



Padres y educación en la era digital

Edición preparada por:
Isabel Martínez Sánchez

169 colección
estudios

**PADRES Y EDUCACIÓN
EN LA ERA DIGITAL**

PADRES Y EDUCACIÓN EN LA ERA DIGITAL

Edición preparada por:
Isabel Martínez Sánchez



Ediciones de la Universidad
de Castilla-La Mancha

Cuenca, 2021

PADRES Y EDUCACIÓN EN LA ERA DIGITAL / edición preparada por Isabel Martínez Sánchez. – Cuenca : Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2020
120 p. ; 24 cm.– (Estudios ; 169)
ISBN 978-84-9044-369-9
1.Relacionesescuela/comunidadyrelacionesescuela/hogar2.InternetenlaenseñanzaI.Martínez Sánchez, Isabel, ed. lit. II. Universidad de Castilla-La Mancha, ed. III. Título IV. Serie 004.738.5:37
159.9
JNKP – VFXC1 -

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación solo puede ser realizada con la autorización de EDICIONES DE LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos – www.cedro.org), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

- © de los textos e imágenes: sus autores.
- © de la edición: Universidad de Castilla-La Mancha.

Edita: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Colección ESTUDIOS n.º 169.

Diseño de la colección:
C.I.D.I. (Universidad de Castilla-La Mancha).



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

ISSN-L: 2255-2618

I.S.B.N.: 978-84-9044-369-9 (Edición impresa)

I.S.B.N.: 978-84-9044-428-3 (Edición electrónica)

D.O.I.: http://doi.org/10.18239/estudios_2021.169.00 (Edición electrónica)

D.L.: CU 70-2020

Composición: Compobell

Impresión: Masquelibros

Hecho en España (U.E.) – *Made in Spain (E.U.)*



Esta obra se encuentra bajo una licencia internacional Creative Commons CC BY 4.0.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra no incluida en la licencia Creative Commons CC BY 4.0 solo puede ser realizada con la autorización expresa de los titulares, salvo excepción prevista por la ley. Puede Vd. acceder al texto completo de la licencia en este enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Autores | 11 |
| La era digital: el uso de la red y el ciberacoso | 15 |
| <i>Isabel Martínez y Leoncio Camino</i> | |
| Retos de investigación en la era digital: estilos educativos parentales | 27 |
| <i>Fernando García</i> | |
| La encrucijada de la adolescencia en la sociedad digital: ¿qué pueden hacer los padres? | 39 |
| <i>Óscar F. García</i> | |
| Perspectivas teóricas en el estudio del desarrollo humano: la escuela y la familia como oportunidad para el desarrollo | 49 |
| <i>Óscar F. García y Emilia Serra</i> | |
| Carencias en la educación matemática en la actualidad. ¿En qué fallamos desde hace más de 20 años? | 59 |
| <i>Laura Jiménez Márquez</i> | |
| Familia y salud mental en la actualidad. Intervención multifamiliar en un centro de rehabilitación laboral. | 75 |
| <i>Carlos Vaquero, Alicia Alfageme y Montserrat Cebollero</i> | |
| El desarrollo de los vínculos en la sociedad actual: dependencia, confianza o control | 91 |
| <i>Isis Torres Mendoza y Cristina Serna Sarrato</i> | |
| Usos educativos del videojuego: claves para padres y educadores | 99 |
| <i>Ruth García Martín</i> | |

TABLE OF CONTENTS

| | |
|--|----|
| Authors | 11 |
| Digital era: The use of internet and cyberbullying | 15 |
| <i>Isabel Martínez y Leoncio Camino</i> | |
| Research challenges in the digital era: Parental education styles | 27 |
| <i>Fernando García</i> | |
| The crossroads of adolescence in the digital society: What can parents do? .. | 39 |
| <i>Óscar F. García</i> | |
| Theoretical perspectives in the study of human development: The school and the family as an opportunity for development | 49 |
| <i>Óscar F. García y Emilia Serra</i> | |
| Shortcomings in mathematical education today. Where have we failed for more than 20 years? | 59 |
| <i>Laura Jiménez Márquez</i> | |
| Family and mental health today. Multi-family intervention in a laboral rehabilitation center | 75 |
| <i>Carlos Vaquero, Alicia Alfageme y Montserrat Cebollero</i> | |
| The development of attachment in actual society: dependence, trust or control | 91 |
| <i>Isis Torres Mendoza y Cristina Serna Sarrato</i> | |
| Educational uses of videogames: Keys for parents and educators | 99 |
| <i>Ruth García Martín</i> | |

FAMILIA Y SALUD MENTAL EN LA ACTUALIDAD. INTERVENCIÓN MULTIFAMILIAR EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL

FAMILY AND MENTAL HEALTH TODAY. MULTI-FAMILY INTERVENTION IN A LABORAL REHABILITATION CENTER

CARLOS VAQUERO¹, ALICIA ALFAGEME¹ Y MONTSERRAT CEBOLLERO²

1. Centro de Rehabilitación laboral (CRL) Aranjuez

2. Centro de Rehabilitación Laboral de Latina,

Ambos centros pertenecientes a la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Natalidad de la Comunidad de Madrid (Gestión técnica Grupo 5)

http://doi.org/10.18239/estudios_2021.169.06

Resumen:

El presente artículo expone una intervención multifamiliar desarrollada desde un Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) de la Red Pública de Atención Social a Personas con Trastorno Mental Severo y Duradero de la Comunidad de Madrid. Estos centros tienen como objetivo final la inserción laboral de las personas atendidas mediante la adquisición, mejora y mantenimiento de habilidades y competencias sociolaborales y psicosociales. Para ello se trabaja de manera directa con los individuos, el entorno laboral, formativo y social y también con sus familias. El presente artículo ofrece una breve explicación de los CRL, así como una descripción de la intervención con las familias y las personas atendidas, desde la metodología utilizada, el grupo multifamiliar. Se ofrecen resultados de la intervención mediante esta herramienta.

