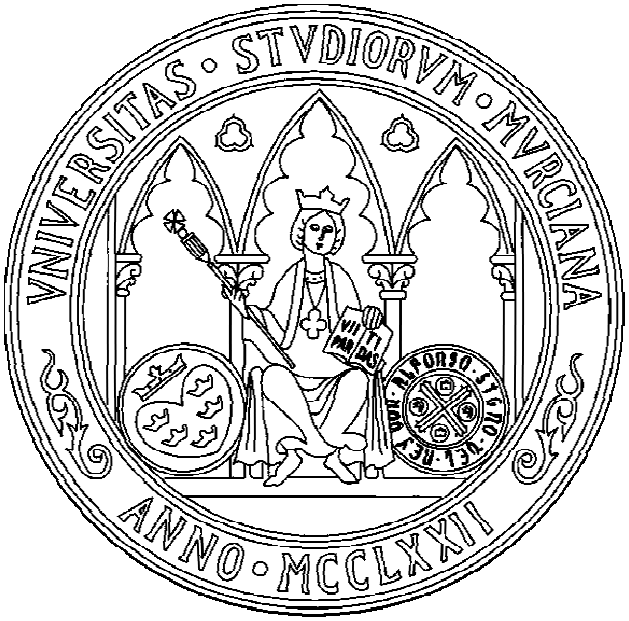
UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Terapia Interfamiliar: Análisis y Descripción de la Aplicación de un Nuevo Modelo de Terapia Multifamiliar

D. Javier Sempere Pérez

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA
Facultad de Medicina

Terapia Interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar

Javier Sempere Pérez
2015

Programa de Doctorado 2014/2015
Departamento de Ciencias Sociosanitarias
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina

TESIS DOCTORAL

"Terapia Interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar"

Doctorando: Javier Sempere Pérez

Directores: José Juan López Espín
Juan Rodado Martínez
Alberto Torres Cantero

Agradecimientos

A todos los que habéis confiado y creído en mí trabajo. De vosotros saqué la energía para seguir adelante y vencer miles de obstáculos.

A todos los que cuestionaron y desconfirmaron mi trabajo. Por ellos puse más empeño en hacerlo cada día mejor y demostrar su validez y eficacia.

A mis tutores.

A todos los participantes en los grupos interfamiliares quienes, sin ellos saberlo, fueron mis verdaderos maestros.

A Jorge García Badaracco, mi primer maestro.

A la meua familia,

Als meus amics,

A tu,

I a Compos i a Tela,

… que sempre heu estat al meu costat.

"De eso se trata, de coincidir con gente

que te haga ver cosas que tú no ves.

Que te enseñen a mirar con otros ojos".

Mario Benedetti

ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas 13

Índice de gráficos y figuras 17

Resumen 19

Abstract 19

1. Introducción 21

1.1 Contexto en el que aparece la Terapia Interfamiliar como nueva apuesta en la atención sociosanitaria 23

1.2 Terapias Multifamiliares. 30

1.2.1 Definición de la Terapia Multifamiliar. 30

1.2.2 Experiencias previas 33

1.2.3 Aspectos metodológicos 39

1.2.4 Mecanismos terapéuticos 46

1.2.5 Modelos 55

1.2.6 Investigación y evaluación en terapia multifamiliar 95

1.2.7 Formación del terapeuta multifamiliar 105

1.2.8 El momento actual de la terapia multifamiliar 108

2. Justificación del estudio 111

3. Objetivos e hipótesis 115

3.1 Objetivos 117

3.2 Hipótesis 118

4. Material y método 119

4.1 Diseño del estudio 121

4.2 Descripción de la muestra 121

4.3 Variables estudiadas e instrumentos de medición 122

4.4 Análisis estadístico 126

5. Resultados 129

5.1 Descripción y análisis del modelo de Terapia Interfamiliar 133

5.1.1 Descripción del cuerpo teórico 136

5.1.1.1 Bases teóricas 136

5.1.1.2 Principios fundamentales 141

5.1.1.2.1 Teoría del apego 142

5.1.1.2.2 Construccionismo social 148

5.1.1.2.3 Terapia grupal 154

5.1.1.2.4 Terapia de familia 164

5.1.1.2.5 Terapia social 173

5.1.1.2.6 Integración terapéutica 188

5.1.1.3 Bases neurobiológicas 193

5.1.2 Descripción de la metodología de aplicación. 205

5.1.2.1 El medio institucional 205

5.1.2.2 Objetivos 217

5.1.2.3 Normas 218

5.1.2.4 Resistencias 221

5.1.2.5 Crisis y conflictos en el grupo 224

5.1.2.6 Fases del grupo interfamiliar 225

5.1.2.7 Elementos técnicos de la conducción 231

5.1.2.8 La coordinación y supervisión 265

5.1.2.9 La formación del terapeuta interfamiliar 267

5.2. Descripción de las características de la población atendida en diversos espacios terapéuticos interfamiliares en un medio sanitario público y en otro privado de la provincia de Alicante. 271

5.2.1. Composición de los grupos interfamiliares: descripción de las características demográficas de los usuarios atendidos. 271

5.2.2. Descripción de la composición del grupo interfamiliar en función de ser o no paciente identificado y el parentesco que guardan los acompañantes 273

5.2.3. Características de la sintomatología de la población de estudio 276

5.2.4. Características y valoración de su clima familiar 282

5.3. Descripción de los cambios sintomáticos en los participantes en las sesiones terapéuticas interfamiliares en cortes temporales diferentes. 284

5.4. Descripción de los cambios en el clima familiar 303

5.5. Análisis de la valoración de los usuarios del espacio de terapia interfamiliar tras más de un año del inicio del tratamiento interfamiliar 308

5.5.1. Descripción de la valoración subjetiva de la experiencia en TIF 309

5.5.2. Descripción de la valoración del espacio interfamiliar respecto a otros espacios terapéuticos individuales o unifamiliares. 315

5.5.3. Descripción de diferencias en el consumo de psicofármacos 317

6. **Discusión** 319

7. Conclusiones 337

8. Referencias 341

9. Anexos 391

Anexo 1: “Estructuras patológicas familiares” (patrones de comunicación disfuncionales), según Laqueur, sobre las que intervenir desde el marco multifamiliar. 393

Anexo 2: Los seis factores determinantes de la capacidad de las familias, según Laqueur, para hacer frente a las dificultades del entorno y de beneficiarse del grupo terapéutico multifamiliar. 395

Anexo 3: Supuestos básicos de Foster respecto al funcionamiento de la familia. 397

Anexo 4: “Llaves para el cambio" en terapia multifamiliar según Foster. 399

Anexo 5: Puntos básicos de la conducción del grupo multifamiliar según Foster. 401

Anexo 6: Técnicas para dinamizar la conducción del grupo multifamiliar por Foster. 403

Anexo 7: Mensajes de Foster para invitar a las familias a la terapia multifamiliar. 405

Anexo 8: Rasgos comunes de las familias emocionalmente sanas según Foster. 407

Anexo 9: TEST SCL-90-R. 409

Anexo 10: Test E.R.I. de Evaluación de las relaciones intrafamiliares. 413

Anexo 11: Encuesta de evaluación de la terapia interfamiliar llevada a cabo tras al menos un año de iniciada la terapia y comparativa con terapias individuales y familiares. 415

Anexo 12: Aspectos definitorios de la mirada construccionista. 417

Anexo 13: La secuencia de aprendizaje interpersonal. 421

Anexo 14: El modelo epigenético del sistema organismo-medio. 423

Anexo 15: Estudios publicados sobre abandonos de tratamientos psicoterapéuticos 425

Índice de tablas

Tabla 1. Número de participantes en el estudio (Frecuencia) y su porcentaje en función del dispositivo grupal interfamiliar al que asisten, grupo de edad y sexo. 272

Tabla 2. Composición de la muestra. Porcentaje de participantes en función de ser paciente identificado o familiar y su sexo. 273

Tabla 3. Composición de la muestra. Porcentaje de participantes en función del grupo al que acuden, ser pacientes identificados o familiares y su sexo 274

Tabla 4. Número total de participantes familiares/acompañantes y su porcentaje en función de su parentesco con los pacientes identificados 275

Tabla 5. Porcentaje de participantes y uso de recursos sanitarios durante el mes previo (tratamiento psicofarmacológico y urgencias en salud mental). 276

Tabla 6. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 188 participantes en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Valores de medias globales y en función del sexo, grupo de edad, parentesco, grupo de asistencia, estado civil y nivel educativo, si toman tratamiento farmacológico y si son atendidos en urgencias. 277

Tabla 7.Medias del Índice de Severidad Global (ISG) medido en SCL-90-R en la primera evaluación y desviación típica en función del grupo al que asisten, su edad y sexo y en función de si asisten como pacientes identificados o familiares. 281

Tabla 8. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI en el total de la muestra desglosados en función del sexo, ser paciente identificado o familiar, grupo al que asisten, seguir o no tratamiento farmacológico y ser atendido en urgencias. 282

Tabla 9. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron Evaluados en dos ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar en la PRIMERA EVALUACIÓN 285

Tabla 10. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN 286

Tabla 11. Comparación de los resultados de la Tabla 9 y Tabla 10. Diferencias entre las dimensiones sintomáticas medidas en el SCL-90-R entre la 1ª y la 2ª Evaluación 287

Tabla 12. Medias de los índices medidos en el test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN 290

Tabla 13. Medias de los índices medidos en el test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN 291

Tabla 14 Comparación de los resultados de las Tablas 12 y 13. Diferencias entre la 1ª y 2ª evaluación de las Medias del ISG medido en el test SCL-90-R. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. 291

Tabla 15. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN 293

Tabla 16. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN 294

Tabla 17. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. TERCERA EVALUACIÓN 295

Tabla 18 (1ªparte). Datos conjuntos de las Tablas 15, 16 y 17. Resultados comparativos test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. 296

Tabla 18 (2º parte). Continuación 297

Tabla 19. Medias del Índice de Severidad Global (ISG) medido en el test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar en cada una de las tres evaluaciones. 299

Tabla 20. Número y porcentaje de participantes que siguen tratamiento psicofarmacológico en el mes previo a la evaluación (sujetos evaluados en dos ocasiones). 301

Tabla 21. Número y porcentaje de participantes que siguen tratamiento psico-farmacológico en el mes previo a la evaluación (sujetos evaluados en tres ocasiones). 302

Tabla 22. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 72 participantes que realizaron dos evaluaciones. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN 303

Tabla 23. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 72 participantes que realizaron dos evaluaciones.. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN 303

Tabla 24. Datos conjuntos de las Tablas 22 y 23. Resultados comparativos test ERI aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. 304

Tabla. 25. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 31 participantes que realizaron tres evaluaciones.. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN 305

Tabla. 26. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 31 participantes que realizaron dos evaluaciones.. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN 305

Tabla. 27. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 31 participantes que realizaron dos evaluaciones.. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. TERCERA EVALUACIÓN 306

Tabla 28. Datos conjuntos de las Tablas 25, 26 y 27. Resultados comparativos test ERI aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar 306

Tabla 29. Número y porcentaje de participantes que siguen asistiendo a TIF tras un año y medio de iniciado el estudio 308

Tabla 30. Número y porcentaje de participantes que han dejado de asistir a la TIF y motivos aludidos. 308

Tabla 31. Valoración global de la terapia interfamiliar por los participantes en función de diversas variables. 309

Tabla 32. Valoración media de la TIF según el sexo de los participantes. 310

Tabla 33. Valoración media de la TIF según el grupo de edad de los participantes. 311

Tabla 34. Valores medios de puntuación y calificación de la TIF por parte de los participantes en función del grupo interfamiliar al que asistieron. 312

Tabla 35. Valores medios de puntuación y calificación de la TIF por parte de los Pacientes Identificados. 313

Tabla 36. Valores medios de puntuación y calificación de la TIF por parte de los Familiares. 313

Tabla 37. Número de participantes y valoración media de la utilidad de la TIF respecto a la terapia individual y terapia familiar. Calificación media de la T. individual, T. familiar y TIF. 315

Tabla 38. Porcentaje de participantes en el estudio que reciben o no tratamiento psicofarmacológico en el momento de iniciar la evaluación y tras más de un año. 317

Índice de gráficos y figuras

Gráficos

Grafico 1. Medias de los valores medidos en cada una de las 9 dimensiones sintomáticas del SCL-90-R en pacientes identificados, familiares y globales (n=188) 279

Gráfico 2. Medias de la puntuación de las dimensiones de la escala ERI en función de ser paciente identificado o familiar y medias globales. 283

Gráfico 3. Comparación medias GLOBALES en las 9 dimensiones del SCL-90-R entre la 1ª y 2ª evaluación del del global de participantes (n=72) 289

Gráfico 4. Comparación de las medias de los PACIENTES IDENTIFICADOS en las 9 dimensiones del SCL-90-R entre la 1ª y 2ª evaluación. 289

Gráfico 5. Comparación de las medias de los FAMILIARES en las dimensiones del SCL-90 –R entre la 1ª a la 2ª evaluación. 290

Gráfico 6. Comparación del valor de la media del ISG en los participantes desglosados en pacientes identificados y familiares a lo largo de tres evaluaciones (n=31) 300

Figuras

Figura 1: Esquema de principales autores y modelos multifamiliares 56

Figura 2: Integración de la intervención terapéutica en los contextos terapéuticos superpuestos en el grupo multifamiliar. 136

Figura 3: El individuo en el grupo y sus colectivos referentes invitados a co-participar en las sesiones interfamiliares. 137

Figura 4: Focos de intervención en la terapia individual 138

Figura 5: Focos de intervención en la terapia familiar. 138

Figura 6: Focos de intervención en la terapia grupal 139

Figura 7: Focos de intervención en la terapia multifamiliar 140

Figura 8: Ampliación de posibles secuencias de intervención en torno a dos miembros del grupo multifamiliar. 140

Figura 9: Pilares teóricos de la TIF 141

Figura 10: Componentes básicos de la TIF desglosados 142

Figura 11: Esquema del engranaje de las intervenciones terapéuticas individuales y familiares dentro del proceso grupal. 156

Figura 12: Sistemas y Subsistemas presentes en el grupo interfamiliar 166

Figura 13: Planos de intervención en TIF 237

Figura 14: Conducción del grupo multifamiliar centrada en el terapeuta 238

Figura 15: Conducción del grupo multifamiliar con interacción en el plano Interfamiliar 239

Figura 16: La conducción desde la perspectiva interfamiliar 239

Figura 17: Ventana de Johari 258

Palabras clave

Terapia interfamiliar, terapia multifamiliar, grupo multifamiliar, terapia de grupo multifamiliar, terapia grupal y familiar.

Resumen

La terapia multifamiliar es un modelo terapéutico que reúne en un mismo contexto a varias familias simultáneamente, con sus miembros sintomáticos incluidos. Aunque los inicios de la terapia multifamiliar son descritos en los años 1950, se ha investigado poco sobre ella. El objetivo de este estudio es describir un submodelo de terapia multifamiliar denominado "terapia interfamiliar" que se viene- aplicando en diversas instituciones sanitarias, sociales y educativas desde hace aproximadamente diez años. Se investigan los pilares teóricos del modelo y la metodología y técnicas de intervención y se analizan los resultados de la intervención terapéutica interfamiliar sobre una muestra de personas atendidas en contextos de salud mental de la provincia de Alicante. Se describe la composición demográfica de los grupos interfamiliares, cuatificándose la sintomatología y clima familiar de sus participantes a través de pruebas paramétricas, evaluándose posteriormente si sufren cambios en función del tratamiento. Finalmente se describe la valoración subjetiva de los participantes sobre la terapia interfamiliar a través de una encuesta realizada al cabo de año y medio y se compara con su valoración respecto a otros modelos terapéuticos.

Abstract

Multifamily Therapy is an approach which gathers simultaneously several families in the same context, including the symptomatic members. Even though the beginning of Multifamily Therapy is described in the 50's, little research has been done about it. The goal of this study is to describe a sub-model of Multifamily Therapy known as "Interfamily Therapy" which has been used in different health, social and educational institutions since approximately 10 years ago. This thesis researches the theoretical foundation of the model, its methodology and intervention techniques, and it analyses the results of the Interfamily Therapy intervention over a sample of persons treated in mental health problems of the Province of Alicante. The demographics of the Interfamily Groups is described, as well as

the symptomatology and family climate of its participants, evaluating the subsequent changes in function of their treatment. Finally, an analysis of the subjective assessment done by the participants about Interfamily Therapy is performed. This evaluation was done through a survey applied after a year and a half and its results are compared to the ones of others therapeutic approaches.

Key Words

Interfamily therapy, multifamily therapy, multifamily group, multifamily group therapy, group and family therapy.

1.Introducción

1. Introducción

1.1. Contexto en el que aparece la terapia interfamiliar como nueva apuesta en la atención sociosanitaria.

Las respuestas de la sociedad al sufrimiento mental son múltiples y variadas debido a que no existe un consenso acerca de la definición de la enfermedad mental, la etiología de los trastornos psíquicos o la supremacía de unos modelos de intervención terapéutica sobre otros. A diferencia de la mayoría de las enfermedades comunes, no contamos con modelos sostenibles científicamente que expliquen cómo y por qué algunas personas desarrollan trastornos psíquicos. Por otro lado, la mayoría de las hipótesis acerca del origen y fisiopatología de los trastornos mentales no han sido probadas o se han refutado, de manera que hasta la actualidad no ha sido posible hallar la causa biológica de ningún trastorno mental ni ningún marcador biológico sobre el que se pueda establecer la condición orgánica ni tampoco el diagnóstico diferencial de ningún trastorno mental, incluyendo la esquizofrenia (González y Pérez, 2007).

La psiquiatría, como consecuencia de los difusos límites y las diversas teorías en relación con la enfermedad mental, es la única especialidad médica en la que todos sus diagnósticos son síndromes, no enfermedades, recogidos en sucesivas revisiones de manuales diagnósticos (DSM y CIE) donde la enfermedad mental queda compartimentada en entidades diagnósticas rígidas y fragmentarias del ser humano.

Frente a esta situación aparecen voces críticas en salud mental como la de Richard Bentall (2011) que sugieren que la forma de considerar los trastornos mentales obedece más bien a intereses de instituciones tales como la industria de psicofármacos o determinadas escuelas terapéuticas que necesitan definir trastornos a su medida creando “modelos de enfermedad” para diagnósticos psiquiátricos basados en construcciones hipotéticas de lo que podría ser la fisiología subyacente.

A la vez, son numerosos los estudios que subrayan la importancia de las influencias sociales, culturales y familiares configuradoras de la experiencia personal en la aparición de trastornos psíquicos. De hecho, desde finales de los años cincuenta existen pruebas

sólidas de que las relaciones familiares influyen en el curso de la enfermedad mental, tales como las recogidas en las siguientes investigaciones, entre muchas otras:

- Los estudios del sociólogo George Brown en Londres revelaron que los pacientes a los que se les daba el alta del hospital y volvían a casa con sus padres y hermanos tenían más probabilidades de volver a enfermar que aquellos pacientes que tras el alta se alojaban en una residencia. Por otro lado, los pacientes que se habían casado tenían más probabilidades de mejorar si se divorciaban, se separaban o enviudaban que si abandonaban el hospital y se iban a vivir con sus cónyuges (Brown G y col, 1958).
- En el estudio UCLA High-Risk Study[1] realizado en la Universidad de California se siguió durante quince años a padres con alta *emoción expresada*[2] constatándose que los hijos cuyos padres presentaban altos niveles de emoción expresada tenían más probabilidades de desarrollar síntomas psicóticos que aquellos hijos cuyos padres no los presentaban (Goldstein, 1987). En este mismo estudio se constató que la *comunicación desviada*[3] en los padres es, en combinación con la emoción expresada, un factor de riesgo para la aparición de psicosis.
- El estudio del genetista Pekka Tienari (2003) en Finlandia sobre niños adoptados comparó niños adoptados cuyas madres biológicas tenían enfermedad mental con niños adoptados cuyas madres biológicas no tenían trastornos psiquiátricos, determinando los resultados –que concuerdan con estudios previos- que no existe una contribución genética masiva a la aparición de enfermedad mental. Sin embargo los investigadores encontraron pruebas sólidas de una interacción genotipo-ambiente de forma que los niños con riesgo genético criados por padres adoptivos con comunicación desviada eran

[1] **UCLA High-Risk Study**: Investigación dirigida por MJ Goldstein consistente en un estudio de cohorte de 64 familias con adolescentes con problemas de conducta a las que se siguió durante 15 años, estudiándose las variables de emoción expresada, el estilo afectivo y la desviación comunicacional en los padres como factores de riesgo de esquizofrenia.

[2] **Emoción expresada**: aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia sus miembros enfermos o que presentan trastornos de conducta y que ejercen una influencia significativa sobre el curso de los trastornos. Engloba la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreinvolucramiento o sobreprotección con el miembro enfermo (García y cols, 2012).

[3] **Comunicación desviada:** Concepto desarrollado por Wynne y Singer en los años 60 para hacer referencia a patrones de comunicación fragmentado y alterados (discursos vagos y llenos de contradicciones) en las familias con pacientes esquizofrénicos (Espina, 1991).

especialmente propensos a desarrollar un trastorno del pensamiento en la edad adulta (Wahlberg, 2000)

- Los estudios sobre apego inseguro[4] de gente corriente muestran asociación entre apego inseguro e ideas paranoides (Cooper y cols, 1998). En esta línea un estudio en Finlandia sobre más de once mil niños nacidos en 1966 a los que se le realizó un seguimiento 28 años después describía que aquellos niños cuyas madres al ser entrevistadas antes de nacer habían dicho que eran hijos no deseados tenían un riesgo cuatro veces mayor de padecer psicosis (Myhrman y cols, 1996).

Pese a los datos que indican el endeble sustento biológico en la explicación de las enfermedades mentales y la constatación de la influencia de factores culturales, sociales y relacionales, las políticas y prácticas actuales en salud mental siguen apoyando mayoritariamente las intervenciones terapéuticas desde el plano biológico y alejándose cada vez más de los enfoques de índole psicoterapéutico. A este respecto, Bentall (2011) señala dos visiones de la atención psiquiátrica en función de la posición que ocupa el terapeuta respecto al paciente: una *paternalista* y otra potenciadora de su *autonomía*.

1. ***Visión basada en el paternalismo médico.***

Entiende que la enfermedad mental es una enfermedad del cerebro determinada genéticamente y según la cual los factores ambientales sólo son responsables de desencadenar episodios en aquellas personas que ya están biológicamente comprometidas. Niegan la inclusión del paciente en la decisión del tratamiento porque suponen que éstos suelen tener discapacidad cognitiva y falta de insight. Para los profesionales que siguen esta visión, los fármacos son esenciales para corregir los desequilibrios de los neurotransmisores y las terapias psicológicas en ocasiones útiles a la hora de proporcionar apoyo al paciente. De esta manera se entiende que los psiquiatras deberían llevarse bien con sus pacientes con el fin de convencerles de que tomen su medicación pero sin un cometido de cambio más allá. Bentall señala que los servicios tradicionales psiquiátricos suelen ser paternalistas y que someten a la

[4] **Apego inseguro***:* calidad del vínculo padres-hijo en relación con la "Teoría del apego" formulada por Mary Ainsworth y John Bowlby (Marrone, 2009) según la cual el niño necesita desarrollar una relación afectiva adecuada con al menos un cuidador principal para que su desarrollo cognitivo, emocional y social se produzca con normalidad. En las formas de apego inseguro la madre tiene carencias en cuanto al cuidado del niño que generan estrés y ansiedad en éste.

coerción a los pacientes, asumiendo que el clínico sabe lo que más le conviene y desoyendo que el paciente con una enfermedad mental grave suele tener un gran deseo de que se le consulte sobre el tratamiento (Hamann y cols, 2005), lo cual ocurre raras veces (Goss y cols, 2008). Cuando el psiquiatra toma decisiones importantes por el paciente, decide dónde vivirá y con quién, bajo qué normas estará, cómo gastará su dinero, qué horario se le impondrá, etc, entonces un profundo sentido de desesperanza se instala en el corazón humano (Deegan, 1996). Sin embargo, la coerción ha llegado a ser tan aceptada a nivel mundial entre los profesionales de la salud mental que muchos de ellos ya no la consideran un problema ético pese a que esta actitud va en contra de uno de los principios más importantes de la ética médica: *el respeto por la autonomía*, definida como la capacidad de pensar, decidir y actuar acorde con un pensamiento y decisión libre e independiente, sin impedimentos ni trabas (Gillon, 1985). Ante esta situación, Bentall (2011) señala cuatro razones de por qué la coerción debería evitarse en la atención psiquiátrica:

- El paternalismo y la coerción solo podrían justificarse si los médicos y otros profesionales de la salud mental supiesen de manera fiable lo que más conviene a sus pacientes, pero no existe consenso ni siquiera entre los profesionales sobre cuál es la mejor manera de describir y tratar los trastornos psiquiátricos (y nos recuerda antecedentes terribles como el coma insulínico, leucotomías, dosis excesivas de antipsicóticos…).
- Forzar a los pacientes a someterse a un tratamiento es inadecuado si dicho tratamiento no es efectivo. Numerosos estudios prueban que el valor terapéutico de algunos tratamientos es inexistente.
- La coerción es intrínsecamente perjudicial para la salud mental ya que reduce el sentido de eficacia y autonomía propias esenciales para un funcionamiento psicológico sano. Además, el uso de amenazas reproduce las propias condiciones de pérdida de poder y experimentación de victimización que contribuyen al desarrollo de síntomas como depresión (Seligman y cols, 1978; Mezulis y cols, 2004) y paranoia (Janssen y cols, 2003).
- La coerción es perjudicial para la relación terapéutica, la cual tiene un impacto en los síntomas y actitud hacia el tratamiento y la calidad de vida del paciente.

Si bien las tendencias en los programas de salud mental tienden cada vez más a mantener una postura respetuosa con los pacientes, la mayoría de ellos siguen adoleciendo de un sesgo paternalista y jerarquizado. Sin embargo, el paradigma de la psiquiatría actual basado en el supuesto de que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro de influencia genética ha resultado un fracaso. Pese a los enormes gastos económicos invertidos, los beneficios han sido pocos, al obviarse que la angustia en los seres humanos suele producirse a causa de relaciones poco satisfactorias con otros seres humanos y pasarse por alto algo tan obvio como que la calidez y la amabilidad son necesarias para fomentar la curación psicológica. Numerosos autores sugieren que no es probable que los avances técnicos en solitario solucionen los problemas actuales de los servicios psiquiátricos y abogan por un enfoque que ponga a la relación terapéutica como eje central de la práctica clínica. Así lo demuestran Harding y Strauss[5] (1987) que muestran que la evolución de la enfermedad mental grave es mejor con el uso de procedimientos psicoterapéuticos que con la psiquiatría biológica de tradición kraepeliniana y también las recientes investigaciones en neurobiología que dan apoyo científico a la psicoterapia como medio de transformación de nuestras redes neuronales (Gantt y Badenoch, 2013).

2. Visión que busca la potenciación de la autonomía de la persona.

Entiende que la enfermedad mental es una reacción comprensible a los sufrimientos de la vida y que aunque la genética y otros factores biológicos pueden hacer a unas personas más vulnerables, desempeñan un papel de importancia relativamente menor. Aboga por la implicación activa del paciente en la decisión de qué tipo de tratamiento es apropiado, siendo esencial que haya una aportación de los usuarios en el diseño y gestión de los servicios. Entiende además que las terapias psicológicas son muy importantes pero no más que tratar los problemas sociales y laborales y que los fármacos son útiles para algunos pacientes pero no para otros. En esta línea, debe

[5] Courtenay **Harding** y John **Strauss** coordinaron el Maine-Vermont Comparison Study publicado en el British Journal of Psychiatry (1987) que constituyó el primer proyecto de estudio comparativo a largo plazo entre tratamientos puramente biológicos y otros basados en un programa terapéutico de rehabilitación para pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

potenciarse el valor de la *alianza terapéutica*[6] como un elemento esencial de la atención psicológica, sin la cual otros elementos fracasarían, en función de lo cual los psiquiatras deberían desarrollar habilidades en terapias psicológicas y confiar menos en la medicación. Bentall (2011) señala que para avanzar hacia este enfoque menos coercitivo y más potenciador de la autonomía en salud mental es necesaria la reevaluación de todos los tipos de tratamiento, pero muy especialmente los psicofarmacológicos, que para muchos psiquiatras parecen la única herramienta disponible. Subraya que a falta de estudios concluyentes, los fármacos sólo pueden recetarse sobre la base del *"prueba y verás"* y asumir que no existen tratamientos específicos para afecciones específicas. Dadas las pruebas respecto a que retrasar la introducción del tratamiento farmacológico no es perjudicial deberían considerarse desde el principio alternativas a dicho tratamiento. Y señala que cuando en EEUU se permitió la publicidad a las empresas farmacéuticas las ventas de medicamentos se dispararon (Mintzes, 2002), preguntándose qué pasaría si se hiciera algo similar con la psicoterapia.

Por último, Bentall (2011) nos apela a luchar contra lo que ha venido en denominarse "*tribalismo en la salud mental*", en referencia a quiénes son las personas con el "poder" legítimo y cuáles las capacitadas para la práctica de la intervención terapéutica. Según Bentall hay psiquiatras y enfermeros psiquiátricos que son tan competentes en psicoterapia como el mejor psicólogo clínico, por lo que tendríamos que aprender a organizar nuestros equipos de forma que ninguna de las profesiones tenga el poder absoluto para dictar la manera en que dan los servicios. Recalca que un enfoque orientado a la recuperación y potenciador de la autonomía del paciente necesita que renunciemos a cualquier poder que tengamos y que encontremos formas de darle más autoridad. Y reflexiona sobre el hecho de que los horrores perpetrados contra los pacientes en el pasado hubieran podido evitarse si a los pacientes se les hubiera permitido dar su opinión sobre la manera en que funcionaban los servicios psiquiátricos, animando a los consumidores a tener una presencia decisiva en los comités que designan a los psiquiatras, psicólogos y enfermeros.

[6]**Alianza terapéutica** (también denominada "alianza de trabajo") es un tipo particular de vínculo psicoterapéutico que caracteriza una relación favorable entre paciente y terapeuta, implicando un vínculo entre ambos que «probablemente se siente y expresa por medio del aprecio, la confianza y el respeto mutuo, y por la percepción de que existe un compromiso común y una recíproca comprensión de las actividades psicoterapéuticas» (Bordin, 1994).

Es desde esta visión crítica que diversos profesionales proponen la terapia interfamiliar (TIF) como una nueva forma de entender y aplicar la terapia, a medio camino entre la psicoterapia y la intervención social. Desde un enfoque construccionista y social, la TIF trata de aunar los aspectos más útiles de las técnicas, encuadres y formas de intervención de los modelos ya existentes y es aplicable en el abordaje de cualquier problemática humana y cualquier tipo de institución, más allá de los contextos de salud mental. A través de la terapia interfamiliar nos encontrarnos con las personas ("pacientes", "clientes" y/o "usuarios") cara a cara, desde una posición horizontal que huye de los tecnicismos y artificios y de la disección deshumanizada de la persona, con el fin de que todos (pacientes identificados, familiares y profesionales) participemos del proceso terapéutico desde un mismo nivel.

La TIF es un modelo que no subestima ni excluye otras prácticas terapéuticas que pudieran ser concomitantemente aplicadas ni es exclusivo para ningún colectivo social o profesional, de manera que psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales, pedagogos y otros colectivos pueden hacer uso de él en su quehacer cotidiano.

El modelo interfamiliar confía en el poder de la interacción de cada uno de nosotros con el resto de las personas de nuestro entorno familiar y social representados en el grupo multifamiliar, situándose un paso por delante en las corrientes en psicología que se han dado en llamar posmodernistas y anticipando un modo de vivir la terapia revolucionario y novedoso, integrador de los aspectos sociológicos y psicológicos del ser humano, en el que todas las temáticas humanas tienen cabida.

Es además un método sencillo, práctico y humano de tratamiento que supone una manera más ecológica y democrática de entender y actuar sobre las problemáticas del ser humano y que gracias a su eficiencia y bajo coste podría llegar a expandirse como un modelo universal de atención sociosanitaria.

1.2. Terapias multifamiliares

1.2.1 Definición y bases teóricas

La *terapia interfamiliar* es un modelo de *terapia multifamiliar*. La delimitación del término "*terapia multifamiliar*" no está exenta de confusión pues es utilizado para denominar una pluralidad de intervenciones que tienen en común la reunión de varias familias de forma simultánea aunque desde orientaciones teóricas muy diversas (educativas, sistémicas, psicoanalíticas, humanistas…). El hecho de que no exista una teoría integradora y unificadora de la terapia multifamiliar deriva en lo que algunos autores definen como un *problema de identidad y legitimación del modelo* y en que se alcen voces que enfatizan la necesidad de esfuerzos para la investigación y evaluación de su eficacia (O'Shea y Pelphs, 1985; Strelnick, 1977).

Stone y cols. (1996) definen la *terapia multifamiliar* como la modalidad de terapia en la que participan dos o más familias junto a un terapeuta entrenado y en la que se utilizan determinadas intervenciones psicosociales planificadas. O'Shea y Phelps (1985) añaden que las sesiones deben enfatizar la interacción entre las familias de forma implícita o explícita así como utilizar las alianzas potenciales entre las diferentes familias en función de similitudes en la edad, sexo, problemática o roles familiares. Cook-Darzens (2007) se refiere a la terapia multifamiliar como un "*reagrupamiento de varias familias –generalmente nucleares- incluyendo al paciente identificado*[7]*, en torno a una patología determinada o patologías con características comunes, dentro de un marco y con un fin terapéutico inspirado en la terapia de grupo y en la terapia familiar*". Estas definiciones, sin embargo, chocan con otras visiones que consideran que la verdadera experiencia terapéutica radica en la *heterogeneidad de la composición del grupo y su apertura a personas con cualquier problemática*, tal y como señala, por ejemplo, García Badaracco (2000) o con las perspectivas de otros autores como Laqueur o McFarlane que consideran la terapia multifamiliar como un modelo diferente y autónomo respecto a la terapia grupal y familiar (Foster, 1994b).

[7] **Paciente identificado** - también llamado el "síntoma-portador", "miembro sintomático de la familia" o "problema actual": término utilizado para describir a la persona a la que el grupo asigna el origen, causa o ser el que padece un problema determinado. Desde el punto de vista del enfoque sistémico, este matiz es relevante pues la actuación terapéutica no tiene porque dirigirse hacia el "paciente identificado" sino hacia las relaciones del sistema familiar (o grupo) (Doron y Parot, 2008).

Scott Edwards (2001) describe hasta diez modelos diferentes de terapia multifamiliar en función de sus aportes teóricos: *ecosistémica, psicodinámica, terapia padres-niños a través del juego, centrada en las competencias familiares, centradas en las fuerzas del yo, intergeneracional, cognitivo/conductual, pedagógico, feminista, gestal y terapia orientada en la realidad*, a la que otros autores añaden los aportes de la *terapia de apoyo* y los *grupos de autoayuda* (Asen y Schuff, 2006; Rhodes y cols, 2005).

No incluimos dentro de la terapia multifamiliar aquellos modelos de intervención que en ocasiones se autodenominan "multifamiliares" pero que sólo incluyen en su contexto a los familiares sin que esté presente el paciente identificado. También excluimos los talleres educativos o informativos acerca de enfermedades mentales (con frecuencia denominados como "psicoeducativos") en los que la intervención terapéutica propiamente dicha no es el objetivo primordial.

Existen limitadas investigaciones sobre cómo la terapia multifamiliar contribuye positivamente en el proceso psicoterapéutico ya que, a diferencia de lo que ocurre con otros modelos de terapia, no existe una teoría consensuada acerca del funcionamiento de la terapia multifamiliar (Boylin y cols, 1997). Hay por tanto un largo trabajo de investigación e identificación de elementos pendiente en el que examinar y desarrollar las bases teóricas del potencial terapéutico del modelo.

Pese a la falta de unicidad del modelo de terapia multifamiliar, podemos encontrar elementos teóricos comunes que proceden principalmente de la teoría de los grupos y de la teoría de los sistemas para entender los mecanismos terapéuticos que se desarrollan en el grupo multifamiliar. Estos principios comunes confluyen en la apertura del foco del tratamiento del tratamiento a través de un espacio en el que se interviene simultáneamente sobre las dinámicas familiares y sobre el medio social representado por la presencia de las otras familias.

- **Corey y Corey** (1997) refieren que teóricamente los grupos multifamiliares pueden ser considerados de tres maneras:

    - Como compuestos por *unidades familiares concretas*.
    - Como *dos subgrupos*, uno de *hijos* y otro de *padres*.
    - Como un *grupo de individuos*.

Los tres planos se dan simultáneamente y se desarrollan a través de la vida del grupo multifamiliar, con lo cual el conductor debe tener en cuenta el impacto de cada uno de estos subgrupos sobre los otros. El grupo multifamiliar funciona como un laboratorio natural que demuestra a los participantes que no están solos y provee esperanza para crear una vida diferente.

- **Thorington** (cit. en Foster, 1994b) añade que de todas las modalidades de terapia es el grupo multifamiliar la que más se asemeja a la sociedad real porque representa un foro que supone una búsqueda sociológica natural y, por tanto, el contexto idóneo en el que la terapia pueda darse, ya que en él tenemos acceso a familias, culturas y más oportunidades de prevención a través de la identificación de constelaciones, modelamientos, diálogo y neutralizando reacciones emocionales inmediatas. Refiere que cuando el grupo multifamiliar se realiza en la comunidad (ciudad, vecindario, etc.) ayuda a la familia a ser proactiva en los eventos traumáticos que pudieran estar dándose en la comunidad como, por ejemplo, violencia, cambios en sistema escolar, abuso de sustancias, suicidios adolescentes, etc. Los temas se tratan en una pequeña representación de la sociedad donde se fortalece y responsabiliza a los participantes para hacerse cargo y aceptar su papel.
- **Orvin**, conocido como el "*padre de la terapia grupal multifamiliar para adolescentes"* (cit. en Foster, 1994j) refiere que sin el cambio en los roles y conductas de los miembros de la familia del niño o del adolescente es prácticamente imposible cambiar situaciones problemáticas. Añade que para tratar exitosamente al niño es necesario no sólo entender su mundo familiar sino también su mundo exterior a la familia, por lo cual la terapia multifamiliar es la única capaz de proveer el medio más exitoso para realizar el tratamiento.
- **Belsky** (1995), refiere que la teoría que subyace en la terapia grupal multifamiliar es que el individuo vive en el sistema (familia) y que el sistema mantiene los síntomas del individuo y de la familia. La meta del tratamiento es ayudar a que la información fluya libremente dentro del sistema familiar y hacia y desde el mundo exterior. Asume que las familias tienden a perpetuar los problemas comportamentales como una forma de comunicación metafórica sobre ellos mismos en relación al mundo exterior. Según Belsky, las metas generales de la terapia grupal multifamiliar son:

- Ayudar a cada miembro de la familia a afrontar su realidad.
- Mejorar la comunicación entre los miembros de la familia.
- Introducir cambios en la dinámica familiar
- Ayudar al terapeuta como agente de cambio a través de compartir la experiencia de liderazgo del grupo con los pares (coterapeutas) representados por el resto de profesionales, estudiantes y familias.

1.2.2. Experiencias previas

Son múltiples las experiencias que podrían considerarse como pasos intermedios desde las primeras terapias individuales hasta alcanzar la complejidad del contexto multifamiliar. En la segunda mitad del siglo XX se ponen en marcha dispositivos terapéuticos que incluyen a equipos formados por diferentes profesionales –multidisciplinares- y que amplían el foco del tratamiento a través de incluir componentes del entorno social. Así, Maxwell Jones (1953) desarrolló las *comunidades terapéuticas* en los años sesenta, lo que influyó en la presencia de programas intensivos basados en la terapia grupal en los que utilizó principios del psicodrama. Simultáneamente al trabajo de Jones, Ewen Camero -en Canadá- y Joshua Bierer -en Londres- sentaron las bases del programa de *hospital de día*, tratamientos intensivos en los que las modalidades de terapia grupal y familiar tienen un papel preponderante. En la misma década de 1960 surgen en EEUU los centros de *salud mental comunitaria*, los cuales tuvieron que contar con la terapia de grupo para dar respuesta a tal demanda. En la década de los setenta, Patrick de Mare (1974) propone el *grupo grande*, un enfoque de terapia de grupo en el que el contexto cultural tiene un importante papel.

Paralelamente al auge de las terapias grupales surgen experiencias de terapia familiar que demuestran ser eficaces (Pharoah y cols, 2000; Gaebel y cols., 2005; Petersen y cols., 2005) y que a menudo se asocian a terapias grupales en las que participan los familiares de los pacientes, especialmente en el campo del tratamiento de la esquizofrenia (Asen y Schuff, 2006). La mayoría de estas experiencias grupales son de tipo psicoeducativo (Anderson, 1983; Anderson y cols., 1986; Falloon y cols., 1985; Goldstein y cols., 1978; Kuipers y cols., 1992; Leff y Vaughn, 1982) y con una finalidad de reducir los niveles de emoción expresada de los familiares, sobre todo en relación con los comentarios críticos y la sobreprotección (Leff y Vaughn, 1985). Sin embargo, en estos abordajes el paciente

identificado generalmente no es incluido en el grupo –al que sólo acuden sus familiares- e incluso a veces tampoco dentro de las sesiones de terapia familiar. La mirada crítica de movimientos como el Open Dialogue (Seikkula, 1994) cuestiona la ética de algunas de estas intervenciones por promover una mirada sobre la enfermedad mental enfocada únicamente en lo organicista y, sobre todo, por constituirse en abordajes que fragmentan la intervención terapéutica y alienan al paciente identificado.

Algunos terapeutas han subrayado las similitudes entre la terapia de familia y la terapia de grupo (Hines, 1988), demostrando incluso que las familias pueden ser vistas como un grupo (Becvar, 1982; Pichón Riviere, 1978) y que la teoría familiar puede ser utilizada como un recurso en la terapia grupal (Cabero, 2007; Donigian y Malnati, 2005). Desde esta perspectiva sería lógico pensar que la terapia grupal y la terapia familiar podrían potenciarse a través de la combinación de ambas dentro de un mismo encuadre: la terapia grupal multifamiliar. Siguiendo esta línea, algunos autores han estudiado los procesos de desarrollo grupal y los han aplicado y comparado con el grupo multifamiliar (Colangelo y Doherty, 1988; Kimbroy y cols, 1967; Strelnick, 1977; Behr, 1996), señalando que en el grupo multifamiliar las familias individuales no sólo se benefician de la terapia familiar, sino también de las experiencias terapéuticas grupales.

Sin embargo, otros autores señalan que el modelo de terapia multifamiliar posee características intrínsecas propias que van más allá de la sumatoria entre terapia de grupo y terapia de pareja y de familia, otorgándole una categoría en sí misma. En este sentido, Peter Laqueur (citado en Foster, 1994a), considerado el creador de la terapia multifamiliar, afirma respecto a la terapia multifamiliar que "*it's not family therapy, it´s not group therapy; it is multiple familiy group therapy*[8]*"*, recalcando así la especificidad del enfoque multifamiliar y de sus técnicas y de una epistemología única que va más allá de la combinación de otros modelos terapéuticos. Laqueur definió la terapia multifamiliar como *única y distinta* a otras formas de terapia porque permite a la comunidad entrar dentro de la terapia a través de las otras familias (1976). También William McFarlane (citado en Foster, 1994a) refirió tras quince años de investigación en terapia multifamiliar con pacientes diagnosticados de esquizofrenia y sus familias que la terapia grupal multifamiliar constituye una "*categoría propia, separada de la terapia grupal y de la terapia familiar*".

[8] Traducción: "*No es terapia de familia, no es terapia de grupo; es terapia grupal multifamiliar"*.

Tom Saunders (1990) añade respecto a la terapia multifamiliar que "*más que una terapia para múltiples familias es una terapia de grupo para familias múltiples*".

Son diversas las denominaciones que se han atribuido al modelo multifamiliar. El término "*Multiple family group therapy"* fue usado por primera vez por Laqueur (1970), pero otros muchos han sido utilizados posteriormente, tales como "*Multiple family therapy"* (Bowen, 1976; Laqueur y cols, 1964); "*Multiple family group therapy*" (Behr, 1996; Strelnick, 1977; Szymanski y Kiernan, 1983); "*Multifamily therapy*" (Boylin y cols., 1997; Greenfield y Senecal, 1995); "*Multi- family group therapy*" (Kymissis y cols, 1995); "*Family group therapy"; "Multiple family therapy"; "Family group counselling"; "Multiple family sessions" y "Family meetings"* (Shaefer, 2008), entre otros.

Los primeros pasos (EEUU)

Joseph Abrahams y Edith Varon describen el primer grupo multifamiliar que aparece en la literatura científica en 1953, cuando reunieron a varias madres y sus hijos diagnosticados de esquizofrenia con un fin no propiamente terapéutico sino de observación de los vínculos simbióticos entre madres e hijos, buscando lo que Rida Fromm Reichmann había definido poco tiempo antes como "poder esquizofrenógeno" de las madres sobre los pacientes diagnosticados de psicosis (Abrahams y Varon, 1953).

La publicación de experiencias terapéuticas en grupos conformados por varias familias llega en los años 1960 con Peter Laqueur, quien es considerado el *pionero* de la terapia multifamiliar. A Laqueur le debemos tanto el término "terapia multifamiliar" como la sistematización de la práctica y sus mecanismos con el establecimiento de un método no sólo educativo sino también comprensivo de lo que ocurría en las familias.

Laqueur trabajó como director de un departamento para pacientes diagnosticados de esquizofrenia de un gran hospital psiquiátrico del estado de Nueva York. Observó que los familiares en las salas de espera hablaban espontáneamente intercambiando experiencias sobre su convivencia con la persona con enfermedad mental y apreció que parecían beneficiarse de escuchar las historias de los otros (Laqueur y cols, 1964). Fue así como en 1951 institucionalizó encuentros semanales entre los familiares que visitaban a los pacientes ingresados -a los que se sumaron posteriormente los propios pacientes- con el fin de mejorar la comunicación intra y extrafamiliar. En estos encuentros se abordaban temas

sobre la enfermedad, métodos de tratamiento, problemas de los pacientes durante su estancia hospitalaria y los retos de su vuelta a casa. Cada sesión duraba una hora y media y reunía a varias familias. Laqueur (cit. en Kyricos, 1999) refiere: "*Descubríamos que a veces los llamados "miembros sanos de la familia" estaban al menos tan enfermos como los propios pacientes, siendo la principal diferencia que los pacientes habían sido los primeros en ser enviados al hospital. Para prevenir su frecuente recaída y reingreso era necesario tratar también a su familias"*.

Laqueur no tardó en descubrir la mejoría en su funcionamiento social de aquellos pacientes que asistían regularmente a las reuniones con sus familiares en las salas hospitalarias, relacionándolo con lo que denominó "*aprendizaje por analogía*" de las familias. Después de diecisiete años de trabajo, Laqueur constató que la cantidad de readmisiones en el hospital se redujeron en un 80% (Foster, 1994a) y comprobó además que la terapia multifamiliar era eficiente en relación a tiempo y coste y producía cambios de forma más rápida que la terapia individual ya que los miembros del grupo descubrían qué roles habían jugado en la enfermedad, cómo manejar ciertas situaciones cuando ocurrieran y sentían que nunca más estaban solos (Laqueur, 1976).

Poco después, otros equipos clínicos estadounidenses iniciaron experiencias en encuadres multifamiliares, tales como los encabezados por Thomas Detre y su equipo (1961), que unieron en un sólo grupo la experiencia previa de grupos de padres y grupos de pacientes con el fin de aminorar la confusión y las distorsiones de comunicación que se daban en los grupos por separado. Detre concluyó que las reuniones mixtas ayudaban a las familias a tolerar los comportamientos perturbados de los pacientes, reducir su sentimiento de estigmatización asociado a la hospitalización, comprender la transitoriedad de la experiencia de la enfermedad e introducir una comunicación más eficaz entre los miembros del equipo.

Paralelamente, el equipo de profesionales dirigido por Joseph Hes y Seymour Handler (1961) describió su experiencia en la conducción de grupos de padres, grupos de pacientes y grupos mixtos de padres y pacientes juntos en el Hospital de Grace-New Haven (Connecticut, EEUU), considerando que estos últimos generaban mucho más afecto y cambio. Denominaron a su método "*terapia grupal multidimensional"*.

George Orvin (cit. en Foster, 1994j), que desconocía el trabajo multifamiliar previo de su coetáneo Laqueur, inició en 1967 grupos multifamiliares con familias de adolescentes en la Medical University of Charleston (Carolina del Sur, EEUU) siguiendo principios de la "teoría general de sistemas".

Flora Coughlin y Herbert Wimberger (1968) pusieron en marcha grupos multifamiliares en Seattle (Washington, EEUU) durante los inicios de la década de 1960 a los que denominaron "*terapia familiar en grupo*". Estos grupos estaban basados en técnicas de psicodrama de Moreno y atendían a adolescentes y a sus familias. Los terapeutas observaron una mejoría en las relaciones familiares, una disminución de los conflictos escolares, mejores resultados académicos y relaciones más armoniosas con el entorno social.

Otras experiencias multifamiliares inspiradas en el método de Laqueur se aplicaron en las décadas de 1960 y 1970 en diversas instituciones sanitarias norteamericanas, dirigidas a un variado abanico de patologías (Strelnick, 1977).

Experiencia Argentina

En el inicio de los años 1960, y de forma paralela a Laqueur, el psiquiatra Jorge García Badaracco empezó a sentar las bases de su manera de abordaje multifamiliar en el Hospital Psiquiátrico Borda de Buenos Aires. Badaracco (1990) siguió un modelo multifamiliar que denominó "**Psicoanálisis Multifamiliar"** y que aplicó a una tipología de pacientes similar a los atendidos por Laqueur (institucionalizados y con enfermedad mental grave). Su idea era crear a través del grupo multifamiliar un espacio más libre y espontáneo que la terapia bipersonal en el que todos aquellos que lo desearan pudieran participar para abrir espacios mentales en los que posibilitar nuevos procesos de crecimiento psicoemocional dentro de la familia. Las resistencias al psicoanálisis entre los profesionales de la salud mental en general y la revolucionaria ruptura con el encuadre clásico psicoanalítico posiblemente penalizaron la propagación del modelo en la época (Cook-Darzens, 2007).

Experiencias europeas

En la década de 1970 se desarrolló el Marlborough Family Service de Londres (Inglaterra), un hospital de día para el tratamiento de familias pobres y desorganizadas. Capitaneado por Cooklin (1983), el proyecto confluía con los movimientos de comunidad terapéutica y de terapia social así como de la anti-psiquiatría que florecían en la época. El hospital de día constituía el medio terapéutico corrector en el que ingresaban de ocho a diez familias simultáneamente y convivían durante cinco días a la semana, a modo de familia extensa artificial. Su fin era conseguir el cambio a través del seguimiento de programas que giraban alrededor de una estructura multifamiliar también en constante cambio, inspirados en su inicio por la terapia sistémica estructural desarrollada por Salvador Minuchin y, posteriormente, en otros modelos sistémicos como el de la Escuela de Milán (Asen y colsl, 2001).

En Francia, M Woodbury (1969), siguiendo el movimiento de la psiquiatría comunitaria, inició experiencias en grupos multifamiliares en instituciones sanitarias en París de forma paralela a las de Claude Leroy (1969) en el Instituto Marcel-Rivière.

En los años 1980 se publican experiencias multifamiliares con pacientes crónicos hospitalizados por parte de seguidores de Laqueur como Paul Igodt en Bélgica (1983), Jean-Claude Benoit en Francia (1980) -quien denomina sus grupos como "*entrevistas colectivas multifamiliares*" y Gérard Salem en Suiza (1985). Todos ellos coinciden en señalar que los encuentros multifamiliares facilitan la descronificación y la autonomía de los pacientes, las familias y el personal sanitario, facilitando la integración de las familias en la vida comunitaria y abriendo paso a nuevas alternativas a la hospitalización prolongada de los pacientes.

En la década de 1980 y 1990 diversos profesionales de países del sur de Europa (España, Italia y Portugal) inician experiencias de Psicoanálisis Multifamiliar en sus instituciones, siguiendo el modelo descrito por García Badaracco (1990).

1.2.3. Aspectos metodológicos

Contextos y colectivos a los que se dirigen.

La pluralidad de contextos en los que se ha aplicado el modelo multifamiliar es proporcional a la diversidad autores que han descrito su experiencia. En principio, cualquier problemática humana es subsidiaria de ser abordada desde un contexto terapéutico multifamiliar, hasta el punto que Laqueur (1979) afirma que «apenas hay contraindicaciones a la terapia multifamiliar». La mayoría de los grupos multifamiliares referidos en la bibliografía se reúnen en torno a un diagnóstico o temática concreta, tal como que uno de los miembros de la familia sufra un problema (primer episodio psicótico, depresión, diabetes….). Pero también es frecuente encontrar experiencias multifamiliares no restringidas a un elemento en común y abiertos a cualquier problemática humana, a modo de grupos sociales/comunitarios de carácter universal. Destacamos a continuación algunas experiencias descritas en la bibliografía:

a) ***Contextos de salud mental**:* unidades de ingreso psiquiátrico (de corta, media y larga estancia), hospitales de día, unidades de atención ambulatoria y centros de día, tanto en instituciones públicas como privadas. En algunas áreas de salud la terapia multifamiliar ha llegado a convertirse en la actividad que vertebra y organiza la atención sanitaria, tal y como es el caso del Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela –España- (Sempere y cols, 2012a y 2012c) y en ciertos distritos de Roma –Italia- (García Badaracco y Narraci, 2011), Montevideo -Uruguay- (Palleiro, 2012) y Maine –EEUU- (McFarlene, 2002).

   Se describen tanto grupos multifamiliares abiertos a pacientes y familias con diversos diagnósticos como grupos reservados a patologías mentales concretas. Los grupos de terapia multifamiliar dirigidos a pacientes con *trastornos mentales graves*, sobre todo, *trastornos psicóticos* (Asen y Schuff, 2006; Bishop y cols, 2002; Lemmens, 2003; Onderwatern y Mölders, 2001; Hyde y Goldman, 1988; Hes y Handler, 1961; Dentre y Coll, 1961; Benoit, 1980; Igodt, 1983; Salem, 1985; Saunders, 1990; Guirau, 2014; Alcalde y Montero, 2014) son, con diferencia, los más mencionados en la literatura científica. No es casual, por tanto, que los primeros grupos multifamilares descritos fueran llevados a cabo con esta tipología de pacientes y sus familias en medios hospitalarios (Laqueur y cols, 1964; García Badaracco, 2000) y el que el autor con más referencias bibliográficas en la

literatura científica sea McFarlane (2002), dedicado al abordaje psicoeducativo y multifamiliar de pacientes con primeros episodios psicóticos. En relación con otros diagnósticos, encontramos publicaciones sobre el modelo multifamiliar en torno a diagnósticos como *trastornos bipolares* (Moltz y Newmark, 2002; Brennan, 1995), *depresión mayor* (Keitner y cols, 2002; Migerode y cols, 2005), *adicciones* (Bergen, 1973; Foster, 1991a, Stanton y Shadish, 1997; Schaefer, 2008), *trastornos alimentarios* (Colahan y Robinson, 2002; Cook-Darzens, 2002; Cook-Darzens y cols, 2005; Dare y Eisler, 2000; Scholz y cols, 2005; Scholz y Asen, 2001; Rom y cols, sin fecha), *trastorno de personalidad borderline* (Berkowitz y Gunderson, 2002), *trastorno obsesivo-compulsivo* (Metha, 1990; Van Noppen, 2002), *patología dual* (Nuckols y cols, 1992), *terapia de pareja* (Papp, 1980) o *trastornos infanto-juveniles* (Sanders, 1990; McDonell y Dyck, 2004; Nahum y Brewer, 2004; Smith y cols, 2004; Linda Greenberg, citada en Foster, sin fecha, artículo 26; Sempere, 2005; Sempere y cols, 2011, 2012a y 2012c; Pérez y Sempere, 2012). Asimismo, algunos centros de atención específica en terapia familiar tales como el Centro Zurbano (Madrid) o el Instituto Alicantino de la Familia (Alicante), los cuales a su vez funcionan como centros de formación en terapia familiar, han incorporado el modelo multifamiliar en sus actividades terapéuticas y formativas en los últimos años.

b) ***Contextos sanitarios generales**:* en hospitales generales y centros de salud se aplica la terapia multifamiliar en pacientes con un amplio abanico de diagnósticos somáticos y sus familias, tales como *problemas neurológicos* (demencias, enfermedad de Parkinson…), *enfermedades renales, diabetes, asma, cáncer, enfermedades auto-inmunes, enfermedades cardíacas, VIH-sida, discapacidad física* (Cook-Solange, 2007; González y cols, 1989; Ostroff y cols, 2004; Steinglas, 1998; McDaniel y cols, 2005; Rolland, 1993 y 1994) o *enfermedades neuropediátricas* (Sempere y cols, 2012a).

c) ***Contextos educativos**:* encontramos referencias a grupos multifamiliares localizados en centros escolares como complemento a las actividades académicas (Sempere y cols, 2012a; Gimeno y Careta, 2014; Dawson y McHugh, 2000) donde las experiencias de "escuelas de padres" se transforman en "escuelas de familias", con la inclusión del alumno en la actividad grupal. Mención aparte merece la

experiencia de Escuela Multifamiliar del Malborough Center de Londres en la que el modelo multifamiliar es la base de la atención en el medio escolar (Asen, 2002; Morris y cols, 2014).

d) ***Contextos sociales y comunitarios****:* se trata de intervenciones multifamiliares en centros sociales, centros de atención a la infancia en riesgo, centros de atención a colectivos desfavorecidos y asociaciones de colectivos diversos (Ostby, 1968; Rhodes, 1986; Weine, 2003, Barahona, 2014). Algunas de estas experiencias consisten en grupos multifamiliares abiertos a toda la comunidad y donde cualquier ciudadano está invitado a participar, tal es el caso de los grupos del A.P.A[9] en Buenos Aires (Badaracco, 2000), de la Asociación Salut Mental en Elche (Sempere y cols, 2012a) o de la Asociación ABD en Madrid (Piñeiro y Sánchez, 2014) y Barcelona (Castelló y Calafat, 2014). Destacamos además la iniciativa del área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid (España) que en los últimos años fomenta la puesta en marcha de espacios terapéuticos multifamilares en muchos de sus dispositivos (Del Amo, 2014).

