas Díaz A, et al. Multifamily therapy in the community mental health network: A pragmatic randomized and controlled study. *J Marital Fam Ther*. 2023; 49: 205-221.
- (19) Domínguez Vázquez I. La mente ampliada: descripción y análisis de un grupo multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional* 2020; 19. [Consultado el 3 de agosto de 2024] Disponible en: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_1238768133.pdf
- (20) Wallin DJ. *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 2012.
- (21) De Maré P. *Textos escogidos*. Barcelona: Cegaop Press, 2010.