Palabras clave: Grupo multifamiliar, enfermedad mental, centro de rehabilitación laboral.

Abstract:

This article presents a multifamily intervention developed from a laboral Rehabilitation Center (CRL) of the Public Network of Social Care for People with Severe Mental Disorder (SMD) of the Community of Madrid. These resources have as final objective the job insertion of the people through the developing, improvement and maintenance of psychosocial skills and competences for get a job. The CRL work directly with people, business, training resources and social environment and also with the families of people with SMD. This article offers a brief explanation of the CRLs, as well as a description of the intervention with the families and people served, from the methodology used, the multifamily group. Intervention results are offered using this tool.

Key words: multifamiliar group, mental illness, work rehabilitation center.

1. INTRODUCCIÓN

La Red Pública de Atención Social a Personas con Trastorno Mental Severo y Duradero de la Comunidad de Madrid (en adelante la Red) se creó hace 30 años en el contexto de la reforma de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril de 1986 que en su artículo veinte indicaba cuatro cuestiones que resultaron fundamentales para la creación y desarrollo de la misma:

1. “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizarán en el ámbito comunitario...”.
2. “La hospitalización... se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales”.
3. “Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social..., buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales”.
4. “...sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria...”.

Esta Ley, por tanto, sentó las bases legales para una atención de carácter socio-sanitario que proporcionara una intervención integral aunando ambas áreas, la sanitaria y la social. Esta concepción permitió la aparición de esta Red y otras de características similares distribuidas en el territorio español, en un contexto en el que se aspiraba a la desaparición de los hospitales psiquiátricos para brindar este

tipo de atención en contextos sanitarios ordinarios y recursos de atención psicosocial. Hoy en día, los hospitales psiquiátricos continúan abiertos con sus unidades de hospitalización prolongada, media y breve con un número de camas relevante, si bien la atención en los hospitales generales se ha consolidado, así como, la atención psicosocial mediante una Red de recursos dirigidos a tal fin que, en la Comunidad de Madrid tiene especial desarrollo y relevancia.

Centrando la exposición en esta Red, los recursos de atención psicosocial pueden encuadrarse en dos tipologías generales, atención residencial y ambulatoria. En las siguientes imágenes se pueden ver los principales recursos en función de esto.

Imagen 1. Tipología de recursos ambulatorios de la Red.



La intervención sociosanitaria requiere de una coordinación directa y continua entre los recursos sanitarios y los psicosociales, donde la labor de coordinación de la intervención recae sobre la figura de Continuidad de Cuidados, que generalmente desempeña personal de Trabajo Social o Enfermería encuadrado en los Centros de Salud Mental (CSM). Estas personas se encargan de la gestión y seguimiento del caso y, junto con los responsables médicos realizan la derivación a los recursos de la Red, de tal manera que resultan la vía de entrada en la misma. Para ello se utiliza un Protocolo de Continuidad de Cuidados (PCC) que recoge la información sanitaria y psicosocial relevante de la persona y los objetivos de

Imagen 2. Tipología de recursos residenciales de la Red.



derivación por los que la persona acude al centro/servicio. Una vez realizada la derivación, se inicia el proceso de entrada al recurso. Aunque este proceso es similar en los diferentes recursos, nos centraremos en el realizado en los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). Se comienza con una entrevista de acogida, que da paso al proceso de evaluación inicial tras el cual, se elabora un documento que resume dicha evaluación y que sirve para indicar los objetivos de intervención con la persona. Una vez realizado esto, se inicia el proceso de intervención que se revisa con carácter semestral y que finalizaría con la inserción laboral de la persona, que supone uno de los objetivos prioritarios de los CRL. Sin embargo, aquí no finaliza la intervención del centro, sino que tendría continuidad con el proceso de seguimiento laboral para tratar de que la inserción laboral se consolide, tras lo cual, la intervención finaliza con la salida de la persona del recurso concluyendo así el proceso iniciado (ver imagen 3). Este proceso puede verse interrumpido por decisión de la persona de abandonar la intervención, algo que es posible al tratarse de centros abiertos y voluntarios a los que la persona acude de manera libre y que de la misma manera puede decidir abandonar. El propio

equipo de profesionales también puede plantear la baja de del recurso por no ajustarse al perfil, necesidades, la propia evolución del caso, la conveniencia de derivación a otro recurso, etc.

Imagen 3. Procesos de atención en los CRL.