Composición del grupo multifamiliar.

Más allá de la premisa común de la participación del « paciente identificado », existen ciertas diferencias en la composición del grupo multifamiliar descritas en la bibliografía científica que responden a las necesidades del medio institucional en el que se lleva a cabo. Encontramos autores « puristas » en relación con la composición del grupo multifamiliar, que restringen la participación a los familiares co-sanguíneos o que exigen la presencia de al menos dos generaciones en el grupo (O'Shea y Pelphs, 1985). Sin embargo, la mayoría de autores plantean un contexto de asistencia abierto a cualquier persona representativa del entorno familiar o social y aceptan la presencia de personas que acuden solas, sin ningún otro representante familiar.

En relación al número de familias participantes, algunos autores, como es el caso de Laqueur (1979), señala *cinco o seis familias* como composición óptima. Pero en la bibliografía se describen experiencias de grupos formados por desde sólo dos familias

[9] **A.P.A.**: Asociación Psicoanalítica Argentina.

hasta grupos de incontables familias, tales como los grupos multifamiliares que solía conducir García Badaracco (1990) donde podían reunirse hasta más de ciento cincuenta participantes. No existe unicidad en cuanto al número de coterapeutas que conducen el grupo, aunque en general la bibliografía refiere un mínimo de dos (Cook-Darzens, 2007). Se describen experiencias tanto en grupos abiertos como cerrados respecto a la posible incorporación progresiva de más familias, aunque algunos autores señalan el enriquecimiento de la experiencia terapéutica con la entrada de nuevas familias (Foster, 1991b).

Como ejemplo particular, recogemos las recomendaciones de González y colaboradores (1986) en relación con la composición óptima de un grupo multifamiliar -en este caso referidos a grupos multifamiliares dirigidos a familias con miembros que sufren una enfermedad física crónica-:

1. *Asegurarse de la presencia del paciente en todas las sesiones. El hecho de que el paciente sea solidario con otros pacientes ayuda al resto de la familia a expresar más libremente sus preocupaciones, conflictos y emociones.*
2. *Reagrupar diferentes enfermedades de gravedad similar. La heterogeneidad de las enfermedades permite centrarnos más en la familia que sobre una enfermedad específica.*
3. *No incluir enfermos en fase terminal, ya que necesitan otro tipo de intervenciones.*
4. *Reagrupar de cuatro a seis familias, pero no más. Permite una diversidad óptima de perspectivas sin restar atención a cada familia.*
5. *Es posible adaptar el modelo a las enfermedades psiquiátricas.*

Duración y frecuencia de las sesiones

Cada experiencia multifamiliar responde a un encuadre específico determinados por el conductor y la institución en la que se lleva a cabo. La bibliografía describe sesiones de duración breve, alrededor de una setenta y cinco minutos (Laqueur, 1972) hasta sesiones de larga duración, de hasta incluso más de tres horas. En cuanto a su periodicidad, existen experiencias multifamiliares diarias, semanales, quincenales, mensuales… así como experiencias de formato intensivo a modo de “maratón” o taller multifamiliar durante una o más jornadas (Asen, 2010).

Requerimientos físicos.

Las necesidades materiales para la realización de sesiones terapéuticas multifamiliares son básicas, puesto que requiere únicamente de un espacio físico como continente. Aunque la mayoría de actividades descritas se realizan en salas en las que los participantes se disponen en sillas en círculos concéntricos, también es posible realizar las sesiones grupales en el campo o jardines, con o sin sillas, etc., mientras que en función de las técnicas particulares que pudieran ser utilizadas se incluirán otra serie de materiales (pinturas, murales, instrumentos musicales…).

Técnicas de Conducción.

Dada la heterogeneidad que engloba el epígrafe genérico de terapia multifamiliar, entendemos que los coordinadores aplican técnicas muy diversas procedentes tanto de la terapia grupal como de la terapia familiar y basadas en diversos modelos teóricos (sistémicos, psicoanalíticos, gestálticos, cognitivo-conductuales, psicodramáticos, psicoeducativos). Estas técnicas tienen como finalidad la movilización de la riqueza "intra" e "inter"-familiar e "intra" e "inter"-generacional única de la estructura multifamiliar para crear nuevas perspectivas y experiencias intensas de cambio (Cook-Danzens, 2007).

Por lo general, la mayoría de referencias bibliográficas coinciden en señalar que el conductor se sitúa en posición *igualitaria* respecto a las familias, en una posición *menos central y más flexible* que en otras formas de terapia creando así una atmósfera más familiar que médica y transmitiendo a las familias un mensaje de confianza en sus propias capacidades para resolver ellas mismas sus problemas. El terapeuta se limita de esta manera a una función de facilitador de un "supra-sistema terapéutico", de una "comunidad de familias coterapeutas" capaces de regularse mutuamente, ayudarse y aprender las unas de las otras con el objetivo de movilizar el potencial terapéutico del contexto social constituido por el grupo multifamiliar. Se trata, pues, de crear una "*comunidad que cura*" o una "*red social terapéutica*" (McFarlane, 2002).

A continuación resaltamos algunos aspectos referidos por diversos autores respecto a la conducción:

- **Laqueur** refiere múltiples estilos del conductor de terapia multifamiliar compatibles y alternantes dentro del proceso, destacando: el estilo del *conductor de orquesta,* el estilo de *profesor de escuela,* el estilo *directo* y el estilo "*Laisser-faire*" (*dejar hacer).* Según Orvin (cit. en Foster, 1994j) "a veces necesitamos hacer *un poco de cada tipo de conductor*", pero sosteniendo que el conductor debe ante todo ser un *observador* del grupo y saber cómo orquestarlo; su función no es tanto señalar él mismo los elementos cruciales que se dan en la dinámica del grupo multifamiliar, sino saber cómo hacer que otros lo hagan. Foster (sin fecha, artículo 23) se refiere a la manera de conducir de Laqueur de la siguiente manera: "*Como un conductor de orquesta, Peter (Laqueur) genera un tema, se une a las familias y hace que interactúen familias con familias, asesora en situaciones, promueve intervenciones verbales y conductuales y, terapéuticamente, baila con el grupo*".

- **Foster** (1994a) compara el papel del terapeuta en la terapia multifamiliar respecto al de modelos clásicos, refiriendo que en la terapia grupal multifamiliar existe *menos "masturbación mental" o "pasatiempo"* por parte del profesional (Peter Laqueur lo denominó "*Narcissistic Self Talk*" *–soliloquio narcisista-*) ya que es más interactiva, brinda más apoyo que el grupo de terapia habitual y se dan muchos más acontecimientos que en las otras terapias grupales o individuales en lo relativo a las posibilidades de interacción y de aprendizaje.

- **Bowen** (1976) enfatiza la necesidad de una clara estructura del grupo multifamiliar que ayude a los participantes a sentirse seguros, de manera que muchos participantes encuentren un lugar "íntimo" en el que se atrevan a "quitarse las máscaras" que los protegen de respuestas hirientes por parte de otras personas.

- **McKamy** (1976) recalca que la *atmósfera de confianza* es la esencia de la terapia multifamiliar. Los participantes que confían en el proceso terapéutico multifamiliar se conectan íntimamente con sus propias vidas así como con los procesos psicológicos de los otros.

- También **García Badaracco** (2000) refiere que el principal papel del conductor multifamiliar estriba en crear un clima de seguridad y confianza que facilite que los participantes realicen su proceso terapéutico.

- **Hydes** y **Goldman** (1988) señalan que los conductores grupales deben ser "*asertivos, cuidadores y genuinos*" y deben demostrar compasión sin ser críticos u hostiles, ser humanos y evitar la manipulación y ser capaces de aprender de los pacientes y familias que están también versados en la problemática. A medida que el grupo madura deben ser flexibles y permitir que el propio grupo, y los individuos del grupo, sean más "*autodirectivos*".

- **Howe** (cit. en Foster, 1994a) refiere que "*el equipo profesional es lo que menos cuenta en el proceso curativo de la terapia multifamiliar: ofrecemos un contexto en el que iniciar la terapia -el grupo multifamiliar- pero después nosotros somos lo menos importante, y eso difiere de la terapia de pareja, la terapia de familia y la terapia de grupo. La terapia multifamiliar deviene más en un grupo de autoayuda, independiente de los facilitadores del grupo. Mucha de la ayuda procede de las personas que están en la misma situación vital. Otras familias dan validez en el grupo multifamiliar a lo que los profesionales no pueden. Escuchan a los otros antes de escuchar a los terapeutas y a otros agentes de servicios sociales*".

- **Nuckol** (1992) recalca la importancia de consenso en el equipo de trabajo. Refieren que si el equipo profesional no funciona como un “equipo de madre y padre efectivos”, entonces crearan un entorno disfuncional para las personas que reciben tratamiento.

- **Cook-Darzens** (2007) enumera los siguientes objetivos de la conducción desde un modelo multifamiliar centrado en la enfermedad diagnosticada:
  1. Ayudar a las familias a salir de su aislamiento y a ser más solidarias.
  2. Informar a las familias sobre la enfermedad y ayudarlas a que contribuyan en el proceso curativo.
  3. Permitir a las familias expresarse e intercambiar
  4. Ofrecer a las familias la posibilidad de restaurar sus relaciones intra y extrafamiliares y su relación con la enfermedad.
  5. Devolver esperanza a las familias.

1.2.4. Mecanismos terapéuticos

Más allá de las especificidades de cada submodelo de terapia multifamiliar, existen mecanismos terapéuticos comunes que subyacen de la interacción entre los miembros de varias familias en un mismo espacio. Las aportaciones de diversos autores coinciden en señalar que la combinación de las teorías de los sistemas familiares y los factores de grupo terapéutico proporcionan la oportunidad de explorar los múltiples niveles de las relaciones intra e interpersonales entre las familias.

Whitaker (citado en Boylin y cols, 1997) refiere que el interés de la terapia multifamiliar radica en el hecho de que la persona puede vivir la experiencia de sus propias dinámicas familiares a través de otras familias sin ser «atiborrado» por su propio contexto familiar. Además, en el desarrollo del proceso multifamiliar se observa como familiares que hasta el momento se sentían incapaces y fracasados pueden brindar ayuda a otras familias, ofrecerles su experiencia y juntos aprender a afrontar los problemas de manera que poco a poco pasarán a sentirse capaces de hablar, de compartir sus sentimientos, de enseñar, de aprender... Los sentimientos de culpa, de frustración, de rabia y de pérdida de las expectativas puestas en su familiar enfermo van dejando paso a la tolerancia, la comprensión y la asunción de metas más asequibles. Estos cambios también son descritos en los grupos de apoyo a familiares, pero con la diferencia de que en la terapia multifamiliar se puede trabajar en el aquí y ahora los conflictos con el miembro sintomático presente; no se trata de escuchar qué cuentan los padres de sus hijos, sino de ver cómo danzan ante los ojos de los terapeutas y los de las otras familias y con el aporte añadido de los coterapeutas “espontáneos” que conocen bien el problema: los otros familiares.

Diversos autores proveen descripciones de mecanismos generales acerca del funcionamiento del contexto multifamiliar, entre los que destacamos:

Mecanismos según Peter Laqueur

Laqueur (1976), reconocido como el fundador del modelo multifamiliar, encuentra que el intercambio de ideas y experiencias entre las familias participantes puede mejorar la calidad de comunicación en los sistemas familiares y puede funcionar como catalizador de cambios en ellos. Explica que la ventaja del grupo multifamiliar sobre la terapia familiar

individual radica en la exposición a múltiples perspectivas. Además, el proceso multifamiliar normaliza las experiencias de los miembros de la familia que pueden darse cuenta de que no están solos, permitiendo a los asistentes el desarrollo de nuevas formas compartidas de comprender la realidad y la promoción de nuevos insights acerca de sus propias relaciones a través de la identificación con patrones familiares similiares en otras familias presentes. Laqueur (sin fecha, artículo 23) describe nueve mecanismos terapéuticos fundamentales en el grupo multifamiliar:

1. *Aprendizaje por "analogía"*. Frente a la terapia "unifamiliar" clásica, donde no existe la posibilidad de encontrar analogías útiles, el grupo multifamiliar ofrece a las familias la posibilidad de observar análogas situaciones de conflicto en otras familias y aprender de estos ejemplos (*insight* a través de la observación). De esta manera, un padre puede aprender sobre conductas parentales a través de ver en acción a otros padres; una madre de otras madres; un joven de otros jóvenes en otras familias, etc., siendo a menudo el potente impacto de estas observaciones una alternativa concreta para el cambio en las dinámicas de las familias. Las familias que han pasado por similar conflicto proveen un importante incentivo para que los otros aprendan y para que disminuya el estigma y la soledad creada por cualquier problema que necesita de terapia (Schiavone, 2015). Strelnick (1977) se refiere al *aprendizaje por identificación* como extensión de este concepto, en el que los miembros individuales del grupo encuentran fuertes similitudes en sus situaciones mutuas. Aunque Laqueur habla de identificaciones paralelas, existe una constelación de identificaciones que incluye no sólo a los "iguales" en su rol familiar, sino a cualquier miembro en la familia.

2. *Aprendizaje por interpretación indirecta.* Hace referencia a la interpretación no realizada por el terapeuta sino por otros miembros del grupo, lo cual permite a los participantes crear sus propias conclusiones y aprender desde otra posición, disminuyendo sus defensas.

3. *Uso del modelaje*: el terapeuta puede señalar aspectos más saludables de una familia como modelo de cambio para otra familia. Los miembros del grupo podrían al principio imitar el modelo deseable, pero también integrarlo en un nivel más profundo de su propia conducta.

4. *Aprendiendo a través de la identificación y la identificación de constelaciones*. El grupo multifamiliar provee muchas oportunidades para la identificación ya que las familias configuran una gran amalgama de constelaciones en las que sus miembros pueden identificarse.

5. *Aprendiendo a través del ensayo y error*. Los miembros del grupo multifamiliar tienen la oportunidad única de probar nuevas conductas que pueden ser reforzadas por la aprobación del grupo o rechazadas. Según Strelnick (1977), el grupo da a los miembros de la familia un entorno en el que experimentar nuevos modos de conducta, donde no solo la familia sino también el resto del grupo está presente para reforzar más cambios adaptativos o reprobar cambios maladaptativos. Añade que esto es posible por el menor autoritarismo que representa el grupo multifamiliar respecto a otros grupos más pequeños en los que el terapeuta o los padres adquieren mayor poder.

6. *Aprender a entender los códigos intrafamiliares:* las familias descubren su forma de comunicación a través del reflejo de la comunicación en otras familias.

7. *Amplificación y modulación de señales:* los participantes del grupo amplían y modulan las señales del terapeuta.

8. *Delimitando el campo de interacción:* el grupo multifamiliar ayuda a la familia a entender sus problemas dentro de un sistema de interacciones. La familia ve cómo el entorno, y no sólo la familia, afecta al individuo y como el propio individuo, a su vez, afecta el comportamiento de los que le rodean. La familia aprende entonces como compartir una responsabilidad conjunta con lo que ocurre. De esta manera, el grupo multifamiliar ayuda a la familia a realizar la transición de "*ver al paciente como el problema*" a *"ver el sistema familiar como el problema*" (Strelnick, 1977)

9. Aquellos sucesos que tienen la menor probabilidad de ocurrir tienen la mayor significación y valor informativo dentro del grupo multifamiliar. Cualquier nuevo comportamiento más realista o apropiado en el contexto del grupo familiar puede devenir en el foco de excitación para el grupo, enfatizando el significado y el reforzamiento del cambio observado.

Mecanismos según David May

David May (1995), trabajador social de tradición cristiana en el Centro Oakleigh del Hospital Regional de Durham (Carolina del Norte, EEUU) para el tratamiento de personas con toxicomanía refiere los siguientes mecanismos inherentes al grupo multifamiliar:

1. Cuando las personas comparten su dolor común, su rabia y ansias de curación y son lo suficientemente valientes como para hablar abiertamente "desde el corazón", la curación ocurre en todos ellos.
2. Cuando se le da voz al dolor de la familia en el grupo, se rompe el aislamiento y la centralización en el problema.
3. Cuando los miembros de la familia escuchan a otras familias con similar problemática hay un instante de consuelo y de unión con "los que conocen nuestro dolor" y las barreras del secreto y la soledad se rompen.
4. Cuando compartimos nuestra realidad y esa realidad puede ser recibida sin juicios, entonces todos nos transformamos.
5. Cuando hablamos abiertamente con otros -incluso con extraños- y "desde el corazón" en busca de consuelo y liberación, descubrimos que compartimos más semejanzas que diferencias y perdemos el temor respecto a los otros.
6. Cuando no tenemos miedo, la mayoría de las personas somos cariñosas, compasivas y sanadoras.
7. Cuando sentimos que estamos en un lugar seguro y sabemos que seremos escuchados, cada uno de nosotros tiene algo importante para compartir que no será olvidado.
8. Familia y comunidad son los lugares en los que encontramos paciencia, cuidado, compasión, perdón, identidad y aceptación ("los ingredientes del amor").
9. Calmamos nuestra vulnerabilidad, nuestras áreas de debilidad y nuestra necesidad de ayuda en la comunidad. Empezamos a descubrir los verdaderos recursos de poder y libertad y nuestro yo verdadero.

Mecanismos según Lewis Foster

Lewis Foster, psicólogo continuador del trabajo iniciado por Laqueur y que ha desarrollado su labor multifamiliar especialmente con personas con problemas adictivos señala que "*aprendemos sobre nosotros y a gustarnos a nosotros mismos en función del feedback, es decir, en función de ser vistos en los ojos de los otros*".

Destaca los siguientes mecanismos en la terapia multifamiliar (1993a):

1. El grupo multifamiliar es como una pequeña tribu unida en la intención colectiva de trascender sus entornos familiares individuales generalmente restringidos.
2. A través del dolor de otras familias, cada familia ve reflejado su dolor y reconoce que no está sola.

3. La enfermedad mental (Lewis hace referencia a "adicciones" por la tipología de usuarios que atiende) es una enfermedad *social*, por lo cual la recuperación debe tener lugar en un *espacio social* para la familia.
4. Las familias pueden encontrar apoyo en otras familias junto a las que buscan salidas de recuperación
5. Las familias aprenden unas de otras (*insights espontáneos*)
6. La vergüenza parece diluirse en las familias dentro el grupo multifamiliar ya que el grupo crea una atmósfera de desestigmatización automática.
7. Las familias pueden ver donde están o donde han estado al estar junto a otras familias con similares problemáticas o en situación de riesgo.
8. La terapia multifamiliar requiere menos profesionales y su acción terapéutica llega a más familias con menor coste.
9. Los miembros de la familia identifican en otras familias sus roles y ven reflejadas sus actitudes y conductas.
10. Los miembros de la familia son validados por los miembros de otras familias y tienen la oportunidad de confiar y también de ser de confianza para otros.
11. Los modelos de más apropiada conducta pueden ser observados y emulados.
12. Los modelos de riesgo pueden ser confrontados por otras familias.
13. En la atención a una única familia, un profesional puede fácilmente ser absorbido por la psicopatología de la familia. En el grupo multifamiliar, sin embargo, varios profesionales están generalmente presentes y el resto del grupo ofrece su intervención a modo de "coterapeutas". De esta manera, el grupo multifamiliar resulta una forma eficiente de entrenamiento de profesionales (Raasoch y Aasoch, 2001).
14. La negación puede ser observada y confrontada por los miembros del grupo a la vez que por los terapeutas.
15. Realizamos grupos para crecer más cerca del poder de sanar que subyace en todos nosotros.

Mecanismos según O'Shea y Phelps.

O'Shea y Phelps (1985) hacen referencia a los siguientes factores terapéuticos que consideran exclusivos de la terapia multifamiliar:

1. El grupo multifamiliar es un microcosmos del contexto sociocultural mayor, que refleja las edades, roles familiares y estados de ciclos de la vida individual y familiar. En función de esta diversidad, aporta más posibilidades de aprendizaje, de adaptación y de desarrollo que la terapia de grupo.

2. La presencia de varias generaciones en el aquí y ahora permite revivir y trabajar los acontecimientos pasados y tener una claridad diferente.
3. Ofrece a los participantes la probabilidad de modificar sus fronteras y favorecer la cohesión y la diferenciación en el seno de la familia.
4. La presencia de numerosos pacientes difumina la estigmatización de la persona "sintomática" y la presencia de varias familias diluye los efectos concomitantes.
5. Las intervenciones del terapeuta son públicas, por lo que se favorecen los cambios clínicos.
6. El grupo multifamiliar modifica directamente las normas y roles familiares.

Mecanismos según Asen

Asen (2006 y 2010) plantea las siguientes bases comunes acerca de cómo funciona la terapia multifamiliar:

1. Creando solidaridad ("*estamos todos en el mismo barco*").
2. Superando la estigmatización y el aislamiento social ("*no somos los únicos con estos problemas*").
3. Estimulando nuevas perspectivas: "*Puedo ver claras estas cosas en los demás, pero cuando me ocurre a mí estoy ciego*".
4. Aprendiendo de los otros: "*me gusta como el otro gestiona esto*".
5. Viéndonos reflejados en el espejo del otro: "*lo hacemos igual que tú*".
6. Utilización positiva de la presión grupal: "*No podemos lavarnos las manos"*.
7. Apoyo mutuo y feedback: "*Estupendo como lo hiciste. ¿Y cómo piensas que lo estamos haciendo nosotros?"*
8. Descubriendo y construyéndose sobre sus competencias: "*puedo hacer más de lo que hago, no estoy completamente desesperanzado*".
9. Experimentando la atribución del papel temporal de familias "de acogida" y con el intercambio: "*Podemos entendernos con este niño de otra familia y me gusta la forma en que tus padres se entienden con mi hijo"*.
10. Intensificando experiencias e interacciones: "*El efecto multiplicador de las cosas que pasan aquí"*.
11. Alcanzando éxitos y aumentando la esperanza: "*Hay luz al final del túnel, incluso para nosotros"*.
12. Practicando nuevos comportamientos en un lugar seguro: *"Podemos experimentar aquí, aunque las cosas vayan mal"*
13. Fortaleciendo la capacidad reflexiva; "*me puedo ver a mí mismo más adecuadamente, - y diferenciadamente-*".

14. Promoviendo la apertura e incrementando la autoconfianza a través de los intercambios con el público.
15. Reforzando la autorreflexión y autoestima a través de intercambios públicos e interacciones: "*nadie está contra nosotros; podemos confiarnos*".

Mecanismos según otros autores.

- **Paul Thorington** (cit. en Foster, 1994a) refiere que el "*aprendizaje a través de la identificación y la identificación de constelaciones*" tal y como las definió Laqueur, *es única e intrínseca a la terapia multifamiliar.* El hecho de que el grupo multifamiliar comprenda todas las generaciones y combinaciones de diferentes familias ofrece a los participantes la oportunidad de redefinir o potenciar su generación específica y sus roles familiares de una forma que no podría darse en ningún otro lugar o forma de tratamiento, ya que este tipo de identificaciones con otros no pueden darse en la terapia individual, familiar o grupal. El rechazo a las ideas o modo de actuar del terapeuta (el "*Conjoint Tune-out"* definido por Laqueur) también se aminora en el grupo multifamiliar al ser puestos en común con las otras familias.

- **Whitaker** (citado en Boylin *et al*., 1997) señala que la terapia multifamiliar es efectiva porque permite a la persona experimentar las dinámicas de su propia familia a través de otras familias sin ser tan presionado por su propio contexto familiar.

- Para **Bowen** (1976) las familias se benefician del grupo multifamiliar desde el momento en que son capaces de escuchar a otras familias.

- **Schaefer** (2008) refiere que la terapia multifamiliar consigue implicar a las familias en los procesos de tratamiento, promueve que estas compartan sus problemas y se apoyen en la búsqueda de soluciones y que mejoren sus patrones de comunicación.

- **Bergen** (1973) explica que al estar las familias juntas, su sensación de soledad se alivia y se desarrolla un nuevo sentimiento de esperanza. Los participantes en el grupo multifamiliar pueden romper la parálisis de sus sistemas familiares a través del aprendizaje de nuevas estrategias de comunicación y conducta.

- **Springer y Orsbon** (2002) añaden que todos los miembros del grupo tienen la oportunidad de dar y recibir retroalimentación sobre el fortalecimiento de sus vínculos familiares propios

- **Asen y Schuff** (2006) afirman que los mecanismos de los enfoques multifamiliares no difieren en absoluto de la de los grupos de autoayuda: las personas que se enfrentan a problemas similares pueden compartir sus experiencias y asesorar y apoyarse mutuamente. Las familias son capaces de aprender unas de otras y tienen la oportunidad de mejorar sus habilidades de comunicación (Asen, 2002; Kaufman y Kaufman, 1977)

- Según **Trotzer** (1988) El grupo multifamiliar ofrece una conexión natural para los miembros del grupo que facilita la cohesión y crea un contexto en el que las similitudes y diferencias pueden ser reconocidas.

- **Thorngren** y cols. (1998) refieren que la terapia multifamiliar utiliza elementos educativos así como los de terapia grupal para reunir el poder de cada familia y de sus miembros con el fin de potenciar sus habilidades en la resolución de problemas y mejorar el funcionamiento del grupo como un todo.

- **Cassano** (1989) estudió los patrones de interacción entre terapeutas, familias y el grupo en el contexto multifamiliar. Describió una serie de seis secuencias de interacción: 1) profesional (el terapeuta con cada individuo), 2) entre los pares intra-familiares (padre con padre o hijo con hijo dentro de la misma familia), 3) pares ínter-familiares (padre con padre o hijo con hijo de diferentes familias), 4) no pares intra-familiar (padre con hijo dentro de la misma familia), 5) no pares ínter-familiar (padre con hijo de diferentes familias) y 6) grupal (el grupo con cada individuo). Los resultados indican que el grupo multifamiliar progresó desde las interacciones profesionales primeramente a las interacciones intra-familiares e ínter-familiares a medida que el grupo se desarrollaba y se concentraba en la tarea grupal. Además descubrió que los subgrupos de no-pares se daban con mayor frecuencia dentro de las familias y que los subgrupos de pares se daban sobre todo entre las familias. Los padres tendían a asumir roles en el procesamiento de los problemas familiares mientras los hijos asumían el papel de expresar las necesidades del grupo. Halló que había cinco

niveles principales de interacción y proceso social en el grupo multifamiliar: diádico, subgrupos dentro de las familias, unidades familiares, subgrupos entre las familias y el grupo como un todo. Cassano recomienda que el conductor atienda a cada uno de estos niveles y tipos de interacción dentro del grupo multifamiliar.

- **Corey y Corey** (1997) describen varios niveles simultáneos y paralelos en la dinámica del proceso terapéutico:
  - El individual o intrapsíquico, experimentado por cada miembro del grupo individualmente.
  - El intrafamiliar: proceso que afecta a la dinámica intrafamiliar en cada familia participante.
  - El interfamiliar: proceso terapéutico que subyace en la globalidad del grupo a modo de terapia social.

- **John Howe** (cit. en Foster, 1994a) refiere que en la terapia grupal individual el foco se sitúa más en los asuntos internos individuales y en la ayuda para que el individuo aprenda sobre sus patrones de interacción con el grupo, mientras que en la terapia multifamiliar se interviene además sobre las dinámicas familiares.

- **Nuckol** y col. (1992), en su estudio en grupos multifamiliares con integrantes con patología dual (consumo de tóxicos y otros diagnósticos psiquiátricos concomitantes) refieren que el potencial terapéutico del grupo multifamiliar radica en la presencia de todos los "actores clave" para el cambio, en un entorno seguro, que ofrece nuevas miradas a través de los ojos de otras familias experimentadas que han recorrido ese camino antes y la integración de distintos profesionales y diferentes disciplinas que trabajan juntos. Este trabajo cruzado y conjunto solo funcionará en el caso de que se cree un foro que provea diferentes puntos de vista que compartir, siendo necesario para ello que médicos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales sean capaces de realizar este trabajo conjuntamente. Todas las disciplinas juntas pueden ser discutidas y todos entienden que aunque su terminología suene a veces muy diferente, las filosofías subyacentes son a menudo unificadas. Añaden que el modelo multifamiliar reduce el daño infringido por el "etiquetado" que a menudo realizamos los profesionales.

- **Scott Edwards** (2001) llevó a cabo un estudio Delphi[10] en el que exploró las opiniones de un grupo de nueve expertos en terapia multifamiliar con el fin de identificar los elementos esenciales para el éxito de la aplicación del modelo, sirviendo éstos como guía para el futuro de desarrollo de programas multifamiliares. El panel de expertos destacaron 35 elementos esenciales, muchos de los cuales coinciden con los ya descritos en la bibliografía previa, destacando tres elementos como fundamentales:
    - Una fuerte estructura grupal, con adhesión a las reglas, asiduidad, confidencialidad y respeto al tiempo de palabra.
    - Un buen conocimiento de los procesos de grupo y de sistemas familiares y experiencia en ambos terrenos.
    - Flexibilidad teórica y práctica, con una buena capacidad de atención a los diversos niveles del proceso y diferentes perspectivas en el grupo, así como flexibilidad en el grado y calidad de las intervenciones.

1.2.5. Modelos de terapia multifamiliar

Los programas multifamiliares descritos en la literatura científica son muy variados tanto en estructura, frecuencia, duración y número de sesiones, número de participantes, tipo de problemáticas atendidas, metas del grupo, roles de los terapeutas, enfoques teóricos, encuadres terapéuticos, técnicas empleadas y el uso de subgrupos. EEUU, Argentina y Europa Occidental (especialmente Reino Unido, Francia, Bélgica, Italia, Portugal y España) son los tres focos mundiales donde la terapia multifamiliar ha alcanzado mayor difusión.

No existe una clasificación consensuada de modelos de terapia multifamiliar. Con fines prácticos, hemos decidido agrupar los distintos modelos en subgrupos que responden a su área geográfica de influencia y elementos comunes en cuanto a su inspiración teórica y el marco de intervención (Figura 1) Describiremos a continuación los aportes más significativos realizados por los distintos autores multifamiliares.

[10] Estudio Delphi: Estudio prospectivo que busca acercarse al consenso de un grupo de expertos con base en el análisis y la reflexión de un problema definido (Linstone et Turoff, 1975).

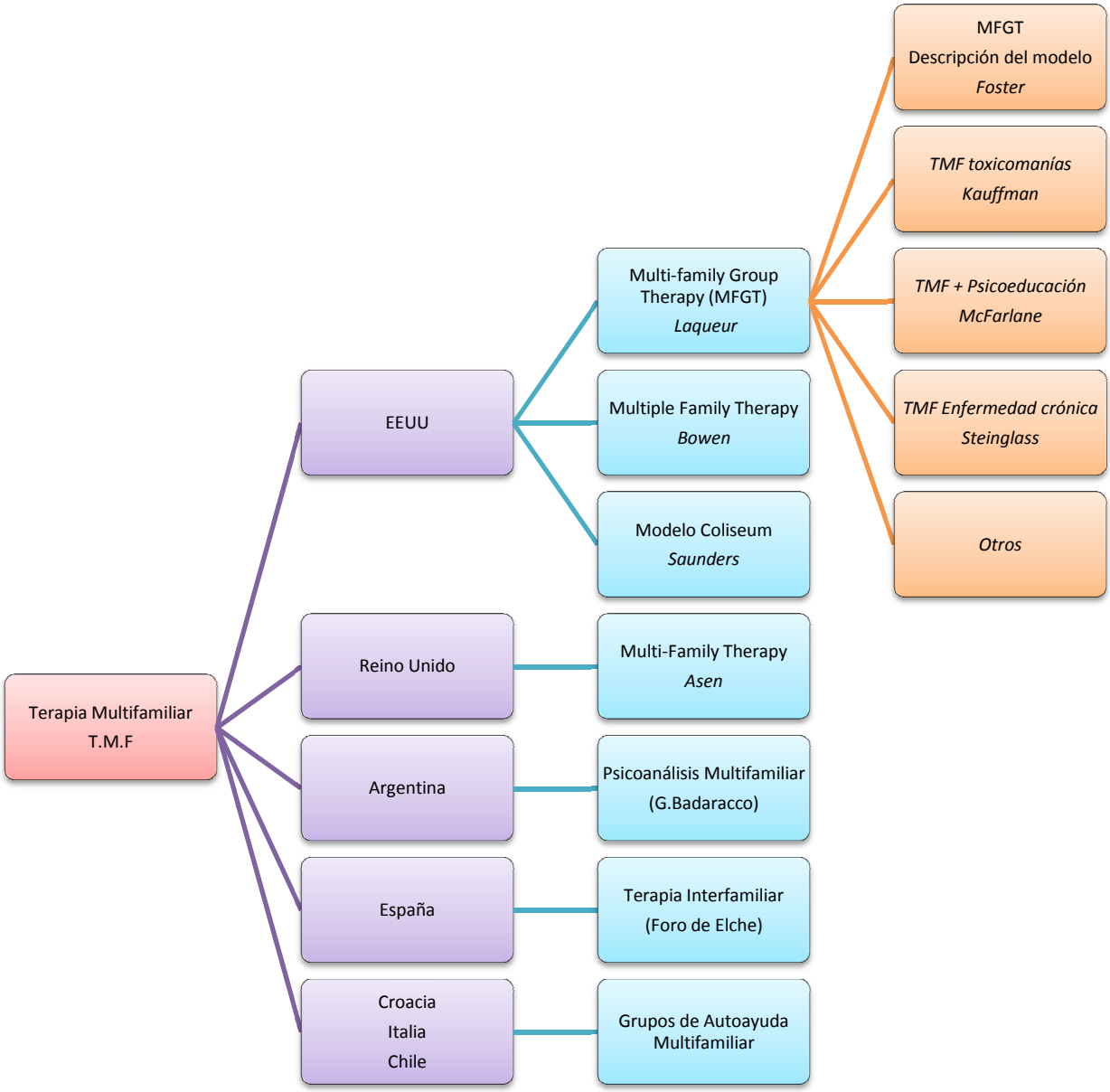


Figura 1. Esquema de principales autores y modelos multifamiliares

1.2.5.1. El primer modelo: Peter Laqueur

"Enseña a las familias a ayudarse a sí mismas"

Peter Laqueur

Introducción

Se considera que el psiquiatra Peter Laqueur (1909-1979) fue el introductor mundial de la terapia multifamiliar, a la que denominó "*Multiple Family Group Therapy*" (MFGT, *terapia grupal para múltiples familias)* en el tratamiento a personas diagnosticadas de esquizofrenia un Hospital psiquiátrico del área de Nueva York (EEUU). A diferencia de autores posteriores, Laqueur no hace referencia a modelos psicoterapéuticos específicos en las que pudiera haberse inspirado. Más bien al contrario, es contundente al definir el modelo como un nuevo paradigma en salud mental que requiere de nuevas metodologías de intervención.

Laqueur escribió escasos textos, siendo todos ellos sencillos, claros y directos ya que apenas utiliza tecnicismos. Sus discípulos explican su escasa producción literaria por su muerte inesperada en 1979, antes de transcribir el grueso de su legado. Se dice que Peter Laqueur aprendió a utilizar su talento para "manejar" personas y situaciones desde el rol que él mismo ejerció en su familia de origen, a la que trató de mantener unida a pesar de sus serios conflictos relacionales.

La personalidad de Laqueur estuvo fuertemente influenciada por su entrenamiento médico (invirtió doce años de su vida en trabajar y aprender endocrinología, la especialidad de su padre), con una marcada identidad como médico. Él mismo afirmó que el paso a la terapia grupal fue el resultado de una sugerencia de un amigo terapeuta familiar que le recomendó atender a las familias en pequeños grupos en vez de individualmente. Peter Laqueur explicó así su inmersión en la terapia multifamiliar en una conferencia en Leuvern en 1977 (cit.en Foster, sin fecha, artículo 23):

> "*En 1951, cuando era director del departamento clínico para pacientes esquizofrénicos en un gran hospital de Nueva York, cada domingo los padres y a veces también los hermanos, tíos, etc. de estos pacientes los visitaban en el hospital y durante estas horas de visita me venían a ver, cada uno en su turno, durante unos minutos, de manera que yo podía*

calmarlos, darles esperanza y trataba de explicarles las técnicas y medicaciones utilizadas para cambiar el estado psicótico de los pacientes".

"*Posteriormente decidimos hacer algo que era tabú en ese tiempo: juntar a todos los pacientes y sus visitantes durante dos a dos horas y media en una discusión abierta a todas las preguntas relativas a la esquizofrenia, métodos de tratamiento, problemas de los pacientes durante su estancia en el hospital o temas respecto al futuro y su vuelta a casa, su trabajo, sus posibilidades para casarse o tener hijos, etc".*

"*Percibimos que a veces los llamados "miembros sanos" de las familias estaban tan enfermos como los propios pacientes, siendo la principal diferencia que los pacientes había sido los primeros en ser enviados al hospital. Para prevenir el frecuente reingreso de nuestros pacientes se hacía necesario tratarlos tanto a ellos como a sus familias".*

"*Formamos grupos de cuatro o cinco pacientes hospitalizados y sus familias y nos reuníamos semanalmente en sesiones terapéuticas durante el tiempo que los pacientes permanecían hospitalizados. Durante los 17 años que desarrollamos este trabajo con los pacientes hospitalizados y sus familias fuimos capaces de reducir el número de reingresos en el hospital alrededor del 80%.*"

"*A veces los pacientes dados de alta y sus familias continuaban participando en estas sesiones multifamiliares y gradualmente, a medida que nuestro método fue mejor conocido, la terapia grupal multifamiliar se extendió a los recursos ambulatorios para los pacientes y sus familias".*

Su forma de conducción del grupo era muy personal, caracterizada por su sutil uso de la ironía pero manteniendo a la vez un sentido de cercanía y amor cuando las emociones más intensas se expresaban abiertamente (Foster, sin fecha, artículo 23).

Apuntes teóricos y metodológicos

Laqueur se adelantó en su tiempo a las lecturas sistémicas que empezaban a emerger, describiendo características en los patrones de relación familiares y sus consecuencias en los miembros de la familia. Definió una serie de *estructuras patológicas familiares* (patrones de comunicación disfuncionales) sobre las que intervenir (Anexo 1) así como los *factores* determinantes de la capacidad de las familias para hacer frente a las dificultades del entorno y de beneficiarse del grupo terapéutico multifamiliar. Estos factores le eran útiles, además, como forma de valorar si las familias estaban preparadas para el alta del grupo multifamiliar (Anexo 2).

Laqueur (1972:621) resumía el proceso multifamiliar con estas palabras: *"Mis pacientes y sus familias tienen la ocasión de compararse a sí mismos en la actualidad con otros que están en una situación similar y pueden ver cómo se pueden producir actitudes mejores o peores en los otros al repetir conductas inadecuadas que tienen su origen en modelos adquiridos más tempranos*".

Una sesión típica de terapia grupal multifamiliar con Laqueur se iniciaba con la presentación de cada familia y su razón para asistir. Laqueur, desde su papel como conductor, observaba y comparaba situaciones y roles similares entre los miembros de las distintas familias, generaba temas y hacía interactuar a unas familias con las otras, evaluando situaciones y creando intervenciones verbales y ejercicios conductuales desarrollados por él mismo y su equipo (solía incluir una serie de ejercicios conductuales como el "sí-no", "espalda con espalda", "unir manos" y "esculturas familiares"). Buscaba, en definitiva, lo que el propio Laqueur metaforizaba como "*danzar*"[11] terapéuticamente con el grupo (Foster, sin fecha, artículo 23). Laqueur comparaba además el proceso multifamiliar con un "concierto musical" en el que el terapeuta era el conductor de orquesta.

Laqueur reconocía **tres fases de tratamiento multifamiliar** (cit. en Brodsky, 1999):

1. La familia experimenta sentimientos de alivio en relación con su problemática.
2. Resistencia al tratamiento cuando los miembros de la familia empiezan a entender su papel en la disfunción.
3. Finalmente, se instaura de forma progresiva una disposición y voluntad de los miembros de la familia para realizar cambios y apoyar a los otros miembros y a las otras familias.

1.2.5.2. Modelo de Lewis Foster

Introducción

El psicólogo Lewis N. Foster (1991a) es sin duda el principal discípulo de Laqueur y el principal recopilador y transmisor de su modelo de trabajo. Foster fue el primer director

[11] La metáfora "*Danzar con el grupo"* utilizada por Laqueur guarda evidentes similitudes con la metáfora "*danzar con la familia"* que posteriormente el terapeuta familiar Carl Whitaker acuñaría para describir vívidamente sus ideas y métodos en el enfoque de las sesiones terapéuticas familiares (Whitaker, 1998).

del Multiple Family Group Therapy Resource Center[12] de Florence (Carolina del Sur, EEUU) y desarrolló desde comienzos de la década de 1980 el modelo de terapia multifamiliar con familias con miembros toxicómanos, inspirándose en las líneas básicas de Laqueur.

Apuntes teóricos y metodológicos

A diferencia de su mentor, Foster escribió un amplio legado de artículos en los que describe los fundamentos teóricos y prácticos de la terapia multifamiliar. Se refiere al grupo multifamiliar como un *encuadre social seguro* donde las familias pueden aprender, crecer y apoyarse unas a las otras. Su entusiasmo por la terapia multifamiliar se trasluce en sus adjetivos hacia el modelo terapéutico tales como "*divertido, excitante, emocional, paradójico, íntimo, nutritivo y que supone constantes retos"*, añadiendo que es además más económico que la terapia individual ya que menos profesionales pueden realizar la intervención terapéutica con más familias. Foster tiende a elaborar sus artículos haciendo uso de listados acerca de diversos aspectos del modelo como una serie de "*supuestos básicos*" (Anexo 3) y de "*llaves para el cambio*" (Anexo 4) respecto al funcionamiento de las familias y la terapia multifamiliar.

Foster incluye los conceptos básicos de la teoría de los sistemas y, especialmente, el modelo de terapia familiar estratégica establecida por Jay Haley[13] entre sus fundamentos teóricos. Según Foster (1991b) en la terapia multifamiliar la conducta de las familias individuales es influenciada por las otras, ya que cuando un sistema se une a otro sistema, ambos sistemas cambian. Cuando nuevas familias entran en el grupo multifamiliar, los nuevos sistemas influirán al previo. Los cambios en la terapia multifamiliar ocurren, por lo tanto, cuando se abren los límites que oprimen a las familias, siendo estos límites los que definen quién y qué ideas son incluidas en la familia y su nivel de intimidad. Foster refiere que los terapeutas multifamiliares descubren que la visión del mundo de cada persona es extraordinariamente restringida, incluida la de los terapeutas, no siendo "*lo que no*

[12] Todos los artículos compilados por Lewis Foster son fácilmente accesibles a través de la página web de la Association for Multiple Family Group Therapy and the Multiple Family Group Therapy Resource Center: www.multiplefamilygrouptherapy.com

[13] **Jay Haley** (1904-2007): terapeuta familiar creador del modelo estratégico de terapia familiar sistémica. Se inspiró en la teoría de la comunicación de Bateson y Weakland, el enfoque terapéutico de Milton Erikson y las ideas sistémicas de Minuchin. Haley siempre insistía en que no tenía una teoría de terapia y se caracterizaba por su actitud provocadora, combinando una comprensión sistémica de las problemáticas humanas con intervenciones terapéuticas pragmáticas (Haley, 1976).

sabemos" lo que causa los problemas, sino "*lo que creemos saber y que en realidad no es cierto*" y afirma que el contexto multifamiliar facilita que "*nos aparezcan las dudas"*. En este mismo sentido, Foster nos recuerda que si queremos saber cómo funciona el sistema tenemos que ver "*lo que realmente hace"* y no "*lo que dice que hace*".

Foster hace énfasis en la toma de conciencia, la expresión y la aceptación de sentimientos, la toma de decisiones y en animar a los participantes a abordar las experiencias en el "aquí y ahora", aunque sin evitar hablar de experiencias pasadas. Cuando se experimenta en vivo en el grupo multifamiliar y se comparte lo "no dicho" se crea un alivio y una experiencia vibrante para las familias que permite la confrontación honesta entre sus miembros y entre éstos y las otras familias, con feedbacks que pueden parecer potencialmente molestos para quienes los reciben pero que resultan altamente valiosos. Foster observó que a medida que las familias experimentan la vulnerabilidad de las otras familias, tienden a tomar mayores riesgos y abrirse a la expresión emocional, construyendo una intimidad conjunta necesaria para introducirse cambios en las familias con problemas (Foster, 1991a). Por tanto, el crecimiento en el grupo multifamiliar ocurre, según Foster, a través del desarrollo de relaciones con otros que resultan satisfactorias, positivas y validantes. Las familias aprenden conductas unas junto a otras, tales como *empatizar* con los sentimientos de otras familias, permitir que los otros experimenten las consecuencias lógicas y naturales de sus decisiones y acciones y *responsabilizarse* de ellas, *aceptar* a cada individuo como único y valioso, *permitir* a los otros responsabilizarse de ellos mismos y *experimentar* la vivencia de separación e integridad. Para Foster es necesario y sabio tener siempre en cuenta las hipótesis o supuestos más simples y obvios.

Fases de la terapia

Foster señala tres fases en el devenir del grupo multifamiliar (1991b):

1. *Fase de presentación social*
2. *Fase de definición de problemas*
3. *Fase de interacción*. Señala que en esta fase el conductor debe tratar de conseguir que los participantes se focalicen en ellos mismos más que en el paciente identificado. Para ello llega a realizar tareas como crear subgrupos (por ejemplo, de madres) que se sitúan en el centro del grupo y pone especial atención a la expresión no verbal de los participantes.

Función del terapeuta

Para Foster, la función del terapeuta es llevar el timón del proceso terapéutico mientras que la función de las familias es proveer el contenido, siendo la meta de la terapia multifamiliar el ayudar a las familias a ser más espontáneas y romper sus límites creativos para ser más genuinas y congruentes, con una comprensión empática y una mirada positiva entre unos y otros para construir comunidad.

Según Foster (1992a) una de las cosas más difíciles de enseñar al profesional en formación en terapia grupal multifamiliar es: "*siéntate y permanece callado hasta después de que la fase de interacción y de definición del problema haya pasado*".

Foster enumera varios puntos como básicos en la conducción del grupo multifamiliar (Anexo 5) así como una actitud del conductor grupal que resume de la siguiente manera: "*un terapeuta multifamiliar exitoso promueve la participación de los otros en el contexto, continúa su desarrollo personal y profesional, lleva una vida equilibrada, mantiene una actitud positiva, comparte su saber y experiencia con sus pares y reconoce que la ignorancia llega en todos los grados"* (Foster, 1991b).

Con el fin de dinamizar la conducción del grupo multifamiliar, Foster describe el uso de multitud de *técnicas* y actividades, aunque enfatiza que debíamos conseguir "*que sean las familias las que hacen la terapia y no los terapeutas"* apuntando la máxima: "*Sé creativo y experimenta. Hay muchas maneras de ayudar a las familias a interactuar juntas".* Algunas de las principales técnicas a las que hace referencia pueden consultarse en el Anexo 6, así como mensajes de invitación a las familias al tratamiento multifamiliar en el Anexo 7 y una serie de rasgos comunes en las familias emocionalmente sanas en el Anexo 8.

Para Foster el grado de intimidad que se alcanza en el grupo puede atemorizar al terapeuta y aconseja que éste se arriesgue con el grupo y se una al grupo de una forma íntima, aceptando a cada miembro de cada familia de una forma incondicional y queriéndolos como seres humanos. Señala además que la objetividad es esencial y que el terapeuta debe ser "*personal*" pero "*no tomar lo que ocurre de forma personal*" (Foster, 1991a).

1.2.5.3 Modelo de McFarlane

Introducción

William R. McFarlane (1995) ha desarrollado a lo largo de las tres últimas décadas un importante trabajo de investigación sobre la terapia grupal multifamiliar llevada a cabo con pacientes diagnosticados de esquizofrenia y sus familias en el Maine Medical Center (Estados Unidos), logrando elaborar un modelo teórico coherente y con evidencia empírica de efectividad.

El modelo de McFarlane se encuadra dentro de los modelos psicoeducativos[14]. A través de una estrategia estructurada, las familias siguen juntas un proceso psicoeducativo muy específico que incluye encuentros con un clínico para preguntas y respuestas en el que las familias aprenden sobre la enfermedad para después seguir con encuentros multifamiliares regulares. En las 24 a 48 horas siguientes al ingreso, la familia inicia la fase de proceso de psicoeducación, participando en el programa dos veces por mes durante dieciocho meses y después, una vez al mes hasta dos años más. En todo este proceso se planean estrategias de respuesta a los variados cambios que ocurren al miembro enfermo en su proceso de recuperación de la esquizofrenia.

Apuntes teóricos y metodológicos

El modelo de McFarlane (2002) utiliza una metodología que incluye la educación acerca de la enfermedad y el entrenamiento en habilidades comunicacionales y de resolución de problemas para asistir al paciente y a su familia en el aprendizaje de nuevas estrategias de adaptación a la enfermedad con el fin último de reducir el estrés familiar y la tasa de recaídas así como desarrollar sistemas de apoyo social. El modelo contiene dos núcleos

[14]Los **grupos psicoeducativos** son ampliamente utilizados en dentro de los programas terapéuticos, especialmente para pacientes diagnosticados de esquizofrenia y sus familias. Parten de la visión de la esquizofrenia como una enfermedad crónica y con bases biológicas preponderantes. Este modelo busca la acomodación de la familia a la enfermedad a la vez que el desarrollo de sistemas de apoyo social que reduzcan la confusión, ansiedad y cansancio de la familia a la vez que el aprendizaje de estrategias de adaptación. Los grupos se basan en crear un ambiente de colaboración con los familiares que cuidan al paciente con el fin de promover la reducción del estrés y la carga emocional, el desarrollo y fortalecimiento de las habilidades para anticipar y resolver problemas, la reducción de la expresión de enfado y sentimientos de culpa; el mantenimiento de expectativas razonables acerca del paciente; animarlos a que pongan y mantengan límites apropiados aunque mantengan algún grado de distancia cuando sea necesario; y el logro de cambios deseables en la conducta y el sistema de creencias de los familiares (Jiménez y Maestro, 2002). Estos modelos de intervención familiar han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia para reducir las recaídas, así como el deterioro social y la carga familiar, tanto en diferentes estudios como en las rigurosas revisiones sistemáticas sobre ensayos clínicos del Cochrane Schizophrenia Group (Pekkala y Merinder, 2002; Pharoah, Mari, Rathbone y Wong, 2006).

básicos sobre los que se basa la intervención: 1) la psicoeducación y 2) la práctica en resolución de problemas.

1. En relación con la *psicoeducación*, McFarlane comparte los supuestos del modelo psicoeducativo y entiende que las familias en las que hay un miembro con psicosis necesitan poseer todos los conocimientos a su alcance acerca de la enfermedad, de manera que el equipo terapéutico se convierte en la fuente de información. Las familias aprenden a manejarse con las dificultades del paciente y con los propios límites del cuidador así como en el manejo de la comunicación e interacción familiar comprendidos en lo que se ha dado en llamar "emoción expresada" (Leff and Vaughn, 1985).

2. En el grupo multifamiliar se estimula la *práctica en resolución de problemas* relacionados con la enfermedad, tales como el cumplimiento de la medicación, consumo de sustancias y alcohol, desacuerdos familiares y conductas agresivas o suicidas así como para el desarrollo de *habilidades de afrontamiento* en el manejo en las esferas de los síntomas, vulnerabilidad y discapacidad (McFarlane, 1983). Refiere que, respecto a otros contextos, en el espacio multifamiliar es posible alcanzar una comunicación más espontanea, ya que se comentan más cosas, se dan más soluciones, se discuten más temas familiares y se hacen más comentarios sobre las interacciones, pudiendo abordarse los diferentes problemas de un modo más natural que en las terapias unifamiliares. En cada sesión se elige un problema específico - una meta- y todos los miembros del grupo son invitados a aportar todas las posibles soluciones para después discutir las ventajas y desventajas de cada una en turnos. Finalmente, la familia elige la solución que mejor se amolda a su situación con un plan detallado de cómo llevar a cabo su puesta en marcha.

McFarlane (2002) sugiere que los grupos multifamiliares construidos como *comunidades de cura* para los *pacientes* se convierten en grupos de apoyo *para los familiares y para los propios profesionales*. Añade que "el peso impuesto por la enfermedad de cada paciente parece ser dividido por el número de participantes y no multiplicado por el número de pacientes dentro del grupo". Junto a su equipo comprobó que la terapia grupal multifamiliar reducía el estigma e incrementaba el tamaño de la red social y de apoyo,

además de posibilitar que unas familias pudieran beneficiarse de las experiencias de las otras en la resolución de problemas (McFarlane y cols, 1995a).

Conducción

McFarlane (1983) establece la utilidad de utilizar cuatro tipos de intervenciones básicas dentro del grupo multifamiliar:

- *Autotriangulación:* El terapeuta se interpone entre las familias y los miembros de cada familia introduciendo cambios en su modelo de comunicación a través del apoyo, bloqueo, interacción y/o clarificación de los aspectos de la comunicación.
- *Interpretación grupal:* El terapeuta comparte reacciones personales, señala aspectos comunes en las familias y realiza interpretaciones de la dinámica grupal con el objetivo de favorecer la cohesión del grupo.
- *Enlace transfamiliar:* El terapeuta invita a los miembros de una familia a comentar lo observado en otra, alejándose de la posición de experto en el que le sitúan las familias y desviando las preguntas al grupo o a otro miembro. McFarlane habla del "*fenómeno transparental*" al referirse a las situaciones en las que padres envueltos en transacciones disfuncionales con sus hijos pueden mostrarse competentes, comprendiendo y apoyando a los hijos de otros. Ello no sólo beneficia al receptor sino que también sirve para mejorar la relación con su propio hijo al ver otra cara de su padre y entrenarse en afrontar la relación y los problemas de otra forma. Este fenómeno sirve además de modelo para los otros padres que descubren como otra forma de relacionarse da lugar a respuestas más positivas en su hijo, produciéndose así cambios en las dos familias. Los padres encuentran en el grupo multifamiliar un campo de experimentación menos peligroso que en su casa, un lugar donde pueden probar diferentes tácticas sin la tensión que les provoca dirigirlas a su hijo. Las intervenciones con una familia sirven también para las otras familias, aunque no hayan explicitado problemas semejantes.
- *Tratamiento interfamiliar:* Cuando la cohesión grupal ya está establecida, el terapeuta refuerza, regula, amplía o desconfirma interacciones entre diferentes familias, ya sea felicitando a un miembro por sus comentarios sobre otras familias o mostrando un abierto desacuerdo si ve un peligro potencial en lo que

se dicen. Para la realización de estas intervenciones se pueden añadir técnicas de terapia familiar sistémica, especialmente estructurales y estratégicas.

Características de los grupos

McFarlane propone cuatro tipos de formatos del abordaje multifamiliar en función de la *duración* (breve o larga) y del *tipo* de grupo (abierto o cerrado). Estos grupos son conducidos por dos terapeutas, generalmente hombre y mujer, con formación en terapia familiar y grupal. Se realiza una convocatoria a las familias que comprende a padres e hijos, o padres solos según los estadios. Los grupos son homogéneos y formados por familias con pacientes diagnosticados de esquizofrenia, aunque de distintas edades, clases sociales y estilos relacionales con el fin de enriquecer la dinámica grupal. La terapia es de tipo ambulatorio y las sesiones tienen una duración de 90 minutos y periodicidad quincenal.

Describe *cuatro estadios* en el programa de terapia grupal multifamiliar que comprende la conducción por parte de dos clínicos en grupos de cinco a ocho familias durante un periodo de dos años:

- El "joining" entre pacientes individuales y familias con la consecuente construcción de "rapport" y alianzas
- El taller educativo sobre esquizofrenia para las familias.
- La prevención de recaídas a través del uso de formatos de "resolución de problemas" a los que acuden tanto pacientes como familiares.
- Rehabilitación en habilidades sociales y vocaciones dentro del grupo multifamiliar.

Evaluación del modelo de McFarlane

McFarlane es, sin duda, el autor que más investigación ha realizado acerca de la terapia multifamiliar, habiendo conseguido demostrar científicamente que su modelo es el tratamiento psicosocial más efectivo que haya sido investigado empíricamente, confirmando las investigaciones iniciadas por Laqueur previamente a su muerte en 1979. A través de varios estudios clínicos, el modelo de McFarlane ha demostrado disminuir las recaídas y rehospitalizaciones entre los pacientes con esquizofrenia y mejorar el bienestar de las familias después de un periodo de dos años de tratamiento. Como consecuencia de la experiencia y resultados de McFarlane, la Asociación Americana de Psicología (2004)

recomienda la terapia grupal multifamiliar como un modelo de excelencia (*A Best Practice*) para el tratamiento de enfermedades mentales graves (Stuart y Schlosser, 2009).

En un estudio multicéntrico en escenarios clínicos normales durante dos años se comparó un modelo de intervención clásico aplicado a familias individuales con otro aplicado a grupos multifamiliares, dirigidos a mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes y familiares y a desarrollar sus redes de soporte social, encontrando que las tasas de recaídas en el grupo multifamiliar eran significativamente más bajas y que además los pacientes que participaban del grupo multifamiliar presentaban mejores resultados en la reducción sintomatología, la adherencia a la medicación, la reducción de dosis farmacológica y en los aspectos laborales (McFarlane y cols, 1995a).

En otro estudio similar en el que también se compararon las diferencias en el resultado del tratamiento con terapia multifamiliar respecto a la intervención unifamiliar, McFarlane y sus colaboradores (1996) hallaron un significativo descenso en las tasas de rehospitalización, disminución de los síntomas e incremento de la participación en la terapia para ambos medios. Además la terapia multifamiliar y la intervención unifamiliar mejoraron significativamente el funcionamiento de los pacientes, mejoraron objetiva y subjetivamente la carga emocional de los miembros de la familia y repercutieron en una disminución de la insatisfacción y la sobreimplicación de los familiares con los pacientes. Específicamente, para el grupo multifamiliar, los resultados indicaron una mayor tasa de empleo que para los que no asistían a grupos multifamiliares.

En otro estudio (McFarlane y cols, 1995b), compararon los efectos de tres modalidades de intervención familiar: grupos psicoeducativos multifamiliares, tratamiento psicoeducativo unifamiliar y grupos multifamiliares dinámicos. Las intervenciones tuvieron como eje las modalidades anteriormente expuestas y se combinaron con una modalidad de manejo de casos, dentro del contexto del tratamiento psicosocial, durante dos años. El primer año de tratamiento incluyó talleres psicoeducativos y sesiones grupales unifamiliares o multifamiliares semanales (con presencia de los pacientes), centradas en la solución de problemas con la meta de la estabilización clínica y la adaptación funcional. Mientras que el segundo año se dirigió hacia la rehabilitación y mejoría de la calidad de vida. Los resultados del estudio demuestran que después de cuatro años, los grupos multifamiliares fueron más efectivos que los del formato unifamiliar y los pacientes participantes presentaron menores tasas de recaídas. Los autores concluyeron que los grupos

multifamiliares combinados con medicación de mantenimiento y psicoeducación reducen significativamente la tasa de recaída y sugieren que los resultados a largo plazo pueden derivarse más del formato de grupo multifamiliar que de la psicoeducación.

En general la revisión de estudios de McFarlane y su equipo de colaboradores (McFarlane y cols, 2003) demuestra empíricamente la disminución de recaídas y rehospitalización entre los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y la mejoría del bienestar familiar después de un tratamiento de dos años. Existen además otros estudios empíricos que han evaluado el método de McFarlene y que han evidenciado la eficacia y viabilidad del modelo en la disminución de recaídas en pacientes diagnosticados de primeros episodios psicóticos (Dyck y cols., 2000; McFarlane y cols., 1992, 1996).

McDonnell y su equipo (2006), siguiendo un método de intervención multifamiliar inspirado en McFarlane, investigaron la utilización de recursos hospitalarios y extrahospitalarios en un grupo de pacientes atendidos durante dos años en un programa multifamiliar así como una revisión después de un año de finalizado el tratamiento, obteniendo una adherencia al tratamiento superior al 70% y resultados consistentes en relación con la reducción de recursos hospitalarios en los pacientes que seguían el modelo multifamiliar respecto a los que seguían un modelo de intervención estándar. Hallaron además que transcurrido un año del tratamiento, los pacientes que habían participado en el modelo multifamiliar tenían una probabilidad estadísticamente menor de ser hospitalizados en relación con los que habían seguido un tratamiento convencional.

Otro estudio en China (Chien y Wong, 2007) trató de determinar si existe diferencias significativas en relación con los grupos culturales a los que pertenecen las familias atendidas. Este estudio se realizó con familias chinas con pacientes diagnosticados de esquizofrenia en dos centros clínicos de Hong Kong a las que se aplicó el modelo de cuatro estadios de McFarlane comparándose los resultados con un grupo control que siguió el tratamiento estándar. La evaluación al cabo de una semana y un año post-tratamiento reportó una significativa mejoría en el funcionamiento familiar además de reducciones significativas en la carga familiar y en el número de rehospitalizaciones. En comparación con los participantes que siguieron el modelo tradicional, los que siguieron terapia multifamiliar mostraban una significativa mejoría en su funcionamiento y una significativa reducción en la duración de la reshospitalizaciónes.

Tanto las investigaciones de McDonnell (2006) como las de Chien y Wong (2007) apoyan que la terapia multifamiliar tiene un impacto positivo que transciende temporalmente más allá de finalizado el tratamiento. En esta misma línea, Stuart y su equipo (2009) apuntan que la terapia grupal multifamiliar es sensible a todas las necesidades y preocupaciones de cualquier grupo, sugiriendo que la terapia debe identificar estas particularidades y adaptarse a los factores culturales específicos pero manteniendo su esencia.

Dyck y su equipo (2000 y 2002) realizaron una comparación de pacientes diagnosticados de esquizofrenia que seguían un tratamiento psiquiátrico estándar con un grupo de pacientes que seguían el programa de intervención multifamiliar propuesto por McFarlane, revelando que los pacientes que seguían el modelo terapéutico multifamiliar mostraban una reducción significativa en sintomatología negativa y en la utilización de recursos de ingreso hospitalario al final del primer año de tratamiento sin que hubiera además un aumento de la utilización de servicios no hospitalarios, en comparación con los pacientes que recibieron un tratamiento psiquiátrico estándar.

Además, otros estudios señalan que las familias que recibieron un apoyo multifamiliar experimentaron una reducción significativa del estrés psicólogo respecto a las del tratamiento estándar a lo largo de los dos años posteriores al fin de la terapia (Hazel y cols, 2004).

1.2.5.4 *Otras experiencias multifamiliares norteamericanas*

Thorngren, y **Kleist** (2002) describen un modelo postmodernista, inspirado en el construccionismo social y la terapia interpersonal que aplicaron originalmente en familias con adolescentes atendidos en instituciones de justicia juvenil, salud mental o protección infantil. Algunos de sus principios teóricos son compartidos por el modelo de terapia interfamiliar.

1.2.5.5. *Modelo de Bowen*

La experiencia me ha enseñado que cuanto más conoce un terapeuta a una familia, más se conoce esa familia a sí misma, y que cuanto más aprende la familia, más aprende el terapeuta
Murray Bowen

Introducción

Murray Bowen[15] es uno de los autores que más han contribuido al desarrollo de la terapia familiar, sentando alguna de las bases en las que se apoyan diversos modelos sistémicos y a los que aportó gran parte de su lenguaje de uso cotidiano (*ciclo vital familiar, genograma, triángulo y triangulación*[16]*, diferenciación del self...*). Su modelo terapéutico es a menudo denominado como *terapia familiar multigeneracional, transgeneracional o intergeneracional*. Se trata de un enfoque eminentemente teórico al que llega desde una formación previa psicoanalítica y en el que parte de la premisa de que una familia puede ser entendida cuando es analizada desde, al menos, la perspectiva de *tres generaciones*, pues da por supuesto que un patrón predictible de relaciones interpersonales conecta el funcionamiento de los miembros de la familia a través de las generaciones. Bowen (2014) señala que en el periodo de sólo 150 a 200 años un individuo desciende de 64 a 128 familias, cada una de las cuales le ha aportado algo, con todos los mitos, mitificaciones, recuerdos y opiniones.

En la terapia de Bowen hay dos metas principales: 1) disminuir la ansiedad y calmar los síntomas y 2) incrementar el nivel de diferenciación de cada miembro de la familia (Kerr y Bowen, 1988). Para Bowen el cambio debe ocurrir junto a otros miembros de la familia, ya que no se puede producir de forma individual, a través de abrir los lazos familiares cerrados (vínculos fusionales o no resueltos) y comprometernos activamente en un proceso de destriangulación (Guerin y cols, 1996). El cambio se produce, por tanto, a través de cambiar las relaciones con los otros en la familia de origen, pues hasta la más leve mejoría

[15] Murray Bowen (1913-1990) psiquiatra, profesor en la Universidad Georgetown (Washington, DC) fue una de las figuras más relevantes de la terapia familiar y relacional norteamericana.

[16] El concepto de "*triángulo*" es para Bowen (2014) la base de la estructura de todo sistema emocional. Cuando la tensión emocional de un sistema formado por dos personas supera un nivel dado, "triangula" a una tercera persona, permitiendo que la tensión se desplace dentro del triángulo. Un sistema emocional está formado por una serie de triángulos independientes y el sistema de tensión se puede desplazar a uno cualquiera de los viejos circuitos preestablecidos. La intervención terapéutica tiene como fin "destriangular el triángulo". El triángulo principal y más importante en la vida es el establecido entre el sí-mismo y los padres y de él toda persona toma los modelos relacionales triangulares que quedan relativamente determinados para todas las relaciones futuras.

de la comunicación dentro de la familia puede generar virajes dramáticos (Bowen, 2014). En caso de no conseguirlo, los problemas emocionales se transmiten de una generación a la siguiente hasta que dichos vínculos emocionales no resueltos sean tratados de forma efectiva. El objetivo general de la terapia, según Bowen, es ayudar a los miembros de la familia a convertirse en *expertos* del sistema, enseñando a cada miembro a *diferenciarse* a sí mismo de la masa indiferenciada de la familia.

Bowen evitaba hacer diagnósticos o emplear conceptos médicos como “enfermo” o “paciente” así como la denominación de “terapeuta”, tratando de asumir una actitud de “asesor” de los problemas familiares durante las primeras sesiones y luego de “supervisor” de los esfuerzos de la familia, puesto que cuando el terapeuta se permite convertirse en “curador” o “protector”, entonces la familia entra en disfunción en espera de que él realice su trabajo.

Apuntes teóricos y metodológicos.

Bowen desarrolló en la década de los setenta su método de terapia multifamiliar, al que denomino *“Terapia Familiar Múltiple” o “Terapia de red con familias múltiples”* (Bowen, 2014) y que llevó a cabo con pacientes mentales graves en el Centro Médico de la Universidad de Georgetown (Washington DC). Bowen se refirió a estos grupos como “una herramienta experimental de investigación clínica” y se introdujo en el método tras la investigación teórica y práctica de las que definió como "*relaciones simbióticas entre padres e hijos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia*". Bowen se había iniciado en un abordaje individual de cada miembro de la familia al que después añadió la atención del conjunto de la familia y, finalmente, la atención simultánea de varias familias a mediados de los años 1960, algunas de las cuales pasaban un periodo de tiempo internadas junto a los pacientes identificados. El rápido avance de las familias percibido en las sesiones multifamiliares llevó a Bowen a consolidar este tipo de abordaje y lo que comenzó siendo un estudio piloto pasó a convertirse en un método ampliamente utilizado (Bowen, 1978).

Bowen reflexiona sobre cómo llega a conducir grupos multifamiliares desde la inicial intervención unifamiliar: *“En todos los aspectos los esfuerzos de la psicoterapia familiar iban por buen camino; pero al pasar de una sesión a otra, veía que yo estaba enseñando los mismos principios una sesión tras otra. Empecé a pensar la manera de ahorrar tiempo y las ventajas de compartir el material con mayor detalle entre muchas familias al mismo*

tiempo. Oía cosas acerca de las impresionantes experiencias que tenían cuando luchaban por la diferenciación del self, pero después tenía que asimilar estas experiencias integrándolas en mi propia experiencia para poder comunicarlas a los demás" (Bowen, 2014: 151).

El modelo de intervención multifamiliar de Bowen se diferencia de otros modelos multifamiliares en que evita que las familias interactúen emocionalmente entre sí, incluso eludiendo el contacto social entre ellas fuera de las sesiones. Justificaba este proceder con el fin de intentar preservar la separación emocional de cada una de las familias y de que las emociones de una familia no "inundaran" a otras familias, permitiéndole así analizar al mismo tiempo los matices de la interdependencia emocional dentro de cada familia (Bowen, 2014).

Bowen (2014) señala entre los hallazgos más importantes de este proyecto de investigación una mejoría en los resultados clínicos y que ésta se conseguía en un menor tiempo, hasta un 50 por ciento más rápido que con otros programas clínicos comparables. Bowen y las propias familias participantes aducían generalmente las mismas razones como mecanismos de mejoría: *"Nos tranquiliza saber que hay otros con el mismo tipo de problemas, pues es más fácil ver y conocer el propio problema cuando es observado en otras personas. Las familias aprenden unas de otras. Si una familia hace un descubrimiento importante en este terreno, al cabo de una semana o dos, otras estarán intentando alguna versión de esa solución adecuada a las exigencias de sus sistemas familiares".*

Bowen prefirió la modalidad de reuniones mensuales, ya que refería obtener similares resultados y a menudo mejores que con grupos que se reunían una vez por semana. Refiere que es posible explicar los considerables progresos obtenidos en las sesiones mensuales por el hecho de que las familias son más responsables, menos dependientes del terapeuta y por tanto más obligadas a investigar por sí mismas los recursos necesarios para la solución de sus problemas, correspondiéndose con su convicción de que las familias, para cambiar, requieren un tiempo determinado que la frecuencia de las sesiones no puede reducir (Bowen, 2014).

El ***papel del terapeuta*** para Bowen es el de un investigador "objetivo y neutral" que trata de ayudar a las familias a entender sus estilos relacionales dentro del sistema familiar y que debe guiarse fielmente en función de la teoría subyacente. Es requisito fundamental del

terapeuta su propia diferenciación en su familia de origen porque sólo así podrá colaborar exitosamente en el proceso terapéutico, pues, de lo contrario, el profesional corre el riesgo de repetir en la práctica con las familias sus patrones aprendidos en su propia familia de origen. Bowen (1976) señala que el terapeuta tiene un papel similar al de un profesor, coach u observador neutral que ayuda a los miembros de la familia a recoger información y los guía hacia nuevas conductas a través de formas demostradas en la que los individuos pueden cambiar su forma de relacionarse con los otros miembros de su familia hasta conseguir su diferenciación. Esta ocurre a través de una comprensión racional del sistema emocional familiar y del proceso de transmisión a través de varias generaciones (Kerr y Bowen, 1988). Las sesiones terapéuticas son vistas como "ensayos" para conseguir la diferenciación, siendo crucial el trabajo que los miembros de las familias deben poner en marcha fuera de las sesiones en busca de nuevas formas de relación.

1.2.5.6. *Modelo de Asen*

Introducción

Eia Asen es un psiquiatra y psicoterapeuta sistémico que desde hace más de treinta años viene desarrollado junto a su equipo su trabajo en grupos multifamiliares en el Marlborough Family Service de Londres –Reino Unido-, habiendo descrito su intervención sobre más de mil familias en las que se incluyen miembros con diagnósticos de todo tipo (Asen y cols, 2001).

Uno de sus focos de trabajo primordial han sido las familias socialmente marginadas -"multiproblemáticas" o "poliasistidas"- a través de un hospital de día para familias (Asen y cols, 1982; Cooklin y cols, 1983) y una "escuela de familias" -llamada Marlborough Education Centre- para alumnos que presentan problemas de exclusión escolar (Dawson y McHugh, 2000). Tanto el hospital de día como el centro educativo son contextos no residenciales que requieren la presencia de los padres durante parte del día y durante un periodo de semanas o meses, lo cual permite la observación en vivo de la interacción familiar -cómo solucionan sus asuntos domésticos, cómo se relacionan y comunican sobre asuntos concretos y cómo resuelven sus problemas y conflictos-. La observación detallada ayuda a la formulación y elaboración de intervenciones específicas basados en "promulgar", "intensificar" y "reestructurar" conjuntamente con las familias (Minuchin, 1974).

En los últimos años Asen (2006) ha desarrollado, además, un modelo pragmático para la atención al pacientes diagnosticados de esquizofrenia, al que se refiere como complementario a otros tratamientos paralelos como el farmacológico, la terapia cognitivo-conductual o la terapia unifamiliar.

Apuntes teóricos y metodológicos

Asen sugiere que la terapia multifamiliar no es sólo un método o herramienta terapéutica específica, sino un *setting* que permite el desarrollo de otras modalidades terapéuticas tales como la terapia unifamiliar, la terapia de pareja o incluso la terapia individual (Asen y Scholz, 2010). Aunque de orientación netamente sistémica, señala dentro de la terapia multifamiliar una mezcla de prácticas psicodinámicas, terapia de grupo, terapia familiar y de la teoría del apego y destaca la idea sistémica basada en los conceptos de Bateson de "restricción de redundancia" y de "restricción de *feed-back*", refiriendo que el grupo ayuda a las familias a "despatologizarse" al abrirse a las visiones del mundo y de las interacciones múltiples haciendo circular nuevas informaciones (Asen, 2002). Desde la teoría del apego sugiere que en el curso del desarrollo de la terapia los objetos secundarios de apego vienen a reemplazar los objetos primarios, lo cual explicado en términos psicodinámicos equivale a decir que los miembros de una familia podrían identificarse con los miembros de otras familias y aprender por analogía -idea ya referida por Laqueur (citado en Foster, sin fecha, artículo 23)-. En los últimos años la cooperación entre Asen y Fonagy, el cocreador del concepto de mentalización (Fonagy y cols, 2002) ha tenido su impacto sobre el modelo multifamiliar, más sensible en el uso de técnicas terapéuticas que promueven el desarrollo de los procesos de mentalización de las relaciones familiares (Józefik y Treger, 2015).

Para Asen (2002), la base lógica de la terapia grupal multifamiliar es sencilla y en absoluto diferente de la que subyace en muchos grupos de auto-ayuda: *las personas que encaran similares problemas pueden compartir sus experiencias y aconsejar y dar apoyo a otros*. En cualquier caso, la terapia multifamiliar se diferencia de los grupos de autoayuda en que las sesiones y programas son estructurados por terapeutas que pueden emplear técnicas sistémicas específicas para facilitar el cambio. Propone la terapia multifamiliar como un enfoque útil para el tratamiento de una gran variedad de condiciones, incluyendo el abuso de sustancias y alcohol, trastornos alimentarios, enfermedades físicas, abuso infantil y exclusión social y educacional.

Asen se aproxima a una visión construccionista en terapia, otorgando a las familias el papel más preponderante dentro del grupo multifamiliar con respecto al conductor, al que limita a ser “catalizador” y “creador de puentes” entre las familias (Asen y Scholz, 2010). Señala experiencias multifamiliares en los que incluso los profesionales no participan o grupos en los que los conductores abandonan literalmente el espacio terapéutico durante un tiempo con el fin de que la interacción entre las familias fluya por sí misma. Asen dice que "nuestro proyecto multifamiliar es llevado a cabo por y para las familias" y señala que el *setting* multifamiliar permite a todos los participantes (tanto familias como profesionales) formar parte de un multiverso de perspectivas emergentes, ideas y acciones en un contexto no estático donde la sorpresa y la espontaneidad deben estar siempre presentes (Asen, 2002).

Según Asen (2002), en la terapia multifamiliar el equipo profesional es sólo central en el inicio de la experiencia -refiere con cierta ironía que "sobre todo para sentirse seguros los propios profesionales"- tomando el liderazgo para generar una estructura apropiada que permita a los participantes ser capaces de hablar y de escuchar y que, posteriormente, las propias familias toman la posición central en la terapia. Aún así, los terapeutas tienen una importancia en rescatar a determinados miembros del grupo en situaciones de exposición a alta emoción expresada por parte de otros familiares, para crear límites ante situaciones en que otros miembros dominan el encuentro o proteger a un paciente confuso por la sobreestimulación. En cualquier caso, Asen refiere que en su experiencia es poco frecuente que esto ocurra porque los grupos multifamiliares desarrollan sus propias reglas de "buena conducta" y tienden a adoptar actitudes cruzadas de protección entre las familias en una cultura de respeto mutuo.

En el caso de familias con integrantes diagnosticados de psicosis propone un programa específico inspirado en el trabajo de McFarlane (2002), aunque con un menor énfasis en los aspectos psicoeducativos y de resolución de problemas por considerar que no se adecúan a su modelo sistémico. Toma además como referentes las aportaciones de Bishops y su equipo (2002) que desarrollaron en Londres talleres a los que denominaron "Mental Health Matters Workshops" para personas con enfermedad mental grave, sus familiares y los profesionales de salud mental siguiendo un modelo multifamiliar. Asen (2002) propone encuentros multifamiliares en forma de talleres intensivos de un día de duración cada seis semanas en grupos de seis a ocho familias, cada uno de los cuales tiene un tema

específico tal como el diagnóstico, tratamiento, grupos de voces o cuidadores jóvenes. El equipo de profesionales adopta los roles de convocantes y catalizadores. Los grupos son conducidos de forma estructurada, iniciándose por una presentación seguida de pequeños grupos de discusión, otro de reflexión plenaria, un almuerzo compartido, discusiones grupales posteriores y otras actividades. La meta principal es implicar a la familia en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de los miembros que sufren el trastorno psicótico. Asen lamenta que pese a la evidencia de efectividad de la intervención familiar en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia -de hecho aparece en las guías recomendadas de tratamientos tales como la NICE[17]-, sean aún tan escasas las intervenciones familiares que se lleva a cabo desde los servicios comunitarios de salud mental. Y aboga por más investigación en forma de estudios prospectivos de resultados que comparen la eficacia y coste-efectividad del modelo multifamiliar añadido a las intervenciones psicofarmacológicas e individuales en pacientes con esquizofrenia que siguen el "tratamiento habitual".

Asen (2002) otorga gran importancia a que el trabajo multifamiliar esté incluido dentro de un contexto de intervención más amplio y enfatiza la noción de que la familia es el principal proveedor de cuidados y el eje central en la ayuda al paciente. Resalta que el grupo multifamiliar aporta más colaboración entre profesionales, pacientes y cuidadores y patrones de interacción transparentes entre ellos, refiriendo que *"a lo largo de los años hemos aprendido que las familias tienen un deseo natural de apoyar a las demás y un interés innato en lo que ocurre en los otros: observan a las otras y entonces les resulta prácticamente imposible no cuestionar o comentar acerca de lo que ven, incluyendo lo que piensan que es correcto o nocivo. Las familias además tienen la habilidad espontánea de compartir su punto de vista en un lenguaje franco y políticamente incorrecto. Además, son frecuentemente los niños los que aportan comentarios interesantes y sugerencias así como aquellos padres que han asumido múltiples diagnósticos y etiquetas crónicas durante su "carrera psiquiátrica*". Añade que "*con quince o veinticinco "cuerpos" (y mentes) presentes en el grupo de terapia multifamiliar, múltiples perspectivas son generadas, lo cual es mucho mejor que tener que confiar "sólo" en las que el terapeuta pueda aportar. Las familias tienen la habilidad única de comprometerse en "conversaciones de resonancia", que resuenan en aquellas partes en las que las intervenciones sistémicas*

[17] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) es una institución independiente cuya meta es el asesoramiento para la mejora de los servicios sanitarios y sociales en el Reino Unido.

tradicionales no llegan. Unas familias inspiran a otras y algunas de las mejores psicoeducaciones son de "familia a familia".

Asen (2002) señala que durante un tiempo las familias construyen mini-comunidades que amplían su red social y que perduran después de acabar su trabajo terapéutico. En este modelo de trabajo, unas familias asesoran a otras familias, y las familias con más experiencia pasan a ocupar un lugar de divulgación para implicar a nuevas familias escépticas. Ello incluye encuentros iniciales con las nuevas familias en el centro clínico así como colegios, centros de salud y otros entornos. La institución llega a pagar un salario a estas familias por su inestimable trabajo de implicarse y responsabilizarse de otros clientes y familias resistentes. Añade que la terapia multifamiliar es un enfoque claramente *económico* -requiere un mínimo de dos terapeutas que utilizan dos horas cada dos semanas con seis a ocho familias- y que es especialmente útil en las familias en las que se inicia recientemente el problema ya que en esta fase la familia está más implicada y está más abierta a la participación.

1.2.5.7. *Grupos de discusión multifamiliar para pacientes con enfermedad somática crónica de Steinglass*

Introducción

El trabajo con Grupos de Discusión Multifamiliar (G.D.M.) desarrollado por Steinglass (1998) comprende una década de investigación en el Centro de Investigación para la Familia del Centro Medico de la Universidad George Washington y posteriormente en el Instituto Ackerman de Nueva York. Estas investigaciones estuvieron fuertemente influidas por los hallazgos que surgieron desde los estudios de enfermedades psiquiátricas crónicas y enfermedades médicas –sobre todo los estudios sobre alcoholismo llevados a cabo por Steinglass y cols (1987)- y la reorganización de las dinámicas familiares en torno al síntoma. Las aportaciones de sus investigaciones sugieren que la versión del modelo de grupo multifamiliar que desarrollan puede ser aplicable no solo a muy diferentes tipos de experiencias de enfermedad, sino también a circunstancias en las cuales los pacientes identificados ocupan diferentes roles generacionales dentro de la familia.

En cada una de estas situaciones en las que se ha aplicado el modelo de grupos multifamiliares (grupos heterogéneos de enfermedades, grupos de cáncer, grupos de

diabetes…), las familias han informado que encontraron la experiencia "muy útil" (Steinglass, 1998), recomendando el autor que los grupos multifamiliares sean accesibles a todas las familias que intentan afrontar problemas a largo plazo asociados con una enfermedad médica.

Aportes teóricos y metodológicos

Los grupos multifamiliares desarrollados por Steinglass están conformados por personas con enfermedad crónica y sus familiares –se recomienda que acudan el mayor número posible de miembros de la familia- y en ellos se abordan las vivencias que tienen de la enfermedad, cómo los pacientes y sus familias viven y se relacionan con la enfermedad y qué lugar ocupa en sus vidas. Partiendo de la premisa de que generalmente las familias dejan de realizar actividades y viven volcadas en la enfermedad y en el paciente, el objetivo de los grupos es que las familias sean capaces de organizarse atendiendo a la enfermedad, pero sin que ésta condicione sus relaciones y su vida más allá de lo necesario. El programa suele constar de 6 sesiones con una periodicidad semanal o quincenal y se desarrolla una vez que la enfermedad ha entrado en su fase crónica. Las sesiones duran unos 90 minutos aproximadamente y participan entre 4 y 6 familias de variadas condiciones sociales. Si el paciente no quiere asistir, la familia entonces no participa en el programa.

Steinglass (1998) destaca en sus trabajos de investigación sobre los grupos multifamiliares los siguientes hallazgos:

1. *El establecimiento de una comunidad de familias con experiencias compartidas*. Las familias en el grupo no sólo terminarán sintiéndose menos aisladas, sino que además se dan cuenta de que sus reacciones, sentimientos y esas luchas son normales. La experiencia de grupo lleva a un sentimiento de afirmación positiva para las familias, alejándolas del sentimiento de culpa y de impotencia que a menudo domina a la familia antes de su participación en el grupo.

2. El modelo conceptual de fondo *enfatiza las fuerzas familiares y la postura no patologizante*. Se cuestiona el modo en como las familias tienden a reorganizar y dar sentido a sus vidas en torno a priorizar la enfermedad crónica. La metáfora "*poner la enfermedad en su lugar"* se convierte a partir de la intervención en un

objetivo para el futuro, analizando como la enfermedad ha invadido la vida familiar. Tanto la naturaleza no patologizante del modelo conceptual como la facilidad de los constructos llave del modelo pueden ser traducidos a un accesible lenguaje metafórico en el espacio multifamiliar, creándose una relajada atmósfera dentro del grupo en la que es factible manejar los problemas que pudieran ser vistos previamente como inabordables.

3. La riqueza estructural del grupo de discusión permite las *perspectivas múltiples de los problemas de la enfermedad y su manejo*. Los participantes en el grupo son simultáneamente individuos con sus propias experiencias de enfermedad, personas influidas por su cultura familiar única, personas atadas a ciertos roles de la enfermedad (paciente, no paciente, cuidador primario...) e individuos identificados por los roles familiares que ocupan (padre, hijo, esposa…). El grupo está repleto de posibles combinaciones de roles familiares y de enfermedad, cada uno de los cuales conlleva diferentes perspectivas de la vivencia de la enfermedad. Supone una experiencia poderosa para las familias al poder participar en esfuerzos colaborativos en resolver problemas no sólo dentro de su propia familia, sino también entre las familias y entre las familias y los líderes del grupo.

4. La habilidad para *tomar una postura observacional*. Frente a la mayoría de las interacciones que tienen lugar en otros contextos clínicos en los que se espera que los individuos sean participantes activos -lo cual los puede llevar a sentirse presionados y a defenderse-, en el modelo multifamiliar esta experiencia se equilibra con una serie de acciones en las cuales tanto los individuos como las familias son también animadas a tomar una postura observacional. Por ejemplo, durante los ejercicios del "*grupo dentro del grupo*", cada miembro es invitado, en un determinado momento, a ser un miembro del "*equipo observador*" y entonces comenta lo que ha observado. De la misma manera, en la sesión en la que las familias crean sus montajes acerca de su forma de estar "antes y después" de la enfermedad, las familias son invitadas por turno a unirse al resto del grupo para comentar esas representaciones visuales de sus familias y sus experiencias. Steinglass (1998) afirma que este proceso observacional es lo que facilita una apertura de los miembros de la familia a nuevas perspectivas que no sería posible si estuvieran sintiendo una necesidad de defender su conducta y las elecciones de vida

ante los demás. Ello es facilitado por una atmósfera de grupo que enfatiza la solución de problemas de forma colaboradora, ofreciendo una oportunidad a las familias para considerar un nuevo y mejor equilibrio entre las necesidades y prioridades de la enfermedad frente a las de la no enfermedad en sus vidas.

En definitiva, los grupos multifamiliares tienen un rol potencialmente importante en contextos médicos para ayudar a los pacientes y a sus familias y a los clínicos a desarrollar una comprensión compartida del impacto de la enfermedad médica crónica en la vida familiar y para la aproximación colaboradora entre las familias para planificar y llevar a cabo el tratamiento.

Reflexiones y perspectivas de futuro

Steinglass (1998) plantea los siguientes puntos como cuestiones por resolver respecto a su enfoque multifamiliar:

a. Que se desarrollen ensayos clínicos controlados del modelo que permitan establecer su impacto/eficacia en los pacientes y sus familias
b. Llevar a cabo pruebas de campo que demuestren la efectividad y el potencial coste/beneficio en contextos médicos generales y especializados
c. Enfocar los problemas reales asociados con el reclutamiento de familias para participar en los grupos y desarrollar estrategias para incorporar este formato de trabajo a los protocolos de tratamiento que se emplean en los contextos médicos para el tratamiento de las enfermedades crónicas.

1.2.5.8. Modelo de Kaufman

Introducción

Kaufman (1985 y 1999) ha sido el autor que más ha desarrollado la modalidad psicoterapéutica de grupos multifamiliares con personas con abuso de drogas. Durante muchos años este autor ha venido desarrollando sus intervenciones con grupos de parejas en los que incorporaba a personas significativas de su entorno así como con grupos de adolescentes con problemas de adicción y sus familias. En su experiencia Kaufman (1985) encontró que el sistema entrelazado que suponen los grupos multifamiliares proporciona

un marco ideal para el tratamiento de adictos a sustancias, consiguiendo llevar a un gran porcentaje de familias a estados saludables y libres de sustancias.

Apuntes teóricos y metodológicos

Entre los factores que contribuyen a este proceso de cambio en la terapia multifamiliar Kaufman (1985) señala que esta modalidad psicoterapéutica permite la integración en el trabajo del grupo de otros miembros de la familia que tienen un papel importante en la perpetuación del sistema de abuso de sustancias. Asimismo, genera una nueva red de apoyo que Kaufman define como *"una familia de familias"* que ofrece una alternativa a la red de facilitadores y abusadores de sustancias. El grupo funciona, por tanto, como una "*familia terapéutica"*. Los miembros de las familias hablan de sus propios temas a la vez que reconocen problemas en otras familias que no pueden ver en sus propias familias a través del señalamiento por parte del terapeuta o por los otros integrantes del grupo. Las familias hablan de sus experiencias y ofrecen su apoyo, no solo en las sesiones sino a menudo también fuera de las horas de terapia puesto que se producen contactos informales antes y después de las sesiones que suelen ser cruciales para las familias.

Kauffman (1985 y 1999) define varias fases en el grupo multifamiliar:

1. Las *fases tempranas* que se caracterizan por el apoyo que las familias reciben de las otras familias cuando expresan el dolor que han experimentado en el proceso de adicción de su familiar. El grupo multifamiliar para adictos a sustancias comienza con una perspectiva educativa y con un enfoque directivo y de apoyo. Se imparten conocimientos sobre los efectos del alcohol y de las drogas y se proporcionan las habilidades necesarias para hacer frente a la ansiedad y la depresión que conllevan el abandono del consumo.

2. En *fases intermedias* la familia aprende a ver la reciprocidad en los aspectos destructivos de la interacción con el paciente identificado, de forma que los terapeutas y las familias identifican patrones de manipulación y de coacción que son bloqueados rápidamente. Igualmente, las familias identifican la perpetuación del abuso de sustancias del paciente identificado que relacionan con su comportamiento dependiente y su posicionamiento como "cabeza de turco" así como con su distanciamiento o su infantilización y se ofrece el apoyo emocional necesario para que los padres aglutinadores –característico entre las familias de

adictos- puedan separarse del paciente identificado. En esta fase se trabaja promoviendo y alentando nuevas formas de relación entre los miembros de las familias, estimulando que aprendan –a menudo por primera vez- a expresar directamente amor o ira. En estas fases intermedias, se trabaja con los sentimientos, la responsabilidad de sus conductas, la comprensión de las interacciones interpersonales y el reconocimiento de las funciones y ganancias secundarias de su comportamiento. Durante el transcurso de la terapia, las familias pueden expresar aspectos de duelo reprimido intenso y suelen aparecer secretos y mitos familiares que son compartidos con los miembros del grupo, lo cual puede ser crucial para una sana adaptación.

3. Finalmente la familia y el paciente identificado se enfrentan a la separación del grupo.

En la dinámica del grupo multifamiliar con frecuencia se trabaja intensamente sobre una familia durante una hora. Se enfocan los conflictos desde una perspectiva emocional y otros muchos aspectos de las familias que pasan a ser discutidos en el grupo. En este proceso otras familias se identifican con estos conflictos y expresan sentimientos de apoyo ya que muchas familias han experimentado conflictos similares (Kaufman y Kaufman, 1977).

Kaufman (1985) ha desarrollado formatos terapéuticos de grupos de parejas. Estos grupos son generalmente más pequeños que los grupos multifamiliares y son formados por dos o tres parejas. Las técnicas usadas y las fases elaboradas en estos grupos son bastante similares a las de la terapia multifamiliar y refiere que en ellos los temas son más fácilmente abordables que en los grupos multifamiliares. En cualquier caso, Kaufman sostiene que los grupos de parejas no deben ser una modalidad de tratamiento aislada, ya que no cumplen lo esencial del modelo trigeneracional.

El autor señala que el equipo terapéutico debe estar formado por terapeutas con *experiencia en terapia familiar y en terapia de grupo* y que se sientan cómodos en grupos grandes. Además, debe haber al menos un coterapeuta que deberá ser preferiblemente un adicto a sustancias recuperado o que esté en proceso de recuperación. Los terapeutas

principales pueden utilizar técnicas de terapia tales como la confrontación, la reestructuración y el apoyo.

El terapeuta se convierte en figura parental para una multitud de familias que llegan a constituir una sola red familiar, es decir una sola gran familia. Al mismo tiempo el terapeuta puede desempeñar en ocasiones un rol más infantil en cada familia, pero siempre debe estar atento y mantenerse en una posición objetiva en los conflictos emocionales de las familias y tener en mente que una de sus funciones fundamentales es la de servir de apoyo para cada miembro del grupo. El terapeuta debe tener el manejo del grupo en todo momento y la capacidad de interrumpir cualquier comunicación que sea destructiva o perjudicial.

En las sesiones de grupo, las familias se sientan juntas en un círculo equidistante que permite al terapeuta observar todas las dinámicas familiares. Su posición desde el inicio será determinante para conocer detalladamente todos los procesos que van aconteciendo. Las sesiones comienzan con la presentación de cada grupo familiar, roles que desempeñan y la expresión de sus motivos de malestar acerca de la situación que están viviendo. En ocasiones, cuando se incorporan familias nuevas el terapeuta puede sugerir a alguno de los miembros más veteranos del grupo que explique el objetivo que se pretende e insistir en la importancia de que la familia vaya abriéndose al grupo y se exprese honestamente. En esta descripción se puede enfatizar sobre la importancia que tienen las fuerzas familiares para conseguir un estilo de vida saludable libre de drogas.

1.2.5.9. *Modelo Coliseum*

Introducción

Tom Saunders desarrolló este modelo desde principios de los años 70 -antes de que en 1977 descubriera el trabajo de Peter Laqueur- aplicándolo en el tratamiento de adolescentes diagnosticados de esquizofrenia en un centro residencial, algunos de ellos con diagnósticos duales (Nuckols y col, 1992).

Apuntes teóricos y metodológicos

Tom Saunders y Marybeth Weigand habían observado las impenetrables barreras en sus experiencias como terapeutas y pensaron que la magia de una familia ayudando a otra es que la familia puede saltar las barreras fácilmente gracias a la confianza mutua que no es fácil encontrar en el profesional *(*Saunders, 1990*)*. Refieren que el efecto de "saltar la barrera" es el mismo que los padres experimentan cuando su hijo adolescente pasa una noche con otra familia: los adolescentes, casi siempre con problemas con su propias miembros de la familia, reciben frecuentemente halagos de la otra familia con la que estuvieron. Esta "polinización" cruzada experimentada a través de la intervención en red social es la base de todos los grupos multifamiliares. Insisten en que de hecho ya existía la *comunidad* formada por familias que se ayudaban unas a otras antes de que la "terapia" existiera, y el grupo multifamiliar viene a ser una *comunidad* que sirve con el mismo propósito y donde el "role-playing" pasa a convertirse en "juego real" (citado en Foster, 1994d).

El modelo Coliseum se basa en cinco supuestos básicos (Foster, 1994c):

1. Tratar de eliminar barreras entre los participantes, tomando en cuenta el lenguaje analógico (cómo se dispone físicamente la familia en el grupo, expresiones no verbales...).
2. La acción del coliseum se produce siempre en el centro del círculo grupal. Las familias con coraje que quieren abordar su problemática se sitúan en el centro y definen el tema que quieren tratar e invitan a otras familias a acompañarlas en el centro para trabajar juntas. Cada miembro individual puede trabajar con su propia familia o con una "familia subrogada" que ellos mismos crean con los participantes del grupo. Las otras familias observarán desde fuera del círculo puesto que los participantes deben moverse al centro del círculo que es donde la acción tiene lugar. De esta manera las familias toman responsabilidades y empiezan el proceso de "aprender actuando". Cuando un participante habla desde fuera del círculo es invitado a unirse al centro con su silla. Los terapeutas son siempre dos (un hombre y una mujer) que actúan como consultores, permaneciendo fuera del campo de juego.
3. Unas familias vienen a ser las terapeutas para otras familias.
4. En este modelo no existe un paciente identificado.

5. Hay un desenvestimiento de la figura del profesional como "cuidador y curador".

El modelo demuestra cuanto pueden ayudar las familias experimentadas a las familias presentes. Las familias experimentadas son aquellas que ya han superado las dificultades de una crisis y han aprendido de la experiencia. Las familias presentes son aquellas que están actualmente en un momento de crisis. Además, las familias de alto riesgo pueden beneficiarse de lo que experimentan en el encuentro. La combinación de estos tipos de familia en el trabajo conjunto con las demás se aproxima al instinto social de que unas familias ayuden a otras en la comunidad. El mensaje es muy sencillo: "*el apoyo es siempre posible en algún lugar. Pide apoyo donde puedes encontrarlo en vez de quejarte sobre lo que no tuviste en el pasado" (Foster, 1994*c). El modelo estimula que los participantes desarrollen redes sociales entre ellos mismos y no entren en dependencia hacia la comunidad profesional.

El grupo multifamiliar se reúne semanalmente, asistiendo representantes de tres o cuatro generaciones familiares así como cualquier persona relacionada (refieren que cualquier persona significativa que viva en un radio de 25 millas) de manera que se consigue un contexto lo más aproximado posible a la realidad. Se trabaja en un círculo en el centro del cual se sitúan las personas que van a ir elaborando sus conflictos junto a sus familiares, mientras que los profesionales se sitúan fuera del círculo, aunque también pueden participar de la actividad terapéutica que se desarrolla en el centro del círculo.

Una de las bases centrales es el *abordaje de los secretos familiares*, puesto que Sanders (1990) refiere que los secretos proyectan culpa y son los responsables de la problemática en la mayoría de sistemas familiares, algo también propuesto por Paul y Bloom (citados en Kelly, 2002). Aboga además por la idea de que los profesionales cumplan una función de "*familia sustitutiva*" en la que los profesionales desarrollan un papel parental, con lo cual estos profesionales deben estar preparados para esta función.

El modelo Coliseum es un modelo rompedor que apuesta por la apertura y horizontalidad total de los profesionales ("el cambio de los profesionales hacia límites más finos"), diferenciando a los terapeutas con respecto al resto de participantes bajo el término “personas que pagan y personas que no pagan” y que promueve que los propios profesionales se pueden beneficiar de mejorar su propia vida a través del modelo. Se anima

incluso a los terapeutas a implicarse con sus propios problemas y a traer a su familia extensa al grupo, convirtiéndose así en participantes en el grupo.

1.2.5.10. *Psicoanálisis Multifamiliar*

Introducción

Los orígenes del Psicoanálisis Multifamiliar se remontan al inicio de la década de 1960, cuando el psiquiatra y psicoanalista Jorge García Badaracco[18] comenzó a coordinar los primeros grupos de psicoanálisis multifamiliar en el Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda de Buenos Aires (Argentina). Representa, sin lugar a dudas, el modelo de terapia multifamiliar más conocido entre los profesionales del ámbito latinoamericano y de los países europeos mediterráneos. Su expansión en nuestro medio está relacionada con el hecho de que cuenta con un cuerpo teórico bien estructurado y organizado así como con diversas publicaciones en español, a diferencia de las experiencias norteamericanas que pasaron prácticamente inadvertidas y fueron rara vez traducidas en nuestro medio. Por otro lado, en la última década son numerosos los profesionales jóvenes y/o en formación que eligen complementar su formación psicoterapéutica en el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires, importando el modelo posteriormente a sus instituciones.

Apuntes teóricos y metodológicos

Cuando García Badaracco (2000) constató que las técnicas psicoanalíticas clásicas eran claramente insuficientes en la recuperación de los pacientes con enfermedad mental grave decidió re-contextualizar la técnica a través de generar un espacio social en el que abordar la enfermedad mental. García Badaracco se inspiró en visiones socioterapéuticas como la comunidad terapéutica descrita por Maxwell Jones (1953) que entienden al ser humano como una unidad psicosomática, inmerso en una sociedad y en una cultura, en la cual la 'mente' es grupal-familiar más que individual (G.Badaracco y cols, 1998). Evitó el "falso

[18] **Jorge E. García Badaracco** (1923-2010). Psiquiatra y psicoanalista argentino, formado en las escuelas psicoanalíticas argentina y francesa (años 50), fue jefe de Servicio en el Hospital Neuropsiquiátrico José Borda –hasta 1972-, profesor titular de psiquiatría en la Universidad de Buenos Aires y director de la clínica privada DITEM –la cual a lo largo de sus veinticinco años de funcionamiento se convirtió en referente de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica- además de destacado miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) en la que ocupó varios cargos y fundador del Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Argentina (Simond, 2012a).

problema de las controversias entre escuelas" aunando en su modelo "lo sistémico con lo psicoanalítico" e integrando "los distintos enfoques y las distintas teorías en una unidad virtual amplia, abarcativa de la dimensión individual psicoanalítica, de la dinámica grupal y de la patología de la familia (…) sin caer en un eclecticismo empobrecedor" (2000: 49, 54, 265).

Define la enfermedad mental en términos vinculares, siendo el concepto de "*interdependencias recíprocas*"[19] uno de los pilares fundamentales sobre el que sustenta su teorización. Considera que es en el ámbito de estas interdependencias entre miembros de la familia donde se van construyendo las identificaciones que configuran la identidad, señalando que éstas se presentan en dos formas:

- Interdependencias *normogénicas:* dan lugar a un proceso de desarrollo y enriquecimiento del yo, activando los recursos yoicos genuinos que todo individuo posee (lo que denomina ´virtualidad sana´).
- Interdependencias *patógenas:* son vinculaciones traumáticas que se constituyen en las identificaciones enfermas que conforman la locura, impidiendo el desarrollo de recursos yoicos y generando relaciones fijas que impiden crear nuevos vínculos y que mantienen atrapada a la persona en una relación que conserva el poder patógeno vigente incluso desde el pasado.

Para G. Badaracco la psicosis es creada y sostenida por la *trama enfermante familiar* -en la que entran en juego las interdependencias patógenas- y la *locura* (término con el que tradicionalmente G. Badaracco se refiere a la psicosis) se mantiene como forma de obtener algún beneficio, tal como evitar vivencias intensas de desamparo y desprotección.

Defiende la existencia en toda persona de una *virtualidad sana* desde la cual es posible alcanzar un re-desarrollo que conduzca a la salud, hasta el punto que considera que el factor más importante de toda psicoterapia es tomar en cuenta esta "virtualidad sana", es decir, poder ser visto como persona dotada de un potencial sano, "*porque los pacientes se*

[19] Este planteamiento de G. Badaracco tiene similitudes con la postura de Ackerman (1961), considerado pionero de la terapia familiar psicoanalítica. Ackerman sostiene que la meta del estudio familiar es aclarar la relación de "interdependencia" entre el trastorno homeostático del miembro de la familia con problemas y el desequilibrio homeostático del grupo familiar. Posteriormente Bowen tomaría sus ideas y bajo el término "psicoterapia de familia" propuso la intervención orientada a ayudar a los individuos a diferenciarse a sí mismos de la masa familiar (Bowen, 2014).

curan cuando son vistos como personas y no como pacientes" (G. Badaracco, citado en Cook-Darzens, 2007). Con este fin, el paciente mental grave necesita un contexto social solidario para que su "locura" pueda expresarse con la ayuda de un "otro" -*contar con otros*- para poder ser pensada y actuada (G. Badaracco, 2012).

La teoría de García Badaracco, aun partiendo del psicoanálisis, integra visiones y enfoques de múltiples procedencias, entendiendo el Psicoanálisis Multifamiliar no sólo como una técnica o teoría, sino como algo mucho más global y complejo, ya que considera que se trata de "*una nueva manera de pensar el sufrimiento humano y las posibles articulaciones que nos permitan mitigarlo*" (Simond, 2012b: 52). Refiere además que la *función educativa* del modelo es aún más importante que su *función terapéutica*, definiendo al espacio multifamiliar como el lugar pedagógico por excelencia.

El grupo Multifamiliar Psicoanalítico es considerado como un espacio de reflexión y desarrollo humano abierto a personas con cualquier problemática humana de la comunidad. Representa una *mini-sociedad* de familias de distintos orígenes y con diferentes problemas que participan en una experiencia común, comparten su sufrimiento psíquico, confrontan sus dificultades y son sostenidos en el tiempo. G. Badaracco (2000) metaforiza este efecto del grupo con el término *mente ampliada* en la que los agentes de cambio son múltiples y la dimensión terapéutica se amplía a una *multiterapia.*

Los grupos de psicoanálisis multifamiliar se caracterizan por su *encuadre espontáneo, abierto y flexible* -en contraposición al encuadre psicoanalítico clásico que toma en cuenta el contrato preestablecido-- y por la actitud terapéutica de *disponibilidad* como fundamento de la relación terapéutica. En el contexto social multifamiliar se genera una "*conversación compartida*" que puede "*abrir espacios mentales*" y que funciona como un *laboratorio* social en cuyo seno cada participante puede desarrollar sus auténticos recursos *yoicos*. Representa un espacio de *transferencias y contratransferencias múltiples* en el que la persona tiene la capacidad potencial de comenzar a "ver" gracias a los otros o a través de los otros aquello que no puede ver por sí mismo, descubriendo las interdependencias patógenas que lo obstaculizan y la virtualidad sana que subyace.

El grupo multifamiliar es un espacio integrador e hipercomplejo que ofrece una multiplicidad de *identificaciones* facilitadas por la dimensión multifamiliar. A partir de estos fenómenos identificatorios todos los presentes pueden acceder a contenidos de "sí

mismos". Entiende que este enfoque permite abordar las *dimensiones individual, familiar y social de la mente humana,* ya que el grupo multifamiliar supone una pequeña muestra de la sociedad en donde la realidad exterior se incorpora pudiendo ser confrontada con la realidad interior, trabajando sobre las diferencias y semejanzas entre las familias y generando nuevas organizaciones individuales y familiares (G. Badaracco, 2000). Por tanto, en el contexto de grupo multifamiliar se intentarán desarmar las estructuras patógenas (interdependencias patógenas) y elaborar el conflicto que permita al paciente desplegar sus aspectos más sanos a través de una '*desalienación'* progresiva, un crecimiento 'psicoemocional' y la adquisición de autonomía.

García Badaracco utiliza el psicoanálisis más como una forma de pensar dentro del grupo multifamiliar que como un modo de intervención específico, puesto que al promoverse una actitud reflexiva y de escucha, todas las personas piensan psicoanalíticamente las experiencias compartidas generándose *insights espontáneos* sin necesidad de hacer uso de la interpretación. El papel fundamental del conductor grupal radica en generar el *clima emocional* favorable en el que compartir vivencias y ofrecer la posibilidad de pensar libre y autónomamente a cada participante (G. Badaracco, 2000).

El dispositivo de psicoanálisis multifamiliar permite la utilización de múltiples recursos técnicos pertenecientes a distintos modelos teóricos como el sistémico o cognitivo, que articulados creativamente brindan perspectivas que enriquecen la comprensión de las distintas situaciones que se dan en el grupo, siendo adaptables a cada paciente. Para García Badaracco (2000), el grupo de psicoanálisis multifamiliar contiene los factores curativos que no es posible encontrar en ninguna otra circunstancia.

Contextos de aplicación y difusión del modelo

El Psicoanálisis Multifamiliar pareció restringido a Argentina durante muchos años, aparentemente ajeno al movimiento de terapia grupal multifamiliar que en paralelo crecía en Norteamérica. Paradójicamente, no encontramos referencias a la obra de García Badaracco en los artículos de los autores norteamericanos, y aunque G. Badaracco (2000) señala en sus textos las experiencias de Peter Laqueur, no deja entrever en sus textos un posible contagio de sus respectivas teorías, pese a que comparten una misma base contextual e inician sus experiencias multifamiliares con pacientes con enfermedades

mentales graves y dentro del medio hospitalario. La defensa del pensamiento psicoanalítico en la descripción del modelo tan –en apariencia- alejada de la visión más desnuda de teorías o con referencias a los incipientes conceptos sistémicos de Laqueur quizás explique la escasa conexión entre ambas figuras de la terapia multifamiliar, aunque todos podríamos concluir que la labor terapéutica que llevaron a cabo tiene muchas más similitudes que diferencias.

En los últimos últimos años de su carrera, ya retirado prácticamente del ejercicio clínico, García Badaracco se dedicó a la formación y supervisión de profesionales y colaboró en la conducción de algunos grupos multifamiliares en distintas instituciones de Buenos Aires (Hospital Psiquiátrico Moyano, Hospital Psiquiátrico Borda, la Asociación de Psicoanálisis Argentina –APA- y la Comunidad Terapéutica de María Elisa Mitre, entre otros). Constituyó además el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar[20] y participó en la organización del Primer Congreso Internacional de Psicoanálisis Multifamiliar[21] en 2008, consiguiendo expandir el modelo más allá de contextos sanitarios y haciéndolo llegar a escuelas, juzgados y diversas asociaciones y comunidades terapéuticas.

G. Badaracco difundió su trabajo por diferentes países de América (Uruguay, Chile y Brasil) y Europa (España, Italia y Portugal), siendo Uruguay donde más ha impregnado el modelo a través del equipo CIPRES[22] de atención a personas con trastorno mental severo (Palleiro, 2012). En Europa comenzó el desarrollo de Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar en el último cuarto del siglo XX: en 1984 en Bizkaia (Ayerra y López, 2003), en 1993 en Ginebra –Suiza- (Mascaró, 2009) y en 1997 en Roma (G.Badaracco y Narracci, 2011). En los inicios del siglo XXI se inician experiencias en Lisboa (Godinho y cols., 2012), Barcelona (Sempere, 2005) y Elche (Sempere y cols., 2012); mientras que en la última década se han multiplicado las instituciones en las que se llevan a cabo nuevos

[20] El Instituto de Psicoanálisis Multifamliar de Buenos Aires, creado por G. Badaracco, comprende toda la red de actuaciones en torno a la enseñanza, participación clínica y supervisión del modelo al que numerosos profesionales y estudiantes de todo el mundo acuden a para realizar su formación.

[21] Este "Primer Congreso Internacional e Interdisciplinario de Psicoanálisis Multifamiliar: 50 años de evidencias y articulaciones" tuvo lugar en Buenos Aires en el mes de Noviembre del año 2008 (Mascaró, 2009). Posteriormente otros congresos similares –ya sin la presencia del pionero García Badaracco, fallecido en el año 2010) se han celebrado en España, Italia y Argentina.

[22] CIPRES: Centro de Investigación en Psicoterapias y Rehabilitación Social, sito en Montevideo (Uruguay). Atiende a personas con trastorno mental severo y sus familias, programando grupos de atención multifamiliar a los que denominan "asambleas" (http://cipresuruguay.blogspot.com.es/)

proyectos de Psicoanálisis Multifamiliar, tales como las localizadas en Madrid (García de Bustamente, 2012), Barcelona (Blanqué y cols., 2012), Turín y Nápoles (Narraci, 2010) y Málaga (Salomón y Hernán, 2013), entre muchas otras.

1.2.5.11. *Modelo ecológico multifamiliar*

Introducción

La estructura, fisionomía y funcionalidad terapéutica de los Clubes para familias con problemas de dependencias tienen su origen en los postulados de la Escuela de Dependencias de la Universidad de Zagreb –Croacia- inaugurados a principios de los años 60 y unidos al nombre de su introductor y fundador, Vladimir Hudolin (1997). Aunque a lo largo de las décadas han incorporado nuevos desarrollos y reflexiones científicas, su concepto básico no ha cambiado. Su finalidad es ayudar a las familias con problemas de adicción a que alcancen la abstinencia y un cambio en su conducta y estilo de vida a través de una comunidad multifamiliar constituida por entre dos y doce familias. Croacia (y la antigua Yugoslavia), Italia y Chile son los países en los que más se ha desarrollado este método.

Apuntes teóricos y metodológicos

Este programa ecológico –también denominado "Verde"- está dedicado al abordaje de las dependencias al alcohol y otras drogas, si bien también actúa sobre otros problemas como la depresión y la violencia intrafamiliar. Es multidisciplinario, intersectorial, complejo, transcultural, transgeneracional y de largo plazo, dirigido a la prevención, al diagnóstico temprano, al tratamiento precoz y a la eliminación de conductas, relaciones y comunicaciones de riesgo, como también al avance hacia la felicidad del sistema familiar y de sus sistemas sociales de pertenencia e identificación. Cuenta con fuertes contenidos comunitarios, invitándose a las familias a que sean protagonistas activas en el proceso de restablecimiento de su salud. Cada grupo de autoayuda multifamiliar está constituido por un máximo de doce familias y son coordinados por voluntarios –a los que denominan "trabajadores sociosanitarios", especialmente preparados en el Programa Ecológico y supervisados por los equipos de salud vinculados al Programa en el territorio (Jara, 2014).

Los grupos de ayuda multifamiliar son lugares de encuentro de varias familias del barrio o de la empresa laboral, incluyendo parientes, amigos, vecinos, colegas de trabajo y otras

personas cercanas, reunidos para analizar, discutir y encontrar las posibilidades de resolver sus dificultades y problemas. Las reuniones son periódicas y regulares, y tienen como objetivo el desarrollar una mejor calidad del estilo de vida de sus miembros, iniciar y prolongar la abstinencia a las bebidas alcohólicas y otras substancias que provocan dependencia, reforzar los mecanismos de la libertad del no uso y mejorar la forma y el contenido de las relaciones inter-personales. El grupo multifamiliar es el medio donde sin medidas punitivas se inician las correcciones de diversas conductas alteradas, de riesgo, contaminantes y peligrosas. Es el lugar donde se aprende a valorar los esfuerzos de la abstinencia y se respetan las inversiones emocionales individuales y familiares, para lograr transformar y cambiar el estilo de vida. Para que estas finalidades puedan llevarse a cabo, el trabajo en el grupo multifamiliar debe considerarse un proceso estructurado en varios planos y niveles, que conforman un Sistema terapéutico fácilmente reconocible. Según la complejidad de estos planos, tenemos:

- 1º nivel: mejoramiento de las relaciones intra y extrafamiliares,
- 2º nivel: elevar la calidad de la comunicación interpersonal,
- 3º nivel: descontaminación sociocultural y ecológica de ideas, modelos, hábitos y normas intra-familiares del hábitat, lugar de trabajo y del ecosistema, del uso de alcohol, otras drogas y las conductas que acompañan.
- 4º nivel: crecimiento, maduración e identificación personal y familiar.