Estos procesos se llevan a cabo en los centros por un equipo interdisciplinar que se responsabiliza de diferentes áreas relevantes para los procesos de evaluación, intervención y seguimiento. Están formados por:

- Psicólogo/a.
- Terapeuta Ocupacional.
- Técnico de Apoyo a la Inserción Laboral.
- Preparador/a Laboral.
- Maestros de taller.
- Administrativo/a.
- Director/a

El perfil de personas atendidas es el de tener un trastorno mental grave, no estar en situación de descompensación psicopatológica no controlada, tener una motivación mínima por cuestiones laborales y estar en una franja de edad de entre 18-50 años con flexibilidad en este límite superior.

A pesar que la intervención va dirigida fundamentalmente a las personas derivadas, otros de los objetivos de intervención resulta ser la familia o unidad de convivencia de la persona. Con la reforma psiquiátrica amparada por la Ley antes mencionada, se planteó la necesidad de realizar una atención psicosocial que suponía la salida de las personas de los hospitales para su integración en la comunidad. Esto supuso, en muchos casos, que las personas retornaran a su contexto familiar, de manera que, si bien por una parte se ofreció la posibilidad a la persona de reintegrarse socialmente, por otra, las familias tuvieron que hacerse cargo del apoyo y sostén convivencial y supusieron el principal soporte para que la salida de los hospitales pudiera llevarse a cabo (Vallina y Lemos, 2000). Es por esto que se planteó

como necesaria la atención complementaria a las familias en los centros de atención social entre los que se incluyen los CRL.

Se recomienda la intervención con las familias porque reduce los reingresos hospitalarios de manera importante, generan cambios de forma más rápida que las intervenciones individuales y son eficientes en tiempo y coste (Laqueur, 1976). Estas intervenciones pueden ser de diversos tipos. Tradicionalmente se han utilizado sesiones psicoeducativas que permiten a las familias la adquisición de información sobre las características clínicas y de evolución, proporciona alternativas de afrontamiento, habilidades de comunicación y de intervención en crisis (Palma et al., 2019; Elis et al., 2013, Rodríguez 2006, Gómez y Moya, 2010) con el objetivo de mejorar la relación entre los miembros de la familia y la persona afectada por un problema de TMG. Estos grupos están dirigidos a las familias y son ellas las principales receptoras de la intervención sin la participación de la persona afectada. De forma paralela, en los años 60 comienzan a desarrollarse en Estados Unidos y Latinoamérica los grupos Multifamiliares (Laqueur, 1976) que fueron evolucionando con diferente formato. Foster recoge la obra de Laqueur y propone que si queremos conocer un sistema, debemos ver *“lo que realmente hace y no lo que dice que hace”* (Foster, 1991). McFarlane propone una intervención psicoeducativa y Badaracco *“un modelo de convivencia y solidaridad... un contexto que ofrece la posibilidad de restablecer una comunicación normal con un entorno humano real... hace que un ser humano se ligue de manera saludable y vital con su familia y su medio social, poniendo en juego su propia capacidad”* (Badaracco, 2012).

Una de las diferencias fundamentales entre la intervención familiar tradicional y la multifamiliar es que, en esta última, las personas afectadas forman parte del grupo. La lógica de funcionamiento de los CRL que sitúa a la persona atendida en un lugar central de la intervención en el que se le proporciona el papel protagonista principal en su proceso, lleva de forma natural hacia una intervención familiar que da continuidad a esta línea de atención. El abordaje multifamiliar continúa dando protagonismo a la persona afectada y permite además, en palabras de Foster, la oportunidad de recuperación en un *espacio social* para la familia. Desde el CRL Aranjuez iniciamos la atención multifamiliar en el año 2016 con un pequeño número de familias para tratar de dar respuesta a algunas cuestiones.

2. OBJETIVOS

- Conocer el clima familiar y contribuir a su mejora.
- Conocer la existencia de sobrecarga familiar y en su caso reducirla.
- Reducir los niveles de Emoción Expresada observados en citas individuales.
- Generar red de apoyo mutuo.

- Generar desplazamiento de roles tanto en las personas atendidas como en sus familias.

3. MÉTODO

La muestra estuvo compuesta en su totalidad por personas atendidas en el CRL Aranjuez y sus familiares, se contó con un total de 30 personas de las cuales 18 eran familiares y 12 usuarios/as del recurso. Todas las personas participaron de manera voluntaria. Sin embargo, a pesar que se contó con una muestra inicial de 30 personas, en la medida post quedó reducida a 10 por dificultades en la recogida de información, en algunos casos por negativa a realizar las escalas antes de su salida del grupo y en otras por errores en la realización de la prueba.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Inclusión

- Personas con TMG.
- Familiares o personas cercanas al usuario/a del centro.
- Que las personas atendidas en el grupo tengan, al menos, un objetivo de intervención familiar entre los planteados en su Plan Individualizado de Integración Laboral (PIRL).
- Que las personas atendidas y sus familiares acepten participar en el grupo.

Exclusión

- Ausencia de objetivos de intervención familiar en el PIRL.
- Falta de compromiso familiar por la mejora de las relaciones (ausencia a citas previas a la incorporación al grupo o reiteradas faltas de asistencia al mismo).