Los grupos de autoayuda multifamiliares son, en suma, “comunidades terapéuticas” o «Grupos de discusión terapéutica y de autoayuda», de varias familias, amigos y conocidos, reunidos para facilitar la realización de sus propósitos, aspiraciones, anhelos y que se constituyen en laboratorios de aprendizaje para un mejor estilo de vida individual, familiar y comunal, además de representar un buen instrumento en las tareas de adelanto ecológico laboral y territorial. La familia es la unidad de trabajo de todo el sistema terapéutico y estructura junto a otras, los grupos multifamiliares. Cada familia es un subsistema del grupo multifamiliar y, de forma análoga, cada miembro del sistema familiar es a la vez un sub-sistema de éste. Sin la colaboración activa y directa de los sistemas familiares y de sus sub y suprasistemas, el grupo multifamiliar no tendría sentido (Troncoso, 2003).

En los grupos las familias encuentran un espacio de debate y análisis en los cuales cada uno podrá saber el punto de vista del otro y entender con más tranquilidad, de qué forma ve

el problema otro integrante de su familia. De esta manera, la familia podrá compartir una observación del problema en cuestión y encontrar una forma de desahogo, que podrá ser analizado por otros miembros del grupo o familiares que podrán conceder sus puntos de vista y la forma en que han enfrentado el problema quienes ya pasaron por él, ante lo cual, las familias podrán determinar nuevos pasos a seguir.

Las premisas esenciales de este trabajo son las siguientes (Troncoso, 2003):

1. Que los problemas, complicaciones y consecuencias del uso de bebidas alcohólicas y de otras sustancias que provocan dependencia, no pueden ser resueltos fuera del contexto familiar, sociocultural, ecológico y territorial, donde estas dificultades nacen, evolucionan y provocan dificultades.

2. Que para la eliminación de los problemas y dificultades relacionados con el consumo de substancias que causan dependencia es necesario motivar e incluir la participación de todos los ciudadanos de un territorio determinado, independientemente de si son o no consumidores o dependientes, en un programa de largo plazo, transgeneracional, transcultural y específico, capacitado en promover el adelanto de las relaciones humanas, coordinar, supervisar, evaluar y corregir de modo continuado la mejor aplicación de las medidas preventivas primaria, secundaria y terciaria territoriales.

3. Que este Programa está dirigido a la familia y a sus contextos de pertenencia e identificación. Requiere ser promocionado y desarrollado en el hábitat, a través de iniciativas de centros de salud, consultorios periféricos, hospitales y lugares de trabajo, por ser instituciones de especiales connotaciones socioculturales.

4. Que el éxito del programa dependerá de la motivación y capacidad organizativa de estas instituciones para popularizar, desarrollar y automatizar social y culturalmente los conceptos de autoayuda, autodefensa, autogestión y participación.

5. Que en el tratamiento de las dependencias, debido a la envergadura epidemiológica y a la falta de recursos económicos y humanos, se deben priorizar conceptos ergonómicos, es decir, trabajar con el mayor número de personas afectadas, al mismo tiempo, con mínimo de costos y con mayores posibilidades de éxito. En este sentido, el concepto de Grupo Multifamiliar es insustituible y debe ser considerado en primera instancia.

6. Que no es posible un trabajo continuado, a largo plazo, transgeneracional y transcultural, de cambios de estilo de vida individuales, intrafamiliares y contextuales, sin el concurso de equipos de profesionales médicos, no médicos y voluntarios debidamente capacitados, supervisados y evaluados. Esto es posible a través de programas de educación continua en centros de alta preparación, dedicados específicamente a las actividades docentes, al tratamiento y a las investigaciones epidemiológicas, clínicas y experimentales de las dependencias.
7. Que los voluntarios que proponemos para coordinar estas actividades son figuras de especial relevancia en su contexto familiar, social, laboral, de pertenencia e identificación.
8. Que para generar transformaciones y cambios (morfogénesis) es necesario intervenir y provocar crisis permanentes en la secuencia repetitiva de formas, isomorfismos y contenido del consumo "normal" y "no normal", de especial importancia en la etiología y evolución de todo alcoholismo y en otras dependencias.
9. Que los grupos multifamiliares de los Clubes de Auto-ayuda Multifamiliar del hábitat, son el medio terapéutico donde se inician las secuencias generadoras de transformaciones de estilos de vida y se establecen relaciones horizontales de colaboración entre el dependiente, su familia, su contexto social, los voluntarios y expertos, relación que es de alta complejidad y se extiende más allá de la abstinencia.

1.2.6. Investigación y Evaluación en terapia multifamiliar

Introducción

Como ya hemos señalado, la literatura científica acerca de la terapia multifamiliar es escasa pese a que hace más de cincuenta años que se tiene constancia de la aplicación reglada de modelos terapéuticos multifamiliares. Llama la atención las pocas referencias bibliográficas sobre el modelo, especialmente si lo comparamos con otros modelos terapéuticos incluso más recientes. Entre las razones que explicarían la relativa escasa difusión del modelo podríamos destacar el hecho de que hasta ahora no haya existido un cuerpo teórico definido ni una teoría integradora de la terapia multifamiliar o que Laquer, Bowen y García Badaracco, considerados los pioneros de las experiencias multifamiliares, realizaron ricas aportaciones al modelo en forma de descripciones generales, pero no promovieron estudios de eficacia del modelo.

La mayor parte de esta literatura científica describe programas de terapia multifamiliar aplicada a diversos colectivos como familias con aislamiento social, conflictos de pareja, adicciones, trastornos bipolares, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, niños con déficit de atención, trastornos alimentarios o adolescentes con trastornos de conducta, pero limitándose generalmente a resultados basados en impresiones clínicas. Sin embargo son pocos los estudios que examinan la efectividad del modelo empíricamente o que identifiquen empíricamente elementos específicos y distintivos de la terapia multifamiliar, lo cual significa que se conoce poco acerca de cómo el modelo contribuye a los resultados positivos o qué elementos son esenciales para su efectividad. En general, los autores coinciden en una evidencia: todas las familias se beneficiarían a la vez de lo aportado por la terapia de grupo y por la terapia familiar.

Los pocos estudios empíricos rastreados vienen a indicar que la terapia grupal multifamiliar es efectiva en mejorar las relaciones familiares, comunicación, habilidades para la resolución de problemas, satisfacción marital, toma de conciencia de los roles familiares, sensibilidad a la fuerza de la familia, expresión de emociones y la participación y potenciación de las capacidades de la familia. La terapia multifamiliar crea un sentido de esperanza y disminuye el aislamiento de las familias a la vez que desarrolla sistemas de apoyo y provee a las familias de nuevas oportunidades de modelaje y apoyo y confronta a

cada uno de los miembros de la familia al permitir que puedan poner palabras a sus experiencias subjetivas (Edwards, 2001).

Los estudios que han comparado distintos modelos prácticos y teóricos de terapia multifamiliar (Anderson y cols., 1986; McFarlane y cols., 1995; Satin y cols., 1989) no muestran diferencias significativas en su eficacia, lo cual hace pensar que la eficacia del modelo multifamiliar quizás tenga más que ver con su forma/contexto que con su contenido específico.

Primeras investigaciones

La mayoría de publicaciones sobre terapia multifamiliar datan entre los años 1970- 1985, sobre todos referidas al tratamiento de abuso de alcohol y otras drogas (Bergen, 1973; Hendricks, 1971; Kaufman y Kaufman, 1977; McKamy, 1976) y trastornos psicóticos (Bowen, 1976 y 1978; Laquer, 1972, 1976). Ya en los años 80, encontramos referencias de aplicaciones a tratamientos de adición a la heroína en comunidad terapéutica (Anton y cols, 1981 y Clerici y cols., 1988), alcoholismo y abuso de sustancias (Lovern y Zohn, 1982; Kosten y cols, 1986; Zimberg, 1982; Conner, 1984), trastornos psicóticos (McFarlane, 1983; O`Shea y Phelps, 1985), enfermedad crónica (Steinglass, 1987) y madres en casas de acogida (Rhodes y Zelman, 1986)

Estudios recientes

- Existen escasas publicaciones entre mediados de 1980 y mediados de 1990, siguiendo un aumento del interés por el modelo en los últimos veinte años. Schaefer (2008) recopila las siguientes investigaciones sobre el tratamiento multifamiliar en diversos colectivos:
  - mujeres drogodependientes (Boylin y cols., 1997)
  - dependencia de alcohol y cocaína (Conner y cols., 1998)
  - abuso de drogas en jóvenes (Henggeler y cols., 1991)
  - adicciones en comunidad terapéutica (Kooyman, 1993)
  - alcohol y drogas (Shaefer, 2008)
  - abuso de sustancias en adolescentes (Springer y Orsbon, 2002)
  - psicosis y otros trastornos psiquiátricos (Asen y cols., 2001)
  - trastornos mentales en general (Asen, 2002)
  - anorexia nerviosa (Asen y Suchff, 2006)

- madres con trastornos mentales (Bishop y cols, 2002)
- trastornos psicóticos (Eisler, 2005)
- trastornos bipolares (Brennan, 1995)
- trastornos mentales (Lemmens y cols, 2003)
- depresión (Lemmens y cols, 2007)
- trastornos psiquiátricos graves (McFarlane, 2002)
- anorexia nerviosa en adolescentes (Scholz y cols).
- necesidades de familias de barriadas del centro de la ciudad (McKay y cols, 1995; Stone y cols, 1996).
- incremento de la resiliencia en los niños (Sayger, 1996)
- problemas de la juventud en contextos aislados (Bandoroff y Scherer, 1994).
- familias afroamericanas aisladas y expuestas a la marginación y pobreza (Boyd-Franklin (1993).

❖ **Kearney** (1984) realizó un estudio comparativo entre la terapia multifamiliar y la terapia familiar individual con pacientes toxicómanos indicando sus resultados que no existen diferencias significativas entre ambas modalidades a nivel de cambios en las relaciones, emociones, adaptación familiar, cohesión y espiritualidad. Sin embargo, el autor apunta que se justifica el uso de la terapia multifamiliar como terapia de elección en función de la menor necesidad de tiempo, número de profesionales y economía de medios.

❖ **Marner** y **Westerberg** (1987) desarrollaron un grupo para familias con adolescentes diagnosticados de anorexia nerviosa. Las impresiones clínicas indicaron que las familias expresaban su alivio al poder compartir similares sentimientos y una experiencia de apoyo y ánimo.

❖ **Norgard** (1989) realizó un estudio comparativo con adolescentes adictos a sustancias y sus familias, comparando los resultados entre terapia familiar individual y terapia multifamiliar. Este estudio no encontró diferencias significativas en cuanto a la medición de cambios.

❖ **Schwartzben** (1992) realizó terapia multifamiliar con familias con miembros ancianos que vivían en centros residenciales. Los resultados incluyen un incremento de la

potenciación de capacidad de los miembros de la familia en el abordaje de temas familiares y residenciales. Además la terapia multifamiliar mejoró la calidad de vida de los residentes y la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

- **Black** y **Blum** (1992) refieren en función de sus impresiones clínicas que la terapia multifamiliar es efectiva en el tratamiento de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.

- **Polcin** (1992) describe su experiencia en terapia multifamiliar con adolescentes consumidores de tóxicos. Sus impresiones clínicas indican que entre las ventajas de la terapia multifamiliar destaca la oportunidad que brinda a las familias de mirarse en espejo así como el apoyo y confrontación con cada uno de los otros. Además constata como los adolescentes desarrollaron relaciones de apoyo con otros adultos distintos a sus padres.

- **Hyde** y **Goldman** (1993) utilizaron la terapia multifamiliar para ayudar a parejas en las que un miembro sufría esquizofrenia. Recomiendan la terapia multifamiliar como una modalidad en la que tratar los problemas familiares y traspasar las barreras que suelen darse en el resto de tratamientos comunes en estas parejas.

- **Rabin** (1995) utilizó la terapia multifamiliar con parejas en conflicto marital. Sus resultados hacen referencia a un incremento de la satisfacción marital, aumento en el nivel de intimidad y satisfacción con el proceso grupal.

- **Brennan** (1995) trató en grupos multifamiliares a parejas en las que uno de sus miembros estaba diagnosticado de trastorno bipolar. Los resultados reflejan una respuesta positiva al proceso grupal, un aumento de la comunicación entre los miembros de la familia en relación con el trastorno bipolar y el desarrollo de un sistema de apoyo.

- **Greenfield y Senecal** (1995) condujeron grupos multifamiliares con niños con diagnóstico de trastorno por hiperactividad y déficit de atención. Sus resultados incluyen un incremento de las habilidades parentales, mejoría de la comunicación

interpersonal en la familia, disminución del aislamiento, aumento de la sensibilidad hacia los puntos positivos de los niños y aumento de la autoconfianza en el niño.

- **Kymissis** y su equipo (1995) detallan un programa para el tratamiento de adolescentes con abuso de tóxicos y otros problemas de personalidad basado en la terapia multifamiliar. Sus impresiones clínicas indican que los adolescentes aceptaban mejor la confrontación y consejo de padres de otras familias que de sus propios padres y que la comunicación mejoró dentro de las familias. La terapia multifamiliar permitía a los individuos ver más allá de sus experiencias subjetivas y entender los roles y puntos de vista de los otros. Además, los temas tratados en los grupos multifamiliares fueron frecuentemente los también tratados en los espacios de terapia unifamiliar paralelos.

- **Wamboldty** y **Levin** (1995) estudiaron empíricamente la efectividad de la terapia multifamiliar con familias de niños y adolescentes con enfermedades físicas (niños asmáticos). Los resultados indican que el programa de terapia multifamiliar incrementó significativamente el sentimiento de compresión de otros y se valoró de forma especialmente positiva el poder compartir sentimientos con otras familias en relación con la enfermedad.

- **Behr** (1996), quien llevó a cabo terapia grupal multifamiliar en el tratamiento de familias socialmente aisladas con disfunciones crónicas –las comúnmente llamadas "familias multiproblemáticas"- señala que las impresiones clínicas obtenidas con el programa apuntan que la intervención multifamiliar disminuye el aislamiento de las familias, que se alcanza similar estatus de poder entre los miembros del grupo así como abundante aprendizaje indirecto y provisión de numerosos modelos o roles. La terapia multifamiliar resultó efectiva en comprometer a los padres y un cambio en la visión de la terapia basada en "problemas" a la terapia basada en "temas".

- **Duff** (1996) examinó los resultados de la terapia multifamiliar de juego para mejorar las relaciones familiares. Sus resultados indicaron que la terapia grupal era efectiva en mejorar las relaciones familiares, especialmente en mejorar la comunicación familiar y las habilidades para la resolución de problemas.

- **Bentelspacher, DeSilva, Goh,** y **LaRowe** (1996) exploraron empíricamente la efectividad de la terapia multifamiliar con treinta familias chinas y malayas en las que había miembros con esquizofrenia. Los resultados indican que el programa multifamiliar fue beneficioso para las familias, las cuales aumentaron su grado de confort en actividades grupales, la autorrevelación, la resolución de problemas y las nuevas conductas. Además, la terapia multifamiliar ofreció factores grupales curativos para las familias participantes como ofrecer esperanza, altruismo y guía.

- **Cwiakala** y **Mordock** (1997) llevaron a cabo experiencias de terapia multifamiliar con personas en recuperación de adicción a tóxicos. Relatan que el 80% de los participantes valoraba la experiencia como excelente y mejoraban su comunicación con sus hijos. Las impresiones clínicas apoyan el juego como la mejor contribución para conseguir un medio no atemorizante, un aumento del apoyo entre pares y un descenso de la negación respecto a la adicción promovida por las confrontaciones entre pares.

- **Boylin** y su equipo (1997) investigaron los efectos de la terapia multifamiliar con consumidoras de tóxicos. Los resultados indican que las sesiones de terapia multifamiliar fueron significativamente positivas para las pacientes mujeres, que alargaron su estancia en el programa y completaron el tratamiento, sin demostrar cambios en los varones. Refieren que aumentó la comunicación entre los pacientes y sus familias así como la conciencia de los miembros de la familia en su contribución al tratamiento.

- **Quinn** y su equipo (1997) describieron un programa de terapia multifamiliar con jóvenes que realizaban su primer acto delictivo y señalan evidencia empírica de efectividad. Sus resultados indican que los que seguían el programa multifamiliar tenían tasas significativamente más bajas de recidiva. Además, el número de delitos de aquellos que volvían a delinquir eran significativamente menores. Identificaron que para que la terapia multifamiliar fuera exitosa era necesario establecer un clima de confianza y esperanza en el grupo.

- **Fristad, Gavazzi** y **Soldano** (1998) analizaron el uso de la terapia multifamiliar con niños y adolescentes diagnosticas de trastorno del ánimo. Sus resultados -preliminares

por no contar con valor estadístico- sugieren mejoría en todas las familias en relación con la emoción expresada.

- Un estudio de **Meezan y Keefe** (1998) comparó el tratamiento grupal multifamiliar realizado con 42 familias y la terapia familiar tradicional (39 familias) en el tratamiento de conductas abusivas y negligentes en los cuidadores de niños, mostrando que los niños del grupo multifamiliar pasaron a ser más asertivos, tuvieron menos problemas de conducta y mostraron más confianza en sí mismos con respecto a los que habían sido atendidos en terapia unifamiliar.

- **Edwards** (2001) utiliza la técnica Delphi para encontrar en la respuesta de los profesionales un consenso sobre los *ingredientes útiles* "*únicos*" de la terapia multifamiliar.

- **McFarlane** (2002) señala como resultado de sus investigaciones que la terapia multifamiliar es más efectiva que la terapia familiar individual en el tratamiento de personas con trastornos psicóticos incipientes. Resultados similares aportan otros estudios con pacientes con trastornos alimentarios (Cook-Darzens y cols, 2005).

- **Lemmens y cols** (2003) estudian el proceso de cambio en dos grupos en un hospital de día psiquiátrico a partir de las percepciones de sus integrantes. Destacan que, desde el punto de vista de las familias, los grupos multifamiliares aportaban más experiencias beneficiosas al individuo y al grupo que a la familia. Los factores más útiles eran las experiencias de insight personal y la vivencia de compartir experiencias similares, destacando también, aunque en menor medida, el clima relacional y la estructura del grupo (empatía y cohesión). Sin embargo, los terapeutas insistían más en la importancia para el grupo de la atmósfera relacional y de la estructura del grupo, mientras que los procesos individuales eran percibidos como sobre todo beneficiosos para la familia. Por último, subrayan que las familias identifican cuatro elementos beneficiosos desde su punto de vista en la terapia multifamiliar:
    - La vivencia de experiencias similares,
    - La experiencia de tomar conciencia/insight
    - El grupo como foro de experimentación de nuevos comportamientos relacionales con diferentes personas

- Los intercambios sobre diferentes temas en relación con la familia y la enfermedad son más ricos que en la terapia unifamiliar.

❖ **Cook-Darzens** (2007) recopila una serie de estudios de evaluación que divide en diferentes grupos:

a. *Evaluaciones basadas en impresiones clínicas.* Muy numerosas en la bibliografía, refieren resultados positivos en la mayoría de los casos, como por ejemplo el estudio de Brennan (1995) sobre grupos multifamiliares que incluyen pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.

b. *Evaluaciones realizadas por las familias.* Centradas en el punto de vista de las familias, no permiten objetivar la eficacia de la intervención. Un ejemplo es el estudio de Colahan y Robinson (2002) sobre grupos multifamiliares con pacientes con trastornos alimentarios, en el que un 65% de las respuestas acerca de la utilidad del grupo multifamiliar fueron positivas; este estudio aporta como dato curioso el hecho de que se valoraba especialmente la aceptación de las sugerencias procedentes de otros miembros del grupo multifamiliar por encima de las de los profesionales.

c. *Evaluación del proceso por mediciones repetidas.* Se evalúan cambios sintomáticos y familiares a lo largo de las sesiones. Kazac y cols. (1999) valoran diecinueve familias con niños y adolescentes supervivientes a un cáncer, determinando resultando positivos para todos los miembros de la familia, con disminución del estrés postraumático, mejoría del funcionamiento familiar y disminución del sentimiento de soledad. Resultados similares obtiene Sheffield (2001) con pacientes adictos a sustancias y sus hijos así como Berkowitz y Gunderson (2002) en intervenciones multifamiliares con pacientes con personalidad borderline. Fukunishi y cols. (1994) demostraron que la terapia multifamiliar promueve una significativa reducción de las puntuaciones de alexitimia (dificultad para describir sentimientos) en familias con miembros alcohólicos.

d. *Evaluación empírica de la eficacia con la utilización de grupos control.* Comparan la intervención multifamiliar con otros modelos de intervención. Destacan los realizados sobre esquizofrenia y trastornos bipolares tales como los estudios de McFarlane (2002), McFarlane y cols. (2002, 1995a y 1995b), Hazel y cols. (2004) y de McDonell y cols. (2005) sobre la eficacia de la terapia multifamiliar asociada a

psicoeducación, los cuales manifiestan mejorías significativas en la evolución sintomática de los pacientes y en las habilidades familiares en comparación con la terapia unifamiliar y la terapia individual (psicoterapia más medicación). En otras patologías mentales los estudios no son tan precisos: diversos estudios en grupos multifamiliares con personas diagnosticadas de depresión mayor muestran que las intervenciones multifamliares son eficaces como tratamientos complementarios sobre un grupo de pacientes que no responden a tratamiento clásico con tratamiento individual, unifamiliar o farmacológico (Anderson y cols., 1986; Keitner, 2005; Keitner y cols., 2002; Fristad y cols., 2003); similares resultados se obtienen en estudios realizados con personas diagnosticadas de trastorno obsesivo-compulsivo (Metha, 1990; Van Noppen, 2002; Van Noppen y cols., 1997), problemas de conducta en la adolescencia: (Nahum y Brewer, 2004; Smith y cols., 2004; Quinn y Van Dyke, 2004). y anorexia nerviosa (Cook-Darzens, 2002; Doyen y cols., 2006). En el caso de dependencia alcohólica, varios estudios demuestran la eficacia de terapias con múltiples parejas por encima de las terapias de grupo separadas o la terapia de pareja clásica (Cadogan, 1973; Corder y cols, 1972; McCrady, 1989).

e. *Evaluación del proceso de cambio.* Los resultados de algunos estudios sugieren que los factores beneficiosos de los grupos multifamiliares son inherentes a la interacción espontánea de varias familias más allá de las orientaciones teóricas o prácticas elegidas para el grupo (Cook-Darzens, 2007). En este sentido Laqueur y sus seguidores se refieren a la terapia multifamiliar como "*talleres protegidos para la comunicación familiar*" y McFarlane como "*red social terapéutica*" o "*comunidad curativa*". Entre las hipótesis recogidas en la literatura científica acerca de qué mecanismos en la terapia familiar son los promotores del cambio, resaltamos:

   - *Aprendizaje por analogía* -aprendizaje indirecto-: (Laqueur, 1979; McFarlane, 2002; Steinglass, 1998)
   - *Creación de red social y de identidad de grupo* que favorece la rotura del aislamiento, el apoyo y la desestigmatización (McFarlane, 2002; Asen, 2002).
   - *Compartir apoyo* y dilución de los afectos familiares permitiendo una reducción del peso familiar, del estrés, de la culpabilidad y del sentimiento de incompetencia (Chambon y cols., 2004; McFarlane, 2002).

- Apertura de posibilidades de cambio a partir del "modeling" y el "efecto invernadero", es decir, de la confrontación de otras realidades familiares, la identificación con la experiencia de otras familias y las "interfertilizaciones" o experiencias de "cruzamiento de familias" o "conversaciones reverberantes" (Almosnino, 2004; Asen, 2002; Asen y Schuff, 2006; Bishop y cols., 2002; McFarlane, 2002; Rolland, 1994; Salem, 2001).
- *Equilibrado y flexibilización de las fronteras intra e interfamiliares* con validación de los vínculos intrafamiliares y apertura simultánea hacia las relaciones extrafamiliares (McFarlane, 2002).
- El grupo multifamiliar como *matriz* útil *continente de las personas más afectadas* (psicóticas) y regresivas que favorecen el proceso de desidentificación de interdependencias patógenas por la apertura del espacio mental a los mecanismos de defensa primitivos (García Badaracco, 2000).
- Disminución del estrés y de la confusión, equilibrio del tono emocional y disminución de la emoción expresada familiar, aprendizaje de un mejor posicionamiento frente a la enfermedad y mejor "coping" así como mejoría de las capacidades de resolución de conflictos (Chambon y cols., 2004; McFarlane, 2002).
- Influencia de "conformidad" del grupo que favorece la disminución de los problemas de comunicación intrafamiliar (McFarlane, 2002).
- Experiencias de progreso, esperanza y optimismo en referencia a los diversos ciclos de la familia (Asen y cols., 2001; Strelnik, 1977).

❖ Gabriele **Schaefer** (2008), estudió la respuesta de los integrantes con patología dual de una experiencia multifamiliar de dieciocho semanas llevada a cabo en Nueva Zelanda. Los resultados indican que previamente a formar parte del programa, sus relaciones con su familia estaban seriamente dañadas, complicadas y sin esperanza. Después del tratamiento multifamiliar todos los participantes del estudio experimentaron cambios positivos en sus relaciones familiares y de pareja. Ratifica los hallazgos de la mayoría de estudios en terapia multifamiliar – como el llevado a cabo por Kaufman y Kaufman (1979)- : el principal mecanismo de funcionamiento de la terapia multifamiliar es que unas familias aprendan de las otras y tengan la oportunidad de mejorar su habilidad de comunicación con otras.

- El psicólogo español **Juan Antonio Marcos** (2010) evaluó empíricamente la eficacia de la psicoterapia multifamiliar en adictos a opiáceos en tratamiento con metadona en comparación con los grupos de intervención educativa y de metadona, obteniendo mejorías significativas en la gravedad del consumo de drogas, severidad del estado psicopatológico y en área de empleo y apoyo, necesidad de menor dosis de metadona, menor malestar psicológico y un mayor porcentaje de pacientes con evolución positiva.

- **Morris y cols**. (2014) investigaron los resultados de aplicar la terapia multifamiliar sobre más cincuenta familias con niños con dificultades de conducta y aprendizaje atendidas en el Centro de Educación Malborough de Londres, comparándolos con un grupo control que no había seguido este abordaje. Los resultados evidencian una mejoría significativa con la terapia multifamiliar que permanecen estables en el tiempo, sin observarse cambios en el grupo control, que por su parte, tiende hacia el deterioro con el tiempo.

1.2.7. Formación y supervisión del terapeuta multifamiliar

A continuación rescatamos las ideas de algunos de los más conocidos representantes de la terapia multifamiliar que han sido recogidas en la bibliografía respecto a las condiciones que debe reunir la formación y/o supervisión del conductor de grupos multifamiliares:

Según *Laqueur* (sin fecha, artículo 21) el terapeuta debe estar familiarizado con la *terapia de familia, la terapia en red, la terapia individual y la terapia de grupo* antes de lanzarse a la terapia multifamiliar. Pero a su vez indica que el grupo comporta numerosos dispositivos de seguridad que minimizan los riesgos de peligro de mala praxis del terapeuta y señala que numerosas posibilidades de mejorar son consustanciales al grupo e independientes del conductor.

Thorngren y Kleist (2002) recomiendan que los conductores de grupos multifamiliares realicen una formación previa tanto en terapia grupal como en terapia familiar y señalan que estos conductores deben tener una gran capacidad de flexibilidad y sentido del humor.

Asen (2006) refiere que las principales ideas y técnicas en terapia multifamiliar podrían ser aprendidas por los profesionales que ya poseen una *formación sistémica previa* en relativamente poco tiempo. Según Asen, uno de los principales retos de la formación de los profesionales es ayudarles a creer en los enormes recursos propios y consustanciales a la familia y que la tarea de los clínicos es ayudar a las familias a que los utilicen; enseñar, por tanto, a los clínicos a no ser *demasiado de ayuda*, que no den rápidas respuestas ni soluciones, que no sean expertos y enseñarles a saber esperar que otras ideas emerjan de las familias. Ello, considera Asen, significa un desaprendizaje respecto a sus experiencias previas. El equipo terapéutico requiere además entrenamiento en técnicas creativas y de juego (aporta un nutrido catálogo de ellas en la obra que escribe junto a Schol: "Multi-Family Therapy. Concepts and Techniques" (2010). Considera que el encuadre debe estar marcado por el humor, creatividad y juego que permitan a las familias y sus miembros individuales así como a los profesionales experimentar con nuevas ideas y acciones en un espacio seguro. Los clínicos aprenden formando parte del grupo y compartiendo experiencias personales, formulando puntos de vista y discutiendo posibles soluciones de manera similar a los miembros de las familias. Así mismo, los clínicos también aprenden el rol de terapeutas como facilitadores de la acción a través de la observación. Asen apuesta por espacios de reflexión grupal pre y post-grupo así como espacios de supervisión y talleres de formación regulares. Refiere que en seis meses es posible que los profesionales principiantes más motivados puedan estar preparados para actuar como facilitadores en el grupo y apuesta por la participación de ex-usuarios entrenados como "asistentes expertos" dentro del sistema de atención en salud mental.

Foster refiere que lleva años descubrir y desarrollar un estilo propio en la conducción del grupo multifamiliar y que algunos terapeutas nunca llegan a hacerlo, sugiriendo que una red de teorías se necesitan para desarrollar los fundamentos de *tu propio estilo* (1994h y 1994i). Según Foster, necesitamos una teoría de por qué las personas -y las familias- se comportan en la manera que lo hacen en los grupos y la sociedad y qué los motiva, una teoría sobre cómo y por qué las familias cambian, una teoría de la normalidad del individuo y la familia, una teoría de la cultura y una teoría que dirija algún tipo de acción sin etiquetar o definir el síntoma. Para Foster, el estilo del conductor es producto de un proceso consciente e inconsciente que se desarrollará después de meses y años de un proceso terapéutico propio. Refiere que "*empiezas a descubrir tu propio estilo cuando has formulado tu marco teórico y lo usas para crear intervenciones que aportan cambios. La*

teoría y tu personalidad se integran. La lectura, asistencia a talleres y clases, la revisión de vídeos y la observación de grupos multifamilaires pueden ayudar a descubrir tu propio estilo. En cualquier caso uno no descubre su estilo hasta que empieza a conducir grupos multifamiliares" (1994a). Añade que alguien con *formación en terapia individual, familiar y grupal* puede empezar a conducir grupos multifamiliares después de quince o treinta horas de entrenamiento teórico incluyendo role-playing y recomienda supervisión tras el espejo así como revisar las grabaciones audiovisuales, ya que éstas aportan gran autoconocimiento. Refiere, además, que durante las sesiones de terapia multifamiliar el profesional debe aprender a equilibrar la concentración y la relajación, sentenciando que no podemos ser terapeutas sin libertad. Concluye que, como el artista, *el terapeuta sólo puede crear y llegar a ser un maestro de su propio estilo de terapia*. Foster (1992a) señala que el self del terapeuta es una herramienta para la familia que debe ser "calibrada" a lo largo de toda la vida y que lo no resuelto por el terapeuta limitará y contaminará su habilidad terapéutica. Un ejemplo de tal contaminación podría ser la derivada de un conflicto conyugal del profesional que pudiera afectar a lo que el terapeuta aporte al sistema familiar del cliente. Por ello considera imprescindible el "trabajo personal" (paso del profesional por espacios terapéuticos) para todo conductor multifamiliar, que cree debe formar parte de una formación honesta y adecuada. Foster añade que aquél profesional que no lo lleva a cabo puede optar por *hacerlo a través de las familias con las que trabaja en un ejercicio de voyerismo que genera dependencias y contaminación del proceso terapéutico* y propone que los profesionales interesados en formarse en el modelo no duden en preguntar a sus formadores-supervisores todo tipo de dudas sobre el propio profesional y el modelo que incluyen contenidos prácticos, legales y morales (1994e).

Para *Saunders* (citado en Nuckols y cols, 1992) es esencial que el equipo terapéutico consiga un punto de vista común y unificado en relación con la filosofía y modelo de tratamiento independientemente de que su terminología sea diferente. El grupo multifamiliar resulta más terapéutico cuando existe una buena relación y comunicación entre los miembros del equipo. Cree conveniente una supervisión externa para los profesionales en los que conseguir esa unificación cuyo fin primordial es que cada profesional pueda aprender a confiar en cada uno de los otros en el proceso.

Nuckols y cols (1992) propusieron la incorporación de sistemas consultores familiares externos a la institución en la supervisión del equipo profesional con el fin de facilitar que se traten las diferencias y discutir los puntos en común dentro del equipo.

1.2.8. El momento actual de la terapia multifamiliar

Tras décadas en las que las experiencias grupales multifamiliares fueron escasas en nuestro medio, desde el inicio del presente milenio y sobre todo en los últimos años asistimos a un aumento del número de experiencias multifamiliares y su popularidad entre los profesionales de distintos ámbitos no solo circunscritos a la salud mental (servicios sociales, educación…). La explicación para el auge del modelo podría explicarse en los siguientes puntos:

- La aparición de movimientos críticos con la psiquiatría biológica imperante que parecen marginar a la mayoría de los modelos de psicoterapia. Estos movimientos críticos están basados en estudios que ofrecen evidencia científica como los citados por Bentall (2011), González y Pérez (2007), Ortiz (2013) y empiezan a interesar a profesionales que se niegan a someterse al sectarismo de la visión única de la psiquiatría tradicional y su posicionamiento paternalista y que abrazan el pluralismo terapéutico con el fin de llevar a cabo otros enfoques terapéuticos diferentes.
- En el caso de España, el creciente paso de profesionales y estudiantes por el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires a lo largo de la última década que, con la impronta terapéutica adquirida, abren nuevas vías de acción en sus instituciones.
- La formación del “Foro de Elche” que en base a su investigación en terapia multifamiliar propone el modelo de terapia interfamiliar que nos ocupa. Este foro acoge la visita de numerosas personas interesadas en conocer en vivo el modelo e implantarlo en su lugar de trabajo.
- La crisis económica europea de finales de la década de 2000 y principios de la década 2010, que supone una coyuntura que impulsa a los gestores de medios sanitarios y sociales al abaratamiento de los costes de las intervenciones. La terapia multifamiliar supone un potente medio terapéutico que requiere muy limitados medios económicos.

- La inclusión de la terapia multifamiliar en escenarios de aplicación no exclusivos de salud mental (equipos sociales, educativos, hospitales generales, residencias geriátricas…).
- La extensión de la formación y supervisión de profesionales, con la aparición de artículos y exposiciones en jornadas profesionales e incluso congresos monográficos dedicados a la terapia multifamiliar.
- Programas de intercambio europeos tales como el Leonardo Da Vinci o el Erasmus + que han permitido compartir el modelo interfamiliar de terapia multifamiliar con diversos equipos profesionales de otros países.

Como ya señalamos, resulta llamativo ver la aún escasa información bibliográfica acerca de Terapia Multifamiliar, a pesar de ser un método que se inició hace más de cincuenta años. Entre las escasas fuentes en las que podemos encontrar información figuran:

- La página web del *Multiple Family Group Therapy Resource (www.multiplefamilygrouptherapy.org)*, dirigido por Lewis Foster en Florence (Carolina del Sur), que sigue la línea de la Terapia Grupal Multifamiliar iniciada por Peter Laqueur, a la que posteriormente se sumaron numerosos terapeutas norteamericanos y de otros países.
- La bibliografía de Jorge García Badaraco y su equipo en Buenos Aires (Argentina), en la línea del Psicoanálisis Multifamiliar, a las que también se suman las publicaciones que en similar modelo se originan desde Uruguay (Palleiro, 2012), Portugal (Godinho y cols, 2012), Roma (Narracci, 2010) y España (Mascaró, 2009; López y Blajakis, 2012; Ayerra y López, 2003; García de Bustamante, 2012; Blanqué y cols, 2012).
- Las publicaciones de Eia Asen y equipo en el Malborough Center de Londres (Reino Unido).
- Congresos internacionales en terapia multifamiliar. Desde el año 2008 que se vienen celebrando congresos internacionales en Terapia Multifamiliar. El primero de ellos bajo el epígrafe de Psicoanálisis Multifamiliar (en Buenos Aires) y posteriormente ampliados a varios modelos de Terapia Multifamiliar que han tenido lugar en Bilbao en el año 2010, en Roma en el año 2011, en Málaga en 2012, en Elche en 2014 y en Bilbao en el 2015.

- El empuje del modelo de Terapia Interfamiliar que queda reflejado en sus actividades en la página web www.terapiamultifamiliar.com y en el presente texto.

2. Justificación del estudio

2. Justificación

La atención en salud mental se caracteriza por la diversidad de formas de atención a las personas que sufren trastornos emocionales y psíquicos, algo que guarda relación con el indefinido límite entre salud y enfermedad mental y las diferentes actuaciones profesionales en función de sus marcos teóricos.

Por lo general, la atención en salud mental se focaliza en aspectos parciales de la problemática que sufre la persona, dejando de lado factores familiares y sociales también implicados en la génesis y mantenimiento de estos problemas.

Además, la masificación de los servicios de salud mental, acrecentada en situaciones de crisis económicas, implica una atención limitada de las personas con trastornos psíquicos, lo cual conlleva un peor pronóstico y mayor sufrimiento para estas personas y sus familias.

La terapia interfamiliar es un novedoso modelo de terapia multifamiliar que surge como un nuevo recurso terapéutico en el que es posible el abordaje de cualquier problemática humana. A través de un enfoque construccionista y social, la terapia interfamiliar reúne a las personas con trastornos psíquicos, sus familiares y profesionales de diferentes disciplinas y con formaciones teóricas diversas en un mismo espacio terapéutico.

La terapia interfamiliar permite la atención simultánea de varios usuarios y sus familias, redundando en economía de medios y en eficiencia de recursos profesionales, haciendo así más accesible el tratamiento a la sociedad. Por todo ello que empieza a extenderse su implantación en la geografía española y europea durante la última década.

Sin embargo, hasta ahora no existe investigación científica acerca del modelo, sus bases teóricas, resultados clínicos o datos respecto a los cambios introducidos en las dinámicas familiares. Tampoco sobre el grado de satisfacción con la intervención tanto de los usuarios atendidos como de sus familiares.

Los resultados de este estudio podrían aportar información relevante acerca de su eficacia clínica y asimilación por parte de los usuarios y, en función de ello, facilitar su inclusión dentro de más instituciones relacionadas con el abordaje de cualquier problemática humana.

3. Objetivos e hipótesis del estudio

3.1 . Objetivos

1. Desarrollar y fundamentar el modelo de terapia interfamiliar

    1.1 Desarrollar el cuerpo teórico

    1.2 Describir la metodología de aplicación

    1.3 Describir sus aplicaciones prácticas

2. Describir un ejemplo de aplicación práctica en diversos dispositivos sanitarios de la provincia de Alicante.

    2.1. Describir las características de la población atendida en diversos espacios terapéuticos interfamiliares en un medio sanitario público y en otro privado de la provincia de Alicante. Describir las características sociodemográficas de los usuarios atendidos

    2.2. Describir su sintomatología

    2.3. Describir la valoración de su clima familiar

    2.4. Describir los cambios sintomáticos y del clima familiar en los participantes en las sesiones terapéuticas interfamiliares en cortes temporales diferentes.

    2.5. Analizar la valoración de los usuarios del espacio de terapia interfamiliar tras más de un año del inicio del tratamiento interfamiliar.

        2.5.1. Describir valoración subjetiva de la terapia interfamiliar

        2.5.2. Describir valoración del espacio interfamiliar respecto a otros espacios terapéuticos individuales o unifamiliares.

        2.5.3. Describir percepción subjetiva de utilidad de la terapia interfamiliar como recurso terapéutico.

3.2. Hipótesis

1. La Terapia Interfamiliar se apoya en unas bases teóricas reconocibles que la proveen de unas técnicas y metodología concretas.

2. Es posible encontrar unas bases neurobiológicas científicamente apoyadas como sustrato del proceso terapéutico de la terapia interfamiliar.

3. Los usuarios del contexto interfamiliar presentan diversidad de sintomatología psíquica independientemente de ser o no el paciente identificado.

4. Los participantes en la terapia interfamiliar presentan cambios en sus síntomas a lo largo de las sesiones que atienden.

5. Los participantes en la terapia interfamiliar presentan cambios en su clima familiar a lo largo de las sesiones que atienden.

6. Los usuarios de la terapia interfamiliar realizan un buen cumplimiento de las sesiones interfamiliares.

7. Los participantes de la terapia interfamiliar muestran satisfacción con la atención terapéutica recibida.

4. Material y método

4. Material y método

4.1. Diseño del estudio

El estudio consta de una parte cualitativa, en la que se realiza una búsqueda bibliográfica acerca de experiencias terapéuticas multifamiliares así como de modelos de terapia y técnicas diferenciales que subyacen en la intervención del modelo interfamiliar.

Posteriormente se llevó a cabo un estudio longitudinal observacional sobre una muestra de partipantes en sesiones de terapia interfamiliar en distintos dispositivos de salud mental de la provincia de Alicante.

4.2. Descripción de la muestra

La población objeto de estudio son las personas atendidas en espacios de terapia interfamiliar.

El marco muestral fueron los grupos de terapia interfamiliar que se llevan a cabo en el Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante) y del Centre de Teràpia Interfamiliar de Elche (Alicante). Incluye cinco espacios grupales:

- En los servicios de Salud Mental del Hospital Vega Baja (HVB) de Orihuela (Alicante), institución pública perteneciente a la Agencia Valenciana de Salud, se realiza el estudio sobre cuatro espacios grupales interfamiliares:
    - *HVB-1*: Grupo interfamiliar dirigido a familias con niños con trastorno mental severo dentro de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI). Es un grupo con periodicidad quincenal.
    - *HVB-2*: Grupo interfamiliar dirigido a familias con adolescentes con trastorno mental severo dentro de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI). Periodicidad quincenal.
    - *HVB-3:* Grupo interfamiliar abierto a todas las familias atendidas en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI). Periodicidad semanal.
    - *HVB-4*: Grupo interfamiliar dirigido a familias con miembros que han sufrido un primer episodio psicótico recientemente y que se lleva a cabo dentro de la Unidad de Salud Mental de adultos (USM). Periodicidad quincenal. (grupo 4)

- En el Centre de Teràpia Interfamiliar (CTI), centro privado de Elche, se realiza el estudio sobre la población de un grupo de terapia interfamiliar:
    - *CTI-5:* grupo interfamiliar que se realiza dentro del Hospital de Día en Salud Mental. Atiende a familias con adolescentes con trastorno mental grave. Su periodicidad es semanal.

El universo muestral del estudio fue de 188 individuos mayores de 13 años que fueron atendidos al menos en una ocasión dentro de los espacios terapéuticos interfamiliares referidos en el periodo de tiempo comprendido entre febrero de 2013 y junio de 2014.

En una segunda etapa un año después (junio y julio de 2015) se realizó un nuevo muestreo sobre la población de la muestra previa para la realización de una nueva encuesta que fue contestada por 110 individuos.

4.3. Variables estudiadas e instrumentos de medición

4.3.1. Sintomatología

Se pasó el test autoadministrado "Symptom Checklist-90-R" (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) –Anexo 9- en varias ocasiones sobre la muestra estudiada a lo largo del periodo temporal de un año y medio, con una separación de 2 a 4 meses aproximadamente entre cada aplicación. El SCL-90-R es un instrumento de cuantificación sintomática diseñado en la Universidad Johns Hopkins que permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica, como en población normal. El SCL-90-R valora la presencia de 90 síntomas y determina su intensidad en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (4). Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de administración del inventario). Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

Cuenta con 3 niveles de información diferenciados: 3 índices globales, 9 dimensiones sintomáticas primarias de salud mental y 1 nivel de síntomas discretos. Resulta de utilidad para medir el progreso del paciente (antes, durante y después del tratamiento) y como medida de los resultados/efectos del tratamiento a través de nueve dimensiones: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad

interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

La dimensión *somatizaciones* evalúa la presencia de malestar que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios). La de *obsesiones y compulsiones* incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. La dimensión *sensitividad interpersonal* se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. La de *depresión* integra las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas. La dimensión *ansiedad* evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. La dimensión *hostilidad* hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. La dimensión *ansiedad fóbica* alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. La dimensión *ideación paranoide* evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía. La dimensión *psicoticismo* se ha construido con la intención de que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

En relación con los índices globales, el *Índice de Severidad Global (IGS)* es el indicador más sensible del nivel de molestia que sufre el sujeto y combina información sobre el número de síntomas y la intensidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. El SCL-90-R determina otros dos índices globales: el *Total de síntomas positivos (TSP)* y el *Índice de Malestar Sintomático Positivo* (IMSP) que pretenden evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a

minimizar los malestares que lo aquejan. Estos dos índices no han sido valorados en los resultados del presente estudio.

Entre las limitaciones del uso de este cuestionario apuntar que está recomendado su uso como medida de malestar general (Bados y cols, 2005), ya que es altamente cuestionable interpretar las nueve dimensiones del SCL-90-R con fines clínicos.

Validez y confiabilidad del test SCL-90-R

A) *Fiabilidad*: Como apuntan González de Rivera y cols. (2012), los coeficientes de consistencia interna indican que la homogeneidad de los ítems que conforman cada dimensión es muy alta, con elevada correlación entre ellos. Los valores de los coeficientes de fiabilidad como estabilidad temporal están entre 0,78 y 0,90, con un intervalo test-retest de una semana, y muestran una cierta estabilidad de las puntuaciones del SCL-90-R a lo largo del tiempo.

B) *Validez*: Los estudios originales americanos de Derogatis muestran las siguientes observaciones en cuanto a la validez:

1. Sobre la validez de constructo, Derogatis y Cleary (1977) encuentran que la estructura dimensional del SCL-90-R se ajusta bastante bien a las nueve dimensiones postuladas a priori.
2. El SCL-90-R presenta una buena validez convergente dada las altas correlaciones de las dimensiones sintomáticas con las escalas del MMPI (Derogatis, Rickels y Rock, 1976) en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Otros trabajos (Dinning y Evans, 1977) también encuentran correlaciones positivas y significativas con escalas análogas del MMPI, el Inventario de Depresión de Beck o con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).
3. Acerca de la validez de criterio o empírica, Derogatis (1983) señala que “el SCL-90-R ha demostrado ser muy sensible al cambio en una amplia variedad de contextos médicos y clínicos” y se ha utilizado como una medida de “screening” y como medida de cambio de tratamiento.

4.3.2. Clima familiar

Se pasó el test autoadministrado "Escala de evaluación de las relaciones intrafamiliares" (E.R.I) –Anexo 10- en varios ocasiones sobre la muestra estudiada a lo largo de un año y medio, con una separación de dos a tres meses aproximadamente entre cada aplicación. Se trata de una prueba psicométrica que mide tres dimensiones diferentes de las Relaciones Intrafamiliares: Expresión, Dificultades (conflicto) y Unión y Apoyo. Las relaciones intrafamiliares son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Este término está cercanamente asociado al de "ambiente familiar" y al de "recursos familiares". La dimensión de "*Unión y apoyo*" mide la tendencia de la familia a realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, la dimensión de "*Dificultades*" se refiere a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de "conflicto" dentro de una familia. Finalmente, la dimensión de "*Expresión*" mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto (Rivera y Andrade, 2010).

La escala ERI es autoaplicable y ha sido validado para adolescentes (estudiantes de secundaria) y adultos. Tiene cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo. En nuestro estudio se aplicó la versión breve que consta de 12 reactivos. Los puntajes que obtienen las personas que responden la escala de Evaluación de las Relacionas Intrafamiliares en sus tres dimensiones proporcionan información sobre cómo es la interacción familiar respecto a la expresión de emociones, a la unión y apoyo, y a la percepción de dificultades o conflictos.

Validez y confiabilidad del test ERI (Rivera y Andrade, 2010).

Validez estadística: mediante el análisis factorial realizado cuando se elaboró este instrumento. Participaron 671 estudiantes de nivel medio superior de instituciones del sector público de la ciudad de México.

Validez Clínica: al comparar el ambiente familiar y encontrar diferencias estadísticamente significativas en diversas investigaciones.

Validez concurrente: se han realizado análisis de correlación entre los puntajes de diferentes dimensiones del E.R.I. con otras escalas de ambiente emocional o de apoyo familiar que evalúan dimensiones semejantes (Almanza, 2007; Delgadillo, 2008).

4.3.3. Valoración de la experiencia terapéutica interfamiliar

Al cabo de más de un año de la administración de los test ERI y SCL-90-R se procedió a entrevistar a los sujetos de la muestra sobre la experiencia terapéutica interfamiliar llevada a cabo. Se realizaron con este fin entrevistas en directo o telefónicas con los sujetos, en las que se les invitaba a responder una encuesta protocolizada (Anexo 11) en la que se valoraban aspectos acerca de su evolución clínica en el último año (seguimiento de tratamiento en salud mental, tratamiento farmacológico, necesidad de atención en servicios de urgencia), su seguimiento en terapia interfamiliar y la valoración subjetiva de la experiencia de terapia interfamiliar, comparándola asimismo con otras experiencias terapéuticas individuales o unifamiliares que pudiera haber realizado.

4.4. Análisis estadístico

Para el cálculo de los estadísticos descriptivos se utilizaron los datos crudos. Los estadísticos descriptivos se expresaron como media (M) y desviación típica (DT) en el caso de las variables continuas; y como número de casos (n) y porcentaje (%) para las variables categóricas. Para comprobar la normalidad de las variables continuas se utilizó el test de Kolmogorov-Smirnov. Todas las variables continuas mostraron una distribución no normal por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para sus análisis. En primer lugar, para determinar diferencias entre estratos con variables continuas se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney o de Kruskal-Wallis. Posteriormente, al tratarse de datos apareados, para comprobar si existían diferencias significativas en las variables de estudio entre la 1ª y 2ª evaluación o entre la 1ª, 2ª y 3ª evaluación, se utilizaron las pruebas de rangos de *Wilcoxon*

o el análisis de varianza por rangos de *Friedman*, respectivamente, para las variables continuas. En el caso de las variables categóricas se utilizó la prueba de *McNemar* para comprobar diferencias entre la 1ª y 2ª evaluación o la prueba Q de *Cochran* para explorar diferencias entre la 1ª, 2ª y 3ª evaluación. Todas las pruebas fueron de 2 colas y el nivel de significación estadística se fijó en 0,05. Para la realización del análisis estadístico se utilizó el software *IBM SPSS Statistics*® (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 19.

5. Resultados

"Las crónicas de Arturo relatan como éste con la ayuda de un carpintero de Cornualles inventó la maravilla de la corte: una tabla redonda en la cual sus caballeros nunca se pelearían.

Decía el carpintero a Arturo: "Os haré una excelente mesa en la que podrán sentarse mil seiscientos y nadie será excluido, ningún caballero podrá alzarse en combate porque el que ocupa el lugar de mayor rango estará al mismo nivel que el de menor"

Marcel Mauss, "El Don"

5.1. Descripción y análisis del modelo de Terapia Interfamiliar

Introducción

Terapia interfamiliar (TIF) es la denominación que damos a un modelo de intervención inspirado en la terapia grupal multifamiliar originaria de Laqueur (1976) y en el psicoanálisis multifamiliar de García Badaracco (2000), pero que adapta los aportes de otras visiones en terapia, fundamentalmente los basados en el construccionismo social.

La terapia interfamiliar, tal y como su nombre indica, enfatiza la "interacción" entre familias por sobre la centralidad del terapeuta o cualquier otro aspecto de la intervención y abandona la hegemonía de unas escuelas de terapia sobre otras ya que no se adscribe a un modelo en concreto, si bien se nutre del aporte de todos ellos (Sempere y Fuenzalida, 2013). Interacción e integración redundan en la construcción conjunta e interactiva de nuevas narrativas entre los integrantes del grupo dentro de un encuadre abierto y espontáneo en el que los terapeutas o conductores se sitúan en un plano horizontal respecto al resto de participantes y donde se eliminan las etiquetas diagnósticas de los participantes.

La terapia interfamiliar favorece la interacción comunicativa analógica y verbal entre los participantes –profesionales y no profesionales de la salud mental-, creando una compleja matriz grupal transgeneracional, multicultural y multidisciplinaria en la cual se teje un multiverso[23] en varios planos: individual, intrafamiliar, interfamiliar y social.

Los aspectos biológicos, cognitivos, intrapsíquicos, psicodinámicos, vinculares y sistémicos –entre otros- son tenidos en cuenta en el mismo grado, entendiendo así que no hay verdades absolutas y que estamos sometidos a múltiples determinantes culturales y sociológicos que se reflejan en el arco iris multifamiliar.

[23] "**Multi-verso**" es el nombre propuesto por Maturana (1995) como sustituto de "universo" para llamar a la realidad. Hace así hincapié en la diferencia de la realidad única (universo) por la de cómo se manifiesta la realidad según sus muchos aspectos (multiverso)

.

En el análisis y descripción del modelo interfamiliar, así como en su aplicación práctica, no utilizamos tecnicismos ni metáforas complejas, sino un lenguaje sencillo, directo y común, comprensible tanto para los terapeutas como para las personas de la calle, las cuales consideramos representan el mejor equipo de co-terapeutas posible. Los conductores de grupos interfamiliares progresamos hacia posiciones de horizontalidad entre la diversidad de profesionales y el resto de participantes, limitándonos a coordinar y catalizar un proceso comunicacional en el que los verdaderos expertos son el conjunto de participantes del proceso grupal.

Cómo surge el modelo interfamiliar: el foro de Elche

La constitución a mediados de 2005 en Elche[24] del Centre de Teràpia Interfamiliar (CTI), un centro privado para la atención clínica a personas de todas las franjas de edad y cualquier problemática psicológico-emocional, supuso la aparición de un espacio de intervención clínica y de discusión y formación en psicoterapia.

Este "foro" se nutrió de profesionales de diversas disciplinas (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores...) interesados por consensuar y promover modos de intervención en contextos clínicos, sociales y educativos que resultara sencillo en su técnica y puesta en marcha, replicable en todos los contextos, accesible a todo tipo de personas y económico para las instituciones. Se buscaba un modelo que fuera más allá de los establecidos tradicionalmente por el modelo biomédico y profesional-centrista imperante y que aunara el trato respetuoso al paciente/usuario/alumno con la efectividad y eficiencia terapéutica y educativa (Sempere y col, 2012a). Entre los requisitos específicos que se buscaban destacamos:

- Que profesionales de diferente especialización y jerarquía pudieran capacitarse como conductores en el proceso: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, enfermeras, médicos, profesores, pedagogos, terapeutas ocupacionales...
- Que profesionales de la salud mental con diferente orientación en su formación como terapeutas pudieran participar conjuntamente del modelo:

[24] Elx/Elche: capital de la Comarca del Baix Vinalopó, de unos 288.000 habitantes, situada en el Sureste de España, en la Comunidad Autónoma Valenciana.

sistémicos, psicoanalistas, cognitivo-conductuales, biologicistas, gestálticos, humanistas...

- Que pudiera aplicarse en todos los posibles contextos de intervención sobre problemáticas humanas: sanitarios generales, salud mental, servicios sociales, educación, asociaciones diversas...
- Que cumpliera requisitos de eficiencia y economía de medios.

Desde el foro se propusieron modelos basados en la terapia grupal y en la terapia familiar como bases de la intervención, por su capacidad para integrar aspectos más amplios de actuación y acercarnos a una visión que tuviera en cuenta el entorno inmediato y social del individuo. La integración de ambos aspectos –grupal y familiar- desembocó en que acabara encontrándose en el Psicoanálisis Multifamiliar descrito por Jorge García Badaracco la primera y principal fuente de inspiración. Posteriormente se incorporarían nuevos aportes de otros modelos de terapia multifamiliar y construccionistas hasta configurarse la TIF. El primer fruto de esta experiencia fue la organización en el Área pública de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela[25] de varios grupos de terapia multifamiliar que pasaron a vertebrar la atención de niños y adolescentes con trastornos psicológicos y emocionales de toda la comarca de la Vega Baja (Sempere y col, 2011, 2012a, 2012c).

Posteriormente, en el año 2007 se creó la Asociación Salut Mental (ASM), con sede compartida con CTI en Elche y constituida tanto por profesionales relacionados con la salud mental como por pacientes y sus familiares, con el fin de difundir y mejorar la atención en salud mental en nuestro entorno a través de acciones sociales que garantizaran el acceso gratuito de los pacientes y familias a recursos terapéuticos. Una de sus primeras actividades fue la puesta en marcha de un grupo de terapia interfamiliar semanal abierto a toda la sociedad que ha servido de laboratorio de formación para los profesionales.

En menos de diez años (desde 2005 hasta la actualidad) han sido múltiples las actividades terapéuticas multifamiliares que se han llevado a cabo no sólo en CTI, en la ASM y en el Área de Salud Mental de Orihuela sino también a lo ancho y largo de la geografía española y de otros países europeos bajo la conducción o supervisión por parte de profesionales relacionados con el foro de Elche.

[25] Orihuela: capital de la Comarca de la Vega Baja, de alrededor de 371.000 habitantes (padrón del 2014), situada al sur de Elche y también dentro de la Región de Valencia.

Algunas voces del foro de Elche, reivindicando el carácter social y la horizontalidad del encuadre, proponen otras denominaciones para el modelo tales como "*espacio de terapia social*", "*terapia entre familias*" o "*la terapia entre todos*", siendo quizás este último, el que de forma honesta y sencilla mejor podría sintetizar nuestra propuesta terapéutica.

5.1.1. Descripción del cuerpo teórico.

5.1.1.1. Bases teóricas

El grupo interfamiliar, en cuanto a espacio multifamiliar, reúne al resto de contextos terapéuticos posibles, integrando la intervención terapéutica sobre varios planos en un gradiente de complejidad: 1) sobre cada individuo participante, 2) sobre la dinámica de cada familia, 3) sobre la dinámica grupal subyacente y 4) sobre el marco social representado por la globalidad del contexto multifamiliar (Figura 2).

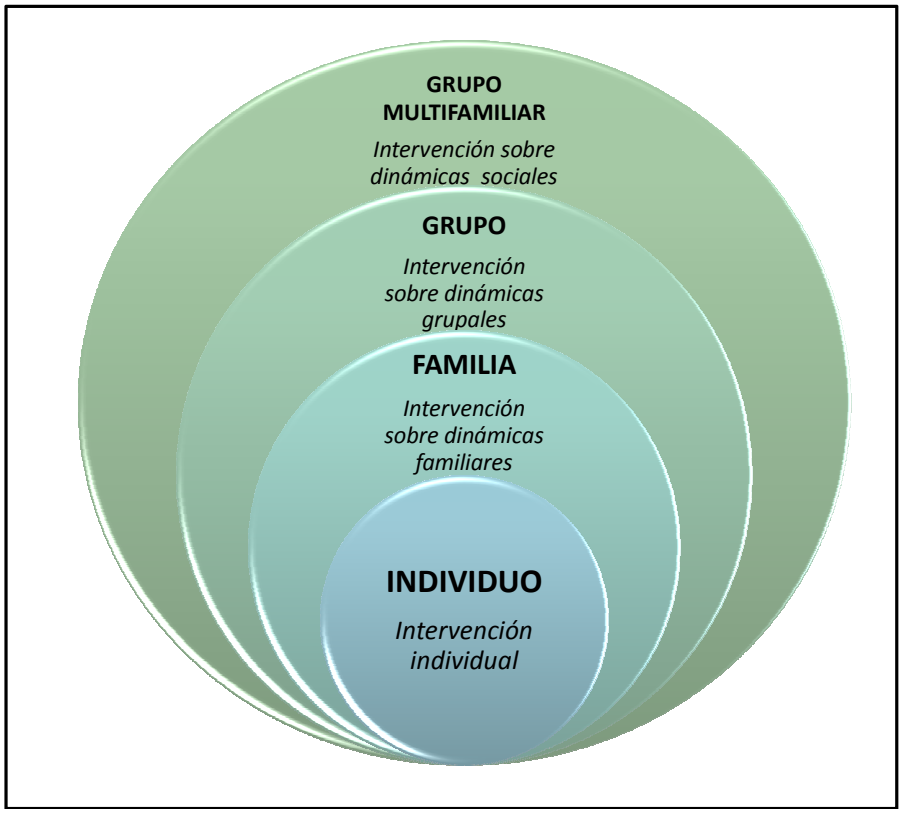


Figura 2. Integración de la intervención terapéutica en los contextos terapéuticos superpuestos en el grupo multifamiliar.

Esta superposición de contextos favorece que todos los colectivos referentes a cada uno de los participantes tengan la oportunidad de estar representados. Esto significa que cada miembro del grupo interfamiliar puede ser acompañado por sus familiares, amigos, representantes de su ámbito laboral o académico, agentes de servicios sociales u otros clínicos con los que guarden relación, estando todos ellos invitados a colaborar en la actividad terapéutica propuesta (Figura 3)

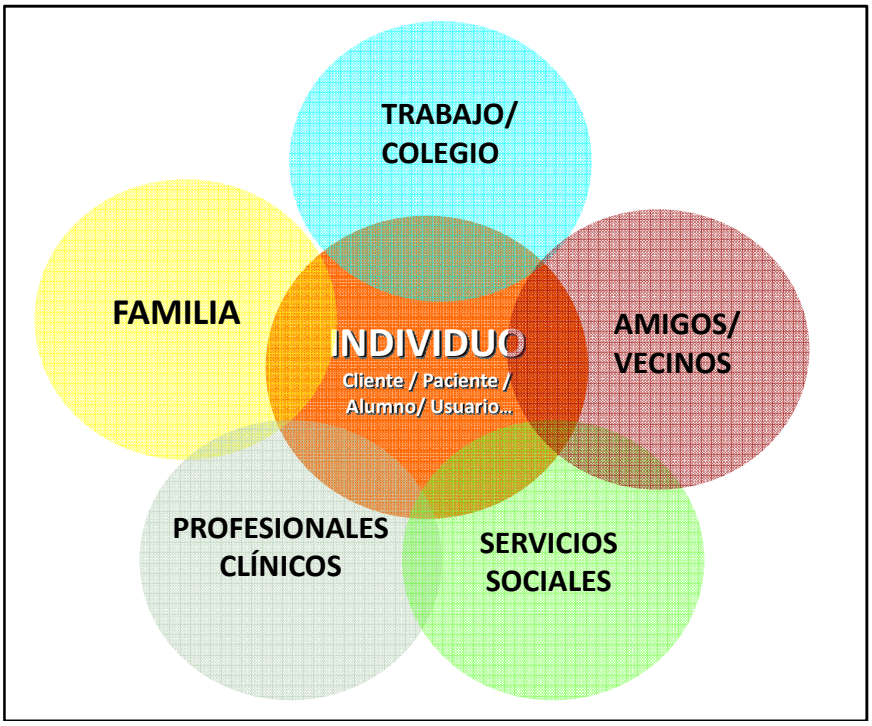


Figura 3. El individuo en el grupo y sus colectivos referentes invitados a co-participar en las sesiones interfamiliares.

Para entender la complejidad de la terapia interfamiliar, describiremos las intervenciones que se dan en contextos menos globalizadores y cómo estos pueden ser integrados en el contexto amplio del grupo interfamiliar:

1. En la *terapia individual* el paciente y el terapeuta están solos y todo lo demás -la familia y la sociedad- quedan fuera. Se trata de un proceso terapéutico que cuenta con el beneficio de la intimidad y exclusividad con la persona que consulta, pero

que a menudo resulta insuficiente y artificial puesto que el terapeuta depende únicamente de sus limitados recursos profesionales y de lo que el paciente le transmite sobre su experiencia (Figura 4).

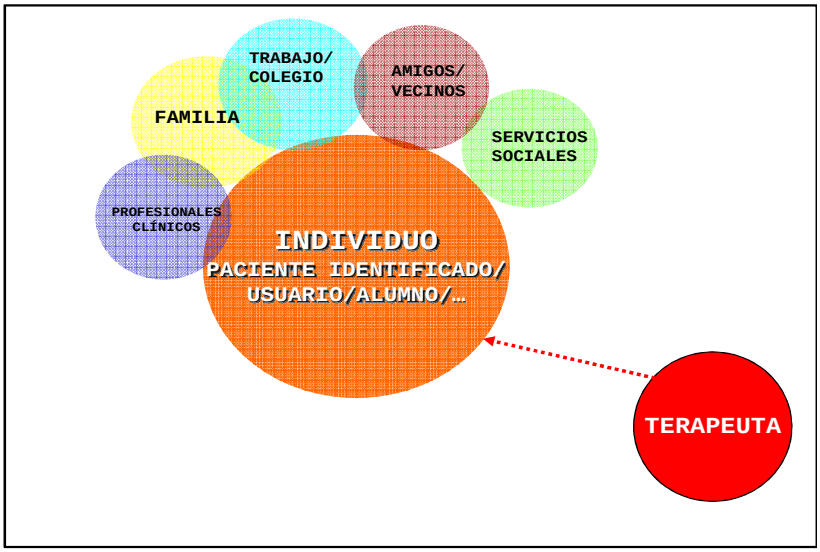


Figura 4. Focos de intervención en la terapia individual

2. En la *terapia de familia* (Figura 5) el paciente, el terapeuta y la familia del paciente están juntos y existe la posibilidad de construir una comprensión mutua con la familia, pero la relación con la sociedad queda aún en lo desconocido porque la sociedad queda fuera.

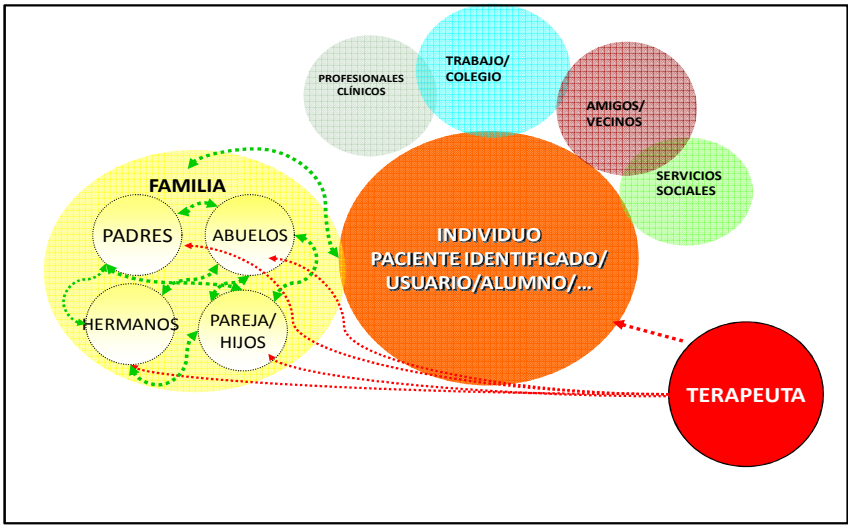


Figura 5. Focos de intervención en la terapia familiar.

3. En la *terapia grupal* habitual contamos con otros pacientes además del terapeuta, lo que deriva en una mejor comprensión mutua, pero sus familias y la sociedad siguen quedando fuera del contexto de intervención (Figura 6)

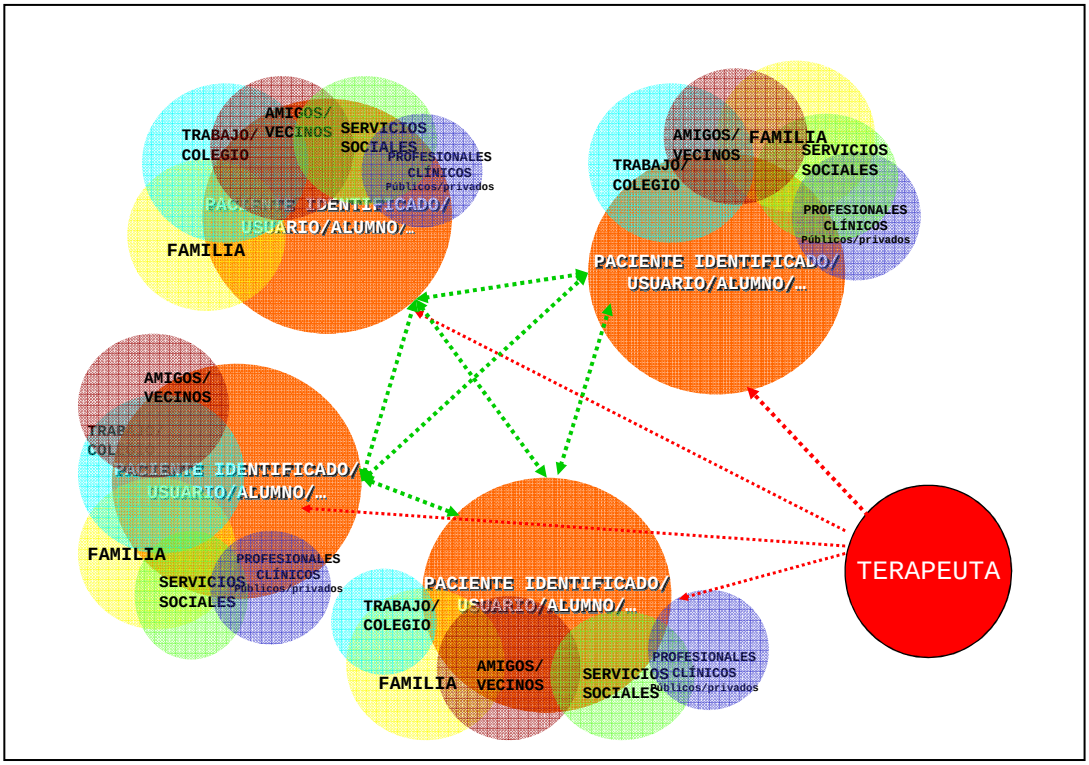


Figura 6. Focos de intervención en la terapia grupal

4. En la *terapia grupal multifamiliar* tenemos los cuatro factores juntos: el paciente y su familia, el terapeuta, otras familias y, a través de esas otras familias, la sociedad externa está también representada. Además todos los agentes sociales/profesionales relacionados con los miembros del grupo son invitados a participar. La comprensión y adquisición de *insights* que es aportada por la combinación de todos estos medios nos aporta el mayor rango posible para las acciones terapéuticas además de la mayor probabilidad de controlar los efectos adversos de cada medio (Figura 7).

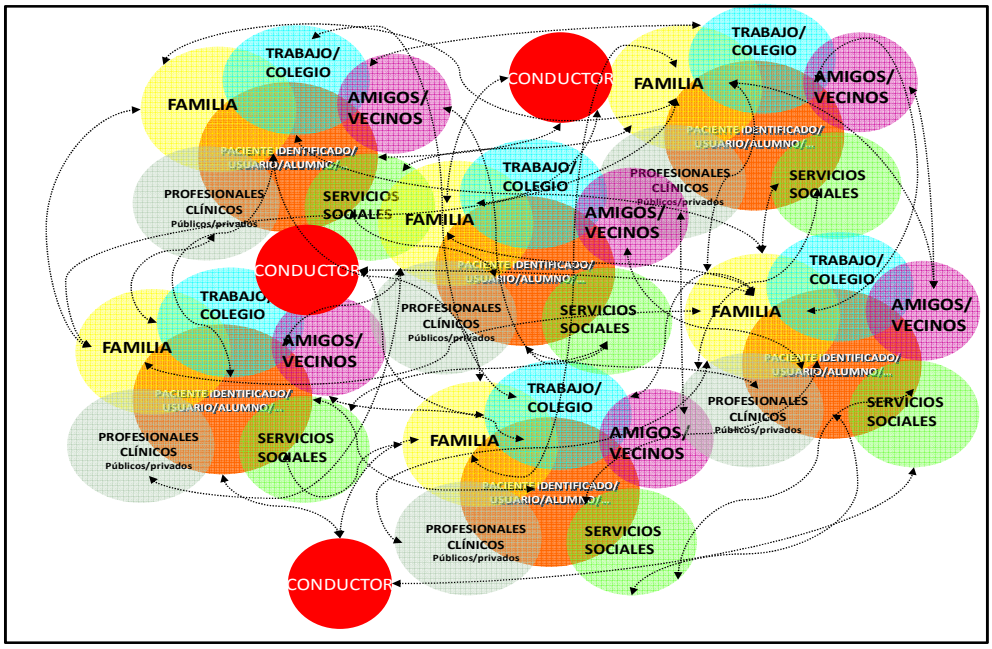


Figura 7. Focos de intervención en la terapia multifamiliar

Si sobre el grupo multifamiliar situamos una lupa y vemos las interacciones terapéuticas que se producen a nivel de sólo dos de sus participantes podríamos ver de forma más clara las posibilidades de secuencias de interacción entre estos y el contexto (Figura 8)

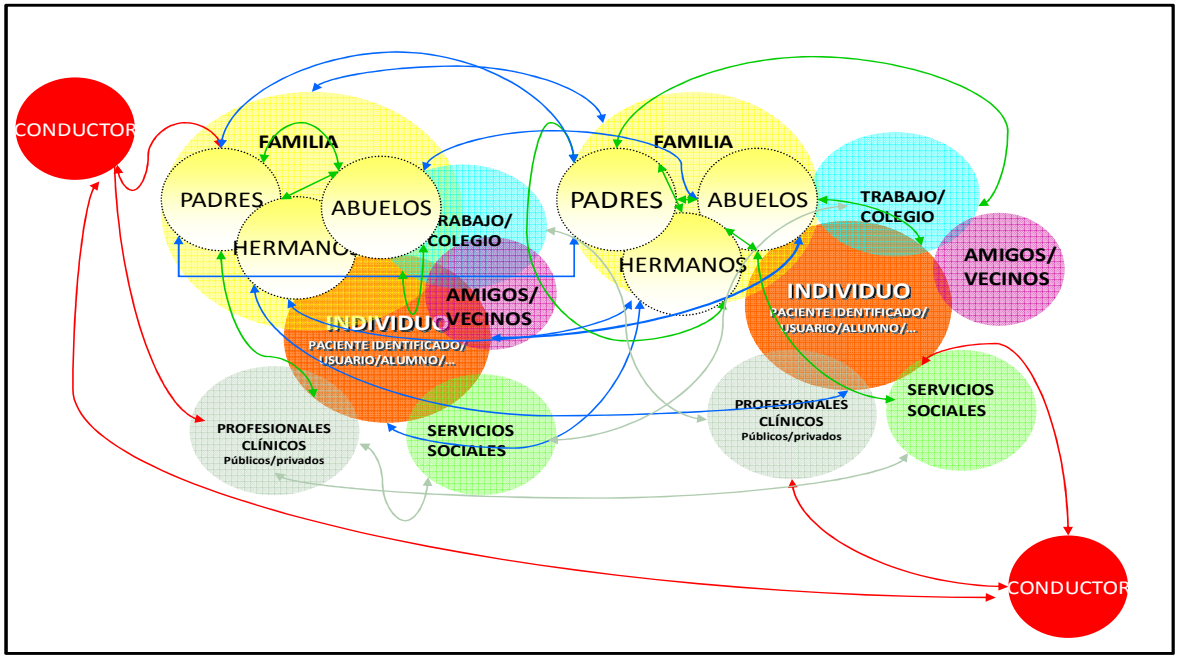


Figura 8. Ampliación de posibles secuencias de intervención en torno a dos miembros del grupo multifamiliar.

5.1.1.2. Principios fundamentales de la TIF

La TIF se reconoce en seis características fundamentales 1) la *teoría del apego* y el correlato neurobiológico que explica las transformaciones que el proceso terapéutico interfamiliar genera en el sistema nervioso central; 2) la *visión construccionista* como punto de partida y comprensión de la realidad y las funciones del equipo reflexivo y diálogo abierto; 3) el énfasis en los aspectos específicos de la *terapia grupal* interactiva, sobre todo en los modelos de terapia grupal interpersonal, grupoanálisis y grupos grandes; 4) el proceso de *terapia familiar* que implica el manejo de la teoría general de sistemas y la teoría de la comunicación humana; 5) la inclusión de los elementos contextuales *sociales* a través de las demás familias integrantes del grupo que aportan un aprendizaje social y la creación de una red social y 6) la *integración* en el marco interfamiliar de las diversas teorías terapéuticas, la diversidad de profesionales intervinientes y los diferentes planos del ser humano sobre los que se actúa (figura 9 y figura 10)

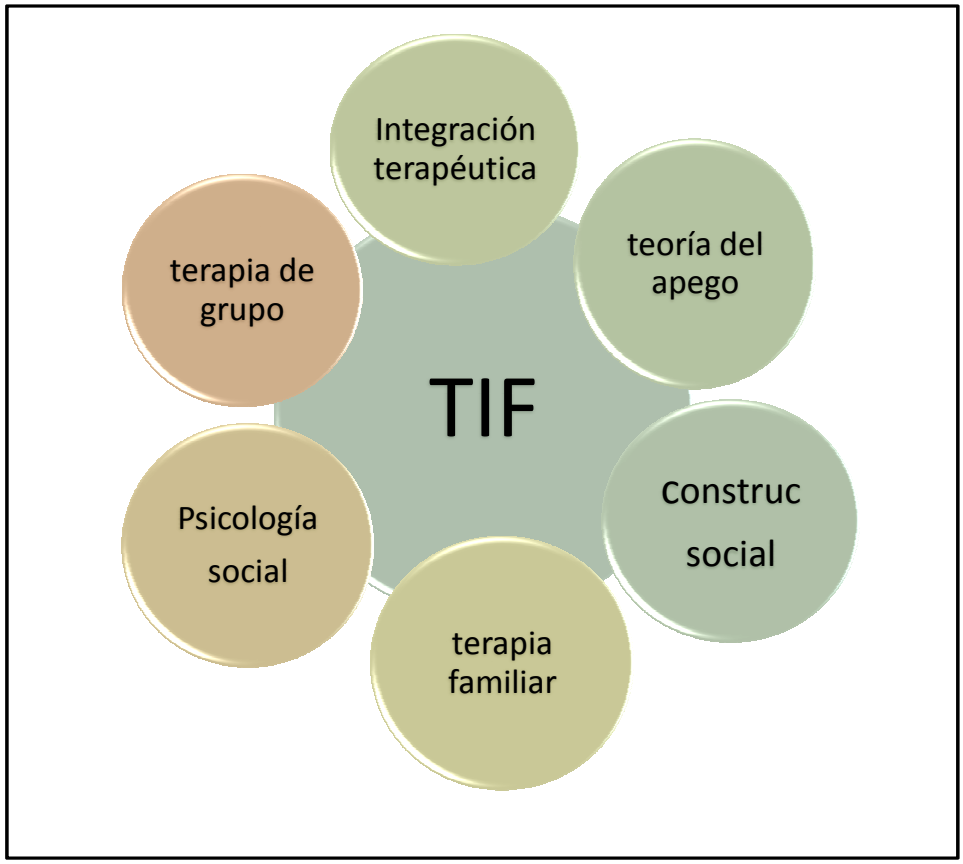


Figura 9. Pilares teóricos de la TIF

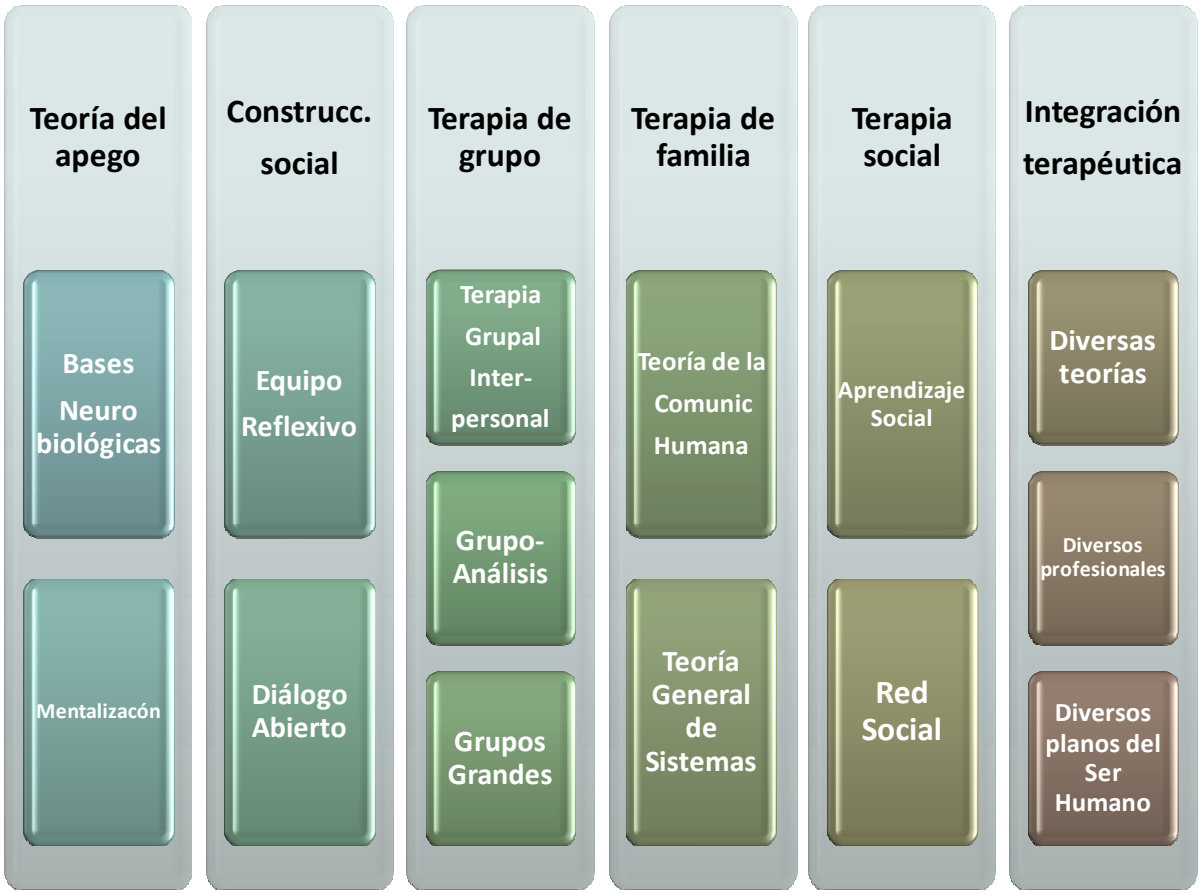


Figura 10. Componentes básicos de la TIF desglosados

5.1.1.2.1. *TIF y teoría del apego*

"El apego define al ser humano desde la cuna hasta la tumba"

John Bowlby

La teoría del apego (Bowlby, 1988) forma parte del nuevo desarrollo de modelos relacionales de la teoría psicodinámica y representa una revolución conceptual que intenta sintetizar las mejores ideas del psicoanálisis, las ciencias cognitivas y la neurobiología, ofreciendo un nuevo marco en el que entender la clínica y los fenómenos del desarrollo (Cortina y Marrone, 2003).

Bowlby (1977) definió la teoría del apego como una forma de entender la tendencia de los seres humanos a establecer fuertes vínculos emocionales con determinadas personas y para explicar las múltiples formas de malestar emocional y de trastornos de personalidad que resultan de la pérdida y de la separación involuntaria. La teoría del apego se formuló con el objeto de explicar las observaciones clínicas de acuerdo a un paradigma teórico apropiado así como con el fin de lograr una mayor coherencia y precisión en el momento de establecer relaciones entre las observaciones realizadas en el ámbito clínico y empírico (Marrone, 2014a).

Marrone (2014a y 2014b) explora los aspectos fundamentales de la teoría del apego como integradora de la globalidad de los aspectos del psiquismo humano, resaltando lo siguientes puntos:

- Es una *teoría intersubjetiva*, inscrita dentro de una teoría general de la intersubjetividad, pues aborda la naturaleza interpersonal del desarrollo humano y de los mecanismos por los cuales tomamos sentido de nosotros mismos a partir de la relación con los demás.
- Es una *psicología multi-personal*: las relaciones de apego no existen aisladamente, sino dentro del contexto más amplio de las dinámicas familiares y de grupo.
- Es una *teoría sistémica:* pues se inserta dentro de una concepción sistémica de la familia, de los grupos, de la sociedad, de las funciones psicosomáticas y neurobiológicas, siendo los procesos psíquicos conceptualizados a través de la teoría del procesamiento de la información (modelo cibernético).
- Es una *teoría de los procesos de desarrollo normal y de la psicopatología.* La idea fundamental es que la calidad de las interacciones tempranas entre la persona -a lo largo de su infancia y adolescencia- y las figuras de apego afecta al desarrollo significativamente, ya sea positiva o negativamente. Marrone (2014b) señala que algunos individuos pueden mostrar *resiliencia*[26] a condiciones adversas merced a haber tenido un sólido y satisfactorio entorno en su vida más temprana y/o tener figuras de apego secundarias que aportaron algo de apoyo y estabilidad.
- Contribuye a la comprensión de la *motivación*, siendo el *apego* el sistema motivacional básico y primario cuya función es de índole biológica y está destinada a la autopreservación.

[26] Resiliencia: Término popularizado por el psiquiatra francés Boris Cyrulnik a través de su obra "Los patitos feos" (2009) para expresar la capacidad de los seres vivos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas (Forés y Grané, 2008).

- Es una *teoría de la empatía y de la receptividad emocional como organizadores psíquicos.* La teoría del apego sostiene que la empatía y receptividad emocional de las personas significativas de nuestra vida contribuyen al desarrollo de un sentido de seguridad y de estabilidad interior desde la infancia en adelante, de forma similar a lo postulado por la psicología del self de Kohut. En la infancia y adolescencia, una de las principales características de la receptividad emocional es la capacidad de los padres para ver al niño como un ser humano separado, con sus propias necesidades diferentes a las de los demás.
- Es una *teoría de la representación de la experiencia dentro de los diferentes sistemas de memoria*. Los patrones padre-hijo se transforman en estructuras internas (modelos operativos internos) con funciones organizacionales sobre la vida psicológica, psicosomática y psicosocial del individuo.
- Es una *teoría de la ansiedad*, siendo la ansiedad la respuesta a la separación inesperada o la pérdida de una figura de apego.
- Es una *teoría de los afectos y de las emociones.* La capacidad de regulación emocional o afectiva emerge en el contexto de las relaciones de apego tempranas, desarrollándose fundamentalmente sobre la base de haber sido recipientes de la función regulatoria de nuestras figuras de apego. Las emociones más fuertes y significativas están ligadas a eventos relevantes al apego, tanto de formación y renovación como de disolución de relaciones de apego, así como al sentirse sensible o insensiblemente comprendido y correspondido.
- Es una *teoría de las defensas*. Propone que las defensas inconscientes contra la ansiedad y los afectos dolorosos están enraizadas en eventos interpersonales y que los mecanismos de defensa influencian las modalidades de la relación interpersonal. Además, los mecanismos de defensa modelan el carácter de la persona y la distancia con los demás.
- Es una *teoría del self.* La capacidad de una persona para verse a sí misma como un individuo separado, con una autoestima óptima y realista, capaz de mantener un estado de autorregulación o cohesión relativa está normalmente basada en una historia de apego seguro.

- Es una *teoría de la transmisión intergeneracional de los patrones de afinidad y de los trastornos de apego.* Existe sostén empírico para afirmar que existe una transmisión intergeneracional de los patrones de apego y de los trastornos psíquicos.
- Combina la *observación clínica* y la *investigación.* Pues permite relacionar los descubrimientos realizados a partir de la observación clínica con los datos obtenidos en la investigación empírica, siendo en la actualidad uno de los focos de investigación neurocientífica más apasionantes.

Las técnicas avanzadas de investigación han establecido que la teoría del apego ayuda a explicar no sólo como opera el cerebro sino también como responde a intervenciones psicológicas. Por tanto, el apego no sólo es solo un concepto abstracto, sino también un complejo proceso fisiológico bajo el que subyace un comportamiento instintivo primario que incluye la supervivencia del niño. El sistema de apego tiene tres funciones primarias: 1) regulación de la proximidad del cuidador en momentos de estrés; 2) provisión de confort y seguridad y 3) desarrollo de una base segura que haga posible la exploración. Evidencias más recientes hablan de una cuarta función según la cual en el cerebro seguro prima la capacidad para la *mentalización*, un proceso absolutamente necesario que promueve al individuo a la convivencia cooperativa y colaboradora con los otros, una tarea para la cual el cerebro está evolutivamente diseñado (Fonagy y cols, 2002).

Los mecanismos por los que estamos vinculados a otros tienen una base biológica que es cada vez más discernible en la estructura básica del cerebro (Cozolino, 2006; Siegel, 1999), teniendo estos vínculos grandes implicaciones para una óptima salud, funcionamiento social e incluso para la supervivencia (Lewis y cols, 2000; Mikulincer y Shaver, 2007a; Ratey, 2002).

Las contribuciones de la teoría del apego han sido poco utilizadas en la literatura de grupo (Flores, 2004; Mikulincer y Shaver, 2007b) a pesar de que los últimos hallazgos tienen importantes implicaciones para la terapia grupal. Estos recientes descubrimientos sugieren que (Flores, 2013):

1. El apego no puede ser reducido a una energía secundaria (Diamond y Marrone, 2003)
2. El sistema nervioso central de todos los mamíferos sociales es un circuito abierto al feedback que requiere estabilización (Lewis y cols, 2000) y una continua regulación

externa a través de relaciones con "figuras de apego" (Schore, 2003). Un apego seguro crea homeostasis neurofisiológica estable y su carencia produce disrupciones en los sistemas neurofisiológicos. Es decir, vínculos de apego fuertes inexorablemente crean fenómenos de desarrollo incluyendo la maduración fisiológica y neurobiológica del cerebro (Cozolino, 2002; Siegel, 1999), la capacidad de regulación afectiva (Fonagy y cols, 2002) y la internalización de representaciones del sí mismo que organizan e influencian el comportamiento de la persona en relación con los otros (Diamond y Marrone, 2003), así como la autoestima y la capacidad cognitiva de evaluación (Milkulincer y Shaver, 2007a) y la autoimagen (Lewis, 2000). Todo ello significa que los seres humanos regulan la fisiología de los otros y modifican las estructuras internas de los sistemas nerviosos de los demás a través del intercambio sincrónico de emociones. La naturaleza del impacto de esta regulación interactiva de la relación es la base del apego y su memoria registrada se graba en el cambio que tiene lugar.

3. Este requerimiento de regulación y estabilización externa es una necesidad biológica y no específica de la edad o periodo vital (Bowlby, 1980; Siegel, 1999).

4. El establecimiento de apego y una base segura en terapia predice resultados exitosos del tratamiento (Norcross, 2002; Safran y Muran, 2000). Las investigaciones de Schore (2003) y Siegel (1999) muestran que las alteraciones en las interacciones interpersonales son registradas como cambios simultáneos en la neurofisiología y en los estados emocionales de la persona, mientras que Tronick y Gianino (1986) proponen que toda la psicopatología se manifiesta interpersonalmente y resulta de repetidos esfuerzos fallidos de reparar los fallos en la sintonía entre las personas -fallos en la empatía-. Desde este punto de vista, una terapia exitosa sería aquella que proveyera nuevas experiencias de apego que desafíen la validez de los modelos aprendidos tempranamente, ofreciendo una nueva oportunidad para el desarrollo personal. Es primordial por ello que los conductores grupales e interfamiliares reconozcan el poder de los vínculos de apego a la hora de establecer la alianza terapéutica con los miembros del grupo y en la forma en que promueven las interacciones entre los participantes. No deben olvidar que las interacciones en el grupo no son solo conductas que se muestran al público sino también patrones neurobiológicos subyacentes. Por ello, una de las ventajas primordiales de la terapia de grupo en general, y de la TIF en particular, es que no sólo provee un función de

organización neurobiológica, sino que también ofrece oportunidades para entender y corregir patrones disfunciones interpersonales (Buchele, 1995; Gans y Alonso, 1998; Ormont, 2001; Rutan y Stone, 2001; Yalom y Leszcz, 2005).

***Mentalización, narrativas y función auto-reflexiva**:*

Fonagy y su equipo (citado en Marrone 2014b) establecieron la relación entre los procesos de apego y el desarrollo de la capacidad de imaginar los estados mentales de uno mismo y de los otros, capacidad que denominaron *mentalización*. Los individuos con apego seguro tienen la ventaja de desarrollar esta habilidad que comprende tanto la *función auto-reflexiva* -habilidad para pensar sobre uno mismo en relación con el otro y que es necesaria para la empatía y el altruismo recíproco (Fonagy y cols, 1994)- como el componente *interpersonal* que provee la capacidad para tener una comprensión experiencial de los sentimientos y estados mentales de uno mismo y de los otros. La mentalización no es solo un proceso cognitivo sino que se extiende más allá de la comprensión intelectual y representa la habilidad para vincular lo "pensado" y lo "sentido" (Fonagy y cols, 2002).

Marrone (2014b) prefiere denominar *función reflexiva*[27] a la capacidad de mentalización, refiriendo que es determinante para la organización del self y que se adquiere en el contexto de las experiencias tempranas de apego. Sugiere además que la función reflexiva emerge del co-pensar, es decir, la capacidad para pensar juntos, a lo que también denomina *diálogo reflexivo* (Diamond Marrone, 2003).

La teoría del apego ha mostrado una conexión entre los estados de apego en la infancia y los *estilos narrativos* del adulto, lo cual nos da una idea de la importancia de los procesos vinculares en la construcción de la personalidad del adulto y de cómo intervenir terapéuticamente a partir las bases del apego.

Las implicaciones de estos fenómenos para la TIF son notables, ya que el espacio grupal interfamiliar –en el que es posible reunir las figuras de apego más representativas de los participantes- es un marco terapéutico privilegiado para la revisión y abordaje de los diferentes procesos de apego. El conductor grupal puede estimular el co-pensar –y el co-sentir- entre los miembros de los núcleos familiares presentes con la ayuda de las otras

[27] Diamond y Marrone (2003) proponen utilizar el término de *función reflexiva* y no el de mentalización porque este último implica una separación entre cuerpo y mente que no se corresponde con la conceptualización actual de los procesos neurofisiológicos implicados en el apego.

familias participantes, promoviendo así un diálogo reflexivo que permita el análisis vincular y posibilite retomar procesos mentales bloqueados en el seno de un clima grupal de seguridad y confianza.

5.1.1.2.2. *TIF y construccionismo social*

"Enseñar no es transferir conocimiento,
sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción".
Paulo Freire

Introducción

El construccionismo social no hace referencia a un modelo concreto de terapia sino a una *actitud* ante la terapia que conlleva un cambio revolucionario en la posición del terapeuta dentro del proceso terapéutico y que se engloba en lo se ha dado en llamar "*psicología postmoderna"*. En contraposición con las escuelas psicológicas "modernas", que aspiran a conocer el mundo y el individuo de forma "real y objetiva", los construccionistas cuestionan cualquier dogma, creencia o verdad absoluta bajo el supuesto de que todo conocimiento es "relativo´" y evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del «mundo común y corriente», siendo la cultura el marco organizador para entender a la persona y a la familia (Hoffman, cit. en McNamee y Gergen, 1996).

La mirada construccionista y social aparece en la década de 1970, como una evolución del constructivismo[28] y asociada al psicólogo norteamericano Kenneth Gergen y su obra "Social Psychology as History" (1973). Gergen aportó una mirada revolucionaria sobre el

[28] **Constructivismo**: Perspectiva psicológica que considera a los seres humanos como constructores activos de su realidad por medio del significado y del sentido, en vez de receptores pasivos de experiencias y aprendizajes. Entiende que el conocimiento, cualquiera que sea el dominio disciplinario, no se transmite, ni es objeto de información, sino que es objeto de elaboración mental, es decir, construcción del pensamiento humano. Esta perspectiva constructivista desde lo social es considerada construccionista en cuanto que la construcción del conocimiento no es sólo a nivel intrapsíquico de un sujeto, sino interpsíquico, a nivel colectivo (Rodríguez, 2008). En el origen del constructivismo aparecen autores como Jean Piaget y Fredric Bartlett, aunque la primera persona en desarrollar una teoría psicoterapéutica en base a esta idea fue George Kelly (1991), quien esbozó los métodos diagnósticos, terapéuticos y de investigación dirigidos a los sistemas de constructos personales únicos a los que el individuo apela estructurar y anticipar los temas de su vida. Según Kelly cada individuo posee un sistema de constructos personales que le proporciona un mapa idiosincrásico del mundo y el lugar que ocupa dentro de él. El objetivo de la evaluación constructivista consiste en hallar el significado que hay detrás de las palabras -entre líneas- de las historias que los clientes se cuentan a sí mismos y a los terapeutas sobre lo que les lleva a solicitar terapia.

proceso terapéutico cuyo referente es la *terapia basada en la narrativas (*McNamee y Gergen, 1996).

El construccionismo entronca con la cibernética de segundo orden[29] y considera que el conocimiento es de una naturaleza intersubjetiva y consensual, puesto que entiende que es la sociedad quien construye la lente a través de la cual sus miembros interpretan el mundo y que el conocimiento se origina en la interacción social con los otros, siendo las realidades que habitamos aquellas que negociamos con otros a través del lenguaje (Freedman, 1996). Esto significa que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, de forma que el individuo sólo puede desarrollar un sentimiento de identidad a través de la permanente conversación con los otros.

El lenguaje, desde esta perspectiva, no es sólo una forma de *representar* la realidad, sino también de *crearla.* Los construccionistas se interesan, por tanto, en el modo en que las personas utilizan el lenguaje para configurar y delimitar de manera problemática la valoración que hacen de sí mismas, de los demás y de las dificultades de la vida.

Para profundizar los aspectos definitorios en el construccionismo social y sus implicaciones en psicoterapia puede consultarse el Anexo 12.

La mirada contruccionista en la TIF

> *La identidad es a la vez personal y un constructo social. La gente se construye a sí misma como miembro de varias categorías y grupos (mujeres, sanos, minorías étnicas…). Es una abstracción construida gradualmente desde las experiencias personales de los acontecimientos.*
> Van Dijk

El construccionismo social no es sólo utilizado en la TIF como un constructo intelectual sino como una herramienta clínica. Se interviene en la red social externa que forma parte del grupo multifamiliar para enriquecer el interior del individuo y de la familia, partiendo de la base de que "los otros", en tanto que co-constructores, también forman parte intrínseca de nuestra identidad.

[29] **Cibernética de segundo orden**: ciencia interdisciplinar propuesta por Von Foerster (1981) que estudia los flujos de información que rodean un sistema, y la forma en que esta información es usada por el sistema.

A partir de esta visión socializada de la identidad, los procedimientos psicoterapéuticos para producir el cambio deben ubicarse necesariamente entre el yo y el sistema social, ayudando al cliente a articular, elaborar y negociar los significados (inter)personales a través de los cuales se organiza su experiencia y acción y el rol conflictivo de los discursos sociales que colonizan nuestra vida (Neimeyer, 2013). Esta atención a los procesos a través de los cuales se construye y mantiene la identidad en un campo social es básica en la propuesta de TIF.

La TIF enfatiza el posicionamiento en horizontalidad del terapeuta respecto al resto de participantes dentro de la tarea terapéutica del grupo multifamiliar. Ello significa que los terapeutas abandonan el clásico lugar preponderante de poder y saber, el cual pasa a ser patrimonio de los miembros del grupo. El terapeuta se convierte así en mero facilitador de los intercambios comunicacionales entre los participantes del espacio multifamiliar, promoviendo la construcción conjunta de nuevas formas de pensar y actuar de estos ante sus dificultades.

Esta posición construccionista del conductor en la TIF a menudo "descoloca" a los profesionales más rígidos y ortodoxos procedentes de modelos clásicos, hasta que observan en cada sesión grupal como el verdadero poder creativo es innato de cada uno de los participantes en el grupo -que a menudo no había sido tomado antes en cuenta- y como los propios participantes pasan a convertirse en los gestores de su propio proceso terapéutico. De esta manera, la visión construccionista resulta revolucionaria especialmente respecto a las actuaciones clásicas en los servicios tradicionales psiquiátricos al cuestionar sus acciones "paternalistas" que, partiendo de la asunción de que el terapeuta sabe lo que más le conviene al paciente, someten a la coerción a los pacientes y desoyen que las personas que sufren problemas psíquicos suelen tener un gran deseo de que se le consulte sobre el tratamiento (Hamann y cols, 2005).

La TIF pone en práctica dos métodos terapéuticos basados en el construccionismo social y que hasta hace pocos años estaban especialmente restringidos a los países nórdicos: 1) el ***Open Dialogue*** (Diálogo Abierto) y 2) el ***Equipo Reflexivo,*** conocido en la práctica de la terapia familiar.

1. Open Dialogue (*diálogo abierto*)

"Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mente".
Ludwig Wittgenstein

Se trata es un modelo de intervención terapéutica comunitaria que en un principio se aplicó sobre personas con trastornos mentales graves, desarrollado a partir de la década de 1980 por los psicólogos finlandeses Jaakko Seikkula y Markku Sutela y su equipo multidisciplinar en el Hospital Keropudas de Tornio, en la Laponia finlandesa.

El modelo dialógico abandona el "modelo oficina" y realiza una práctica comunitaria organizada en redes sociales que tiene su filiación en la terapia sistémica y el constructivismo lingüístico en combinación con los principios dialógicos de Bakhtin[30] (2011). Diversos estudios han demostrado su eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial de las personas que sufren trastornos mentales graves, incluyendo la reducción de los síntomas y la reducción de la medicación y de las hospitalizaciones por primeros episodios psicóticos en relación con los tratamientos habituales (Seikkula y col, 1995 y 2000).

El fin último del tratamiento desde la visión dialógica es generar una conversación en el que todos los participantes tengan voz y que a través del intercambio de voces se creen nuevos significados que conduzcan a la comprensión común del problema. La conversación o diálogo *no es sobre las personas* sino sobre *el modo de estar con ellas,* subyaciendo la perspectiva de que la recuperación del paciente con psicosis u otra enfermedad mental grave requiere de un proceso "*entre*" las personas que incluye a los miembros significativos del entorno del paciente.

El tratamiento desde el enfoque de Diálogo Abierto está basado en varios principios (Aaltonen y col, 1997; Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1994) que redundan en las bases de la visión construccionista, entre los que destacan:

- La intervención sobre la *red social* (familia, vecinos, amigos, otros profesionales implicados...).

[30] Mijail Bakhtin: (1895 –1975), crítico literario, teórico y filósofo del lenguaje de la Ex Unión Soviética que introdujo por primera vez el término "dialoguismo" en relación con una visión de la realidad afín a la perspectiva relacional anticartesiana en su obra "Problemas de la poética de Dostoievski" escrito en 1929.

- La tolerancia de la incertidumbre, entendida como una actitud activa entre los terapeutas para vivir juntos el proceso en constante revisión en el que *no se prejuzga.*
- El *dialoguismo* y *polifonía*. Consistente en desarrollar un lenguaje común para las experiencias que de otra manera permanecerían encerradas en el habla psicótica, con voces interiores y alucinaciones y para lo cual se da voz a todos los participantes. El foco primario es promover el diálogo y, secundariamente, promover el cambio en el paciente y su familia. La conversación dialógica es vista como un encuentro en el que las familias y pacientes tienen la oportunidad de incrementar su sentido de gestión de sus propias vidas a través de la discusión de las dificultades y problemas en un diálogo promovido por el equipo profesional. En estos encuentros los participantes discuten y toman decisiones con todos presentes, pacientes incluidos. El punto inicial del tratamiento es el lenguaje de las familias, es decir, cómo las familias -con su propio lenguaje- han denominado el problema del paciente. Los problemas son vistos desde esta perspectiva como construcciones sociales específicas para cada conversación particular en la que cada persona tiene su propia voz en la construcción del problema y donde escuchar a los otros es más importante que cualquiera otra forma específica de entrevista.

Las intervenciones dialógicas suponen una nueva concepción de la entrevista terapéutica que reúne al paciente y a cualquier persona conectada familiar o socialmente a él, sin que se den entrevistas separadas del equipo, de modo que toda discusión y cualquier decisión es tomada *con todos presentes* y, sobre todo, *junto* al paciente identificado.

Los equipos finlandeses estudiaron y propusieron la práctica del modelo dialógico en contextos unifamiliares, sin contemplar, en un principio, la aplicabilidad a contextos multifamiliares. La TIF aplica los principios de las prácticas dialógicas en el contexto del grupo multifamiliar, de modo que el espacio grupal está abierto a todos los agentes sociales relacionados con la familia (profesionales, otros familiares y amigos…) que se reúnen con el fin de reflexionar conjuntamente y en voz alta acerca de las temáticas que les afectan, pero donde además se unen otras familias con sus respectivas redes sociales dando lugar a una conversación mucho más amplia que se rige por los principios del diálogo abierto.

2. El equipo reflexivo

"Tu verdad será mayor en la medida que sepas escuchar la verdad de los demás".
Martin Luther King

El equipo reflexivo -también denominado "proceso reflexivo" o "conversaciones sobre las conversaciones"- fue propuesto por el psiquiatra noruego Tom Andersen como modalidad técnica sistémica construccionista en su obra "*The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues*" (1991). Consiste en dialogar delante de la familia invirtiendo así el proceso de observación a través del espejo unidireccional y permitiendo que la familia y el terapeuta que dirigen la sesión puedan oír los comentarios y reflexiones que hace el equipo que las observa. Andersen señala que la experiencia del equipo reflexivo favorece el proceso de cambio al aportar diversos puntos de vista tanto para el equipo terapéutico como para la familia (Garrido y Fernández-Santos, 1997).

La TIF incorpora el equipo reflexivo como técnica habitual, junto a las prácticas dialógicas anteriormente tratadas. Pero en el caso de la TIF, no sólo los profesionales presentes en el grupo reflexionan juntos y frente a otras familias acerca de sus apreciaciones sobre éstas, sino que también los integrantes de las otras familias se suman a la reflexión, enriqueciéndola. El equipo reflexivo se convierte así en una potente herramienta en manos de múltiples familias que reflexionan en voz alta conjuntamente con los profesionales conformando así un complejo equipo reflexivo *interfamiliar e interprofesional*.

Dudamos que sea posible encontrar otro contexto con similar riqueza reflexiva, pues en el grupo interfamiliar se promueve un diálogo reflexivo que incluye a múltiples personas de diferentes posicionamientos, generaciones y culturas.

5.1.1.2.3. TIF y terapia grupal

"El ser humano antes que ser persona es siempre un grupo,
pero no en el sentido de que pertenece a un grupo,
sino en el de que su personalidad es el grupo".
(Bleger, 1996: 81)

Introducción

La terapia interfamiliar es un tipo de terapia que se lleva a cabo en un marco grupal. Podemos definir el "*grupo*" como una figura social en la que varios individuos se reúnen y, en virtud de las interacciones que se desarrollan entre ellos, obtienen una creciente aclaración de las relaciones de cada uno con los demás y con las otras figuras sociales, así como mayor conocimiento de sí mismos a través de los otros. Los miembros del grupo cooperan unos con otros en activa relación o comunicación mutua. El modo de operar el grupo radica en que en el encuentro con los otros el sujeto se percibe y se comunica consigo mismo, interpreta sus acciones y la de los otros y elabora y encaja su conducta con la de los demás, actuando con respecto a y sobre sí mismo. De esta manera los participantes transforman las relaciones, basándose en las redefiniciones que elaboran en cada nueva situación y construyendo en el proceso nuevos patrones de conducta que configuran la vida del grupo (Zamanillo, 2008).

El grupo interfamiliar es de una complejidad especial, puesto que integra a subgrupos de personas que ya están vinculadas externamente al grupo (familias, parejas, compañeros de trabajo…). Por ello brinda además la posibilidad de revisar los vínculos establecidos dentro de dichos subgrupos y entre ellos y el resto de la sociedad.

Desde la perspectiva construccionista y social de la TIF, el grupo supone el paso de una cosmovisión individualista en la que el terapeuta construye nuevas narrativas con su cliente a un amplio abanico de nuevas narrativas aportadas no sólo por el profesional sino también por los otros miembros del espacio grupal. Permite además mirar la realidad desde una perspectiva ampliada que integra lo macrosocial y lo microsocial, que en el caso del espacio multifamiliar equivale a entender el funcionamiento individual e intrafamiliar así como las conexiones que las familias realizan con el marco social –representado por las otras familias-.

En la TIF concurren los mecanismos terapéuticos descritos para los procesos grupales, y aunque por lo general los grupos multifamiliares son grupos grandes, formados por veinte o más componentes, el funcionamiento y dinámica grupal no difiere significativamente de la descrita por Kurt Lewin[31] para los grupos pequeños. El hecho de que los participantes en el espacio terapéutico multifamiliar puedan acudir acompañados de sus allegados nos hace pensar que se abren nuevas puertas para su análisis, pues la presencia de los más cercanos facilita el acceso al "campo"[32] personal y, por ello, a la intervención terapéutica.

Potenciación de los mecanismos terapéuticos en la TIF a través de la terapia grupal

Las *ventajas inherentes a la terapia grupal* respecto a la intervención individual o unifamiliar son claves para entender la potencia de la TIF. Destacamos los siguientes factores:

1. Su *eficiencia* y *rentabilidad*: derivado del hecho de que un elevado número de personas acceden simultáneamente a una intervención terapéutica utilizándose así eficientemente el tiempo, el espacio, el personal y otros recursos.
2. Las *propiedades únicas de la terapia de grupo* respecto a los demás contextos terapéuticos (individual o unifamiliar), en función de la trascendencia de las interacciones interpersonales en el desarrollo psicológico del ser humano. El grupo reúne a varias personas que proporcionan un campo interpersonal mayor y repleto de *feedbacks*, y por tanto potencialmente más poderoso, que, además, rompe el aislamiento interpersonal y social. Se han descrito diversos *"factores terapéuticos o curativos"* específicos del grupo (Vinogradov y Yalom, 1996) que explican el modo común por el

[31] **Kurt Lewin** (1890-1947). Psicólogo de origen alemán e iniciador de la Psicología Social que estudió el funcionamiento del grupo inspirándose en métodos de la teoría de la relatividad y la física cuántica como un sistema de fuerzas en interdependencia. A él se debe el término "dinámica de grupos". Desarrolló asimismo la noción de "resistencia al cambio" como un conflicto de fuerzas en oposición que se mantiene en equilibrio. El enunciado de Lewin que más ha sido trasmitido a la teoría sobre grupos es el que dice "El grupo es un todo cuyas propiedades son diferentes a la suma de las partes, de esa forma, modificando un elemento se modifica la estructura de conjunto" (Zamanillo, 2008).

[32] "**Teoría de campo**": Lewin acudió al concepto físico de "campo de fuerzas" con el fin de explicar los factores ambientales que influyen en la conducta. El comportamiento humano, en su opinión, no depende ni del pasado ni del futuro sino de los hechos y acontecimientos contemporáneos y de cómo los percibe el sujeto. Esos hechos circundantes son interdependientes y constituyen un campo de fuerzas dinámico que podemos denominar *espacio vital*. Por tanto, el espacio vital o campo psicológico de fuerzas vendría a ser el entorno que engloba a la persona y su percepción de la realidad próxima (Marx y Hillix, 2005).

que la terapia grupal ayuda al cambio en sus participantes (*infundir esperanza, universalidad, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento imitativo, catarsis, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, factores existenciales, cohesión del grupo y aprendizaje interpersonal*). Destacamos entre ellos el *Aprendizaje interpersonal,* en relación a como el contexto grupal proporciona a cada participante un conjunto de interacciones interpersonales que debe explorar con fines terapéuticos. En el caso de la Terapia Interfamiliar esta interacción se enriquece respecto a cualquier otro tipo de grupos por darse en hasta seis planos (Cassano, 1989): *Entre pares intra-familiar, entre pares inter-familiar; entre no pares intra-familiar; entre no pares inter-familiar y del grupo con cada individuo.* La complejidad interaccional del grupo interfamiliar deriva en una rica red de conexiones en la que confluyen multitud de narrativas en diversos niveles, constituyendo así el encuadre de mayor riqueza interactiva y de posibilidades de aprendizaje interpersonal de entre todos los posibles. Este aprendizaje interpersonal se considera el mecanismo de cambio fundamental en la terapia grupal interactiva (Freedman y Hurley, 1980).

3. La terapia grupal funciona como un motor que impulsa el resto de mecanismos terapéuticos presentes en la TIF, potenciando los procesos de cambio a nivel individual y en las dinámicas familiares. El eco grupal amplía el número e intensidad de *feedbacks* y narrativas diferentes que los participantes pueden utilizar en la construcción terapéutica de sus nuevas narrativas individuales, familiares y grupales, de forma que los aportes grupales actúan como el engranaje de los procesos a nivel intrapsíquico -intervención terapéutica individual- y familiar (Figura 11).

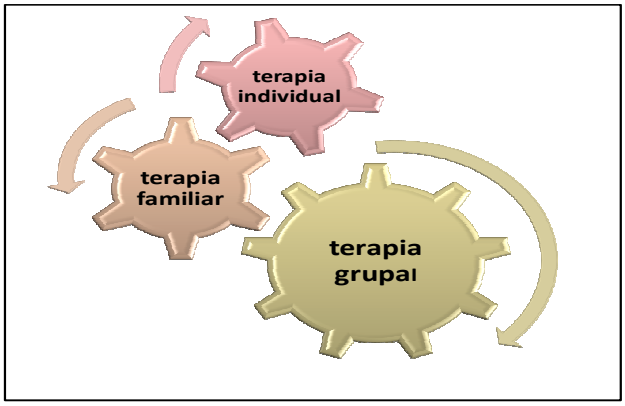


Figura 11. Esquema del engranaje de las intervenciones terapéuticas individuales y familiares dentro del proceso grupal.

Modelos grupales y sus analogías con la TIF

Existen múltiples modelos de terapia grupal, ninguno de los cuales representa una cultura única ya que existen sustanciales solapamientos en sus principios teóricos y técnicas de intervención. Aunque la TIF representa un modelo único y diferenciado dentro de las terapias grupales por la apertura del marco grupal a la presencia de múltiples agentes, es posible encontrar fundamentos en común con ciertos modelos grupales, entre los que destacamos:

1. Analogías con la terapia grupal interpersonal

Es el modelo de psicoterapia grupal que pone el énfasis en la centralidad de los procesos interpersonales, entendiendo que la interacción interpersonal, la retroalimentación interpersonal y el aprendizaje interpersonal son las bases fundamentales para el cambio (Leszcz, 1992). Desde esta perspectiva se entiende que el grupo funciona como un *microcosmos social* para los miembros del grupo, utilizando el aquí y ahora de la experiencia grupal como medio para que cada participante tome conciencia de su forma de actuar y concebir su mundo relacional y tenga la oportunidad de utilizar la retroalimentación, el *insight* y la experiencia terapéutica curativa grupal para mejorar su eficacia interpersonal (Leszcz y Malat, 2015). Kiesler (1996) sugiere que el modelo interpersonal es el modelo integrativo por excelencia e ideal para una psicoterapia contemporánea.