El grupo cuenta con, al menos, dos facilitadores que ayudan en el desarrollo del mismo y que tienen un rol de horizontalidad evitando en todo momento imponer los contenidos de las sesiones. Son las familias o personas atendidas, las que aportan los contenidos, mientras que los profesionales facilitan que se generen dinámicas de relación adaptativas que permitan una mejora de los objetivos planteados. Los contenidos sólo son aportados por los profesionales cuando después de un tiempo prolongado, el grupo no aporte material de trabajo. Por tanto, se trata de una interacción con la lógica de relación entre expertos, expertos en el área de conocimiento (psicología, trabajo social, etc...) y expertos de vida.

4. EVALUACIÓN

La evaluación cuantitativa se realizó a partir de los siguientes cuestionarios:

- Escala de Clima Social Familiar (Moos, Moos y Trickett, 1989; Casullo, 2009).

Esta escala se compone de 3 dimensiones: Relacional (en la que se recogen

aspectos vinculados a la relaciones entre los miembros de la familia), Desarrollo (que tiene que ver con la posibilidad de tener y desarrollar metas personales dentro del ámbito familiar) y Estabilidad (relacionada con si las relaciones intrafamiliares son estables o hay poca consistencia en las mismas).

- Escala de niveles de Emoción expresada (Cole y Kazarian, 1988. Sepúlveda, Anastasiadou, Del Río, Graell, 2012).
- Escala sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit, 1982. Buitrón, 2018).

Estas pruebas se realizaron antes de iniciar la participación en el grupo y los resultados sirvieron como línea base y posteriormente, al menos, una vez al año, se trató de administrar la prueba de nuevo hasta que finalice su participación. Si la persona abandonaba de forma voluntaria el grupo antes de lo previsto, se intenta en la medida de lo posible, administrar las escalas para tener información cualitativa post. En el presente artículo, se cuenta con dos medidas, una en el momento inicial y otra al año de puesta en marcha del grupo.

Por otra parte, se recoge información cualitativa mediante observación directa durante las sesiones, y con la grabación en vídeo de las mismas. Para la recogida de información en vídeo, se solicita a todas las personas que participan, la firma de un documento de cesión de imagen. En caso de no firmarlo, pero estar interesado en participar en el grupo, se le solicita que se sitúe en un lugar en el que su imagen no quede grabada durante las sesiones. El material obtenido de las grabaciones sólo será utilizado para la supervisión de las sesiones por parte del equipo de profesionales, así como para su uso de cara a investigaciones futuras.

La observación directa, permite la realización de una sesión postgrupo al finalizar cada reunión, en la que los facilitadores analizan lo sucedido durante el desarrollo del grupo y las diferentes situaciones, interacciones, etc, que se hayan producido. Esta sesión postgrupo, también tiene como finalidad revisar la participación de los profesionales, analizar las interacciones y objetivos intersesión abordados, así como la descarga por parte de los mismos, de manera que puedan airearse aspectos relacionales que reduzcan la sobrecarga profesional.

5. RESULTADOS

El gráfico 1 muestra los resultados de la escala de Clima Social Familiar en las personas atendidas en el centro. En el mismo se aprecia como tras un año de intervención mejora la percepción del clima familiar respecto a los datos iniciales. Las personas atendidas muestran una mejor comunicación intrafamiliar, con mayor libertad para expresarse y menor sensación de conflicto. Por otra parte, se evidencia la posibilidad de desarrollarse en ámbitos personales con mayor apoyo por parte de la familia y cierta mejora en la cohesión y organización de la familia.

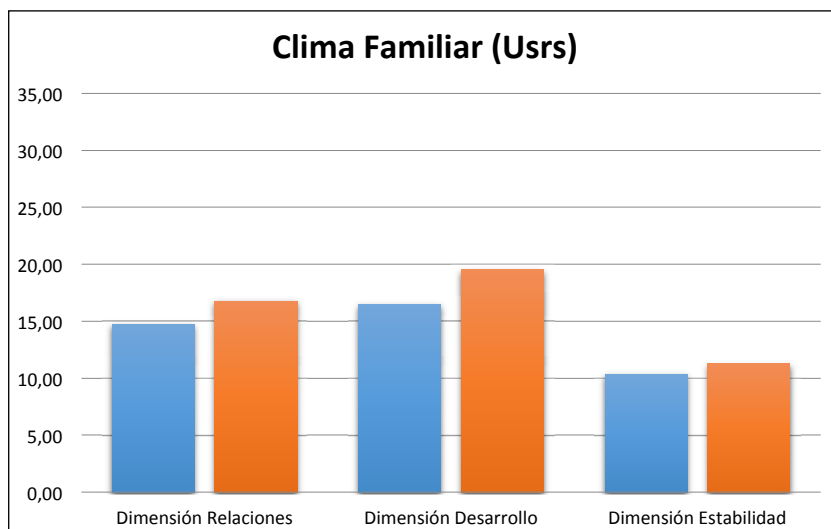


Gráfico 1. Resultados dimensiones de la Escala FES en usuarios del CRL.

El gráfico 2 muestra los resultados por componentes dimensionales en la escala de clima familiar de los usuarios del centro y viene a evidenciar que excepto en “Social-Educativo” y “Control”, en el resto de factores se evidencian unas mejores puntuaciones indicativas de la mejora del clima social.