El modelo interpersonal de terapia grupal tiene su origen en el trabajo de Harry Sullivan (1953) y pone su énfasis en la importancia de alcanzar un vínculo interpersonal seguro y la aceptación de uno mismo como bases de la salud mental. Desde esta perspectiva se entiende que los trastornos psicológicos son la consecuencia de problemáticas interpersonales (Horowitz y Vitkus, 1986), es decir, de construcciones interpersonales maladaptativas y de la aplicación rígida de esquemas cognitivo interpersonales patológicos. El foco de la terapia se sitúa en la comunicación interpersonal in-vivo y en el aquí y ahora del grupo, más que en la interpretación de lo que el participante refiere. El hecho de que el paciente inevitablemente recrea sus dificultades interpersonales en el marco del tratamiento grupal debe ser recibido como una oportunidad (Wilfely y cols, 2000), ya que la

intervención terapéutica debe consistir en la identificación tanto de los patrones de comportamiento interpersonal que se detectan como en la elaboración de las creencias y cogniciones que subyacen en estos patrones a través de la ampliación del repertorio interpersonal del paciente (Safran y Segal, 1990).

Un axioma de la mayoría de las psicoterapias es que *una parte representa a la totalidad.* Desde esta visión, el grupo funciona como un microcosmos social en el que cada miembro es animado a participar desde sí mismo y de forma genuina en el grupo, más allá de ser políticamente correcto. Gran parte del poder del microcosmos social radica en la forma en que recrea un laboratorio interpersonal en el que los patrones maladaptativos de relación son exhibidos y pueden ser reconducidos a través de los mecanismos de retroalimentación y meta-comunicación grupales, redundando en que emerjan comportamientos más adaptivos. Para ello es clave del proceso terapéutico el abordaje de las experiencias relacionales que se producen in-vivo en el proceso grupal, más que trabajar sobre las experiencias y relaciones que el individuo trae del afuera (Leszcz y Malat, 2015), de manera que se produzcan experiencias emocionales correctivas que contribuyan a promover la capacidad de mentalización de sus integrantes.

El énfasis del trabajo sobre los comportamientos in-vivo reduce los puntos débiles que podrían emerger de la sincronicidad entre paciente y terapeuta o las limitaciones del tratamiento individual que no podría catalizar patrones particulares de relación como temas de género o culturales o cualquier otro en relación con la multiplicidad de interacciones interpersonales que pueden emerger de las interacciones interpersonales del grupo.

Uniendo los elementos descritos del mircrocosmos social, trabajar en el aquí y ahora y la experiencia emocional correctiva se genera la *secuencia de aprendizaje interpersonal* descrita por Yalom y Leszcz (2005) –Anexo 13-. Cuando el grupo opera con esta capacidad se promueve un sensación de excitación y energía que invade el espacio grupal, girando alrededor del foco de las interacciones interpersonales (Leszcz y Malat, 2015).

Aunque los terapeutas interpersonales no hacen referencia a contextos grupales multifamiliares, resulta congruente realizar conexiones entre el proceso que se establece en la TIF y el correspondiente a la terapia grupal interpersonal: el contexto interfamiliar es el "verdadero laboratorio" ya que proporciona el más real de los contextos posibles –y por tanto, más efectivo- para la identificación de problemáticas interpersonales y su

intervención sobre ellas, pues el microcosmos social con el que los miembros interactúan en el grupo interfamiliar es el suyo propio –su misma familia y su entorno, y no una representación paralela-. Ello significa que los procesos de aprendizaje interpersonal se realizan –con la colaboración de las otras familias presentes en el grupo- de forma simultánea tanto en el individuo como en las personas que conforman su familia y, por tanto, los cambios en las dinámicas relacionales se entrenan en vivo y en directo, beneficiándose del proceso todos los miembros del campo de interacción del sujeto y aumentando así la eficacia terapéutica y el sostenimiento exterior de los cambios iniciados en el grupo.

2.Analogías con el grupoanálisis

El grupoanálisis es la perspectiva psicológica que considera al individuo como parte inseparable de la "matriz social" que lo ha constituido y que al tiempo constituye, y que busca la comprensión del mismo desde la perspectiva grupal a través de un análisis terapéutico llevado a cabo por y desde el propio grupo en el que está inserto y donde se incluye el conductor, que no deja de ser un miembro particular de ese grupo (Sunyer, 2013). El término grupoanálisis fue establecido por vez primera por Burrow y retomado posteriormente por Foulkes –a quien se considera su fundador- con diferentes connotaciones en su forma de operar (Foulkes y Anthony, 2007).

Foulkes señaló que "debemos dar la vuelta a nuestro supuesto tradicional compartido por los psicoanalistas según el cual el individuo es la unidad última y que debemos explicar o entender el grupo desde el interior del individuo. La situación es opuesta: el grupo, la comunidad, es la última unidad primaria de consideración, y lo que se denominan procesos internos en el individuo son internalizaciones de fuerzas que operan en el grupo al que pertenece (Foulkes, 1971:212, citado por Dalal, 2000:36).

Entre los conceptos básicos del grupoanálisis que también podemos aplicar en la comprensión de la TIF destacamos:

- ***"Matriz grupal"***: entendida como una red de comunicaciones que no es simplemente interpersonal, sino también transpersonal y suprapersonal, en la que toma preeminencia el inconsciente social y donde el "yo" debe ser entendido como el "nosotros en mí" (Foulkes, 2007). Los más recientes teóricos del grupoanálisis reinciden en la transcendencia de lo

social en el proceso de formación del ser humano y en la psicoterapia. Pines (2000) señala que la esencia del hombre es social, no individual, de forma que cada individuo está inevitablemente determinado por el mundo en el que vive. Y siendo que el individuo es parte de una red social, se entiende que sólo de forma artificial puede ser considerado en solitario, en aislamiento, "como un pez fuera del agua".

- "***Plexo"***: término que Foulkes (1981, citado en Sunyer, 2012) introduce y propone para designar "el concepto de red dinámica íntima -a diferencia de la red amplia de relaciones sociales- que ha posibilitado y ha favorecido el modelaje de aquellos aspectos más íntimos y personales de nuestra constitución psíquica. Parece lógico pensar que, en la mayoría de los casos, esta red tan cercana esté vinculada fundamentalmente con la idea de familia.

-"***Red***": entendida como el entramado de líneas de comunicación a través de las que captamos y emitimos todo tipo de información. Esta red establece y mantiene nuestras interdependencias con el resto de las personas del grupo familiar y social al que pertenecemos, siendo a través de ella que se emiten los mensajes tendentes a modificar o sostener conductas, pensamientos, actitudes, afectos y emociones de las personas que nos rodean con el fin de modificar o sostener el statu quo que cada individuo y cada grupo tiene respecto a los demás (Sunyer, 2014). Tal red puede incluir a los miembros de la familia, los amigos, personas queridas y otros. El concepto de red pone el énfasis en la naturaleza multipersonal de los problemas humanos siendo esta red multipersonal de comunicaciones y distorsiones el objeto del tratamiento (Foulkes,1984).

-"***Mirroring"***[33]: Concepto que define el proceso por el cual los reflejos emocionales mutuos entre personas promueven su habilidad para comunicarse con eficacia con los demás y salir de la retracción social consiguiendo así una fructífera participación en las relaciones personales y sociales. Dentro del proceso terapéutico, el *mirroring* ocurre tanto entre los participantes grupales como con el conductor, activando el movimiento hacia el crecimiento y promoviendo el proceso de curar el desarrollo distorsionado (Berger, 2015). Foulkes (1990) concebía la terapia grupal como "un salón de espejos" en el que los miembros del grupo se buscan, se esconden y se encuentran reflejados unos con los otros continuamente, definiendo el factor "Mirror Reactions" (reacciones especulares) como un proceso central y

[33] **Mirroring**: del ingles "*mirror*" (espejo), en referencia a la acción de imitación inconsciente de patrones comunicativos analógicos y verbales de los demás.

específico de la eficacia de la terapia de grupo. El factor "mirror reaction" promueve una serie de procesos dinámicos tales como las identificaciones, proyecciones, identificaciones proyectivas, internalizaciones, externalizaciones y otras y consiste en ecos y reflejos evocados por unos miembros del grupo sobre los otros durante el proceso de comunicación interpersonal establecido, de manera que "cada persona se ve a sí misma o parte de sí misma –a menudo una parte reprimida de sí mismo- reflejada en la interacción con otros miembros del grupo" (Foulkes, 1964: 110).

Los "ojos" de los otros en el grupo –participantes y conductor- se convierten en un "campo de entrenamiento" emocional sobre el cual el individuo construye su mundo, ya que la manera en que otros nos ven está muy estrechamente relacionada con la forma en que nos vemos a nosotros mismos. La percepción de los otros se constituye en una parte integral de nuestra experiencia interior y afecta a la forma en que interpretamos la realidad.

Partiendo de la base de que el "mirroring" es un factor crucial en el proceso de desarrollo desde la infancia, el grupo analítico se puede entender como una posibilidad nueva en el que los participantes construyen y definen sus subjetividades únicas a través de los continuos intercambios con los otros. El sentarse cara a cara en la terapia grupal invita a que todos los puntos de vista sean validados desde una posición de igualdad, ayuda mutua y apertura, promoviendo que se realice un intercambio democrático entre los miembros del grupo. Ver y ser visto es identificado con aceptación, afirmación, reconocimiento y validación ("yo veo" significa "yo entiendo"), de manera que los miembros se perciben como miembros validados en su comunidad, merecedores de tener algo que decir, de poder significarse como diferentes y ser incluidos y pertenecer a la vez a una comunidad, experiencias a veces novedosas para personas que cuando previamente han tratado de mostrarse de forma transparente han sido ignoradas, excluidas o desacreditadas (Berger, 2015).

Varios autores han explorado las dinámicas del "mirroring", destacando Pines (2000) y Zinkin (1992), quienes han definido algunos patrones específicos de "mirror reactions" que se activan en los procesos terapéuticos grupales y que tienen un impacto decisivo en el funcionamiento global de los participantes.

La TIF se "refleja" claramente en los conceptos y procesos descritos para el grupoanálisis, de manera que el grupo interfamiliar funciona como una *matriz grupal* "ampliada", puesto

que incluye el *plexo* y la *red social* de los participantes y donde se potencian los procesos de "mirroring" al ofrecer una nueva oportunidad de que las fallas que tuvieron lugar en la familia de origen puedan ser revisados en vivo, con todos los actores –padres, hermanos…- presentes y con la ayuda de otras familias que contribuirán a señalar, amplificar y reparar los procesos especulares a través de aportar su propio reflejo especular. Por todo ello, la TIF podría considerarse como el espacio grupoanalítico más representativo de la realidad social de entre todos los posibles, redundando en una mayor posibilidad de dinámicas en espejo y, por ende, en una intervención terapéutica más realista y operativa.

3.Analogías con los "grupos grandes"

En la década de 1970, Patrick de Mare propone un enfoque de terapia de grupo con características específicas por el rol crucial que juega el contexto cultural: el "*grupo grande*". En su obra "Perspectivas en psicoterapia de grupo" (1972) de Mare anticipa que "*en el futuro habrá interés no sólo por los grupos pequeños y medianos... sino por grupos terapéuticos mucho más grandes, integrados por cincuenta o cien personas, que tendrán varios co-conductores; que serán no-directivos y aprogramáticos*". Señala como características de estos grupos la "*libre discusión flotante*" (equivalente a nivel grupal a la "libre asociación" de la terapia individual) y la conducción "*no directiva"* -el conductor asume el liderazgo pero se abstiene de marcar tema u objetivos-.

De Mare cuestiona que el psicoanálisis -y por extensión también la mayoría del resto de modelos de psicoterapia- está centrado en la persona y su inconsciente sin tener en cuenta el contexto cultural, considerando que incluso en el análisis de grupos pequeños el contexto social se toma para referirse a la familia y que las interpretaciones y comprensiones están formuladas en relación a ella. Señala que en el grupo grande salimos de lo personal y lo familiar y entramos en el ámbito de lo sociocultural, en donde podemos analizar nuestros mitos sociales -el "inconsciente colectivo" de Jung-. El grupo grande puede definirse por tanto como una microcultura de la sociedad, la línea divisoria entre el mundo y la mente personal que refleja nuestro entorno sociocultural de una manera que el grupo pequeño o la terapia individual o familiar no puede hacer. Según de Mare, el grupo no está destinado a brindar psicoterapia a las personas individuales sino más bien a contribuir al proceso de humanización de la sociedad. Patrick de Mare preconizaba que "algún día el grupo grande nos librará de los grupos pequeños, de la misma manera que los grupos pequeños nos

libraron del psicoanálisis, y éste de la psiquiatría ortodoxa". Añadiendo que los grupos grandes deberían aceptar el desafío de formar una parte establecida de nuestra cultura.

Sin duda, de Mare fue un precursor, quizás sin saberlo, de la terapia interfamiliar; y aunque no se refiere en sus textos a grupos en los que co-participan diferentes familias, sus aportes marcan algunas de las líneas básicas que entendemos conforman el modelo interfamiliar y su vertiente social.

4. Analogías con otros grupos de orientación dinámica

La TIF reconoce las contribuciones de múltiples autores de los que toma ideas y formas de operar. Tal es el caso de ***Bion***[34], quien señala ciertas características que ha de tener un grupo para su adecuado funcionamiento terapéutico y que entendemos son aplicables al grupo interfamiliar (1985, 15-26):

1. Un propósito común: promover algo creativo en el campo de las relaciones sociales.
2. El reconocimiento común de los límites del grupo.
3. La capacidad de absorber a nuevos miembros y perder a otros sin temor a que se deteriore el "carácter del grupo" –es decir, que sea flexible-,
4. Cada miembro es valorado individualmente por su contribución al grupo.
5. El grupo ha de tener capacidad para enfrentar el descontento o los conflictos que surjan dentro de él.

También los aportes del "***grupo operativo***" descrito por Pichon Rivière[35] son compatibles con la TIF. El grupo operativo consiste en un método de investigación y aprendizaje social cuya finalidad es aprender a pensar en la resolución de las dificultades creadas en un campo grupal. La tarea común en el grupo es el conocimiento tanto intelectual como vivencial de las relaciones interpersonales. Para ello se centra la actividad en la movilización de las ideas

[34] **Bion** (1897-1979): médico psicoanalista de origen inglés pionero en trasladar las reglas del tratamiento analítico individual a grupos terapéuticos. Recalcó la necesidad de disciplina y de un coordinador "que conozca sus propias faltas, respete la integridad de sus hombres y no tema su simpatía ni hostilidad". Acuñó el concepto de "mentalidad grupal" que actúa como recipiente de todas las contribuciones anónimas que se hacen y que supone la expresión unánime de la voluntad del grupo. Distinguió tres hipótesis (supuestos básicos) en los grupos dominados por la mentalidad grupal: dependencia, emparejamiento y ataque-fuga (Bion, 1985).

[35] **Enrique Pichon-Rivière** (1907- 1977): psiquiatra suizo nacionalizado argentino, considerado uno de los introductores del psicoanálisis en Argentina y generador de la teoría de grupo *operativo*.

preconcebidas que como estructuras estereotipadas dificultan el aprendizaje y la comunicación y producen ansiedad frente al cambio. El grupo operativo busca esclarecer y rectificar estas actitudes estereotipadas que impiden la maduración intelectual y afectiva de los miembros del grupo en pos de la "curación" (Zamanillo, 2008).

La TIF hace suyos los principios de Rivière, pues funciona como espacio grupal y social en el que se procede a investigar las relaciones interpersonales que se producen no sólo con el marco social general, sino también con el más inmediato familiar, ambos presentes en el contexto interfamiliar.

5.1.1.2.4. TIF y terapia de familia

"Sabiendo cómo curar a la familia, sé como curar al mundo".
Virginia Satir

Introducción.

El grupo interfamiliar es un espacio privilegiado para el análisis e intervención sobre las dinámicas familiares, actuando los profesionales y el resto de familias como co-terapeutas espontáneos y formando un extenso equipo reflexivo acerca de las dinámicas de cada una de las unidades familiares representadas en el grupo.

La TIF toma como básicas las asunciones de la *Teoría General de Sistemas* y la *Teoría de la comunicación humana*, conformándose el grupo interfamiliar en un observatorio privilegiado para la lectura de los elementos relacionales y comunicativos entre sus participantes en virtud de las interacciones masivas que se producen dentro del espacio grupal interfamiliar tanto en el seno de las familias representadas como entre las diferentes familias.

La Teoría General de Sistemas

La *Teoría General de los Sistemas* es el estudio interdisciplinario de los sistemas, definiéndose un sistema como un conjunto ordenado de elementos que se encuentran interrelacionados y que interactúan entre sí. Aunque la TGS surgió en el campo de la Biología, pronto se vio su capacidad

de inspirar desarrollos en disciplinas distintas, tal es el caso de la psicología (terapias sistémicas) y las ciencias sociales.

Fue originalmente planteada por el biólogo Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) como una metateoría que busca reglas de valor general, aplicables a cualquier sistema y que debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales. Funciona como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y su abordaje desde diferentes disciplinas, siendo sus objetivos originales los siguientes (Arnold y Osorio, 1998):

a. Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
b. Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos
c. Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

Desde la perspectiva de la teoría general de sistemas, los sistemas humanos se consideran como sistemas socioculturales organizados de acuerdo a roles y estructuras, y caracterizados por tener estabilidad, jerarquía, poder y control. Esto significa que los sistemas socioculturales se definen y mantienen por la organización social a través de roles y estructuras sociales (Parsons. 1951).

Las implicaciones de la visión en sistemas para la psicoterapia son importantes, ya que supone un cambio de perspectiva respecto a la investigación intrapsíquica clásica. Pasamos a entender que la familia es un sistema autocorrector y dinámico y, por lo tanto, que la intervención terapéutica debe ir dirigida hacia la interacción entre los miembros, sus modos de relación y las reglas que rigen esa relación. Pero además, y dado que la familia es envuelta por sistemas más amplios, y éstos a su vez por la comunidad y estructuras macrosociales, la comprensión de los procesos de interacción y la intervención se complejizan, requiriendo de contextos de intervención más amplios.

En el contexto interfamiliar, los sistemas familiares que participan son múltiples e interactúan entre ellos, promoviéndose el moldeamiento de sus reglas de interacción en función del aprendizaje conjunto con las otras familias que contribuyen al cambio en sus dinámicas. Además, el conjunto de familias se integra junto con los sistemas profesionales e institucionales en un suprasistema social en el seno del cual también se dan interacciones regulatorias que contribuyen al aprendizaje social. Por todo ello la TIF puede ser entendida

como un complejo dispositivo terapéutico de sistemas superpuestos y en constante interacción (Figura 12).

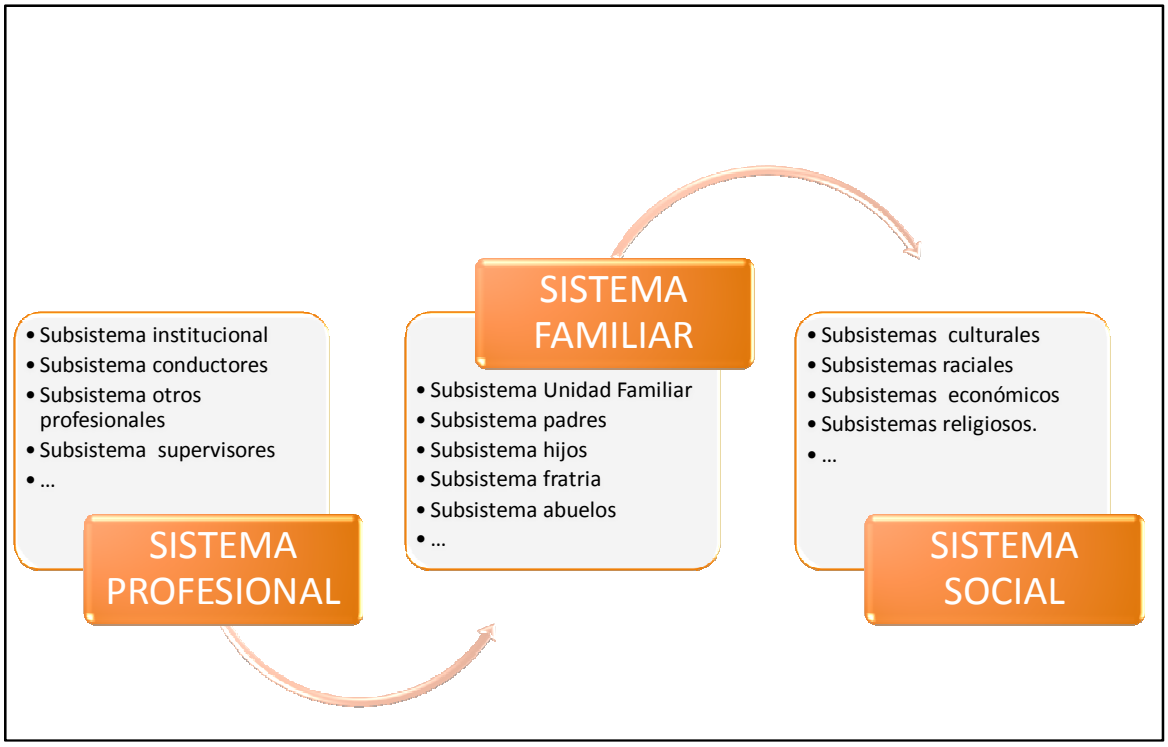


Figura 12. Sistemas y Subsistemas presentes en el grupo interfamiliar

Algunos de los conceptos que la Teoría General de los Sistemas aporta a la comprensión de los procesos terapéuticos dentro de la familia y en la interacción con los demás sistemas son:

- *Cibernética*: se trata de un campo interdisciplinario que intenta abarcar el ámbito de los procesos de control y de comunicación tanto en máquinas como en seres vivos.
- *Circularidad causal:* Frente al modelo clásico de la ciencia pura, que considera que la causalidad es *lineal* (se nos enseña a entender la "causa" de un « efecto » alterando las variables una por una hasta que se aísla el factor que produce el hecho particular), la teoría general de sistemas considera que la causalidad es un proceso circular. Ello significa que los aspectos significativos de un sistema sólo pueden comprenderse examinando el sistema como una "totalidad" en función de los circuitos de

retroalimentación. En un círculo no hay comienzo ni fin y, por tanto, no es posible encontrar el claro y lineal ordenamiento de causa y efecto, a menos que se lo imponga artificialmente.

- *Homeostasis*: concepto especialmente referido a los organismos vivos en tanto sistemas adaptables. Los procesos homeostáticos operan ante variaciones de las condiciones del ambiente y corresponden a las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica, es decir, hacia la conservación de su forma.
- *Retroalimentación*: Son los procesos mediante los cuales un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en el medio, información que actúa sobre las decisiones (acciones) sucesivas. La retroalimentación puede ser negativa (cuando prima el control) o positiva (cuando prima la amplificación de las desviaciones). Mediante los mecanismos de retroalimentación, los sistemas regulan sus comportamientos de acuerdo a sus efectos reales y no a programas de outputs fijos. En los sistemas complejos están combinados ambos tipos de corrientes (circularidad, homeostasis).
- *Límites* entre subsistemas dentro de la familia *y fronteras* con el exterior*:* términos introducidos por Minuchin (1977). Estos pueden ser difusos, rígidos o claros. Apunta también a la capacidad de transacciones entre ellos y a la separación o a la permeabilidad de las fronteras que los separan.

La Teoría de la Comunicación Humana.

La obra "Teoría de la comunicación humana" (Watzlawick y cols, 1995) se publicó originalmente en 1967, en un momento en que a las aproximaciones funcionalistas y críticas en comunicación se sumaron los aportes del pensamiento sistémico propuesto por la Escuela de Palo Alto, con las aportaciones procedentes de disciplinas como la antropología (Gregory Bateson, Ray Birdwhistell, Edward Hall), la sociología (Erving Goffman) y la psiquiatría (Paul Watzlawick, Don Jacskon), entre otras. Esta obra es importante porque establece un diálogo entre la ciencia de la comunicación y otras disciplinas como la psicología y, dentro de ella, la psicoterapia y terapia sistémicas.

Su principal aportación es que el concepto de *comunicación* incluye todos los procesos de interacción y relación a través de los cuales la gente se influye mutuamente -"*la matriz en la*

que se encajan todas las actividades humanas", según Bateson y Ruesch (1984, p.13)-. La comunicación representa un proceso permanente y de carácter holístico -como un todo integrado-, de manera que todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo, siendo los trastornos psíquicos el reflejo de perturbaciones de la comunicación. (Rizo, 2011).

Watzlawick y sus colaboradores (1995) desarrollaron cinco axiomas, propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas:

1. *Es imposible no comunicarse*: ya que partimos del supuesto de que todo comportamiento tiene un valor como mensaje.
2. *Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación*, de tal manera que el mensaje –más allá de su contenido- contiene una metainformación acerca de cómo debe ser interpretado en función de las características de la relación entre emisor y receptor.
3. *La naturaleza de una relación depende de la puntuación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos*: tanto el emisor como el receptor de la comunicación interpretan los mensajes influenciados según sus códigos, influyendo en la relación comunicativa que establecen.
4. *Existe dos modalidades de comunicación: la digital y la analógica*: la comunicación digital se corresponde con lo que se dice y la comunicación analógica hace referencia a cómo se dice.
5. *Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios*: dependiendo de si la relación de las personas comunicantes está basada en intercambios igualitarios o si está basada en intercambios desde la diferencia.

Destacamos las contribuciones de Bateson y su grupo de investigación en comunicación y teoría cibernética, especialmente a través de su propuesta acerca de interacciones comunicativas dilemáticas en lo que denominó como *Teoría del doble vínculo*[36], y que ha

[36] **Teoría del doble vínculo:** Bateson, Jackson, Haley y Weakland describieron por primera vez los efectos de la *comunicación paradójica* en la interacción humana. Enfocaron el fenómeno de la comunicación esquizofrénica desde un punto de vista radicalmente distinto de las hipótesis que consideran la esquizofrenia como un trastorno intrapsíquico. Supusieron que el esquizofrénico "debe vivir en un universo donde las secuencias de hechos son de tal índole que sus hábitos comunicacionales no convencionales resulten en cierto sentido adecuados". Esto los llevo a identificar y postular ciertas características esenciales de tal interacción, que denominaron con el término *doble vínculo*. Los ingredientes de un *doble vínculo* son:
-Un fuerte vínculo que permite un valor de supervivencia física o psicológica para una, dos o varias personas.

servido para explicar la influencia de la comunicación humana en las patologías severas; especialmente la esquizofrenia. Un doble vínculo es una situación comunicativa causante de sufrimiento e incluso patología debido a que se haga lo que se haga uno siempre se equivoca por contener el proceso de comunicación dos mensajes contrapuestos que generan una paradoja irresoluble (Bateson, 1979).

La teoría de la comunicación nos aporta una visión de los sistemas humanos como redes de comunicación las cuales se distinguen "en" y "por" el lenguaje. Es decir, existe comunicación de unos con otros y conversación entre unos y otros. Las implicaciones en el proceso terapéutico, en cuanto a su naturaleza comunicativa, son transcendentales. Los sistemas con los que los terapeutas trabajamos son los relatos que van desarrollándose a lo largo de la conversación terapéutica y son, a su vez, el producto de campos lingüísticos que están en interacción. Los sistemas, por tanto, no existen en una realidad social externa o determinada unilateralmente, sino que existen en las interacciones a través del lenguaje y en la narrativa teórica y metafórica de nuestras teorías. Esta sería la base de la visión construccionista en terapia que ya abordamos y que inspira al modelo de TIF.

Intervenciones sistémicas en la TIF

La terapia familiar sistémica se nutre de la teoría de la comunicación humana y de la teoría general de los sistemas para construir su marco de referencia teórico. Aunque existen diferentes escuelas dentro del modelo familiar sistémico, todas coinciden en la comprensión y abordaje de los problemas psíquicos en el marco de la familia. La TIF supone, como ya se vio, una intervención terapéutica sobre cada una de las familias asistentes potenciada por los mecanismos grupales del contexto interfamiliar.

El terapeuta interfamiliar debe familiarizarse con algunos conceptos que ayudan a entender los procesos de terapia sistémica que concurren en la TIF, tales como:

-Un mensaje estructurado, que si es una instrucción, es necesario desobedecerlo para obedecerlo.
-Se impide que el receptor del mensaje se evada del marco establecido por ese mensaje, sea metacomunicándose sobre él o retrayéndose. aunque el mensaje carezca de sentido lógico, el receptor no puede dejar de reaccionar a él, pero tampoco puede reaccionar a él en forma apropiada; pues el mensaje mismo es paradójico.
A estas tres características esenciales les podemos agregar dos criterios:
-Cuando el doble vínculo es duradero, posiblemente crónico, se convertirá en una expectativa habitual y autónoma con respecto a la naturaleza de las relaciones humanas y el mundo en general.
-La conducta paradójica impuesta por el doble vínculo, es, a su vez, un doble vínculo y lleva a un patrón de comunicación autoperpetuador (Watzlawick y cols, 1995).

- *Paciente designado*, ya que no se acepta la definición que la familia da como enfermo a uno de sus miembros, considerando que hay miembros sintomáticos sobre los que se deposita el motivo de intervención. Por lo general, en la TIF no se hace siquiera referencia a tal término y no se llevan a cabo distinciones entre los participantes en el proceso grupal, considerándose que todos los presentes "somos pacientes" –incluidos los profesionales- en cuanto que todos sufrimos algún tipo de síntoma.

- Los *sistemas triádicos* como forma de analizar la estructura familiar, diferenciando la organización de *alianzas* (definidas por la proximidad de dos miembros en contraste con un tercero más distante) y de *coaliciones* (unión de dos miembros en contra de un tercero). Las coaliciones entre miembros de distintas generaciones (por ejemplo, un hijo y un padre) se llaman *triángulos perversos* (Martorell, 2014).

- *Pseudomutualidad:* concepto introducido por Wynne referente a como a menudo los intereses individuales son sacrificados en aras de la supervivencia del grupo o familia (por ejemplo, un hijo que ante la discusión de los padres inicia una rabieta que distrae a los padres).

- *Asignación de roles (*Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983): explica como determinados miembros de la familia "tuvieron que" asumir un papel y obrar de manera determinada. Richter señala que las adjudicaciones de rol son utilizadas por miembros del grupo familiar para descargarse de una tensión propia por vía compensatoria (cit. en Kriz, 2012).

- *Lealtades invisibles en la familia (*Boszormenyi-Nagy y Spark, 1983). Hace referencia a los conflictos de lealtad no admitidos, o incluso inconscientes, que operan en el seno de una familia. Implica mecanismos a menudo transgeneneracionales a modo de código según el cual de forma implícita o explícita, las familias y los sistemas en general esperan una compensación y reembolso emocional o material entre generaciones, de modo que este juego de lealtades puede obstaculizar el proceso de individuación del sujeto.

- *Individuación y diferenciación del yo (*Bowen, 2014): es la capacidad de separación del individuo de la familia de origen, es decir, lograr no aferrarse a fusiones simbióticas. Para Bowen, los síntomas aparecen cuando hay una individuación deficiente, que a su vez se relaciona con pautas rígidas de interacción y de coalición.

- *Juego familiar:* forma en la que la Escuela de Milán se refiere al modelo de interacción predominante en la familia consistente en transacciones patológicas, rígidas y crónicas que conducen a la enfermedad mental. Desde esta visión, la intervención terapéutica no se realiza sobre el miembro individual, el paciente designado ni tampoco la familia como tal, sino que el objeto de las intervenciones es el "juego familiar".

- *Joining (o alianza de trabajo terapéutico):* Término acuñado por Minuchin en el abordaje estructural en terapia familiar. La forma de alianza de trabajo terapéutico es básica para el tratamiento e incluye las normas bajo las que se llevará a cabo el proceso terapéutico de cada familia dentro de la terapia grupal multifamiliar.

- *Reframing (o reencuadramiento):* es una de las tareas esenciales del terapeuta que realiza con ayuda del resto de miembros del grupo, consistente en redefinir la manera de ver los problemas y el significado de los síntomas (Kriz, 2012).

- *Trabajo sobre los límites y las fronteras***:** el terapeuta atiende con cuidado los límites dentro de los subsistemas familiares, promoviendo con la ayuda de los demás participantes en el grupo interfamiliar el fortalecimiento o debilitamiento de determinadas coaliciones dentro de cada familia. También tendrá en cuenta la tendencia a crear alianzas/coaliciones entre pares de los diferentes subsistemas familiares (ejemplo, padres con padres contra hijos, o viceversa), dará valor al análisis que de ello hace y buscará la colaboración del grupo en crear fronteras permeables entre las diferentes familias.

- Incluir en el abordaje familiar a las personas consideradas *significativas* por los miembros de la familia, siguiendo la idea de James Framo (1996) que consideraba este factor imprescindible para el éxito terapéutico. El contexto de TIF está abierto a todos aquellas personas que la familia decidan libremente que les acompañen.

En la TIF incluimos las estrategias señaladas por Minuchin (1977) en el abordaje terapéutico de la familia con el fin de construir nuevas narrativas individuales y familiares alternativas:

  - *Cuestionamiento del síntoma.* El síntoma por el que la familia consulta (puesto en un "paciente identificado") se entiende como una "solución protectora" –y errónea- destinada al mantenimiento del equilibrio (*homeostasis*) familiar. Es

por ello un paso esencial redefinir la visión que la familia tiene del problema (buscar nuevas narrativas alternativas). El terapeuta, junto al resto del grupo interfamiliar, cuestionan la definición del problema y el modo en que la familia reacciona frente a éste (reframing o reencuadramiento antes señalado).

- *Cuestionamiento de la estructura familiar*: Poner de manifiesto alianzas, coaliciones, conflictos y su desviación hacia terceros (triangulaciones), fronteras demasiado rígidas y/o difusas, descubrir la función del síntoma en la solución de conflictos… El fin último es romper el equilibrio precario de la familia de modo que se produzca una recalibración.
- *Cuestionamiento de la realidad familiar*. Cuando los miembros de la familia son capaces de alcanzar un cambio en la visión de la realidad a través de las nuevas narrativas que pueden adquirir dentro del espacio grupal, de manera que cuando pueden verse a sí mismos y a los demás de una manera nueva, entonces sobreviene un reordenamiento estructural y aparecen posibilidades nuevas de acción.

5.1.1.2.5. TIF y terapia social.

"La persona es esencialmente una estructura social
y surge en la experiencia social"
(Mead, 1982:172).

Introducción

Con frecuencia la psicología y la literatura científica han tratado al ser humano como si fuera un ente aislado y han dedicado escaso valor al abordaje del entorno social, de manera que los encuadres terapéuticos hasta ahora mayoritariamente seguidos se ocupaban de contextos más restringidos como el individual o familiar. Sin embargo, el individuo no gira dentro de sí mismo como ser indivisible y autosuficiente, ni tampoco circunscrito exclusivamente a la interacción con su familia, sino que está en diálogo permanente con el mundo, de manera que individuo y sociedad se hallan íntimamente interrelacionados y comunicados y, por tanto, en influencia mutua.

Los líderes tribales y religiosos ya se servían del entramado social para promover curaciones y cambios de conducta mucho antes de que existieran los profesionales de la salud mental. Los primitivos ritos chamánicos, las tragedias griegas y las obras de teatro medievales de carácter moralizante apuntan también en esa dirección. En este sentido Freud afirmaba en su obra "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921) que "*desde el principio la psicología individual es, al mismo tiempo, también psicología social*" y Pichon-Rivière (cit. en Zamanillo, 2008) que "*toda psicología, en un sentido estricto, es psicología social"* y por ello mismo cualquier abordaje terapéutico debe tener en cuenta el marco social de la persona.

La *Psicología social* es la disciplina científica que busca entender la naturaleza de las causas del comportamiento y del pensamiento individual en situaciones sociales, es decir, se pregunta por lo que psíquicamente se desarrolla en las formas y normas de convivencia a través del *aprendizaje social*[37]. La psicología social ha ido adoptando cada vez más una perspectiva multicultural, que presta atención al papel de la cultura y la diversidad humana

[37] Este aprendizaje social puede consistir en el condicionamiento clásico, el condicionamiento instrumental, el aprendizaje observacional o en base de la comparación social (Baron y Byrne, 2011)

como factores que influyen en el comportamiento y pensamiento sociales (Baron y Byrne, 2011).

Diversos autores han estudiado la trascendencia del marco social en el psiquismo humano. Bateson señala que "*todo tiene su raíz en lo que ocurre entre las personas, no en tal o cual cosa presuntamente situada dentro de una persona"* (1980: 117-119). Zamanillo (2008) entiende que toda la conducta de los individuos es un vínculo con otros, una relación interpersonal. Para Todorov (1995) la vida en sociedad no es una elección; somos siempre sociales, y nos interesa no sólo entender el lugar que el hombre ocupa en la sociedad sino, sobre todo, el lugar que la sociedad ocupa en el hombre al que atendemos. Rousseau formuló la concepción del hombre como un "*ser que necesita de los otros, lo cual significa que tenemos una necesidad imperiosa de los otros, no para satisfacer nuestra vanidad sino porque marcados por una incompletude original les debemos nuestra existencia misma"* (1995:51). Smith (citado en Zamanillo, 2008) sigue a Rousseau y reafirma la importancia de la sociabilidad al señalar que la *ausencia de consideración* es el peor de todos los males que podamos sufrir y que la *necesidad de ser mirado* es la verdad de todas las necesidades y lo que mueve a las personas. Hegel (citado en Zamanillo, 2008) habla del *deseo de reconocimiento* como motor del lucha del ser humano y que sólo un grupo social en el que mantengamos relaciones con los otros y reconocimiento puede conseguir confirmarnos.

El aprendizaje social en la TIF

El ser humano está en constante *aprendizaje social*, proceso por el cual adquirimos nuestras actitudes en el mundo a partir de los otros así como nuestra *identidad social* –la manera en que nos conceptualizamos y evaluamos a nosotros mismos (Deaux, cit. en Baron y Byrne, 2011)-. La identidad social comprende muchas características únicas -como el autoconcepto[38]- y otras que compartimos con los demás (género, raza, profesión, aficiones, religión…) y está íntimamente relacionado con nuestra *autoestima*, es decir, nuestra autoevaluación como resultado de los procesos de aprendizaje y comparación social.

El grupo interfamiliar es un espacio privilegiado para el abordaje sociopsicológico de la persona, pues brinda la posibilidad de analizar y elaborar "in vivo" la interacción de cada

[38] ***Autoconcepto**:* colección organizada de creencias y autopercepciones sobre sí.

participante dentro de un marco social formado –más allá de por su propia familia- por el conjunto de las otras familias participantes de la terapia. A través del proceso terapéutico interfamiliar podremos descubrir las distorsiones y errores que sobre nuestro entorno social hemos ido construyendo -definidos como *errores de atribución*[39] - así como corregirlos o minimizarlos en una oportunidad excepcional de reaprendizaje social.

El proceso de aprendizaje social intrínseco a la TIF amplía nuestra cognición social a través de incidir, entre otros, en los siguientes aspectos (Baron y Byrne, 2011):

- Los *prejuicios y estereotipos*. Tendemos a dividir el mundo en *nosotros* y *ellos* y a ver a nuestro grupo de manera más favorable que a los otros. A través de los prejuicios reforzamos nuestra autoimagen y afirmamos nuestra autoconfianza y sentimiento de superioridad en varios aspectos. El grupo interfamiliar realiza una tarea continua de desenmascaramiento de los *estereotipos implícitos*, es decir, de las creencias que no reconocemos que influyen en nuestro comportamiento (ejemplo, raciales) pero que, una vez activados, influyen en nuestros pensamientos y decisiones e incluso en nuestros comportamientos manifiestos hacia quienes se refieren los estereotipos.
- El *sesgo de correspondencia*. Hace referencia a nuestra fuerte tendencia a atribuir el comportamiento de los otros a causas internas incluso cuando están presentes fuertes factores externos que pueden estar influyendo en el comportamiento. Para reducir este error el grupo nos impulsa a ponernos en la piel de la persona cuyo comportamiento se explica, para así poner de manifiesto que desde su perspectiva existen muchos factores externos que juegan un papel determinante en su comportamiento.
- El *efecto actor-observador*: tendencia a atribuir nuestro propio comportamiento a causas externas y el de los otros a causas internas, lo cual nos lleva a generalizaciones falsas sobre los otros.

[39] ***Errores de Atribución***: fallas en el proceso a través del cual buscamos identificar las causas del comportamiento de los otros y así obtener conocimiento sobre sus rasgos estables y disposiciones. Están relacionados con nuestra propia limitación cognitiva social y nuestra tendencia a la economía de esfuerzo mental y el uso de heurísticos - reglas simples para tomar decisiones complejas o hacer inferencias de manera rápida y aparentemente sin esfuerzo acerca de los otros (Baron y Byrne, 2011)- a la hora de pensar en las otras personas.

- *Sesgo hacia lo negativo*: la tendencia a prestar mayor atención a la información negativa que nos llega del entorno y a obviar lo positivo.
- *Efectos de congruencia con el estado de ánimo*: nuestra tendencia a almacenar o recordar a información positiva cuando nos hallamos en un estado de ánimo positivo y de almacenar o recordar la información negativa cuando nuestro estado de ánimo es negativo (este último aspecto es especialmente dramático en progenitores que sólo rescatan aspectos negativos de sus hijos).
- *Ilusión de la homogeneidad de los demás (exogrupo).* Tendemos a generalizar y uniformizar diversas cualidades y aspectos de las personas que están fuera de nuestro grupo cercano (endogrupo).

Las distorsiones en la atribución nos convierten en personas prejuiciadas con tendencia a vivir en un mundo de miedo e ira, limitados por el temor ante los otros grupos sociales. El prejuicio reduce las posibilidades de disfrutar de las actividades cotidianas y de la vida en general. Ante ello, los psicólogos sociales se preguntan: ¿se puede reducir el prejuicio si aumenta de alguna manera el grado de contacto entre los diferentes grupos? La respuesta afirmativa se conoce como la *hipótesis del contacto (*Baron y Byrne, 2011), basada en tres puntos:

1. *El contacto mayor entre personas de uno y otro grupo conduce al reconocimiento cada vez mayor de semejanzas entre ambos.*
2. *Percibir similitud favorece la atracción mutua.*
3. *Un contacto mayor contrarresta la ilusión de la homogeneidad del exogrupo.*

La TIF se enfoca en base a esta hipótesis como un modelo capaz de integrar la terapia social dentro de un marco terapéutico grupal en el que simultáneamente se producen efectos de la terapia individual y familiar. De esta manera, la TIF va más allá de las temáticas propias del individuo o de la familia e integra situaciones inherentes al marco social, incluyendo temáticas de crisis económicas o bélicas, festividades, tensiones sociales o políticas, marginación de grupos sociales y otras que son abordadas de forma continua como parte de la realidad que las familias aportan. Cada individuo participante, y cada familia, descubren a través de personas de otras razas, religiones y culturas, orientaciones sexuales, intereses

políticos, filosofías de vida… que forman parte de un mundo plural en el que pueden coexistir en un clima de respeto y aprendizaje mutuo.

A similares conclusiones llegan García Badaracco (2000), quien se refiere al grupo multifamiliar como una "*microsociedad*" donde -a modo de laboratorio- puede ser llevado a cabo el proceso terapéutico; Yalom (1995) que señala que el contexto grupal –aunque no se refiere a grupos multifamiliares- puede considerarse como un "*microcosmos social"* que ofrece muchas más oportunidades para la génesis de experiencias emocionales correctivas ya que contiene una gran cantidad de tensiones intrínsecas así como múltiples situaciones interpersonales y *feedbacks* que favorecen la experiencia emocional correctiva; Thorington (citado en Foster, 1994b), quien refiere que de entre todas las modalidades terapéuticas, el grupo multifamiliar es el que más similitud guarda con la sociedad ya que la otras familias presentes en el grupo multifamiliar representan la "*sociedad externa*"; y Patrick de Mare (1972), que describe que los *mitos sociales* (el inconsciente colectivo de Jung, 2002) pueden ser abordados y analizados en grupos con numerosos componentes -los "grupos grandes"-.

Red y apoyo social en la TIF

El sistema significativo de la persona no se limita a la familia nuclear o extensa, sino que incluyen a todo su conjunto de vínculos interpersonales: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales. En palabras de Sluzki (1998), la incorporación de la dimensión "*red social*[40]*"* repercute en tres aspectos de la intervención clínica, las cuales también son consustanciales a la TIF:

- *Descriptivo*: nos permite observar procesos adicionales que hasta ahora eran simplemente no reconocidos.
- *Explicativo:* nos facilita el desarrollo de nuevas hipótesis acerca de qué variables pueden haber contribuido a desencadenar, originar o mitigar los diversos problemas

[40] **Red social significativa** o **red social personal**: El concepto de red social fue desarrollado por autores como Kurt Lewin -quien en su "*teoría de campo*" incluye las relaciones sociales informales-, Jacob Moreno -que propone "la *psicología geográfica*" y el "*sociograma*", un mapa de la red de relaciones. en grupos y comunidades- y las experiencias de Speck y Attneave -que incorporaron en la intervención en crisis a la familia y la red informal de relaciones sociales-. Sluzky define la red social como *"la suma de todas las relaciones que una persona percibe como significativas (…) la red corresponde al nicho interpersonal de la persona y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí mismo. Constituye una de las claves centrales de la experiencia de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis"* (Sluzki., 1996).

(y soluciones), derrotas (y triunfos) y conflictos (y resoluciones) que constituyen la base de la práctica clínica.

- *Terapéutico:* nos orienta en términos de sugerirnos nuevas intervenciones transformativas.

Siguiendo a Sluzki, el intercambio interpersonal entre los miembros de la red social cumple las funciones de ofrecer compañía social, dar apoyo emocional, servir como guía cognitiva y fuente de consejos, ofrecer regulación social, ayuda material y de servicios así como acceso a nuevos contactos sociales, aspectos todos ellos que pueden ser abordados en la complejidad del grupo interfamiliar y que son básicos en el proceso terapéutico. Diversos estudios clínicos y experimentales acerca de los efectos fisiológicos y psicológicos del contacto social evidencian la correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud física y mental, reduciendo el impacto del estrés tanto natural como experimental (Sluzki, 1998).

El "*apoyo social*" es la base de múltiples grupos de autogestión y autoayuda para personas que padecen trastornos físicos o emocionales y la "*integración social*" y la "*rehabilitación social"* los objetivos de numerosos programas de prevención terciaria para personas con trastornos psiquiátricos.

La TIF se diseña como un modelo de terapia que permite la inclusión de la red social de sus miembros a la vez que provee, reestructura y amplía dicha red. Los procesos de red se producen en el espacio interpersonal y están multideterminados por procesos macro y microsociales. La complejidad conceptual de estos procesos se resuelve con la incorporación del metamodelo construccionista a la TIF, centrado en narrativas, pues entiende que la red social contiene, sostiene y es generada por las narrativas que constituyen la identidad de sus miembros. Estar presentes en la vida de los otros constituye un proceso sin fin de construcción del self y de los otros-en-relación así como de reconstrucción del pasado, del presente y del futuro individual y colectivo de sus miembros. Los participantes en la TIF encuentran su lugar en la red social incluida en el grupo interfamiliar, incorporando en el curso de este proceso reconstructivo una visión "macro" que incluye las variables históricas, culturales, socioeconómicas y políticas que contextualizan y afectan la cotidianidad temática y pragmática de todos los participantes.

Esta red actúa terapéuticamente de la siguiente manera:

- *Las relaciones sociales contribuyen a proveer sentido a la vida de sus miembros, pues favorecen una organización de la identidad a través de la mirada y las acciones de los otros.*
- *La red provee una retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud que favorece los comportamientos correctivos.*
- *La red social favorece actividades personales que se asocian a mejorar la calidad de vida (dietas, ejercicio, rutinas, cuidados de salud…)*

Por otro lado, la TIF contribuye a la creación de *redes sociales externas* -fuera del espacio grupal- a través de las conexiones que se entretejen entre sus miembros. Las familias encuentran apoyo en otras familias que viven situaciones similares, con las que se sienten acompañadas y apoyadas y ante las cuales se muestran tal y como son, sin pudor ante las vivencias compartidas. Las familias se acompañan así en situaciones tanto placenteras como dolorosas fuera del espacio grupal, siendo frecuente que los miembros de una familia acompañen a los miembros de otras en fiestas y eventos sociales, pero también en consultas médicas, intervenciones en crisis o en cualquier otra situación cotidiana. La red de conexiones sociales que la TIF provee a las familias a menudo aisladas es central en el proceso de cambio de sus dinámicas y del comportamiento de sus miembros.

El ”saber popular”

"La grandeza de un hombre está en saber
reconocer su propia pequeñez".
Blaise Pascal

El grupo interfamiliar, como grupo social, puede ser visto como un receptáculo donde tienen cabida todas las personas –de cualquier origen socio-cultural y generacional- dispuestas a compartir su particular filosofía de vida, espiritualidad y experiencias personales. El grupo interfamiliar funciona así como una inagotable fuente de saber popular –y de sentido común- que se manifiesta en forma de narrativas a menudo recogidas en las obras más populares de autoayuda.

Basándonos en algunos de los clásicos libros de autoayuda[41] recogidos por Tom Butler-Bowdon en su obra "Cincuenta Clásicos de Autoayuda" (2014), señalamos algunas ideas que –con iguales o similares palabras- a menudo resuenan dentro de los grupos interfamiliares según :

- *Ralph Waldo Emerson* ("*Confía en ti mismo"*, 1841), considerado el antecesor de todos los escritores actuales de autoayuda, fundamenta su filosofía en huir del conformismo "idiotizante" y descubrir y recorrer el camino de la "unicidad": "Insiste en ti mismo, no imites jamás".

- *Samuel Smiles* ("*Autoayuda*", 1859). "Autoayuda" fue publicado en el mismo año que "El origen de las especies" de Darwin. Mientras que Darwin dibujó una representación de cómo una mejor adaptación al ambiente define la vida, Smiles entregó al mundo una obra que todavía sigue inspirando a sucesivos autores acerca de cómo las personas esculpen sus vidas gracias a una férrea voluntad. Aboga porque no es tanto un talento excepcional lo que se requiere para asegurar el éxito de cualquier misión, sino más bien un propósito; y no solamente el poder de lograrlo, sino sobre todo la voluntad de trabajar enérgica y perseverantemente. Para Smiles, la fuerza de voluntad es el poder más fundamental del carácter de un hombre, hasta el punto que sentencia que el hombre entero se define por su voluntad.

- *Steve Andreas* y *Charles Faulkner* ("*La PNL*[42]*: la nueva tecnología del éxito*", 1994). Se basan en la idea de que si una persona es capaz de hacer algo, entonces cualquiera puede aprender a hacerlo y, por tanto, el grupo aporta testimonios "in vivo" en los que podemos inspirarnos para obtener resultados similares. Juntos descubrimos que las personas ya poseemos todos los recursos que se necesitan, siendo a partir de ahí que podemos construir nuevas pautas mentales destinadas a producir los resultados deseados. La PNL nos aleja de pensamientos tales como "es

[41] El libro de Butler-Bowdon considera también como autoayuda libros de espiritualidad y religiosos tales como la Biblia y textos hinduistas y budistas.

[42] **PNL (Programación Neuro-Lingüística)**: disciplina de desarrollo personal y psicoterapia creada por Richard Bandler y John Grinder en California (Estados Unidos) en la década de 1970, basada en la conexión entre los procesos neurológicos («neuro»), el lenguaje («lingüística») y los patrones de comportamiento aprendidos a través de la experiencia («programación»). La intervención consiste en cambiar estos patrones para lograr objetivos específicos en la vida (Jaruffle y Pomares, 2011)

esto o es lo otro", con frases como: "*si tienes sólo una manera de hacer algo, es que eres un robot; si sólo tienes dos maneras de hacer algo, estás en un dilema; necesitas al menos tres maneras de hacer algo antes de poder considerarte verdaderamente flexible*".

- *Martha Beck* ("*Encuentre su propia estrella polar*", 2003) nos recuerda que la clave para encontrar el camino correcto consiste en reconocer la diferencia entre el yo esencial y el yo social, señalando que cuando nos dejamos llevar por el yo social y desatendemos el yo esencial dejamos de vivir una vida plena.
- *La Bhágavad-guita* es un texto sagrado hinduista (sin fecha de datación) que relata la conversación entre un hombre joven y Dios en el que se llama a la mente racional a escoger la acción intencionada por encima de la automaticidad de una vida dirigida por el deseo. Entiende que la persona iluminada permanece inmutada frente al éxito y al fracaso.
- La *Biblia* nos recuerda que el poder del amor y el poder de la fe son más fuertes que el rango o el poder. La Biblia está repleta de mensajes sencillos de compasión, plenitud humana y refinamiento que constituyen un decálogo de transformación humana.
- *Alain de Botton* ("*Como cambiar tu vida con Proust"*, 1997): nos alienta a concentrarnos en nuestra mayor pasión o amor y vivir de acuerdo con esta pasión.
- *Richard Carlson* ("*No te ahogues en un vaso de agua*",1997) nos anima a elegir el camino de menor resistencia
- *Dale Carnegie ("Como ganar amigos e influir sobre las personas*", 1936) destaca 27 principios para influir sobre las personas, resumidos en "apreciarlas y respetarlas de verdad". Destacamos algunos que, sin duda, todos los terapeutas grupales deberíamos tener en cuenta: "valorar honesta y sinceramente a los colaboradores", "interesarse genuinamente por los demás"; "no decir nunca "te equivocas" y "si te equivocas tú, admítelo rápida y claramente", "dejar que la otra persona hable mucho", "recordar que el nombre de una persona es para esa persona el sonido más dulce e importante de todos los idiomas."
- *Deepak Chopra ("Las siete leyes espirituales del éxito"*, 1994) aspira a transformar la idea del éxito: de creer que "éxito" significa ser dueño del universo

a comprender que el verdadero éxito consiste en alcanzar la unidad con el universo. Apela para ello a diversas leyes espirituales entre las que destacan la "*ley de la generosidad*": "cuanto más das, tanto más recibes"; La "*ley del mínimo esfuerzo*": "la naturaleza del ser humano consiste en convertir sus sueños en realidad"; la "*ley del desapego*": "puedes tener intenciones pero tienes que renunciar a desear que se realicen antes del momento oportuno" y al principio védico[43] sobre la *economía del esfuerzo*: "haz menos y logra más". El primer paso es practicar la aceptación y el segundo el practicar la no defensa, puesto que si estamos defendiendo continuamente nuestro punto de vista o nos dedicamos a criticar a los demás, no podemos estar abiertos ante las alternativas que nos esperan.

- *Paulo Coelho ("El alquimista"*, 1993) sugiere que la mayor de las mentiras es que no podemos controlar nuestro destino: "Cuando quieres algo, el universo entero conspira para que lo obtengas".

- *Stephen Covey ("Los siete hábitos de la gente altamente efectiva"*, 1989) argumenta que "hay de sobra para todos, así que el éxito de una persona no se logra a costa de excluir del éxito a los demás". La victoria privada debe venir antes de la victoria pública, siendo la verdadera grandeza el resultado de un lento desarrollo del carácter a lo largo del tiempo: "Siembra un pensamiento y cosecharás acción; siembra una acción y cosecharás una costumbre; siembra un costumbre y cosecharás un carácter; siembra un carácter y cosecharás un destino". Según Covey no tenemos que vivir según los guiones que nos ha dado la familia o la sociedad ("ser vividos") sino que podemos aceptar la plena responsabilidad de nuestra vida tal y como nuestra conciencia nos dice que debería ser vivida ("vivir"). Ya no somos una máquina reactiva, sino una persona proactiva que intenta comprender para luego ser comprendido: "sin empatía no existe influencia". La escucha auténtica proporciona una dosis de aire fresco psicológico a la otra persona y abre una ventana hacia su alma. Nos proporciona los instrumentos para cambiar las cosas pequeñas y aprender así a transformar las grandes.

- *Mihaly Csikszentmihalyi ("Flui*r", 1990) señala que las personas que se encuentran en el estado de "fluir" sienten que están empeñadas en el desarrollo creativo de algo

[43] Vedas: escrituras sagradas de Hinduismo.

mayor que ellos; los atletas lo llaman “estar en la zona”, los místicos “éxtasis” y los artistas “rapto”. Fluir es “parar de pensar y simplemente actuar”.

- *Dalai Lama y Howard Cutler (“El arte de la felicidad”*, 1998). El Dalai Lama sentencia: “*creo que la manera correcta de utilizar el tiempo es la siguiente: si puedes, sirve a los demás seres sintientes. Si no puedes, por lo menos evita perjudicarlos. Esa es la base de toda mi filosofía”*. La felicidad no es ningún lujo, sino el propósito mismo de nuestras existencias y existe un camino concreto que nos lleva a ella. La verdadera fuente de la felicidad es el control sobre nuestra conciencia. No debe confundirse la felicidad con el placer. El placer pertenece a los sentidos y puede parecerse a la felicidad, pero le falta el significado; la felicidad en cambio brota del significado, es estable y persistente. El placer es un plus en la vida mientras que la felicidad es un deber. La felicidad se desarrolla a lo largo del tiempo si tomamos la decisión de dedicar al estudio y a la práctica de la felicidad el mismo esfuerzo y determinación que le entregamos al éxito mundano. Debemos intentar eliminar las emociones negativas, especialmente la ira y el odio, y sustituirlas por la tolerancia y la paciencia.