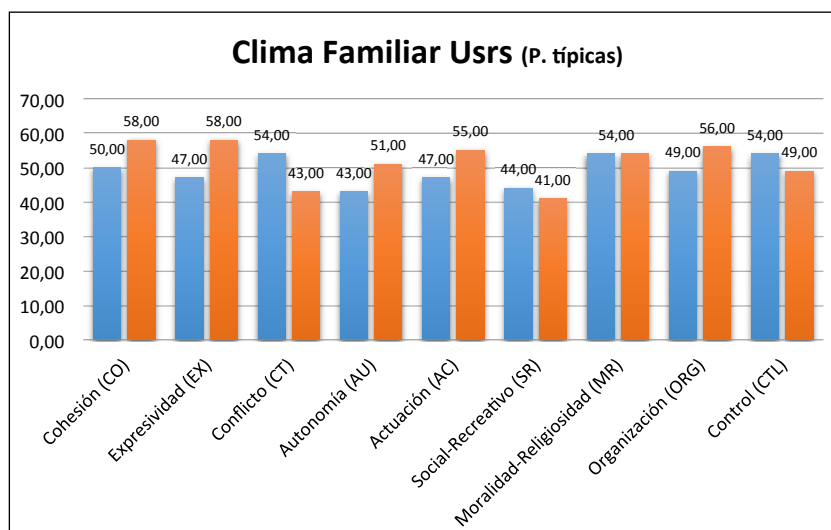


Gráfico 2. Resultados componentes FES en usuarios del CRL.

En el gráfico 3, se presentan los resultados que obtiene la familia en la Escala de clima familiar y llama la atención, que estos muestran una dinámica contraria a la de sus familiares. En este caso, se aprecia una disminución en la dimensión “Relaciones”, lo que supondría una mayor conflictiva y menor facilidad para expresarse en el entorno familiar. De la misma forma, se aprecia un menor apoyo ante la posibilidad de desarrollar cuestiones personales por parte de los familiares, sin embargo, manifiestan una mejora en la capacidad para controlar la situación y mejor organización interna.

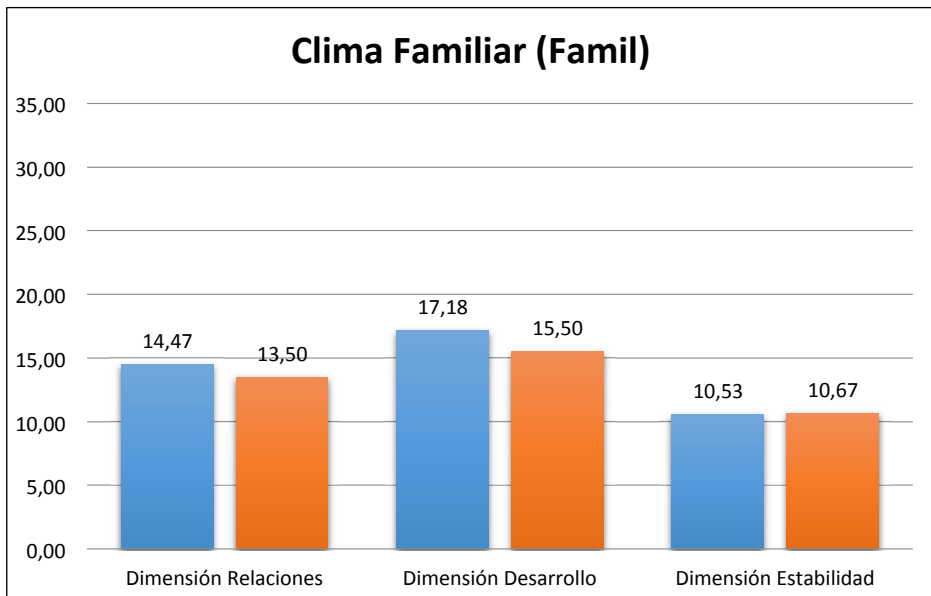


Gráfico 3. Resultados FES en familiares de persona con TMG.

En el gráfico 4 se muestran los resultados de los componentes analizados en las familias y, aunque en términos dimensionales se podría apreciar un empeoramiento del clima familiar, al analizar los componentes, se pueden matizar los resultados. Se aprecia un descenso en un aspecto importante como es el “Conflicto”. También se reduce la “Cohesión”, algo que parece razonable cuando la persona afectada adquiere un rol más activo. La reducción del “Control” también es una cuestión que podría entenderse como positiva si la relacionamos con una menor necesidad de supervisión o sobreimplicación familiar. Por último, el hecho de que se reduzcan las actividades “Social-Recreativas” se espera que sea algo temporal o explicado por otras variables alternativas a la relación familiar.