- El *Dhammapada* (las enseñanzas de Buda, sin fecha de datación). Frente al Nuevo Testamento que tiene la energía de un hombre joven que quiere transformar el mundo, el Dhammapada tiene la sabiduría, serenidad y paciencia de un hombre mayor. Trata el “no apegarse”, porque quien no se apega, no tiene sufrimiento ni miedo. Por medio de la atención, el autocontrol y la maestría sobre sí mismo, el sabio se convierte en una isla que las inundaciones no pueden anegar. El Dhammapada señala afirmaciones fundamentales que tienen implicaciones para cada aspecto de la vida y de las relaciones humanas:
    - “Porque el odio no es vencido por el odio: el odio es vencido por el amor. Esta es una ley eterna”.
    - “Domina la ira con la ausencia de ira, domina el mal con el bien. Vence al avaro siendo generoso, vence al mentiroso con la verdad”.
    - Promulga que “aceptemos las críticas como un aspecto de la vida, ya que desacreditan al que se calla, desacreditan al que habla mucho, desacreditan incluso al que habla con moderación. No hay nadie en el mundo que no se sea desacreditado” y “nunca podrás agradar a todos.”

  - Lo importante es concentrarse en tu trabajo y tu integridad: no depender de la opinión de los demás.
  - Las famosas cuatro verdades centrales del Budismo son la receta para acabar con el sufrimiento: *"la infelicidad o el sufrimiento son estados condicionados; que tienen una causa; que tienen un final; y la manera de acabar con ellos es por medio de la práctica del noble óctuplo sendero hacia el nirvana*". Siendo el nirvana la extinción: extinción de las aflicciones, de la codicia, del odio, de la vanidad, de la falsa ilusión, de la duda y de las opiniones arbitrarias.

- *Wayne Dyer* ("*Magia auténtica"*, 1992) se refiere a la verdadera magia como una verdad paradójica: cualquiera puede convertirse en mago, un hacedor de milagros en su vida cotidiana.

- *Viktor Frankl* ("*El hombre en busca de sentido*", 1959) nos recuerda que el sentido de la vida es el significado que tú decides darle. Incluso en las circunstancias más terribles las personas siguen teniendo la libertad de elegir cómo interpretan sus circunstancias y de crear un sentido a partir de ellas.

- *Daniel Goleman* ("*La inteligencia emocional"*, 1995). El concepto de inteligencia emocional fue aportado por Peter Salovey pero popularizado por Goleman. Parte de la idea de que la vida emocional es un dominio que, al igual que la matemática o la lectura, puede ser manejado con mayor o menor habilidad y que requiere un conjunto específico de conocimientos. Siguiendo la frase de Aristóteles: *"sabían cómo utilizar sus emociones en lugar de dejar que las emociones los utilizaran a ellos"*, considera que la persona realmente exitosa es aquella que alcanza la maestría en el manejo de sus propias emociones. Goleman señala como elementos fundamentales para la inteligencia emocional el *control de impulsos* –que considera la base de la voluntad y del carácter- y la *compasión* -activada por la habilidad de apreciar los sentimientos y pensamientos ajenos- así como la importancia del poder del *pensamiento positivo*.

- *Louise Hay* ("*Usted puede sanar su vida"*, 1984). En esencia viene a decir que nuestra vida empezará a cambiar sólo cuando aprendamos a querernos a nosotros mismos como es debido. Su libro ofrece un mensaje de amor no juzgante y de apoyo incondicional, que escapa del victimismo y disuelve los sentimientos de culpabilidad, un proceso que ella considera mentalmente liberador y físicamente curativo ("deja ya de criticarte a ti mismo"). Opina que la incapacidad de perdonar

es la causa de todas las enfermedades y que amarnos a nosotros mismos genuinamente –no en sentido narcisista- es la base para cualquier autocuración.

- *James Hillman* (*"El código del alma"*, 1996) propone que toda persona lleva en su vida interior un núcleo activo de verdad o una imagen que esperan ser vividos., lo que se correspondería con el "daimon" griego y el "genius" romano, que describen la fuerza invisible que nos guía a través de la vida.

- *Susan Jeffers* (*"Aunque tenga miedo, hágalo igual"*, 1987) explica que la presencia del miedo es un indicador de que estamos creciendo y aceptando los desafíos de la vida. Entiende que el miedo no es un problema psicológico sino un problema de educación y que debemos reeducarnos a nosotros mismos para aceptar que el miedo es una parte necesaria del crecimiento y que debemos seguir adelante.

- *Ellen Langer* (*"La mente creativa: perspectivas sobre el envejecimiento, la memoria y la salud*", 1989) investigó sobre la lucidez mental o plena conciencia, sugiriendo que una persona plenamente consciente tiene como características su apertura ante la información novedosa, conciencia de varias perspectivas, atención al proceso antes que al resultado y confianza en la intuición. Resalta que lo más sorprendente de la plena conciencia y de la intuición es que las dos requieren un esfuerzo pequeño y que la persona plenamente consciente seguirá lo que funciona, aunque parezca no tener sentido. En esencia, la plena conciencia tiene que ver con la preservación de nuestra individualidad.

- *Lao Tzu* (*"Tao te Ching"*, siglos V-III a.c). La idea del Tao[44] es que cuanto más nos armonizamos con él, nuestras acciones dejan de parecer acciones, porque todo fluye. Propone que simplifiquemos nuestra vida y la hagamos más efectiva armonizándola con el flujo natural del universo.

- *Abraham Maslow* ("*Motivación y personalidad"*, 1954) infiere que la plena salud mental no consiste en la ausencia de neurosis sino en la realización de nuestro potencial. Maslow fundó junto con Rollo May y Carl Rogers la "tercera fuerza", la rama humanística de la psicología. Su trabajo fue esencialmente una reacción en contra del conductismo, que reducía las personas a sus componentes mecánicos, y

[44] Tao: (del chino "simplificado". Puede traducirse literalmente por 'el camino', 'la vía', o también por 'el método' o 'la doctrina'. En el taoísmo se refiere a la esencia primordial del universo. Es el orden natural de la existencia, que en realidad no puede ser nombrado, en contraste con las incontables cosas "nombrables" en las que se manifiesta (Watts, 2006)

en contra del psicoanálisis freudiano, que nos imaginaba dominados por impulsos subterráneos. Maslow nos vio como personas completas, con posibilidades ilimitadas de crecimiento a través de lo que denominó "autoactualización". Creía que sólo una pequeña parte de la población estaba "autoactualizada", pero que esos pocos podían cambiar la cultura entera.

- *Philip Mcgraw* ("*Estrategias para el éxito"*, 1999) sigue el proverbio chino que dice "el principio de la sabiduría es llamar las cosas por su nombre". Entiende que el miedo número uno de la gente es ser rechazado y la necesidad número uno de la gente es la aceptación. Apela a ser responsable de la vida de uno mismo, a dejar de ser una víctima y a empezar a ser responsable por los resultados y las situaciones de la vida de uno mismo: "tienes que ser superrealista y ver las cosas como son, no como te gustaría que fuesen". Tenemos que aprender que al mundo no le interesan en absoluto los pensamientos que no se traducen en acciones y que no existe la realidad, sino solamente la percepción de esa realidad.

- *Joseph Murphy* ("*El poder de la mente"*, 1963) promulga que todo lo que tenemos impreso en la mente subconsciente se expresa en la pantalla del espacio. Esa misma verdad fue proclamada por Moisés, Isaías, Jesús, Buda, Zoroastro, Lao Tze y por todos los visionarios iluminados de la historia: "todo lo que sentimos como subjetivamente verdadero se expresa como condiciones, experiencias y acontecimientos". Por tanto, si comprendemos cómo funciona la mente subconsciente, podemos aprender cómo los sueños se convierten en realidad. Para que el subconsciente logre sus fines necesita de la emoción ya que cuando un pensamiento se convierte en sentimiento y la imaginación se vuelve deseo, nos traerá lo que queremos rápida y abundantemente. La ley de la mente es la ley de la fe: lo que creemos nos hace ser lo que somos, hasta el punto de que el poder de la sugestión y de aceptación de la mente subconsciente es lo que cura.

- *Norman Vincent Peale* ("*El poder del pensamiento positivo*", 1952) propone la fe como el único poder ante el cual el miedo nada puede, de manera que si dominamos la fe, automáticamente dominaremos el miedo. Por tanto, podemos lograr cualquier cosa si tenemos fe.

- *Carol Pearson* ("*El héroe interior"*, 1986) parte de la idea de que cada uno de nosotros tiene la tendencia a pensar y actuar de acuerdo con unos patrones o

arquetipos. Si nos hacemos conscientes de su poder, entonces los podremos usar en nuestro favor.

- *Scott Peck* (“*Pensamientos del caminante*”, 1978) propone que una vez que hayamos admitido que la vida es difícil y hayamos aceptado nuestra responsabilidad, entonces podremos elegir mejor. De hecho, su libro funciona en base a la premisa: “una vez que conozcamos lo peor, estaremos capacitados para ver lo que hay más allá”. Considera que la gran tarea de nuestros días consiste en la reconciliación entre la visión científica y la espiritual y apela a la disciplina: “sin disciplina no podemos resolver nada; con un poco de disciplina podremos solucionar unos pocos problemas; con una disciplina total podremos solucionar todos los problemas”. Una persona capaz de retrasar la gratificación tiene la llave hacia la madurez psicológica, mientras que la impulsividad crea la neurosis. Por tanto, refiere que la mayoría de los grandes problemas que sufrimos son el resultado de no haber encarado problemas anteriores de menor importancia y de no haber sabido estar a la altura de la verdad, siendo el gran error el creer que los problemas desaparecerán por sí solos.

- *Ayn Rand* (“*La rebelión del Atlas*”, 1957) nos anima a atrevernos a pensar y no malgastar la única facultad que nos hace diferentes a los demás animales: la razón. Señala que la mayoría de la gente no quiere realmente vivir, sino “ir tirando”, siendo el peor tipo de ser humano aquel que no tiene un propósito en la vida.

- *Florence Scovell Shinn* (“*El juego de la vida y cómo jugarlo*”, 1921) nos recuerda que la mayoría de la gente cree que la vida es una lucha, pero no es una lucha sino un juego. Si pensamos en la vida como en un juego, estaremos motivados para aprenderlo y para aplicar las reglas de nuestra propia felicidad.

- *Martin Seligman* (“*Aprenda optimismo*”, 1991). Abanderado de la psicología positiva, Seligman propone el cultivo de una mentalidad optimista como forma de incrementar significativamente nuestras posibilidades de salud, riqueza y felicidad. Frente al pensamiento convencional que dice que el éxito crea el optimismo, Seligman pone de manifiesto lo contario: a la larga es el optimismo lo que suele provocar el éxito.

Podríamos señalar muchos otros textos que, a buen seguro, enriquecerían las narrativas del grupo. Pero la experiencia nos dice que la sabiduría popular aparece espontáneamente en

los grupos a través del diálogo entre las personas, fruto de la intuición y de la experiencia personal de cada uno de nosotros.

5.1.1.2.6. TIF e integración terapéutica.

"En la unión está la fuerza"
Simón Bolivar

Introducción

La multiplicidad de visiones acerca de la salud y enfermedad mental y su abordaje terapéutico ha promovido la aparición de numerosas escuelas y modelos terapéuticos, en lo que clásicamente se ha comparado con una "*Torre de Babel*" de las psicoterapias (Versen y Sledge, 2002). Se habla de más de trescientos tipos de psicoterapia que se sustentan en una base teórica y que han demostrado eficacia terapéutica. Como respuesta a esta multiplicidad de métodos y la constatación de que no hay datos que avalen la existencia de resultados diferenciales entre distintos abordajes terapéuticos que en las últimas décadas vienen surgiendo numerosos movimientos de integración de modelos (Norcross y Arkowitz, 1992).

La TIF no se adscribe a una corriente concreta, sino que siguiendo los principios construccionistas entiende que todas las teorías pueden ser útiles y que ninguna tiene la verdad absoluta. Por lo tanto, el terapeuta en TIF actúa de forma neutral, sin imponer su propia cultura sobre los participantes, haciendo uso de sus conocimientos en terapia grupal y terapia familiar como bases para la conducción del grupo y la intervención familiar, pero con la posibilidad de incorporar otros conocimientos en otros modelos teóricos para colaborar en el trabajo conjunto con las familias de deconstrucción de las contradicciones que aparecen en el contexto terapéutico. El grupo multifamiliar conducido desde esta visión integradora puede actuar como agente de cambio social que ayuda a sus integrantes a reinterpretar los rasgos de su marco de referencia familiar y sociocultural que pudieran resultar agresivos para ellos o para los demás.

Integración de planos profesionales

Partiendo de esta comprensión del ser humano, la TIF encara el reto de convertirse en el modelo de terapia capaz de reunir e integrar en un mismo contexto diversos agentes terapéuticos, diversos focos de intervención y diversas teorías, a saber:

- Profesionales de *distintas disciplinas* (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores, trabajadores sociales, enfermeros, sociólogos…) y, a su vez, formados en diferentes *marcos teóricos* (dinámicos, vinculares, sistémicos y sociológicos, entre otros)
- Cuatro marcos simultáneos de actuación terapéutica: *individual, familiar, grupal* y social.
- La contribución al proceso terapéutico de los aportes de todas y cada una de los miembros del grupo interfamiliar que actúan activamente como co-terapeutas espontáneos desde sus teorías personales.

La TIF consigue aglutinar en el espacio *multiprofesional y multifamiliar* todos estos recursos terapéuticos a través de su posicionamiento en la conducción desde un modelo construccionista y social que respeta las diferentes miradas y enfoques y que trata de sumar todos sus aportes, evitando que entren en competencia entre ellos. La óptica de las narrativas propuesto por Fernández Liria y Rodríguez Vega (2001) y los principios dialógicos del modelo Open Dialogue (Seikkula y Olson, 2003) nos son especialmente útiles en la gestión del intercambio de secuencias comunicacionales –narrativas- que confluyen en el grupo interfamiliar.

Por otro lado, y en función de su poder integrador y no excluyente, la TIF encuentra inspiración en la *Terapia existencial*[45], cuyo representante más conocido es Yalom y en la *Psicología Positiva* de Seligman.

[45] **Terapia existencial**: Es un enfoque psicoterapéutico que fundamenta su aproximación al ser humano en las propuestas de los filósofos existenciales. Hermana de los enfoques Existencial-Humanistas (como en Enfoque Centrado en la Persona, Logoterapia y Terapia Gestalt), la Psicoterapia Existencial consiste en una profundización en la visión del terapeuta y en una sensibilización hacia los temas existenciales; así como en el desarrollo de una práctica terapéutica especialmente relacional. Aborda los problemas y asuntos que emergen y provocan estrés considerándolos consecuencia de las dificultades encontradas por el hecho de vivir, en vez de indicadores de una enfermedad o de salud mental. La meta de la Psicoterapia Existencial es clarificar y promover la comprensión de la vida tal como cada persona la experimenta. Considera que el poder sanador de la relación terapéutica es extremadamente importante. Desde esta perspectiva, resulta útil

Desde la mirada existencialista, el grupo interfamiliar asume que las fuerzas inconscientes influencian el funcionamiento consciente del ser humano, pero relacionando los conflictos internos de la persona no sólo con los instintos o vivencias traumáticas reprimidos sino también con la confrontación de la persona con los temas existenciales tales como la muerte, la soledad, el sentido de la vida y la libertad (Yalom, 2000).

Mientras que desde la influencia de la psicología positiva, tomamos como punto de partida el principio de Seligman (2003) según el cual *la felicidad es un derecho y un objetivo legítimo de todo ser humano* y subscribimos sus palabras sobre que la psicología históricamente se ha centrado en la enfermedad mental, en lo negativo del ser humano y, aunque con ello ha logrado un notable éxito en el alivio de enfermedades mentales, ha sido a costa de relegar a un segundo plano el desarrollo de las condiciones personales y vitales que hacen que merezca la pena vivir. Es esta una visión muy próxima al concepto de "*virtualidad sana*" de Jorge García Badaracco (2000) y su supuesto de que *los pacientes se curan cuando son vistos como personas y no como pacientes*. El grupo interafamiliar rompe con la división entre pacientes-familiares-profesionales e integra a todos ellos en un plano horizontal de cooperación mutua.

Integración de los planos del ser humano

Quizás uno de los errores conceptuales en el que incurre el campo de la psicología y que da lugar a tan diferentes interpretaciones estriba en el estudiar al ser humano como un ente determinado y aislado de sus variantes sociales y culturales (Bleger, cit. en Zamanillo, 2008). Las consecuencias de esta concepción son las generalizaciones, conclusiones erróneas y perpetuación de los estados sintomáticos. La TIF se nutre de las ideas de Neimeyer (2013) en la compresión de la complejidad del ser humano y la formación de su identidad personal y de sus expresiones sintomáticas como resultado de la conjunción de un modelo amplio de sistemas epigenéticos[46]. Para Neimeyer, los significados y las acciones

entender las diferentes crisis y dilemas cotidianos a partir de las distintas dimensiones en que experimentamos la existencia: Corporal/Física, Social/Emocional, Personal/Intima y Espiritual/Sentido (en http://circuloexistencial.blogspot.com.es/)

[46] **Epigenética**: Estudio de todos aquellos factores no genéticos que intervienen en el desarrollo de un organismo. Comprende el conjunto de reacciones químicas y demás procesos que modifican la actividad del ADN pero sin alterar su secuencia. El término fue acuñado por Conrad Hal Waddington en 1942 para referirse al estudio de las interacciones entre genes y ambiente que se producen en los organismos y que trata

humanas son el resultado de las interacciones que se producen entre una serie de sistemas y subsistemas jerárquicamente estratificados en cuatro niveles para cada persona:

A. El *nivel bio-genético*: incluye los niveles genético, celular y orgánico y explica el posible origen fisiológico de algunos problemas personales. Por ejemplo, un problema tiroideo puede estar relacionado con un trastorno del ánimo.

B. El *nivel agéntico-personal*[47]*:* relacionado con el funcionamiento del organismo como personalidad que posee cierto grado de decisión en la determinación de su propio desarrollo. Las construcciones personales que caracterizan este nivel del ser humano a menudo se originaron durante los primeros años de creación de significado del individuo. Kelly (1991) entiende por ello que el trastorno psicológico es toda construcción que sigue empleándose pese a haber demostrado reiteradamente su inutilidad.

C. El *nivel diádico-relacional:* emerge de las co-acciones entre dos o más individuos o sistemas familiares. En este nivel la atención se dirige a la interacción entre el cliente/paciente y las personas más importantes de su vida actual o pasada, explorándose su capacidad para entablar una relación más profunda y significativa con los demás. Desde la mirada postmoderna se pone un fuerte énfasis en las co-construcciones relacionales de significado, considerándose que no son las personas las que construyen las relaciones, sino las relaciones las que construyen a las personas.

D. El *nivel cultural-lingüístico:* presta especial atención a la dimensión cultural de las dificultades que afectan a la vida de la persona. El amplio sistema de signos, símbolos, creencias, instituciones, reglas y roles que configuran la cultura proporciona un marco de referencia de apoyo dentro del cual las personas construyen su identidad.

---

de descifrar el lenguaje que codifica pequeñas modificaciones químicas capaces de regular la expresión de multitud de genes (Carey, 2013).

[47] **Estado agéntico**: Estado psicológico que explica la obediencia a una autoridad. Frente al estado autónomo, el estado agéntico liga a una persona con un sistema de autoridad mayor al cual obedece sin tener en cuenta sus propios valores. Fue estudiado por el psicólogo Stanley Migram (1963) en la Universidad de Yale en el conocido como Experimento de Milgram. El fin de la prueba era medir la disposición de un participante para obedecer las órdenes de una autoridad aun cuando éstas pudieran entrar en conflicto con su conciencia personal.

Siguiendo este modelo, entendemos que las diferentes estructuras de identidad y síntomas psicológicamente significativos no son el fruto emergente de un determinado nivel aisladamente considerado, sino de las complejas interacciones que tienen lugar entre todos los niveles del sistema global (Anexo 15).

Sin embargo, la mayoría de acciones terapéuticas se restringen a la acción sobre sólo alguno de estos niveles (por ejemplo, la psiquiatría biológica que toma en cuenta esencialmente nivel bio-genético o, por el contrario, ciertas corrientes terapéuticas que se olvidan de los componentes somáticos).

El terapeuta interfamiliar explora y tiene presente en el espacio multifamiliar cada uno de estos niveles (*biológicos, individuales, relacionales y sociales*), integrando todos los planos significativos del ser humano. Y lo hace a través de coordinar las secuencias comunicativas que se establecen en el devenir grupal, con la colaboración más evidente en un inicio de los familiares y personas próximas a cada uno de los integrantes y, posteriormente, del resto de participantes.

5.1.1.3. Bases neurobiológicas de la TIF

"Cuando la psicología descartó la mente, perdió la cabeza"
William James

Introducción

El cerebro humano es quizás la unidad más compleja del universo, conformada por niveles de funcionamiento que apenas empiezan a ser entendidos. La *Neurobiología interpersonal* (NBIP) es un área científica relativamente nueva que emerge de las investigaciones de Siegel (1999, 2006, 2007, 2012), Schore (1994, 2003 a,b, 2012), Louis Cozolino (2006, 2010), Badenoch (2008, 2011), Ogden y cols (2006), Panksepp (2001, 2008), Porges (2007) y Tronick (2006,2007) que han relacionado el funcionamiento cerebral y la experiencia interpersonal, estableciendo que las relaciones interpersonales entre seres humanos afectan a la estructura y funcionamiento de nuestro cerebro.

La NBIP estudia cómo los seres humanos modelan su propio cerebro y el cerebro de los otros a través de sus interacciones, investigando la implicación en ello de la plasticidad neuronal, las neuronas espejo, el sistema nervioso autonómico, la memoria implícita y explícita, la regulación emocional y la relación entre apego y desarrollo cerebral. En base a las investigaciones en NBIP podemos entender como los procesos interpersonales en psicoterapia ayudan al cambio de las funciones cerebrales y su estructura a través de crear una mayor integración neuronal y un apego más seguro. Las investigaciones en NBIP convierten a la terapia de grupo en un marco de investigación privilegiado por ser el único contexto terapéutico que puede desencadenar, amplificar, contener y proveer resonancia para un amplio rango de experiencias humanas en el que se crean las condiciones ideales para producir cambios en nuestro sistema cerebral (Gantt y Badenoch, 2013). Por tanto, desde la perspectiva de la NBIP, la terapia grupal –donde se incluye la TIF- podría ser más potente que la terapia individual o unifamiliar en la consecución de cambios neurológicos y por tanto una elección terapéutica lógica.

Siegel (2013) propone "el triángulo del bienestar" como base en la que radica el cambio. Según Siegel este triángulo está compuesto por la *mente*, el *cerebro* y las *relaciones interpersonales*, a los que considera los tres puntos de anclaje de la experiencia humana.

La *mente* consiste en un proceso relacional y corporal que regula el flujo de energía e información; el *cerebro* es el mecanismo por el cual la energía y la información fluyen a través de nuestro organismo; y las *relaciones* son la forma en que compartimos la energía e información con los otros a través de patrones de comunicación. La mente se desarrolla a lo largo de la vida, a medida que la maduración genéticamente programada del sistema nervioso va siendo esculpida por la experiencias vividas (Siegel, 2006), lo cual implica que las experiencias relacionales interpersonales juegan un papel fundamental en el desarrollo de la mente y en la plasticidad continua del cerebro. Cuando nuestra mente es resiliente y coherente, entonces nuestro cerebro está "integrado" y las relaciones interpersonales son empáticas. Pero si no se da este grado de integración, entonces la persona vive en el caos y rigidez.

Para Siegel (2013), el conocimiento de la NBIP puede ayudar al terapeuta grupal a enmarcar la experiencia de cambio en espacios grupales en los que los participantes se comprometan unos con otros en la comunicación respetuosa de su mundo mental interno, conectándose unos miembros con otros y reflexionando juntos. Las experiencias de transformación que se producen a través de la interacción entre los miembros del grupo estimulan el flujo de energía e información en sus cerebros, activando sinapsis bloqueadas y promoviendo nuevas formas de conexión hacia la integración cerebral[48] y, por consiguiente, la salud mental.

Desde la visión de la NBIP, el terapeuta es el *facilitador* del cambio -no su creador- a través de colaborar en liberar el innato instinto hacia la curación presente en cada uno de los miembros del grupo y que a menudo ha sido enterrado bajo el dolor, los mecanismos de defensa, pensamientos rígidos y sentimientos caóticos. Mientras que la meta central de la terapia es encontrar la forma de liberar al miembro del grupo para que se conduzca hacia estados de integración superior. El terapeuta grupal puede sentir que estos estados de integración emergen cuando los miembros se respetan unos a otros en un profundo acto de compasión y generosidad compartidos hacia sí mismo y hacia el otro (Siegel, 2013).

[48] Siegel (2013) refiere que los sistemas cerebrales de los participantes se estimulan mutuamente en el espacio grupal hacia niveles de integración superior siguiendo el principio: "*Las neuronas que se activan juntas, se conectan entre ellas*" –del inglés: "*Neurons which fire together, wire together"*. Experiencias momentáneas de creación conjunta de estados de compasión, empatía, realización y entendimiento son transformadas desde estados temporales de descubrimiento y alivio hasta rasgos de salud y resiliencia a largo plazo. La clave para llegar a este punto, según Siegel, es mantener el foco de atención, puesto que la atención estimula nuevos patrones de actividad neuronal que van más allá de los patrones previos no integrados.

Bases de la neurobiología interpersonal

La NBIP se ha focalizado en la investigación del cerebro "social" (Cozolino, 2006) que incluye varias estructuras anatómicas y procesos fisiológicos en nuestro cerebro.

Bases anatómicas

El cerebro social está constituido por el sistema límbico (amígdala, hipocampo, e hipotálamo) y las regiones medias prefrontales del córtex, sobre todo del hemisferio derecho (Badenoch, 2008) que funcionan conjuntamente en procesar e integrar las emociones, las experiencias corporales y la información social. Se completa con el hemisferio lingüístico izquierdo que crea narrativas cuyo significado está en función de las experiencias recogidas por el hemisferio derecho. Cuando estas regiones están fuertemente conectadas podemos desarrollar muchas capacidades para el desempeño saludable de nuestra vida social, incluyendo una más óptima regulación emocional, capacidad de comunicarnos en sintonía con los demás, mayor flexibilidad en nuestras respuestas y empatía, regulación autonómica e incluso una mayor probabilidad de alcanzar adecuados comportamientos morales. Sin embargo, si estas conexiones no son adecuadas entonces estas capacidades disminuyen, afectando a nuestra habilidad para encontrar y mantener estabilidad en nuestras relaciones (Gantt y Badenoch, 2013).

Neuroplasticidad, apego y memoria implícita.

En las últimas dos décadas se ha llegado a una nueva comprensión del cerebro y especialmente de su *neuroplasticidad*, entendida como la capacidad del cerebro para cambiar (Badenoch, 2008), focalizándose los mecanismos de cambio en la relación entre cerebro, mente y relaciones interpersonales.

A día de hoy existe certeza de que ciertos potenciales genéticos del cerebro son reconocidos como dependientes de la experiencia para su activación (Kandel, 2006) y además recientes investigaciones han demostrado que la actividad repetida en las sinapsis neuronales puede incrementar la densidad de circuitos neuronales y crear otros nuevos. Los estudios de mapeo cerebral (Braun y cols, 2000), estudios de electroestimulación (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006) y los estudios de receptores cerebrales (Insel y Quirion, 2005) han podido mostrar evidencias de la plasticidad neuronal a lo larga de la vida, tirando por tierra las ideas previas a los años 1980 de que el cerebro estaba determinado desde la infancia y no podía alterarse en la edad adulta (Morris y cols, 2001; Taub y

Uswatte, 2000, Weis y cols, 2000). Términos como “re-routing cortical”, “neurogénesis” y “reorganización neuronal cerebral” son ejemplos de estos hallazgos que sugieren que el cerebro, como el resto del cuerpo, puede ser alterado intencionadamente hasta el punto de que los neurocientíficos han llegado a metaforizar que al igual que el ejercicio físico esculpe los músculos, la psicoterapia puede esculpir la materia gris a través de la reorganización de redes neuronales (Flores, 2013).

Los estudios en NBIP muestran que la neuroplasticidad se maximiza en un entorno que provee un adecuado nivel de activación emocional (Cozolino, 2002), sintonía con los demás que provea relaciones interpersonales reguladoras (Schore, 2009, Siegel, 2006), así como apoyo para entrar en contacto con nuestros recuerdos implícitos tempranos y tomar conciencia de la oportunidad para deconstruir algunos de estos aprendizajes que ocasionan inadaptación en el ser humano (Toomey y Ecker, 2009).

Las técnicas avanzadas de investigación han establecido que la *teoría del apego* ayuda a explicar no sólo como opera el cerebro sino también como responde a intervenciones psicológicas. Los teóricos del *apego* y los neurocientíficos reconocen que la interacciones con nuestros cuidadores tempranos son los responsables de establecer la estructura de nuestras regiones límbicas y corticales (Siegel, 1999). Esto significa que nuestras relaciones tempranas modelan la estructura de nuestro cerebro y quedan fijadas en nuestra *memoria implícita,* donde se almacena un patrón inconsciente en función del cual nos conducirenos en nuestras relaciones futuras -aunque puede seguir siendo modificado posteriormente por las relaciones interpersonales en las que nos desenvolvemos (Schore, 2003 a,b; Siegel, 1999)-.

La terapia de grupo es un amplio contenedor de las historias que se cuentan. Contar y recontar historias permite la integración y significación de las narrativas de nuestra vida, lo cual es una de las piedras angulares del apego seguro. Durante los momentos de profunda integración interpersonal dentro del grupo se produce un intenso trabajo de reparación neuronal, profundizando la integración vertical y estimulándose el movimiento de energía e información a lo largo del cuerpo calloso desde el hemisferio derecho al izquierdo, de forma que, uno a uno, los bloqueos implícitos son reparados (Siegel y Hartzell, 2003).

Es sabido que las psicoterapias, por lo general, usan el poder de la relación terapéutica para ayudar a los pacientes a aumentar su bienestar personal y mejorar su capacidad de relación

con los otros. El contexto de la terapia grupal e interfamiliar, debido a su más amplia riqueza interpersonal, ofrece una oportunidad excepcional a los participantes para conectarse con el mundo interno de los demás y proveer y recibir apoyo –más allá del profesional- de cada uno de los otros miembros del grupo dentro de un entorno de seguridad que el terapeuta debe encargarse de mantener. A través de revivir y contactar emocionalmente con las experiencias pasadas, los recuerdos implícitos se convierten en explícitos y pueden tomar contacto con nuevas experiencias relacionales en el presente que cuestionan y desconfirman la supuesta "verdad" de lo aprendido tempranamente, permitiendo que se incorporen y desarrollen nuevas narrativas más coherentes sobre la vida de la persona. Las bases neurobiológicas que subyacen en este proceso las encontramos en la activación de las redes neuronales encargadas de la memoria implícita cuando entran en sintonía con las experiencias narradas en el grupo por los otros miembros y amplificadas con el apoyo del terapeuta, potenciándose las posibilidades de reparación neuronal. La sintonía con los otros miembros del grupo promueve una reconexión de la región límbica con patrones de apego seguro (Schore, 2003b) y, a nivel consciente, permite que estos recuerdos emerjan de forma vivida y emocional, de manera que es posible su transformación (Badenoch, 2008; Ecker y Toomey, 2008). Por tanto, cuando un miembro del grupo se siente seguro y contenido en el grupo, se abre a la posibilidad de que emerjan recuerdos implícitos, convirtiéndose entonces el grupo, como un todo, en un potente recurso de regulación neuronal para cada miembro. En el caso de que nuestras relaciones tempranas hayan sido maltrechas, el grupo terapéutico podría proveer un rico contexto interpersonal que ofrece las condiciones para que las conexiones neuronales puedan ser reparadas y se creen otras ricas conexiones en las regiones cerebrales implicadas.

Neuronas espejo

Las *neuronas espejo* fueron descubiertas en primates en un laboratorio de Italia a finales de los años 1980, hallándose posteriormente actividad neuronal en espejo en las mismas partes aproximadas del cerebro humano (Iacoboni, 2008). Se trata de células cerebrales especializadas en la cognición, memoria y emoción localizadas dentro de redes neuronales complejas que conectan al individuo con los otros a través del registro de comportamientos, emociones e intenciones de los otros percibidos como si uno mismo estuviera actuándolos o experimentándolos por sí mismo (Iacoboni, 2008). Las investigaciones sobre neuronas espejo (Carr y colaboradores, 2003; Iacoboni, 2007, 2009)

y los circuitos de resonancia (Siegel, 2007) nos ayudan a entender el funcionamiento del cerebro social. Estos autores describen que el estado de la mente de una persona puede ser internalizado por el sistema nervioso de otra persona a través de las neuronas espejo, afectando a su funcionamiento en ese momento y, en base a la repetición, creando una representación permanente del otro (Badenoch, 2008, 2011). Es decir, las narrativas de cada ser humano y el entendimiento de su "mundo interno" empieza con experiencias no reflexivas incluidas en el grupo y la cultura (Dilthey, 1972), constituyendo las neuronas espejo el lazo potencial neuropsicológico entre el individuo y el grupo como un todo, de manera que desarrollamos una comunidad interna con todos aquellos con los que hemos tenido significativo contacto emocional, incluyendo sus intenciones y emociones hacia nosotros.

Los *sistemas espejo* (del inglés *mirror systems*) hacen referencia a redes neuronales que incluyen neuronas espejo pero que a la vez pueden incluir otras partes del cerebro que tienen un papel en procesos de *mirroring*[49], imitación, empatía e identificación. Recientes investigaciones apuntan que los individuos sintonizan unos con los otros y se representan a sí mismos a través de los otros, alejándonos de las ideas previas de que las mentes funcionan de forma aislada. Los sistemas espejo nos llevan a pensar que la mente/cerebro es social e íntimamente relacionada con su entorno y contexto grupal (Cozolino, 2006), y que en función de ello los individuos no son átomos sociales, sino "reflejos especulares" del mundo interpersonal que los envuelve.

Las neuronas espejo se desarrollan tempranamente y de forma automática a través del acto de imitar, promoviendo el vínculo y empatía con los otros (Chartrand y Bargh, 1999). Responden igualmente a comportamientos e intenciones particulares tanto de uno mismo como del otro. Su estudio sugiere que muchos procesos sociales se basan en registros no reflexivos[50] de similitudes que enlazan a unos individuos con otros y facilitan las relaciones interpersonales y en grupo. Al parecer las neuronas espejo no sólo actúan en respuesta a movimientos específicos sino también en formas más sofisticadas que incluyen

[49] **Mirroring** (del inglés mirror –espejo-) consiste en el proceso psicológico e interpersonal a través del cual los individuos modelan, se reflejan y aprenden de los otros adquiriendo entendimiento de sí mismos (Foulkes y Anthony, 1965; Pines, 1998). Regiones cerebrales de niveles tanto superiores (cognitivas) como inferiores (instintos, apetito) contienen neuronas espejo que juegan importantes papeles en el mirroring (Schermer, 2013)

[50] Es importante recordar que la mayor parte de la comunicación humana (65% de acuerdo con las estimaciones) es no verbal (Andersen, 2007; Birdwhistell, 1970). Las neuronas espejo podrían ayudar a entender este hecho, dado que parecen leer "rápidamente" gestos y expresiones faciales.

cualidades psicológicas complejas de empatía e intencionalidad y a una variedad de estímulos que incluyen expresiones faciales -sobre todo las relacionadas con la boca (Ferrari y cols, 2003)-, gestos, inflexiones vocales y otras claves sociales y del lenguaje corporal (Iacoboni, 2008). Las respuestas de las neuronas espejo se asocian con otros centros cerebrales que regulan afectos, cogniciones y memoria, de manera que no operan de forma aislada sino que podrían formar parte del componente neurológico de la inteligencia social y emocional. Diversas investigaciones indican que las neuronas espejo tienen un papel primordial en los procesos interpersonales tales como la sintonía de una madre con los estados emocionales de su hijo (Iacoboni, 2008), la forma en que los individuos reconocen los estados subjetivos y emocionales del otro –intersubjetividad- (Gallese y Goldman, 1998; Carr y cols, 2003), establecen *rapport* (LaFrance, 1982) y hasta dirigen conductas complejas tales como elegir su signo político (Iacoboni, 2008). Se ha hipotetizado que el déficit de neuronas espejo podrían tener relación con trastorno del desarrollo severos tales como el autismo que incluyen dificultad en las conductas sociales y el procesamiento de información (Gallese, 2006, Williams y cols, 2001).

Todo ello significa que biológicamente -al igual que muchas otras especies animales- somos seres miméticos (Bergen, 2015) y que todo aprendizaje tiene un elemento de imitación, copiando de otros y de la realidad externa (Dalal, 1998). De forma simplificada podríamos decir que las emociones son “contagiosas” y que estamos constantemente “infectados” por el estado de ánimo de los otros y viceversa: una sonrisa alimenta otra sonrisa y una expresión de pena en el otro genera pena en nosotros. Existen suficientes evidencias para garantizar que las neuronas espejo forman un sustrato neurológico del comportamiento social (Shermer, 2013). Junto con la etología, antropología y las investigaciones en el niño, los estudios en neurociencias convergen en el convencimiento de que las experiencias sociales son el componente central de la naturaleza humana que opera en niveles no-conscientes.

Implicaciones para la psicoterapia de grupo y la TIF

Las investigaciones en NBIP y neuroplasticidad, y muy especialmente el estudio de las neuronas espejo y las redes neuronales relacionadas, podría ayudarnos a integrar nuestra comprensión del cerebro como sustrato biológico con la psicoterapia en general y con la terapia de grupo en particular. La evidencia de que la neuroquímica cerebral puede ser intensificada a través de la psicoterapia (Cozolino, 2002) debería animar a los terapeutas a indagar si las dificultades sociales que parecen basadas en factores biológicos y por tanto resistentes al cambio, podrían beneficiarse de las experiencias grupales. Los investigadores sugieren potenciar especialmente el uso de la terapia de grupo puesto que se confirma que todos los participantes en la terapia son potenciales agentes terapéuticos para los demás en función de su capacidad de activación de las redes neuronales espejo y reparación de los circuitos de regulación neuronal gestados desde las experiencias implícitas tempranas, señalando además que estos procesos no solo ocurren en el receptor del proceso terapéutico sino también en el emisor de la intervención terapéutica (Schore, 2003b; Siegel y Hartzell, 2003).

En esta misma línea, Siegel (2007) propone que la función central de la psicoterapia de grupo es desarrollar una *mente grupal*[51] que no sólo potencie la resolución de problemas sino que también cree experiencias que regulen y desarrollen las mentes y los cerebros de los miembros del grupo en base a la neuroplasticidad que se les atribuye. Maximizar la neuroplasticidad requiere que creemos un contexto relacional seguro en el grupo que provea una adecuada regulación neuronal y emocional dentro de cada cerebro y entre los cerebros de los participantes y que promueva los procesos de regulación emocional e integración neuronal (por ejemplo cortical-subcortical o hemisferio derecho-izquierdo). La práctica de observar nuestra propia mente y la mente de los otros dentro del grupo construye un estrato de procesamiento a través de aumentar la integración neuronal de zonas del córtex prefrontal y la región límbica, creando perspectivas más amplias, incrementando la regulación corporal y emocional así como el sentido de confianza, estabilidad y compasión (Siegel, 2007). A medida que se da este crecimiento de conexiones en la región límbica se produce una diminución de la resistencia y del miedo y

[51] *La mente grupal:* según Siegel (1999) consiste en los procesos interdependientes dentro y entre los sistemas de persona, miembro del grupo, subgrupo y grupo como un todo que regula el flujo de energía e información dentro del sistema de la psicoterapia de grupo.

un aumento de la capacidad de calma, cristalizando en un clima de seguridad que promueve que aparezcan más experiencias en el grupo.

Schore[52] (2003a,b, 2010) enfatiza la importancia de las funciones no conscientes que se producen en el cerebro derecho y señala que el papel de la psicoterapia en el cambio radica en la regulación interpersonal del nivel de activación autonómico-afectivo que permite la reparación y reorganización del funcionamiento de nuestra memoria implícita cuyo sustrato anatómico lo encontramos en el hemisferio cerebral derecho.

Lutz y colaboradores (2008) han mostrado a través de sus investigaciones que la práctica mediadora de amor, cuidado y compasión modelan los circuitos neuronales que dan respuestas a la emoción -en la ínsula- y en los que procesan la empatía –en la unión témporo-parietal del hemisferio derecho-.

Cozolino (2006, 2012) identifica ciertos aspectos de la psicoterapia que maximizan la integración neuronal:

1. La adecuada relación terapéutica hace más modificables los circuitos de apego cerebrales.
2. Un nivel de activación moderado crea un tipo de experiencia que promueve la plasticidad neuronal
3. La activación neuronal permite la re-regulación entre procesos cognitivos y emocionales, incluyendo el desarrollo de narrativas que conducen a nuevos comportamientos.

Flores (2013) revisa diversas investigaciones en NBIP señalando cinco factores que debemos considerar para promover la plasticidad cerebral y el cambio en la terapia de grupo que también podrían aplicarse a la TIF-:

1. *El cambio cerebral requiere entornos ricos, con una adecuada carga emocional y óptimos niveles de estrés*. Rutan (2003) sugiere que “basta con pertenecer a un grupo” para obtener un efecto terapéutico. Lewie y cols (2000) proveen evidencia de cómo y por qué el vínculo seguro ayuda a crear homeostasis y equilibrio en el SNC, y Sapolsky (2005) cómo el vínculo seguro reduce los niveles de cortisol y de

[52] Schore (2010) señaló la importancia del cerebro derecho o “mente derecha” como el núcleo del sistema mental implícito, no consciente y dirigió la investigación neurobiológica a la intervención sobre las estructuras que regulan los afectos en psicoterapia.

estrés subsecuente que interfieren con el aprendizaje y la memoria. Los investigadores han demostrado además que uno de los mayores estresantes es la soledad, hasta el punto de que en los laboratorios de animales se utiliza el aislamiento del sujeto como primer método para inducir estrés (Ratey, 2002). Todo ello sugiere que es crucial que el terapeuta grupal ponga su esfuerzo en crear un entorno terapéutico óptimo que balancee un entorno de seguridad y un clima emocional que favorezca el proceso terapéutico.

2. *La experiencia por encima de la explicación*: las últimas investigaciones en NBIP sugieren que el aprendizaje y el cambio, con el subsecuente moldeamiento de una nueva organización neurológica, se producen a través de la relación interpersonal y momentos de intersubjetividad entre los seres humanos, frecuentemente sin palabras o cognición -"momentos de encuentro o sintonía"- (Flores, 2013). Lewis y cols (2002) denominan "resonancia límbica" a este proceso de comunicación sin palabras que supone una sintonía de mutuo cambio y adaptación interna en la que dos mamíferos pasan a estar sintónicos en sus estados internos. Desde un punto de vista psicobiológico, la terapia de grupo puede ser pensada como el establecimiento de relaciones vinculares regulatorias dirigidas a estabilizar la fisiología y las emociones y revisar la memoria emocional de patrones de apego de los participantes. Si estas relaciones se establecen de forma potente y segura, tanto su memoria implícita como los mecanismos biológicos subyacentes se conectan entre sí, de forma que los miembros del grupo podrán finalmente empezar a extraer nuevas reglas que gobiernen sus relaciones con otros y modifiquen sus sistemas nerviosos. El modelo de apego enfatiza la experiencia sobre el *insight*, es decir, el aprendizaje implícito sobre el aprendizaje explícito. Esta es la razón por la que los modelos de terapia basados en las explicaciones e interpretaciones y los libros de autoayuda raramente producen cambios psíquicos significativos, siendo la experiencia la verdadera fuente de cambio y el insight el resultado de dicho cambio (Flores, 2013). Un tratamiento exitoso exige trabajar terapéuticamente en el dominio implícito (Stern y cols, 1998), más allá de la interpretación, la explicación y el insight. Partimos de la base de que una vez que una narrativa es aprendida y forma parte básica de la memoria implícita es difícil de desaprender porque la información no es fácilmente accesible a la conciencia. La meta de la terapia interfamiliar, desde esta perspectiva, es observar las reglas implícitas de

comportamiento y patrones de interacción, la identificación de moldes maladaptativos y el desarrollo y establecimiento de reglas de interacción más adaptativas, siendo crucial la integración de memoria y emociones en este proceso de aprendizaje y neuroplasticidad.

3. *Los vínculos fuertes de apego preparan el cerebro para el cambio* (Lewis y cols, 2000; Norcross, 2002). El cerebro es un complejo ecosistema dinámico profundamente social y altamente plástico, maleable y flexible a lo largo de la vida en función de su adaptación a las experiencias a las que se somete. Existe evidencia de que las funciones cerebrales están determinadas biológicamente para crear vínculos fuertes con otros y de como estas relaciones esculpen y forjan nuestra neurobiología y neurofisiología (Siegel, 2006). La teoría del apego sugiere que la terapia funciona por uno de sus principios básicos: "*la exposición a otras personas cambia a las personas*"–o en otras palabras, una experiencia de apego seguro puede alterar el sistema nervioso central (SNC) de la persona (Siegel, 2006). Cuando los miembros del grupo se vinculan dentro del grupo, sus SNC y los mecanismos biológicos se comunican entre sí, permitiendo así que sean modificados (Lewis y cols, 2000; Ratey, 2002). Si la relación terapéutica se establece de forma poderosa, los miembros del grupo pueden finalmente empezar a extraer nuevas reglas que gobiernen las relaciones con el conductor del grupo y con los otros miembros del grupo, de manera que la modificación de sus sistemas nerviosos ha empezado.

4. *El cerebro es social y programado para la cooperación, el cuidado y para ser justo* (Denninger y Witte, 2007; Ratey, 2002; Sapolsky, 2005). Siguiendo el punto anterior, sabemos que el cerebro es un sistema dinámico y adaptativo que se construye en torno a la capacidad de justicia, cooperación y cuidado del otro, siendo el sistema de neuronas espejo lo que permite esta capacidad para la empatía, la imitación y el aprendizaje por observación así como para entender la intención de los otros. La comprensión instantánea de las emociones de los otros, posible por los sistemas neuronales espejo, es una condición necesaria para la empatía que subyace en la raíz de la mayor parte de las relaciones interpersonales (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006). Evidencias científicas (Eisler y Levine, 2002) señalan la importancia de las motivaciones intrínsecas en la mayoría de los mamíferos por el placer y el afecto positivo (cooperación, cuidado del otro, amor…) más allá de la

mera supervivencia o la reproducción. La cooperación con los otros activa los centros del placer del cerebro, las mismas partes que son estimuladas por recompensas como el dinero y la comida (Berns, 2008), reflejando la necesidad que todos los adultos desarrollados tenemos de dar y de recibir relación, confirmándose que los cerebros sociales de los mamíferos están programados para la cooperación y para la confianza (Quartz y Sejnowski, 2002; Sapolsky, 2005) así como para reconocer cuando están dando más de lo que reciben (King-Casas y cols, 2005). Es esencial, por tanto, que el conductor en terapia interfamiliar construya un entorno que no solo promueva la cooperación y el cariño, sino que también permita la reparación de las rupturas y traiciones inevitables que ocurren en las relaciones auténticas.

5. *Los cambios iniciales en el cerebro son sólo temporales: de ahí las ventajas de una terapia a largo término* (Medina, 2008; Sapolsky, 2005). El apego y la práctica a lo largo de un periodo de tiempo extenso son necesarios para producir cambios perdurables en el cerebro. Cuanto más se activa un circuito neuronal, más grabado queda en el cerebro (Doidge, 2007). Por el contrario, los circuitos neuronales que no son activados o son infrautilizados pierden su fuerza sináptica. Familiaridad, intensidad y duración extensa en el tiempo son requisitos para que una relación de apego sea capaz de proveer estabilidad y una modificación del SNC que se traduzca en un cambio cerebral a largo plazo (Lewis y cols, 2000), de modo que según estos estudios los tratamientos a corto plazo no permiten la suficiente práctica para extinguir la plasticidad negativa y para reconectar las nuevas reglas implícitas de relación.

5.1.2. Descripción de la metodología de aplicación.

"Lo verdadero es siempre sencillo, pero solemos llegar a ello por el camino más complicado".
George Sand.

5.1.2.1. El medio institucional

"Innovar es encontrar nuevos o mejorados usos a los recursos de que ya disponemos"
Peter Drucker

Cualquier temática humana puede ser abordada desde una perspectiva interfamiliar, no restringiéndose su aplicación a las situaciones problemáticas entre seres humanos, sino también a personas aparentemente sanas, programas de prevención y foros de reflexión en general. La TIF, en función de ser un modelo de terapia multifamiliar, podría llevarse a cabo en instituciones análogas a las descritas para ésta, lo cual incluye cualquier institución sanitaria, educativa y social.

Composición del grupo interfamiliar

El grupo interfamiliar, como espacio terapéutico para la familia y representativo del marco social de sus integrantes, no excluye a nadie. Esto significa que personas de todas las edades, características socioculturales y profesión así como en cualquier estado psíquico tienen su lugar en el grupo. El grupo interfamiliar tiene una gran capacidad de *autorregulación*, entendida como la capacidad del grupo para complementarse entre las distintas personas del mismo y para regular los desequilibrios que se produzcan a lo largo de su proceso.

Una duda común de los terapeutas en formación y de las propias familias es si los *niños* deben estar presentes en el grupo interfamiliar, esgrimiendo dos motivos: por un lado, que los niños más pequeños, con sus gritos e inquietud, puedan suponer una interferencia para la comunicación fluida en la sesión y, por otro, que puedan presenciar escenas en las que se abordan conflictos entre los progenitores. Ante todo ello, nuestra respuesta es sencilla: los niños, ineludiblemente, forman parte del espacio interfamiliar, pero a su vez el grupo autorregula lo que pueden o no hacer y lo que debe o no hablarse frente a ellos.

Cuando los niños promueven ruido y caos, y siempre y cuando no parta la iniciativa de los propios padres o de otros participantes, el terapeuta pide a los padres que controlen a sus hijos, recordándoles que él es el responsable del marco contextual, pero ellos son los responsables de sus hijos (Asen y Scholz, 2010). De igual manera, cuando los padres hablan de temas de su subsistema parental y/o conyugal frente a los hijos en el grupo, los otros participantes –o en último término el conductor- cuestionan –que no censuran- si es adecuado que los niños escuchen dichas narrativas. Aunque generalmente la mayoría de los niños ya han sido partícipes de estas narrativas en su hogar, el grupo construye conjuntamente una nueva narrativa: ¿creen que el niño debe escuchar esta información acerca de sus padres? Este señalamiento suele significar un punto de inflexión y el inicio de una más clara delimitación de los subsistemas familiares de todas las familias presentes. Una de las tácticas que con frecuencia proponemos cuando hay niños en los grupos es que estos puedan reunirse durante un tiempo determinado en un subgrupo paralelo al de los padres –conducido por otros profesionales o supervisado por algún familiar adulto- para finalmente volver a unirse al resto de familiares y cerrar juntos el espacio interfamiliar. De esta manera tanto padres como hijos se sienten libres en espacios separados dentro del contexto terapéutico para expresar aspectos concretos referentes a sus respectivos subsistemas familiares, a la vez que encuentran un lugar común en el grupo interfamiliar en el que compartir los emergentes abordados.

Dentro de la universalidad y globalidad que inspiran a la TIF, encontramos que cada institución marca además algunas pautas diferenciales en relación con los componentes del grupo interfamiliar. En función del tipo de *clientes/usuarios* y *familiares* y *otros allegados* convocados:

- Grupos *abiertos* a la comunidad, especialmente en instituciones de carácter social, como por ejemplo, los grupos interfamiliares de la Asociación Salut Mental de Elche (Sempere y cols, 2012a) y los de la Asociación ABD de Madrid y Barcelona (Piñeiro y Sánchez, 2014; Castelló y Calafat, 2014) en los que cualquier persona puede acudir acompañada por quien desee, en una convocatoria espontánea en la que ni siquiera han de avisar de sus asistencia.
- Grupos *restringidos* a los clientes/usuarios de la propia institución y sus familias.

- Grupos circunscritos a una *problemática concreta* (aunque en el devenir del grupo aparecerán otras múltiples problemáticas que envuelven al consultante y a sus familias, diluyéndose en la heterogeneidad grupal), Como por ejemplo grupos dirigidos a personas que sufren su primer episodio psicótico y sus familiares, grupos para niños con problemas de conducta y sus familias, etc.
- Grupos sin consigna de convocatoria concreta (abiertos a todo tipo de problemática).

Por otro lado, son diversos los *profesionales* que pueden participan ya que el grupo interfamiliar da cabida a todos los profesionales de distinta especialización que colaboran juntos en el marco institucional (enfermeros, auxiliares, celadores, personal administrativo, educadores, médicos, psicólogos, psiquiatras, maestros, trabajadores sociales…). Estos profesionales pueden ser:

- Profesionales de la misma institución convocante.
- Profesionales externos a la institución que acompañan a las familias al grupo interfamiliar (por ejemplo, terapeutas que llevan a cabo intervenciones individuales o unifamiliares, profesores u orientadores escolares, educadores o trabajadores sociales de centros de menores…).
- Profesionales en formación. La apertura del medio interfamiliar favorece que aprendices como conductores de TIF participen del número máximo de experiencias interfamiliares, conociendo así diversas realidades institucionales y características específicas de conducción en función de la institución y el conductor asignado en cada una de ellas.
- Profesionales supervisores. Con frecuencia se invita a los supervisores a participar en las sesiones interfamiliares, ya que la supervisión directa de la sesión es la más esclarecedora y potente de todas las posibles.

Compatibilidad con otras actividades terapéuticas

Uno de los factores que facilita la inclusión del modelo en cualquier institución es su *compatibilidad* y *complementariedad* con cualquier otro modo de intervención que se realice en el medio. Esto significa que una institución puede realizar de forma habitual intervenciones individuales y unifamiliares que se complementen con la intervención

interfamiliar. Los diferentes contextos de intervención dentro de la institución se enriquecen recíprocamente, de manera que con los espacios individuales y unifamiliares se nutren y benefician de las narrativas que el espacio interfamiliar ofrece y viceversa: el espacio interfamiliar aprovecha las narrativas que aparecen en las intervenciones individuales y familiares.

Por otro lado, a menudo los participantes acuden a actividades terapéuticas en *otras* instituciones de forma paralela a su asistencia al grupo interfamiliar. No consideramos que haya ninguna contraindicación para que todas estas acciones puedan darse de forma simultánea, ya que -en función de su filosofía construccionista y dialógica- el modelo interfamiliar no entra en competencia con las múltiples maneras de entender el psiquismo del ser humano que puedan ser aplicadas en otros medios. Muy al contrario, los participantes que decidan libremente formar parte de espacios grupales interfamiliares accederán a una experiencia de enriquecimiento aportada por los otros miembros del grupo complementaria a la que reciben en las otras actividades en las que son atendidos.

De la misma manera, también es frecuente encontrar personas que participan de varias experiencias interfamiliares de forma paralela (por ejemplo, personas que acuden en la misma semana a diferentes grupos en instituciones diferentes). Cada grupo interfamiliar en único y diferente, compartiendo la universalidad de tratar de forma abierta todas las temáticas humanas y, por tanto, la asistencia a varios grupos interfamiliares favorece la intensidad del proceso terapéutico que se lleva a cabo.

Características del grupo

La TIF puede llevarse a cabo tanto en grupos abiertos como cerrados en función de si se da o no entrada a nuevos participantes en el devenir del grupo. En los grupos *cerrados* las familias inician y acaban el proceso grupal a la vez, mientras que en los *abiertos* las familias pueden abandonar el grupo en determinada fase a la vez que otras familias se van incorporando al grupo.

Aunque cualquiera de las posibilidades puede tener sus ventajas e inconvenientes, los grupos *abiertos* parecen reunir más aspectos facilitadores del espacio grupal. Las nuevas familias que se incorporan suponen “aire fresco” para el grupo, que se reactiva con el interés por conocer las nuevas narrativas que aportarán, mientras que las familias más

"veteranas" van adquiriendo una posición de "expertas", más capacitadas para ver reflejado "el lugar del que vienen" en las familias principiantes con las que espontáneamente comparten las narrativas alternativas que fueron aprendiendo a lo largo de su proceso en el grupo.

Duración y Periodicidad

Los conductores del grupo, ya sea decisión unilateral profesional/institucional o a través del consenso con el resto de participantes en el grupo, determinan un tiempo estipulado del grupo, que por lo general variará en función de la presencia de más o menos familias entre 1,5 y 2 horas. En cualquier caso, también son posibles experiencias interfamiliares maratonianas de varias horas de duración o en formato intensivo, a modo de taller de fin de semana con múltiples actividades continuadas. La mayoría de experiencias descritas tienen una periodicidad semanal, pero también se describen experiencias quincenales y mensuales. Como en cualquier contexto terapéutico, la proximidad de las sesiones repercutirá, por lo general, en la concreción de una mayor cohesión grupal. De la misma manera, un horario fijo, compatible y respetuoso con los horarios laborales y escolares generales mejorará la adherencia al grupo.