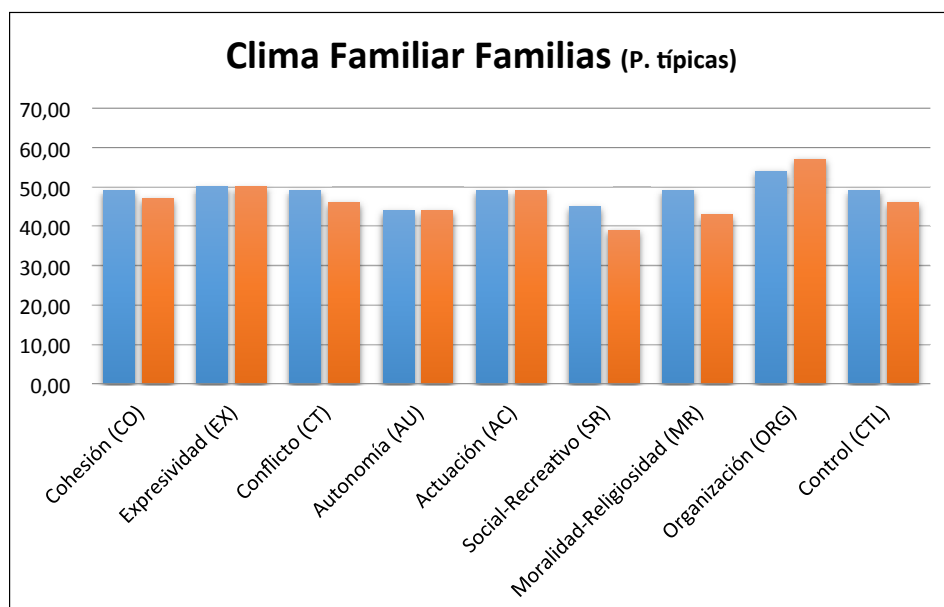


Gráfico 4. Resultados componentes FES en familiares de personas con TMG.

Estos resultados podrían poner de manifiesto una reorganización intrafamiliar que genera valoración positiva por parte de los “pacientes designados”, pero peor valoración por parte de su familia. Cuando la persona comienza a desarrollar y avanza en su proceso de recuperación y vuelve a tener la capacidad para aportar desde un rol activo diferente al de enfermo, es frecuente que se requiera de la redistribución de roles en el contexto familiar, esto puede hacer que la valoración de los cambios se considere de una forma negativa por parte de las personas que tenían un rol más destacado o activo y tienen que modificarlo.

En el gráfico 5 se muestran los resultados de la Escala de Emoción Expresada que se administró a los familiares y se evidencia una disminución en los dos factores negativos “Intrusismo” y “Hostilidad”, indicativos de un mejor trato porque se combina con el incremento con las puntuaciones de “Actitud hacia la enfermedad” y “Tolerancia” que se corresponden con una mayor comprensión de las dificultades de su familiar asociadas al problema de salud mental, y menor carga en las actitudes y comportamientos negativos vinculados a creencias de que las dificultades se relacionan con actitudes voluntarias de este.

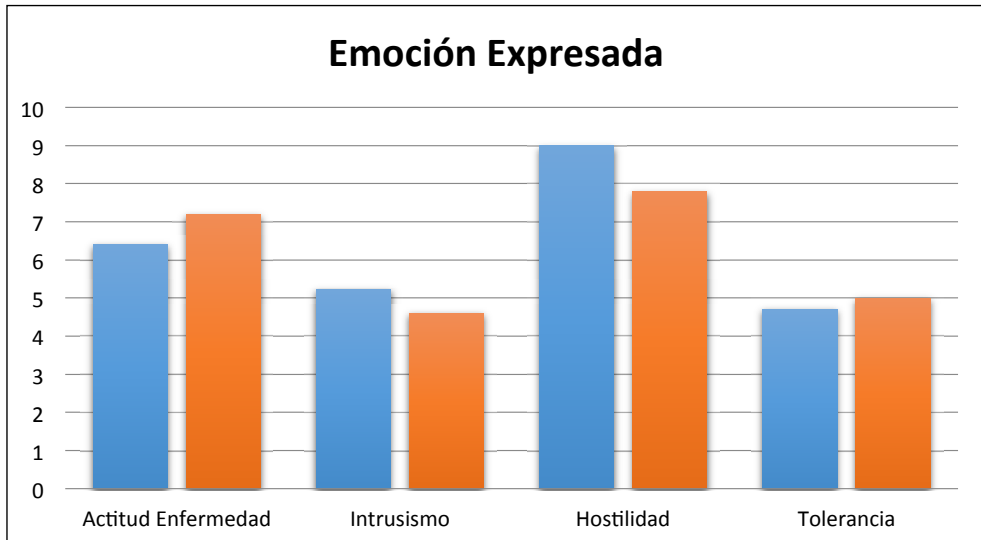


Gráfico 5. Resultados de la Escala de Emoción Expresada.

Por último, en el gráfico 6 se presentan las puntuaciones de las familias en la Escala sobre la carga del cuidador. El rango 47-55 indicaría sobrecarga, por debajo de este rango las puntuaciones se corresponden con menor sobrecarga a medida que se reducen, con un mínimo de puntuación situado en 22 indicativa de ausencia de esta. Por encima de 55, las puntuaciones representan sobrecarga intensa, hasta llegar a puntuaciones cercanas a 110 que sería la máxima expresión de sobrecarga. En las puntuaciones aquí recogidas se aprecian dos cuestiones. Por una parte, que desde la medida pre, las familias se sitúan en puntuaciones cercanas, pero por debajo del rango de sobrecarga, y por otra, que tras la intervención, la puntuación de sobrecarga se distancia aún más de los rangos indicativos de carga respecto al cuidado del familiar, lo que indica efectividad en la intervención multifamiliar para conseguir que la sensación de sobrecarga en las familias se reduzca.

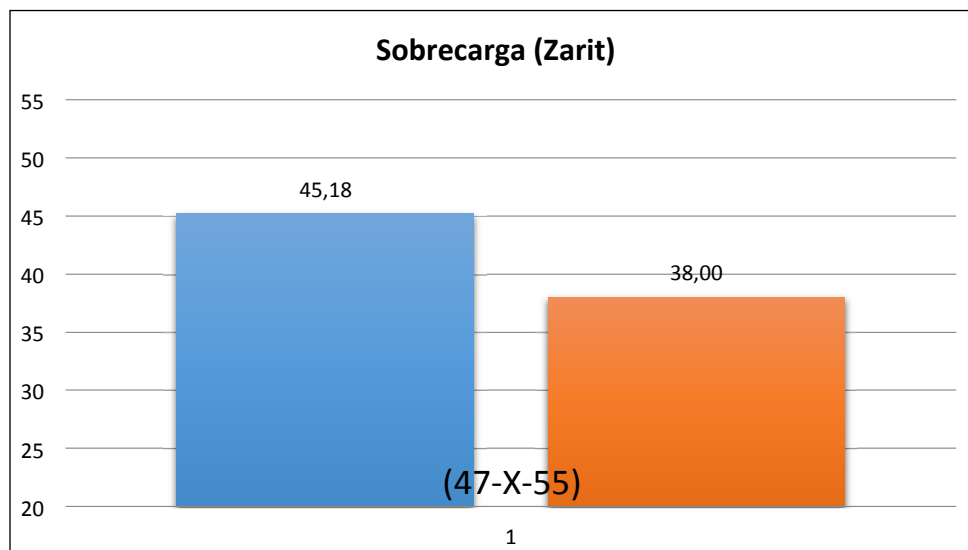


Gráfico 6. Resultados sobrecarga familiar.

6. DISCUSIÓN

Si bien en el presente artículo se muestran las puntuaciones sin tratamiento estadístico que permita conocer la significación de los resultados, se puede aventurar la previsible bondad de la intervención respecto a los objetivos planteados. Cuando la muestra sea mayor, se realizará un análisis más detallado que permitirá concluir de manera contundente estas apreciaciones iniciales.

En cualquier caso, parece que las personas atendidas en los centros aprecian una mejora en la relación familiar. Aunque no parece que los familiares también mejoren en clima familiar, en base a las puntuaciones que obtienen en el FES, en citas para valorar de manera cualitativa la utilidad del grupo, reconocen menor conflictividad intrafamiliar, así como mejoría en la relación con su familiar. También se aprecia una posible pérdida de control sobre la situación familiar que no tiene que estar relacionada, necesariamente, con cuestiones negativas, sino posiblemente con la necesidad de cambio de roles dentro del entorno familiar, con el consiguiente ajuste requerido por parte de todos los miembros de la unidad de convivencia para adaptarse a los cambios.

Se aprecia menores niveles de Emoción Expresada tras la intervención, algo que contribuye a reducir las recaídas de las personas afectadas por un problema de salud mental grave y a mejorar las relaciones y las probabilidades de recuperación.

Además, es posible que la reducción de las verbalizaciones y actitudes críticas hacia el familiar, permitan la mejora del clima familiar y el establecimiento de relaciones más cercanas y positivas entre los miembros de la familia. Un ejemplo de esto es lo que algunas de las personas atendidas en el CRL comentaban en sesiones multifamiliares “...*desde hace unos meses discutimos menos en casa... (Pedro)*”, “...*la comunicación en casa ha mejorado... (Daniel)*”.

Parece que el clima familiar mejora, algo que pueden avalar los resultados cuantitativos en el caso de las personas atendidas, si bien no con la misma claridad que en los familiares. Esto se confirma cuando en sesiones individuales con familiares y personas atendidas estos verbalizan mejoría en la relación. Se podría afirmar por tanto, que la intervención familiar contribuye a mejorar la calidad en las relaciones intrafamiliares y con ello a reducir las situaciones de estrés generadas por el entorno familiar, facilitando así la aproximación a un entorno favorecedor de los procesos de recuperación de las personas atendidas.

Por otra parte, es frecuente que cuando las llegan al grupo junto con sus familiares, los/as usuarios/as se encuentren en momentos iniciales de su proceso de recuperación y rehabilitación laboral, y a medida que esta intervención multifamiliar avanza, la confianza de la familia se incrementa de manera progresiva, algo que se evidencia en el cambio de verbalizaciones en los familiares para referirse a su hijo, hermano o pareja afectadas por el problema de salud mental, lo que, acompañado de la intervención propia con la persona en el CRL, parece contribuir a modificar de manera progresiva el rol con el que la persona llega al centro, más vinculado a limitaciones, o incapacidades. A medida que se avanza la intervención multifamiliar y socio laboral, la persona se aproxima a un rol productivo en el que comienzan a aparecer intereses por cuestiones formativas o laborales y por desempeñar roles más activos en el entorno familiar, social y laboral. Esto suele ir unido además a cambios en los discursos familiares que también empiezan a percibir a la persona con más capacidades para realizar actividades productivas que requieren de una menor supervisión o implicación directa por parte de la familia. Sirvan de ejemplo dos relatos de una madre y su hijo “...*ahora tengo menos miedo a dejar que haga cosas solo, por ejemplo que vaya a Madrid... (Rosario madre de una persona atendida en el CRL)*”; “...*el otro día tuve que ir a renovar el certificado de discapacidad, le pedí a mi madre que me dejara ir solo y no me pasó nada... (Daniel, Usuario del CRL)*”.

Por último, el contacto entre familias con esta problemática favorece la sensación de pertenencia a un grupo mayor que la propia familia y reduce el aislamiento que, en ocasiones tiene la unidad familiar al completo. A continuación se recoge un ejemplo aportado por una de las familias participantes “...“...*El fin de semana pasado, por primera vez en los últimos 4 años, nos hemos ido su padre y yo de fin de semana y él se ha quedado en casa..., y no ha pasado nada... (M^a Ángeles, madre de una*

persona atendida en el CRL)". Los miembros de las familias expresan que el hecho de compartir sus experiencias con otras familias que tienen situaciones similares, les ayuda a sentirse comprendidas y con una menor sensación de ser únicas, al comprobar que muchas de las problemáticas de relación son compartidas por otras unidades familiares o miembros de familias.

Por tanto, parece que la intervención multifamiliar llevada a cabo en el CRL Aranjuez, ha mejorado las relaciones intrafamiliares y se han logrado, sino alcanzar, aproximarse a los objetivos planteados antes de poner en marcha el grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaín, E., Colís, J.A., Galilea, V., Lavado, A.I., Muñiz, E., Nicolás, M., ... Sobrino, T. (2001). Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. (Cuadernos técnicos de servicios sociales, 14). Madrid, España: Consejería de Servicios Sociales.
- Buitrón, JM. (2018). Consideraciones acerca de la interpretación de la escala de Zarit en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Aten Primaria*. 50, 7, 443-447. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.0090212-6567/>
- Casullo, GL. (2009). Algunas consideraciones acerca del clima social y su evaluación. T. y T. de exploración y diagnóstico Módulo I, Cátedra I. Ficha de cátedra nº 4. Universidad de Buenos Aires Facultad de Psicología. Buenos Aires. Argentina.
- Elis, O., Caponigro, J.M y Kring, A.M. (2013). Psychosocial treatment form negative symptoms in schizophrenia: currents practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33, 914-928. <https://doi.org/10.1016/j.crp.2013.07.001>
- Foster, L.N. (1991). Addiction and Multiple Family Group Therapy. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 34 Recuperado de www.multiplefamilygrouptherapy.com
- Foster, L.N. (1993). Why does multiple family group therapy work with chemically dependent and other at-risk families? MFTG Resource Center Homepage. Artículo núm 3. Recuperado de www.multiplefamilygrouptherapy.com
- García Badaracco, J. E. (2012). ¿Cómo se comienza un Grupo Multifamiliar? Teoría y práctica grupoanalítica. 2, 1. 21-4
- Gómez, I., Moya, L. (2010). Abordaje terapéutico grupal en salud mental. Experiencia en hospital de día. Madrid, España. Pirámide.
- Laqueur, H. P (1976). Multiple family therapy. En P.J. Guerin (Ed.) *Family therapy, theory and practice* (405-416). Nueva York, Estados Unidos: Gardner.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado (España), 102 de 29 de abril de 1986. Entrada en vigor el 19 de mayo de 1986. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York and London. Guilford Press.
- Moos, R H., Moos, BS., Tricket, EJ. (1989) *Escala de Clima Social, Familia, trabajo, Instituciones Penitenciarias, Centro Escolar. Adaptación Española, Manual 3ra Edición*. Madrid. TEA Investigación y Publicaciones Psicológicas.
- Palma, C., Gomis, O., Farriols, N., Frías, A., Gregorio, M., Palacio, A., Horta, A., Aliaga, F., Barón, F.J. (2019). La intervención familiar domiciliaria en psicosis: Análisis cualitativo de los cambios observados tras la psicoterapia. *Clínica y Salud*, 30, 147-154. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a21>
- Pastor, A. Blanco, A, Navarro, D (Coord). (2010) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid. España. Síntesis.
- Rodríguez, A (Coord). (2006). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, España. Pirámide.
- Sempere, J., Fuenzalida, C. (2017). *Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: La terapia hecha entre todos*. Madrid, España: Psimática Editorial.
- Sepúlveda, AR. Anastasiadou, D. del Río, AM. Graell, M. (2012). The Spanish Validation of Level of Expressed Emotion Scale for Relatives of People with Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*.15, 2, 825-839. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38894
- Vallina, O., Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 4, 671-681.
- Vilariño, M.P., Unzeta, B., Uría, T., Pérez, C., Guerra, E. (2019) *Aunando esfuerzos: Grupos multifamiliares en el abordaje de los trastornos de alimentación*. *Revista Clínica Contemporánea*, 10, e12, 1-18. <https://doi.org/10.5093/cc2010a9>