Experiencias interfamiliares en nuestro entorno

A continuación señalamos algunas de las instituciones en las que se vienen realizando experiencias interfamiliares. En algunas de ellas, como veremos, el modelo interfamiliar se ha convertido en la columna vertebral del resto de las intervenciones terapéuticas.

Centre de Teràpia Interfamiliar (CTI) de Elche (España)

CTI nació en el año 2005 como un centro clínico y de investigación en modelos de terapia de carácter más humano a la vez que efectivos. Como su nombre indica, CTI se convirtió desde un principio en el laboratorio de estudio y discusión acerca del modelo multifamiliar que analizamos. Con sede en el mismo centro funciona la Asociación Salut Mental (ASM) que integrada por los profesionales de CTI y también por pacientes y familiares, cuyo fin es ofrecer actividades terapéuticas gratuitas a la población.

Desde el año 2007 el centro cuenta con un grupo de terapia interfamiliar semanal de dos horas de duración. Este espacio terapéutico vertebra todas las actividades terapéuticas que se llevan a cabo en la institución, de manera que cualquier persona que tome contacto con CTI o ASM es invitada a participar del grupo independientemente de que pueda además contar con un espacio individual o familiar complementario. Este grupo es abierto, gratuito y complementario a cualquier otra intervención terapéutica que la persona pueda tener tanto dentro de CTI como en otras instituciones públicas o privadas del entorno. La asistencia media es de alrededor de cuarenta a cincuenta personas, con la asistencia frecuente de profesionales que realizan cursos de formación en el centro. El encuadre absolutamente espontáneo del grupo facilita que las personas que acuden al grupo no necesiten avisar de que asistirán o de que no vendrán, y suelen tener conocimiento de la existencia del grupo a través de otros profesionales de la zona o de cualquier otra persona de su entorno (vecinos y amigos, medios de comunicación...). Todos los participantes firman un documento de confidencialidad y de permiso para la grabación en vídeo de la actividad. Estas grabaciones son utilizadas posteriormente con fines de supervisión y docencia. El hecho de ser un espacio absolutamente abierto y heterogéneo promueve que la composición del grupo sea la más variada posible, constituyéndose en una verdadera terapia comunitaria formada por personas de todos los rangos de edad, culturas, clases sociales y que aglutina de esta manera las más diversas problemáticas.

En el año 2011 empezó a funcionar una unidad de tratamiento intensivo en CTI, a modo de hospital de día con fines terapéuticos y educativos dirigida especialmente al abordaje de adolescentes con problemas de adaptación socio-familiar y escolar y sus familias. Esta unidad realiza el abordaje simultáneo de alrededor de veinte adolescentes y sus familias. Las familias están presentes en la mayoría de actividades, de manera que sea un “hospital de día interfamiliar”. Así, las familias salen juntas a realizar deporte o hacer excursiones, comparten platos cocinados en sus casas o se visitan en sus respectivos hogares familiares. En esta unidad funciona también un grupo terapéutico interfamiliar semanal de dos horas de duración en el que además de abordar terapéuticamente las problemáticas de las familias, se deciden aspectos del funcionamiento y planificación del recurso.

Hospital Vega Baja de Orihuela (España)

El área de Salud Mental infanto-juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela ha sido un laboratorio privilegiado y espontáneo para numerosas actividades relacionadas con la terapia interfamiliar. Pese a las vicisitudes comunes a cualquier institución (espacios físicos, requisitos burocráticos…) la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Vega Baja ha permitido que se llevaran a cabo los primeros grupos interfamiliares de la zona y que la TIF se haya convertido en la columna vertebral de la atención a los niños y adolescentes y a sus familias.

El Hospital Vega Baja es un hospital general comarcal público que ofrece atención a una población aproximada de trescientos mil habitantes. Entre sus dispositivos cuenta con una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI) que atiende de forma ambulatoria a niños y adolescentes de hasta diecisiete años con cualquier tipo de problemática de salud mental y con una Unidad de Ingreso psiquiátrico para menores de dieciocho años que es de referencia para toda la provincia de Alicante. Estos servicios coexisten con dispositivos ambulatorios y de ingreso para la población adulta.

En el año 2005 se introdujo el primer grupo de terapia multifamiliar en la unidad de atención ambulatoria. Se trataba de un grupo de periodicidad semanal abierto a todos los pacientes atendidos en las consultas de salud mental infanto-juvenil y a sus familias (Sempere, 2011). Su puesta en marcha significó una importante descarga de las agendas profesionales y la posibilidad de ofrecer una atención regular y frecuente a los pacientes más graves y a sus familias. Este grupo sigue realizándose un día por semana y ofreciéndose a todos los pacientes y familias asistidas en el servicio como actividad terapéutica complementaria a las intervenciones individuales y unifamiliares, si bien a menudo la terapia interfamiliar se convierte en la única intervención a la que recurren. Todos los profesionales del centro son invitados a participar junto a las familias y a compartir los procesos terapéuticos llevados a cabo para enriquecerse con los aportes de las otras familias. Los profesionales descargan así la presión que la terapia individualizada puede conllevar y aportan nuevas visiones a los procesos terapéuticos de los demás participantes de la unidad. Las familias, por su parte, encuentran un espacio donde mirarse en las otras familias encontrando alternativas terapéuticas no sólo a través de los otros terapeutas presentes sino, sobre todo, procedentes del resto de familias que conforman el equipo reflexivo interfamiliar.

Posteriormente, los profesionales planteamos la conveniencia de crear otros grupos terapéuticos interfamiliares periódicos en los que abordar de forma más intensiva problemáticas específicas inherentes a determinadas franjas de edad y en los que además de un espacio interfamiliar se diera la oportunidad a los niños y a sus padres a tener un espacio diferenciado. Creamos así diversos grupos interfamiliares de atención a niños y a adolescentes en los que se dedica una parte del tiempo a la intervención en subgrupos paralelos (niños o adolescentes por un lado y padres por otro) de manera que el encuentro sirviera no solo para observar e intervenir sobre cada dinámica familiar sino también para conocer, por un lado, la manera de relacionarse e interactuar de cada niño/adolescente con los demás niños/adolescentes y, por otro, las dinámicas parentales y conyugales. Estos espacios terapéuticos se inician y cierran siempre con un encuentro interfamiliar en el que se recogen y sintetizan las narrativas con las que acude cada familia y las creadas después de paso por los espacios terapéuticos paralelos. Con este modo de trabajo, que conjunta la atención grupal clásica con la atención interfamiliar, se posibilita una atención frecuente a las familias que requieren una intervención terapéutica más intensiva así como un abordaje más íntimo y específico de aspectos del niño o adolescente y de sus progenitores. Sirve además como espacio de análisis y diagnóstico de situaciones clínicas confusas (por ejemplo, descartar autismo en un niño), dado que ofrece la posibilidad de observar la interacción entre los miembros de cada subgrupo en un medio más natural y cercano a la realidad social cotidiana (niños que conviven y comparten actividades con otros niños y con sus familias).

Además de estas actividades terapéuticas grupales programadas, se llevan a cabo *grupos interfamiliares de acogida* en los que son atendidos simultáneamente hasta diez niños y sus familias que contactan por primera vez con el servicio de salud mental infanto-juvenil. Esta actividad reporta no sólo una rentabilización de los recursos profesionales y una disminución de las listas de espera, sino que se convierte en una forma más natural de canalizar la demanda de cada familia que ve reflejada en las otras familias motivos de consulta que a menudo presentan puntos en común. Desde un principio las familias incorporan la ayuda de las otras familias como parte del proceso terapéutico que se inicia en la Unidad de Salud Mental, entrando así en una cultura construccionista y social en la que también ellas mismas se sienten partes activas de la intervención tanto sobre su propia problemática como sobre la de las demás familias.

Por otro lado, en la Unidad Hospitalaria de Ingreso Psiquiátrico para niños y adolescentes del Hospital Vega Baja (una planta con ocho camas) se vertebra también en torno a la terapia interfamiliar. Se realiza un grupo multifamiliar semanal con la participación de todos los pacientes ingresados así como de sus familias y de los profesionales de la unidad (incluido el equipo de enfermería y docente).

Los numerosos grupos interfamiliares que semanalmente se realizan en el área de salud mental infanto-juvenil de Orihuela la convierten en un centro eminentemente psicoterapéutico dentro de la red de salud pública donde todos los pacientes y sus familias tienen la posibilidad de acceder, como mínimo a una experiencia terapéutica semanal a través del grupo interfamiliar. Esta condición convierte al centro en un lugar privilegiado para la formación y estudio de la terapia interfamiliar, por lo cual recibe de forma continua la visita de profesionales interesados en el modelo.

Desde abril de 2013 funciona además en el Hospital Vega Baja un grupo interfamiliar quincenal de dos horas de duración dirigido a personas que sufren primeros episodios psicóticos y sus familias. Se realiza en colaboración con psiquiatras del área de salud mental del adulto, asistiendo tanto a pacientes todavía hospitalizados en la planta de agudos como a los que ya han pasado a la atención ambulatoria y a sus familias. El grupo conjunta aspectos psicoeducativos (compartir información acerca de la medicación, sintomatología presente y otros aspectos de la enfermedad) así como de intervención psicoterapéutica interfamiliar, en la que las dinámicas intrafamiliares son abordadas en colaboración con las demás familias. De alguna manera, el grupo interfamiliar para familias con miembros afectos de primer episodio psicótico guarda cierta similitud con los grupos multifamiliares descritos por McFarlane (2002), si bien es cierto que los grupos descritos por este autor son mucho más estructurados y con una base psicoeducativa que ocupa una parcela temporal mayor que la nuestra, donde es más espontánea.

Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Barcelona y Madrid (España).

Desde el año 2012 la Asociación Salut Mental (ASM) inicia una colaboración activa con ABD, una asociación de carácter social con numerosos programas de atención a sectores sociales en situación de vulnerabilidad o de exclusión social (dependencias, violencia familiar, embarazo adolescente, inmigración...). Fruto de esta colaboración es la formación de diversos espacios de terapia interfamiliar tanto en Madrid como en Barcelona. Estos espacios grupales suponen la entrada en la sociedad madrileña y catalana de espacios

terapéuticos multifamiliares netamente comunitarios, abiertos y gratuitos para toda la población. Además, junto a esta institución se promovió en el año 2014 la formación de los primeros profesionales con titulación de "Expertos universitarios en intervenciones multifamiliares", fruto del convenio de CTI con la Universidad CEU Cardenal Herrera. Desde el año 2015 el título pasó a impartirse bajo el reconocimiento de la Universidad La Salle.

Instituciones de Salud Mental Europeas

La Asociación Salut Mental (ASM) ha liderado durante los años 2012 a 2014 un programa Leonardo da Vinci[53] de colaboración entre instituciones europeas por el que instituciones de Francia, Bélgica, Islandia y España han coparticipado en la formación de profesionales en terapia multifamiliar con el fin último de poner en marcha grupos terapéuticos interfamiliares en sus centros. La posibilidad de que los profesionales de estos países hayan participado de forma activa en nuestros grupos en la provincia de Alicante, así como su inclusión en un programa de formación teórico-técnica continuada, ha facilitado su entrenamiento para la creación y consolidación de las experiencias grupales interfamiliares en sus instituciones. Durante todo este proceso, los profesionales de CTI/ASM han actuado como supervisores a través de la participación y supervisión en directo e in situ en estos grupos durante los dos años que ha durado el programa. El fruto de este interesante intercambio es la consolidación durante los años 2013 y 2014 del modelo interfamiliar en unidades de salud mental de estos países, tales como las del Hospital Saint Martin de Dave -Bélgica- y las del Hospital FSA de Akureyri -Islandia-. En todos los casos los grupos multifamiliares se conducen de forma similar a las descritas para nuestras instituciones en la provincia de Alicante, es decir, desde una perspectiva interfamiliar, integradora y construccionista.

Las experiencias en países del norte de Europa refuerzan además la constatación de que el abordaje interfamiliar es adaptable a cualquier sociedad, independientemente de las variables culturales específicas de éstas. Los temores de los profesionales de estos países

[53] Programa **Leonardo da Vinci**: programas de formación y elaboración de acciones colaborativas sufragados por fondos de la Comunidad Europea. Su fin principal es el intercambio entre profesionales de instituciones europeas dentro de distintos ámbitos, de manera que una institución de un país europeo coordina las actividades que son compartidas por otros países durante un periodo de dos años y después evaluadas y publicadas por la Comunidad Europea. Desde el año 2014 estos programas son sustituidos por los denominados Erasmus +.

que creían que el tópico respecto a la menor interacción comunicacional y social en sus países podría redundar en un fracaso del modelo interfamiliar fue rápidamente superado cuando comprobaron que el contexto interfamiliar propicia y estimula la comunicación y el intercambio de experiencias y emociones de forma similar a como ocurre en España.

Otras instituciones

En los últimos años CTI viene colaborando con numerosas instituciones tanto en el ámbito de la provincia de Alicante (Sempere y cols, 2012a) como en el resto de España. Como fruto de esta colaboración son muchos los profesionales que han iniciado la conducción de experiencias interfamiliares en recursos variados tales como asociaciones para personas con discapacidad intelectual, centros sanitarios especializados en salud mental, centros sanitarios generales, centros de formación y atención en terapia familiar y centros de servicios sociales dirigidos a la atención a diversos colectivos.

Efectos de la TIF sobre la institución

Quizás uno de los aspectos a menudo subestimados respecto al espacio interfamiliar es el efecto terapéutico que tiene el desarrollo de espacios de TIF sobre la propia institución. La TIF derriba los muros entre la institución y la sociedad, abriendo sus puertas al exterior, de manera que tanto sus potenciales clientes como los familiares y el entorno social se introducen en la gestión de la institución. El grupo interfamiliar promueve:

1. Una mayor *transparencia* de la institución. Las familias y el entorno del cliente dejan de imaginar y opinar por lo que "les cuentan" y al fin conocen en directo el funcionamiento del medio, poniendo "cara y voz" a todos sus profesionales. Este es un proceso bidireccional, de manera que también los profesionales de la institución conocen en vivo a las personas del entorno de sus clientes.
2. Una *comunicación* más clara y directa entre la institución y los clientes y sus familias. La posibilidad de encuentro global que ofrece el grupo interfamiliar hace innecesario el "hablar a las espaldas" de la institución o de los clientes y sus familias ya que cualquier conflicto o malentendido puede ser abordado en el espacio interfamiliar (por ejemplo, acusaciones respecto a acciones o actitudes de los profesionales, interferencias de los clientes o sus familiares con las normas de la institución, rumores y cuestionamientos respecto al funcionamiento de la

institución…). Además, el abordaje de estos conlifctos resulta muy aprovechable a nivel terapéutico para el análisis y abordaje de las dinámicas relacionales de todos los participantes en el espacio grupal.

3. La *implicación* y *corresponsabilización* del entorno de las personas atendidas que aportan sus propios recursos y asumen así un papel activo en las intervenciones que se llevan a cabo dentro del marco institucional.
4. El *trabajo en equipo* de los propios profesionales de la institución que encuentran al fin un espacio común de colaboración. Con la introducción del espacio interfamiliar, los profesionales no sólo comparten la atención a sus clientes (que dejan de ser los clientes asignados a un profesional concreto para convertirse en clientes de un equipo de profesionales), sino también sus preocupaciones y dificultades, diluyéndose la responsabilidad entre todos ellos.

5.1.2.2. Objetivos de la TIF

A partir de cierto punto no hay retorno.
Ese es el punto que hay que alcanzar.

Franz Kafka

El grupo interfamiliar representa un laboratorio en el que se dan las mismas tensiones que los seres humanos viven en cualquier otro grupo institucionalizado (familia, empresa, asociación…): tensiones con la autoridad, entre pares, necesidad de mantener la cohesión, conflictos de roles, con el poder, etc. El conocimiento y reflexión sobre estos temas es fundamental como base para una ciudadanía activa constituida por sujetos reflexivos.

El objetivo de la TIF no es impuesto por el terapeuta sino que es esbozado por los participantes. A diferencia de las visiones que subrayan la importancia de establecer objetivos terapéuticos claros y concretos desde el inicio de la terapia, la TIF promueve una sensación de amplitud en la sesión terapéutica a través de un encuentro mínimamente estructurado. Siguiendo los términos de Mahoney (1988), la TIF no es una terapia de tipo "teleológico" (orientada hacia un objetivo establecido de antemano) sino "teleonómica" (se despliega con el paso del tiempo una evolución cuyo desenlace final no es previamente establecido). Ello no significa que podemos hablar de ciertos objetivos universales -que abarcan a todos y cada uno de los miembros del grupo, incluidos los profesionales- tales como:

- El fortalecimiento de la capacidad de reflexión o de autoconciencia de los participantes y su capacidad para el cambio (Rennie, 1992).
- La sensibilidad relacional y la apertura a los demás (Leitner, 1995).
- El empoderamiento o la sensación de tener en cuenta su "voz" (Brown, 2000).
- La puesta en práctica y afirmación social de una narración favorita de uno mismo (Eron y Lund, 1996).

Todo ello podría resumirse en que los participantes del grupo interfamiliar no solo se conozcan más a sí mismos, sino que este conocimiento de uno mismo promueva una construcción/reconstrucción de un sentido de identidad coherente y auténtico que les haga sentirse más felices en sus relaciones familiares y sociales. Esta realización del yo supone liberarse de los hábitos emocionales opresivos y afianzar el propio poder personal, es decir,

alcanzar un yo auténtico como fruto de la integración de las experiencias vitales, de la revisión de sus dinámicas familiares y de un sistema de creencias personales mediante el cual pueda reconocer que ante todo se debe lealtad a sí mismo (Giddens, citado en Zamanillo, 2008). En palabras de Zamanillo (2008:122) aplicadas a la tarea terapéutica grupal y que hacemos extensiva a la TIF, el objetivo último de la terapia sería "la construcción de un "sujeto reflexivo" (o "yo auténtico") que neutralice los efectos de una familia y/o una sociedad que mantiene a los individuos en una condición de "sujetos sujetados".

5.1.2.3. Normas

Las leyes no están para esclavizar sino para encauzar la libertad
Fernando Savater

El grupo interfamiliar es una trama compuesta por vinculaciones entre personas en las que se crean relaciones intersubjetivas, y en el que hay derechos y deberes sujetos al principio de responsabilidad que deben ser respetados. Estos derechos y deberes son vinculantes, de forma que los derechos del otro fijan el deber de respetarlos y viceversa (Zamanillo, 2008). Con este fin, y al igual que cualquier otro encuadre terapéutico, la TIF tiene su ámbito normativo en forma de reglas de conducta establecidas y aceptadas por los miembros del grupo (profesionales y no profesionales).

Fundamentos de las normas:

Las normas se fundamentan en una ética basada en la autonomía y en la autenticidad del ser humano como sujeto libre, crítico y reflexivo. En su aplicación al grupo hablamos de una ética fundamentada en un principio de responsabilidad y compromiso del grupo que nace del conflicto con los otros en tanto que son personas diferentes que buscan un mismo objetivo. Esta ética implica el reconocimiento mutuo, la reciprocidad, la solidaridad, la tolerancia, la flexibilidad a las conductas y errores del otro, la aceptación de la diferencia del otro y el diálogo para establecer acuerdos (Camps, 1993). Las normas, en cuanto que responsabilidad y respeto en el grupo, son actitudes dialógicas que se verifican durante la interacción de sus miembros, es decir, son construidas en el espacio grupal y, por tanto, revisables, siendo los propios participantes del grupo quienes definen el marco normativo que va a guiar su conducta durante todo el proceso interactivo.

El conductor no debe dar las normas por sabidas, pues no todos los participantes comparten la misma forma de entender cuestiones relacionadas con los valores y el respeto a otro. En ocasiones estas normas se dan por escrito a los miembros del grupo, que firman al inicio de la sesión un documento de compromiso de cumplimiento de normas, entre las que figura especialmente la *confidencialidad* respecto a todo lo que sucede en el espacio grupal interfamiliar.

Las normas se establecen por medio de la comunicación. Parsons (cit. en Zamanillo, 2008) refiere que las normas en cualquier grupo deben responder a alguna de las siguientes *dimensiones*:

1. *Las relaciones afectivas*: regula la expresión de sentimientos de unos miembros del grupo hacia otros. El grupo que permite la expresión clara de opiniones y tolera y acepta las diferencias de las mismas consigue en su evolución un mayor grado de cohesión y permite un mayor grado de diferenciación del sí mismo de sus miembros y un mayor compromiso con la tarea y la responsabilidad. Las crisis en un grupo pueden ser una oportunidad para su evolución.

2. *La relación de autoridad, control y toma de decisiones*. Hace referencia a las relaciones de complementariedad entre los coordinadores del grupo y sus miembros. En la primera fase del grupo los miembros del grupo presionan al coordinador con demandas para que los "dirija" y dé pautas, pero más tarde, cuando los miembros del grupo pueden individualizase y no confundir poder con autoridad, aumenta su autoridad sobre sí mismos y pueden complementarse con autonomía con los demás miembros del grupo (Población, 2005).

Funciones de las normas:

Las normas son un medio de regulación del grupo que ayuda a alcanzar sus objetivos. Proporcionan un marco de principios éticos con el fin de mantener una coherencia en la conducta de los participantes que permita la cohesión grupal, es decir, una base para predecir la conducta de los demás miembros y preparar respuestas adecuadas. De esta manera, rebajan la inseguridad en el comportamiento y atenúan los conflictos entre los miembros.

Tipos de normas:

- *Formales:* enunciados escritos que proceden generalmente de normas externas de la institución o del medio en el que se desarrolla el grupo. Por ejemplo, uso de espacios o material de la institución en el que se desarrolla el grupo, consentimiento firmado de confidencialidad y de grabación audiovisual de las sesiones...
- *Explícitas:* Verbalizadas y fácilmente reconocibles por los participantes. Tales como puntualidad en los horarios, petición de la palabra, salidas y entradas en el espacio grupal…
- *No explícitas o informales:* más sutiles y en ocasiones difíciles de reconocer por los miembros del grupo, requieren de un aprendizaje simultáneo en el devenir del grupo. Incluyen elementos normativos que se convierten en cierto modo en una reeducación comunicativa para muchos de los participantes y que están muy directamente relacionadas con los principios dialógicos revisados en anteriores capítulos. Destacamos en la TIF:
    - Hablar de uno en uno
    - No hablar por el otro.
    - Hablar de sí mismo y desde sí mismo.
    - Respetar el tiempo del discurso del otro.
    - No juzgar

Actitud del conductor ante las normas.

El conductor grupal debe tener una flexibilidad y tolerancia constantes con el fin de una organización eficaz del grupo. Conductores con ideologías autoritarias, de excesiva rigidez jerárquica o, por el contrario, anárquicos y vagos en la definición de las normas del grupo pueden promover grupos en los que sea difícil encontrar un adecuado nivel de cohesión y donde pueda desarrollarse la tarea terapéutica de forma efectiva. El conductor ha de estar abierto a la revisión y supervisión continua de su actividad.

5.1.2.4. Resistencias

La medida más segura de toda fuerza es la resistencia que vence.
Stefan Zweig

Los profesionales que se inician en la terapia interfamiliar resumen sus dificultades para poner en marcha experiencias terapéuticas interfamiliares en forma de tres tipos de resistencias: *profesionales, institucionales y de las familias participantes.*

Resistencias profesionales

Los profesionales, como cualquier ser humano, nos encontramos sometidos a narrativas rígidas en relación con nuestras experiencias personales y nuestra formación profesional previa que actúan como fuerza modeladora de nuestra estructura psíquica y nuestras acciones como profesionales. Como consecuencia, tendemos a repetir lo que aprendimos durante nuestra formación como terapeutas a través de métodos que a veces se alejan de las prácticas naturales y ecológicas y abrazan tendencias fragmentarias y artificiales. Es lo que Pierre Bourdieu[54] denominó *habitus*[55]" (1999). El *habitus* explicaría por qué nos resistimos a la atención global del ser humano y seguimos restringiendo la cura a modelos "encorsetados" de terapia o por qué confiamos tanto en nuestro saber y poder como profesionales desdeñando el aporte de otros agentes sociales en el proceso terapéutico.

La TIF rompe esquemas no tanto por infravalorar el poder de los profesionales de la salud mental como por valorar de forma positiva la capacidad de otros agentes terapéuticos representados por el marco familiar y social que nos envuelve. Pero no todos los profesionales están dispuestos a abandonar su *habitus* y situarse en la horizontalidad de un espacio de terapia social como el que propone la TIF. Algunos de los motivos que subyacen en este tipo de resistencias podrían ser, entre otros:

[54] **Pierre Bordieu** (1930-2002). Sociólogo francés dedicado al estudio del poder en la sociedad y cómo éste es sostenido y transmitido a través de las generaciones.

[55] **Habitus**: sistemas de ideas transmisibles profundamente arraigados en el cuerpo y en la mente, formando una manera de ser que estructuran nuestras prácticas y que generan universos de sentido común compartidos por quienes han interiorizado el mismo sistema de disposiciones. Estos hábitus generan estrategias espontáneas e inconscientes y tienden a resistirse al cambio mediante la evitación o el rechazo de nuevas informaciones que puedan cuestionarlo (Bordieu, 1999).

- Temor del profesional ante un grupo grande.
- Temor a abordar en el mismo escenario terapéutico a pacientes identificados y a sus familiares ante la previsión de "caos".
- Dificultad para la espontaneidad y la falta de guiones del espacio interfamiliar.
- La visibilidad pública del terapeuta y su exposición a otros profesionales.
- El temor a perder su estatus de saber frente al poder del saber del grupo.

Resistencias institucionales:

La experiencia nos muestra que numerosas instituciones son reacias a las actividades genuinamente terapéuticas de cualquier tipo debido a que a veces trabajan desde modelos sectarios o guiados por intereses particulares político-económicos ajenos a las necesidades terapéuticas de sus clientes.

En los últimos años, la TIF emerge en numerosas instituciones con y sin tradición previa en psicoterapia, siendo un condicionante facilitador el hecho de que sus bases y teoría sean sencillas y extensivas a diferentes campos profesionales. Sin embargo, es frecuente encontrar instituciones que "prohíben" la puesta en marcha de grupos interfamiliares. Los argumentos que posiblemente subyacen son:

- La supuesta escasez de estudios rigurosos acerca de la metodología y efectividad del modelo interfamiliar (y del multifamiliar en general). Este argumento revela la escasa información con la que cuentan los críticos del modelo, quizás por no haber accedido a la bibliografía publicada al respecto.
- La necesidad de las instituciones de seguir protocolos de tratamiento fijados en modelos rígidos y estancos que no permiten la entrada de nuevos modelos de terapia.
- Excusas peregrinas por parte de responsables de la institución que, por desconocimiento, temen que la terapia interfamiliar sea una "invitación a la anarquía" que conduzca al caos a sus usuarios y a la institución.
- Dificultades en los equipos profesionales para compartir un trabajo en equipo y acordar su participación en un espacio integrador como el interfamiliar.
- Dependencia de intereses político-económicos que van más allá de las necesidades terapéuticas y en las que en ocasiones tiene que ver con la organización institucional en torno a líneas o protocolos de intervención clínica e investigación patrocinados por la industria farmacéutica.

- Temor de la institución a la transparencia (abrirse al exterior) a través de la apertura a las familias en el espacio interfamiliar.

Resistencias de las familias participantes

Uno de los puntos que más frecuentemente señalan los profesionales que ponen en marcha experiencias interfamiliares es su sorpresa ante la escasa resistencia que oponen las familias a integrarse en la experiencia, quienes –muy al contrario que ciertos profesionales e instituciones- viven de forma natural su participación junto con otras familias en espacios terapéuticos comunes.

Una experiencia espontánea que nos sirve para entender hasta qué punto las resistencias al modelo interfamiliar no parten de las familias, sino de las instituciones y de los profesionales, son las experimentadas en los llamados "grupos de acogida" o de "primeras visitas" en las consultas de psiquiatría infantil del Hospital Vega Baja (Sempere y cols, 2011). A estos grupos se convocan simultáneamente a entre diez y doce familias cuyo motivo de consulta es la problemática en un niño o adolescente. Las familias son atendidas conjuntamente independientemente del motivo de consulta, utilizándose como único criterio de selección unas determinadas franjas de edad del menor por el que se consulta. Por razones particulares, a menudo las familias citadas en esta primera entrevista y contacto con la unidad no han sido informadas –pese al pedido de los profesionales- de que serán atendidas en contexto grupal interfamiliar. Así que acuden al centro esperando juntas en la sala de espera con la expectativa de que pasarán de una en una a consulta. Es entonces cuando los terapeutas conductores del grupo de acogida les informan de que la primera entrevista se realizará allí mismo –en la sala de espera- y en grupo, con todos los niños y sus familias conjuntamente.

Aunque a las familias se les ofrece la oportunidad de que si no están de acuerdo pueden ser valoradas en otro momento de forma individualizada, hasta ahora ha sido excepcional (tres casos para más de ciento cincuenta familias evaluadas con este método) que hayan rechazado participar en los grupos de acogida. Se da la circunstancia además de que aquellas familias que al principio muestran mayor intranquilidad y que refieren que permanecerán en la escucha argumentando que acuden por cuestiones "muy íntimas" son finalmente las que participan de forma más activa.

5.1.2.5. Crisis y conflictos en el grupo

"La duda es uno de los nombres de la inteligencia"
Jorge Luis Borges

Las *crisis* son cambios repentinos en el modo de funcionamiento de los sistemas humanos. Estos cambios suelen tener efectos beneficiosos en el funcionamiento de los sistemas y suceden cuando los participantes ponen en cuestión determinadas reglas y creencias que se hacen rígidas, es decir, cuando se cuestiona el modelo de relación (Caillé, 1990). La crisis puede ser un punto de inflexión de la que se deriven modos renovados de relación más estables. Desde este punto de vista, las crisis no son sólo inevitables, sino que son además necesarias ya que ningún sistema puede mantenerse en un estado de equilibrio y estabilidad permanentes.

El grupo interfamiliar funciona como una matriz grupal donde continuamente tienen lugar situaciones de crisis derivadas de los movimientos de diferenciación de sus miembros respecto de sus familias y de su marco social. Para fomentar el cambio y autonomía, el grupo interfamiliar tendrá que tolerar continuos estados de desorganización antes de pasar a nuevos equilibrios.

Entendemos el *conflicto* como la oposición que se origina de forma recíproca entre dos o más partes (personas, grupos familiares, grupos) en las que predominan las interacciones antagónicas sobre las cooperativas y que en ocasiones lleva a la agresión mutua a través de discursos que tratan de frustrar los propósitos del otro. Los conflictos son inevitables en el grupo puesto que las diferencias de opiniones están siempre presentes, pero una situación de conflicto bien gestionada puede aportar ventajas a la cohesión del grupo y al aprendizaje de sus miembros. El conflicto no se resuelve por sí solo, sino que requiere ser elaborado en el área relacional, que es donde generalmente subyace. Con este fin es necesario reconocer el conflicto y hacer que salga a la superficie para estimular la discusión y hacer que las personas involucradas aclaren sus puntos de vista. Para que ello se produzca, el grupo debe funcionar de forma abierta, transparente y con un clima de confianza que haga que los integrantes no teman represalias si son sinceros entre sí.

Una conducción inadecuada del grupo que evite las crisis y huya de los conflictos puede redundar en una experiencia escasamente terapéutica y en que, lejos de ampliar y desarrollar la mente de sus miembros, la entumezca y la cierre. Algunos autores tales como

Janis (1972), Asch (1951), Burger (2009) y Milgram (1963) han estudiado como los grupos rígidos y donde el clima de confianza no es óptimo bloquean un buen desarrollo de los participantes. Sus integrantes están sujetos a un "pensamiento de grupo", que impone la unanimidad y la conformidad evitándose el desacuerdo y la discusión entre los integrantes. Son grupos instalados en la dinámica de la igualdad ideológica que inhiben la creatividad e inducen la "fusión" entre sus miembros, creándose lealtades rígidas entre ellos debido a que se sienten rechazados si adoptan posiciones diferentes y autónomas y donde existe una lucha de poder para evitar que alguien sobresalga (Zamanillo, 2008). Es frecuente encontrar esta situación en grupos interfamiliares en los que el conductor inexperto, desde sus propios miedos, promueve una ilusión de armonía grupal en el que se niegan las crisis y conflictos y se bloquea la capacidad de cuestionamiento y creatividad de sus miembros.

5.1.2.6. Fases del grupo interfamiliar

"Si no sabes adónde vas, acabarás en otra parte".
L. Peter.

Aunque ningún grupo interfamiliar es igual a otro, podríamos objetivar un patrón evolutivo dentro del grupo tomando como referencias varias clasificaciones que tratan de describir patrones de las fases grupales. Integramos con este fin la clasificación de las etapas que Pichon-Rivière (1978) describe para los grupos operativos, las de Napier (2004) para procesos grupales, las descritas por Godinho y cols (2009) para el desarrollo de *insight* familiar en los grupos de psicoanálisis multifamiliar, las descritas para grupos multifamiliares por Corey y Corey (1997) –quien hace una interesante analogía de las fases del grupo con las fases de la formación de una relación de amistad- y las de Ortega y Espino (2003). Estas clasificaciones se refieren a grupos en principio cerrados en los que se da un proceso más o menos simultáneo de los participantes del grupo. Esto significa que en los grupos interfamiliares abiertos el proceso de cada familia que se incorpora se superpone con el de las familias más veteranas que ya han atravesado etapas previas. Esta circunstancia, como ya señalamos anteriormente, convierte a los grupos abiertos en un interesante laboratorio social donde las familias que han ido realizando un proceso de elaboración pueden ver el lugar del que venían a través de las familias recién llegadas, y viceversa: las familias que inician su proceso con narrativas estereotipadas encuentran una co-terapia espontánea de avance en las familias con más recorrido grupal.

1. El inicio.

Algunas de las preguntas más habituales entre los profesionales en formación como terapeutas interfamiliares son las relacionadas con cómo se inicia cada sesión grupal: *¿nos presentamos todos los integrantes del grupo?, ¿hay una temática introductoria?, ¿esperamos a que los participantes hablen o es el conductor quien inicia el grupo con una pregunta?...* En realidad no hay una respuesta única, pues desde el principio de espontaneidad que rige el espacio interfamiliar hemos de dejar que las cosas fluyan de forma natural, sin forzarlas.

Aunque cada conductor tiene su propio modelo de conducción, por lo general el *primer encuentro* del grupo interfamiliar suele abrirse con la presentación del conductor/es que coordinan el grupo, del resto de profesionales que colaboran y de todos los participantes, así como con la introducción de las normas básicas y objetivos del grupo. En determinados contextos grupales muy grandes los conductores pueden optar porque esta presentación se realice de forma espontánea a lo largo del proceso grupal en función del momento en que se produce la intervención de los miembros.

Posteriormente, -en los grupos abiertos- se considera conveniente que los miembros (profesionales o no) que se van incorporando al grupo se presenten al inicio de la sesión con el fin de facilitar su inclusión grupal. Tanto en la primera sesión como en sucesivas sesiones –y en función de las nuevas incorporaciones- el conductor recordará de forma clara las normas básicas del grupo al empezar la sesión. En cualquier caso, el conductor tratará de hacer primar la espontaneidad, realizando preguntas muy simples como el nombre, o de dónde vienen o cómo conocieron la existencia del grupo, evitando que los recién llegados se sientan presionados o excesivamente expuestos. Ya habrá tiempo para profundizar en el motivo por el que acuden cuando en adelante sientan una atmósfera de confianza.

La experiencia nos dice que, por lo general, los participantes que se incorporan al grupo interfamiliar suelen presentarse en función del subgrupo/sistema familiar con el que acuden, casi siempre haciendo referencia a su parentesco con el miembro de la familia al que consideran "paciente identificado" (*soy el padre de…, soy el hermano de…)* y a menudo omitiendo incluso su propio nombre; también es frecuente que uno de los miembros de la familia se erija en portavoz y presente al resto de los miembros así como que introduzca la narrativa predominante por la que consultan ("*vengo acompañando a mi*

marido que está deprimido" o "*vengo a ayudar a mi hijo que consume drogas"* o "*me han recomendado este grupo porque tengo esquizofrenia…"*). El conductor –cuando no lo hagan de forma espontánea otros miembros del grupo- señalará la importancia de que cada asistente se comunique por sí mismo y de la manera que elija –aunque esta pudiera ser el silencio-, evitando que otros los definan y situando a todos los asistentes en un mismo nivel en el grupo, sin distinción entre "pacientes" y "acompañantes".

La fase de inicio se considera un momento de incertidumbre en el que dominan los miedos puesto que los componentes del grupo desconocen lo que ellos son en relación con los demás y no saben a qué atenerse pues no hay códigos establecidos de conducta. Las experiencias grupales espontáneas anteriores según Napier (citado en Zamanillo, 2008), proporcionan la lente a través de la cual se percibe el grupo, siendo para todos los participantes un período de recopilación y procesamiento de datos filtrado por la pantalla de las experiencias y estereotipos previos. Pichon-Rivière (1979) denomina "*pretarea*" a esta primera fase, refiriendo que está invadida por técnicas defensivas de los miembros que organizan y estructuran la resistencia al cambio, y considera que es un tiempo de máxima inseguridad marcada por el miedo a la perdida de las prenociones firmemente ancladas en los participantes y por el miedo al ataque de los otros miembros. Las familias que se van incorporando durante el transcurso de la vida del grupo interfamiliar –en caso de grupos abiertos- experimentan estos mismos miedos.

Se considera crucial que en estos inicios de la experiencia se instaure una alianza estable entre el conductor y las familias participantes con el fin de que se inicie el proceso terapéutico. Con este fin el terapeuta hace uso de técnicas como la interpelación a todos los miembros de la familia, la disipación de prejuicios, angustia y vergüenza por medio del reframing o reencuadramiento positivo de los síntomas (Kriz, 2012) *y* la promoción de la autoestima de los participantes.

En relación con las dinámicas familiares dentro del grupo interfamiliar, esta primera fase se caracteriza por el predominio de la intervención masiva de los familiares -los autodenominados como "asintomáticos"- que comparten narrativas centradas casi exclusivamente en los familiares "sintomáticos" –los "pacientes"-. Los primeros hablan sobre los segundos como si éstos últimos no estuvieran presentes, en forma de "soliloquios familiares" en los cuales relatan los síntomas de sus allegados y las dificultades que provocan en el entorno y piden respuestas y pautas de tratamiento para las conductas

sintomáticas referidas (Godinho y col, 2009). Es por tanto un nivel de comunicación en la que se da una clara división entre familiares supuestamente "sanos y capaces" y "pacientes" supuestamente "enfermos e incapaces".

Durante las primeras sesiones las familias descargan sus frustraciones con los servicios asistenciales y cuentan historias de fracasos, acusaciones, culpas, desesperación, impotencia..., y cada familia desea ser atendida exclusivamente por los terapeutas. Desean que se les dé la solución a sus problemas de una forma lo más inmediata posible. La dinámica del grupo interfamiliar tiende a centralizarse en torno a una familia en presencia de las otras familias que observan. Es tarea del terapeuta desde las fases iniciales implicar a las otras familias en la discusión conjunta y descentralizarse él mismo de esta conversación entre familias.

2. La tarea (o fase de transición)

El grupo elabora las ansiedades iniciales y progresivamente los miembros aprenden a comportarse de manera que su conducta es aceptable o inaceptable para los otros participantes, regulándose poco a poco las conductas y organizándose como un todo de acuerdo a valores comunes. Las ansiedades iniciales son reemplazadas por ideas firmes y aceptadas y las personas se sienten más seguras y con un mayor sentimiento de pertenencia al grupo. Este es un proceso de aprendizaje no exento de vicisitudes ya que no es fácil hacer ajustes y acoplamientos ni conseguir un compromiso similar para todos los integrantes. A medida que aumenta la cohesión grupal se va profundizando en el objetivo de conocimiento a través de las relaciones intercomunicativas que se desarrollan y en las que van aflorando las dificultades relacionales entre los miembros de las familias y se explicitan los conflictos.

Ciertos rasgos de nuestra personalidad y experiencias biográficas larvadas se reactivan en el contacto con los otros y dan lugar a identificaciones con los demás en forma de relaciones, de manera que los participantes empiezan a descubrirse a sí mismos y el tipo de vínculos que mantienen a través de los otros y a medida que las dinámicas de unas familias se ven reflejadas en las de las otras. El proceso de interacción con los otros le exige al individuo confrontarse con el mundo, elaborando las acciones que lleva a cabo y formulándose indicaciones a sí mismo (Blumer, cit. en Zamanillo, 2008). De forma similar, las familias se cuestionan su manera de proceder en función de las analogías y diferencias respecto a las otras familias.

Progresivamente, diversos miembros del grupo (y con ellos sus familias) van ocupando posiciones centrales de forma alternativa en el abordaje de sus dinámicas. Es esta una fase en la que se desarrollan confrontaciones en relación con la revisión de roles y narrativas estereotipadas dentro de un proceso activo de intercambio y aprendizaje social. El riesgo de abandono en esta fase es muy alto y los terapeutas deben estar muy atentos, recogiendo a cada miembro y favoreciendo un clima continente y de aceptación en el grupo. Aparecen subgrupos y líderes entre las familias más veteranas. Las intervenciones de enlace transfamiliar -por ejemplo, pedir a los demás que opinen sobre lo mostrado por una familia- serán prioritarias en este momento, para pasar progresivamente a las intervenciones interfamiliares -por ejemplo, favorecer discusiones sobre las reacciones de los familiares hacia las conductas del miembro familiar identificado como paciente y luego dar paso a que opinen los otros pacientes identificados-. De esta forma se favorece la creación de subgrupos cohesionados que interactúan, apoyándose mutuamente y confrontando opiniones y actitudes, haciendo que los limites interfamiliares se diluyan. Los terapeutas pueden estimular y bloquear interacciones, dirigidas a la flexibilización de los limites familiares, la creación de subgrupos interfamiliares y a la posterior disolución de los subgrupos (Espina y Ortego, 2000).

A lo largo del proceso, las identificaciones cruzadas entre miembros de las distintas familias cuestionan las narrativas predominantes de los miembros asintomáticos y rescatan las narrativas ocultas o reprimidas de los miembros sintomáticos –los denominados "pacientes"-. Se produce así una "conversación" o "diálogo" que da voz e integra a todos los miembros del grupo por igual, independientemente de su tarjeta de presentación como "paciente" o "familiar acompañante". Las identificaciones masivas entre los miembros de las diversas familias promueven nuevas visiones alternativas y abre caminos de reflexión. El grupo interfamiliar pasa a funcionar como un gran "equipo reflexivo" que incluye los aportes por igual de profesionales y demás miembros del grupo: se reconocen los temores personales y las necesidades de los miembros y aparecen las necesidades de afecto a la par que las de una mejor organización en la familia a medida que se van cuestionando las narrativas dominantes individuales y de cada dinámica familiar, creándose conjuntamente nuevas narrativas alternativas y a menudo complementarias. Tal y como señala Pichon-Rivière (1979), este proceso lleva a hacer conscientes los elementos inconscientes de cada participante -lo cual dentro de la TIF también es válido para cada dinámica familiar-, a la

toma de insights y al establecimiento de relaciones diferenciadas y autónomas respecto a los otros.

3. ***El proyecto***

Alcanzado un entorno de seguridad y confianza, el grupo se va regulando solo y en esa matriz grupal las familias se diluyen, de manera que el grupo como tal toma la iniciativa y recurre menos a los terapeutas. Ha disminuido la carga, la ansiedad, la culpa y el estigma, los pacientes identificados suelen sentirse mejor, los comentarios son fluidos, se acepta el cuestionamiento de las propias actitudes y el humor hace acto de presencia. Los terapeutas pasan a un segundo plano, realizan intervenciones puntuales en momentos de atasco y se centran en la solución de problemas, cambios estructurales en las familias y emoción expresada. Los miembros de cada familia confrontan y cuestionan sus propias narrativas y toman conciencia de su papel en las dinámicas familiares. El éxito radica en el tránsito de las narrativas predominantemente depositadas en el "familiar enfermo" a narrativas alternativas en las que cada miembro de la familia reflexiona sobre su contribución a la dinámica familiar y sobre la responsabilidad del lugar que ocupa en el mundo.

Si la terapia ha resultado exitosa, los miembros del grupo –como individuos y como familias- elaboran estrategias y tácticas para intervenir en las situaciones externas al grupo, provocando transformaciones en sus vidas que conducen a la autonomía y a la creación de una red social. En esta fase las familias alcanzan una forma de vida más adaptativa, planteándose la reorganización de la vida de cada uno de sus miembros, retomando amistades y aficiones.

5.1.2.7. Elementos técnicos de la conducción

El problema con los árbitros es que conocen las reglas,
pero no conocen el juego
William Shankly

El terapeuta iniciado y con una adecuada formación humanista, personal y profesional representa en el encuentro interfamiliar un modelo de comunicación para todos los miembros del grupo. Debe por tanto mantener la actitud humilde de aprender de los otros y la actitud sabia de colaborar en que los demás aprendan con todos. Tal y como señalan Asen y Scholz (2010), el terapeuta multifamiliar debe ser flexible y adoptar múltiples posiciones, pudiendo tanto estar cerca de las familias como tomar distancia de ellas y siendo su tarea el envolver a las familias en una discusión conjunta y descentralizarse él mismo de esta conversación entre familias.

Teniendo siempre presentes la técnica y la teoría, el conductor interfamiliar debe ser capaz de hacer primar la *espontaneidad* como forma de estar en el grupo y hacerla contagiosa al resto de participantes. En este sentido Kempler (citado en Kirz, 2012) sostiene que "la terapia no conoce técnicas sino sólo personas" y Whitaker (citado en Kirz, 2012) que "la teoría es útil para el principiante pero que después es importante llegar a ser uno mismo porque toda terapia es una mezcla de arte y ciencia y la proporción entre aquel y esta es de noventa a diez".

Objetivos de la conducción

El objetivo último de la conducción del grupo interfamiliar es crear un espacio de intercambio comunicacional, reflexión y formación personal que permita a los participantes tomar conciencia de los aspectos de la vida en grupo, de sus propias actitudes y aptitudes personales ante los otros, de sus sentimientos, de las dinámicas familiares en las que se hallan inmersos y el papel que juegan en ellas y de su ajuste a las normas de entorno social.

Con este fin, el conductor interfamiliar trata de crear un espacio de seguridad y confianza que facilite que los miembros participen activamente de una dinámica conversacional y de la reflexión conjunta sobre sus relaciones intrafamiliares e interpersonales dentro de un

proceso de metacomunicación a través del cual puedan reconocer los vínculos que establecen dentro de sus propias familias y con los demás miembros del grupo y las dificultades que tienen para obrar desde "sí mismos".

Asen (2010) refiere que el principal objetivo de la terapia multifamiliar es *conectar* familias con familias, siendo la tarea del terapeuta la de actuar como *catalizador*, provocando reacciones e interacciones que de otra manera podrían no darse. Con este fin el terapeuta está continuamente en movimiento, construyendo puentes entre las familias. Cuando las familias o sus miembros individuales han establecido contacto, entonces el terapeuta se retira del campo terapéutico con el fin de activar que los miembros del grupo sean más activos ellos mismos.

El conductor promueve tanto el diálogo entre los miembros de las familias participantes (diálogo intra-familiar) como la inclusión en la conversación de los miembros de las demás familias (diálogo inter-familiar). Este diálogo facilitará la revisión de las narrativas que aportan los integrantes del grupo en forma de estereotipos construidos en la vida cotidiana y posibilitará el esclarecimiento de la falsa conciencia y las creencias aprendidas en el medio familiar y social hasta entonces incuestionables.

Podríamos establecer cuatro *objetivos básicos* de la conducción en TIF:

1. Consecución de la *cohesión grupal*. La cohesión es un factor terapéutico y a la vez un factor metaterapéutico sobre el cual se dan los otros mecanismos terapéuticos grupales. Es entendido como un sentir grupal que comprende la unidad de sus participantes en un interés y responsabilidad común en la tarea grupal y que promueve un sentimiento de pertenencia, valoración y aceptación de sus experiencias individuales (Yalom y Leszcz, 2005). Una adecuada cohesión procura el medio seguro en el que los miembros del grupo se revelan a sí mismos tanto como es posible. Se considera que la cohesión grupal es el factor más determinante para el éxito terapéutico grupal, funcionando de forma análoga a como la "relación terapéutica" funciona en la terapia bipersonal. Diversas investigaciones (Beal y col, 2003; Mullen y Cooper, 1994), demuestran que en condiciones de cohesión se minimiza la vivencia de riesgo, los participantes tienden a expresarse y examinarse a sí mismos, a tomar conciencia de aspectos de su propia persona e integrarlos y a identificarse de una forma más profunda con los demás, favoreciendo la *experiencia*

emocional correctiva y las posibilidades de éxito terapéutico. Los miembros del grupo interfamiliar pueden exponer que el grupo es un lugar "especial" o "protegido" donde los participantes responden con una empatía y sensibilidad artificial. Posiblemente se trata de una resistencia, porque aunque el grupo es un espacio artificial, y representa un espacio *no natural*, es a la vez un lugar en el que se dan formas *naturales* de relación (Leszcz y Malan, 2015). Trabajar en este contexto contribuye al desarrollo de la capacidad de *mentalización* –la habilidad reflexiva de pensar sobre el funcionamiento de la mente de las otras personas-, sentimientos, motivaciones, deseos y temores (Choi-Kand y Gunderson, 2008; Fonagy y Bateman, 2006). El ser humano sólo puede desarrollar la capacidad para mentalizar si antes ha experimentado ser objeto de mentalización, de modo que la terapia grupal podría ser la primera oportunidad para muchas personas de ser objeto de mentalización y trasladar esta experiencia como recurso relacional utilizable a otras relaciones (Leszcz y Malan, 2015). MacKenzie y Tshuschke (1993) han demostrado que la experiencia personal de pertenencia al grupo es el más confiable predictor de sanación, por delante incluso de la experiencia de un clima positivo de trabajo en el grupo. De la misma manera. las investigaciones recientes en NBIP dan cuenta de que no son tan importantes las técnicas específicas y el enfoque del conductor grupal en el éxito de la terapia como la creación de un clima terapéutico cercano que optimice la plasticidad y la neurogénesis (Bernard y cols, 2008), lo cual guarda gran relación con las sugerencias de Kohut (1984) y Bowlby (1977) acerca de que el origen de la patogénesis en el desarrollo temprano de los individuos no estaba tan relacionado con las prácticas particulares de los padres como con el *clima* familiar en el hogar. En esta misma línea, Piper y cols (2005) hallaron que la experiencia positiva temprana de alianza y pertenencia al grupo predice resultados más positivos en la terapia grupal.

2. Potenciación de un *gran equipo reflexivo* formado por todos los integrantes del grupo además de los profesionales. Con frecuencia los participantes del grupo se dirigen a los profesionales de forma directa buscando sus respuestas concretas. Nada impide que los terapeutas podamos dar nuestra visión o sentir acerca de cualquier temática, pero es más útil que el conductor traslade la pregunta al grupo antes de pronunciarse con el fin de promover la reflexión de los otros participantes y la aparición de nuevas narrativas.

3. Potenciar el *apoyo emocional* a los participantes, de manera que el equipo reflexivo interfamiliar sea a su vez un *equipo emotivo*. El terapeuta puede favorecer las expresiones emocionales sinceras dentro del grupo, siendo la mejor forma de hacerlo el compartir sus propias emociones suscitadas por las diversas narrativas que aparecen en el transcurso del grupo interfamiliar. La expresión de las emociones se realiza tanto verbalmente como analógicamente, pudiendo incluir desde el contacto físico al aplauso pasando por el llanto compartido. La experiencia emocional compartida se convierte en liberadora tanto para el terapeuta como para el resto de integrantes del grupo que se sienten acompañados y validados en la expresión de nuestras emociones como un paso más de la experiencia emocional correctiva.

4. La *flexibilidad* en la comunicación grupal. El grupo interfamiliar es un espacio abierto, transparente y muy laxo en sus normas, puesto que atiende a muy pocas reglas. Entre las principales normas destaca la de hablar de uno en uno evitando los subgrupos dentro del grupo. No hay turnos de palabras concedidos por el conductor porque esto rompe la espontaneidad del momento y así cada participante interviene en el momento que siente que quiere hacerlo. Ello no significa que el conductor a menudo tenga que intervenir para que se respete un turno de palabra o que cada miembro pueda expresarse libremente o para reconducir los monólogos hacia conversaciones de las que los demás participen o para dar voz a las personas más rezagadas.

Número de conductores

La cuestión acerca del número de conductores que debe tener un grupo interfamiliar no tiene respuesta categórica, ya que dependerá de las características del equipo institucional, la formación y la predisposición de los profesionales. Existen experiencias con uno, dos, tres e incluso más co-conductores. Consideramos que un único conductor –siempre y cuando esté adecuadamente capacitado- puede ser suficiente para llevar a cabo una adecuada conducción del grupo, aunque por lo general lo óptimo es que sean dos los conductores grupales que repartan entre sí el peso de la conducción y puedan suplirse en caso de ausencia de uno de ellos. No olvidemos que el conductor nunca está solo en la

conducción, puesto que suele contar con otros profesionales en el grupo que colaboran en la coterapia y, sobre todo, con el resto de los participantes grupales que actúan alternativamente y de forma espontánea como coterapeutas en función de cada situación grupal.

Papel del conductor

"Haz visible lo que sin ti no se habría visto nunca".
Robert Bresson

El profesional neófito puede abrumarse ante el reto de la conducción del grupo interfamiliar si cree que está en sus manos llevar a cabo toda la labor de "rastreo" y "decodificación" de las narrativas vinculares que se dan en el proceso grupal. Pero nada más lejano a la realidad, porque esta es una tarea que comparte con todos y cada uno de los participantes en el grupo, entre los cuales se diluye la exigencia y la responsabilidad. La óptica construccionista y social desde la que nos situamos en el grupo interfamiliar lo convierte en un lugar confortable y altamente creativo que enriquece también a los terapeutas conductores y los forma continuadamente como personas y como terapeutas.

El terapeuta conductor tiene el extraordinario privilegio y satisfacción de ponerse al servicio de las necesidades y del crecimiento de los seres humanos. Esto coloca al conductor en una posición de auto-conocimiento y trabajo interno que nunca debe acabar, de continuo crecimiento para sí mismo ya que en el proceso de examen de las estructuras profundas de la mente y de la existencia de los demás siempre hay un examen simultáneo de sí mismo. Pero, afortunadamente, el terapeuta cuenta con innumerables feed-backs de los demás componentes del grupo para descubrir sus propios errores y dar claridad a sus confusiones. El trabajo como terapeuta conductor nos da la oportunidad de transcendernos a nosotros mismos, de evolucionar y de crecer en el conocimiento de la condición humana a través de explorar la más compleja de las búsquedas: el desarrollo de la mente humana, mano a mano con el resto de los participantes en el contexto grupal junto a los cuales saboreamos el placer de los grandes descubrimientos y de compartir la sabiduría de todos los miembros del grupo.

El papel del conductor del grupo interfamiliar ya no es por tanto directivo ni interpretativo, sino –parafraseando a Asen y Scholz (2010)- el de un mero *catalizador* en la conversación que se establece entre los miembros del grupo, convirtiéndose así en un "*arquitecto del diálogo*" encargado de establecer conexiones entre los participantes de la reflexión grupal y en el líder del gran *equipo reflexivo* que constituye el grupo. En esta comunicación dialógica todos los participantes se abren ellos mismos a los otros y aceptan su punto de vista como digno de consideración, constituyéndose así un multiverso de mundos que comprende cada individuo y cada familia así como las grandes meta-narrativas culturales (Freedman, 1996). El terapeuta mantiene el equilibrio en el grupo entre las actividades dedicadas a la tarea y los aspectos socioemocionales grupales a modo de un "observador participante", permaneciendo atento y reconociendo los roles que asumen consciente e inconscientemente los miembros del grupo, las comunicaciones digitales y analógicas que se dan entre los participantes y su traducción en forma de interacciones intra e inter-familiares y colaborando en hacer explícito lo implícito de las narrativas aportadas al diálogo grupal. Su papel es aparentemente poco visible, pero cual director de orquesta, transcendental en conseguir que los participantes de la experiencia establezcan la interacción comunicativa.

La particularidad de que el grupo interfamiliar esté constituido, a su vez, por subgrupos familiares y por otros profesionales, confiere a la conducción una complejidad única, puesto que en un mismo espacio se superponen simultáneamente varios *planos o grupos de intervención* a modo de capas de cebolla, con dinámicas específicas entrelazadas entre sí. El conductor debe estar atento a las secuencias comunicativas que se producen en los miembros individuales del grupo (*plano individual*), entre los miembros de cada familia (*plano intrafamiliar*), entre las familias (*plano interfamiliar*), en el grupo como un todo (*plano social*) y en las secuencias comunicacionales entre los demás profesionales actuantes y el resto de participantes, de forma que las interacciones comunicativas fluyan *dentro* de cada uno de los planos así como *entre* unos planos y otros.

En la Figura 13 esquematizamos estos planos de intervención. Como vemos, el individuo -círculo de color verde- forma parte de todos los planos de intervención y se enriquece con todos los aportes narrativos que se producen en cada uno de ellos. El papel del conductor –que a su vez forma parte de la red comunicacional grupal- consiste en promover la conexión entre los integrantes dentro de cada uno de los planos y entre los diferentes

planos. Esto significa que las narrativas expresadas, por ejemplo, en el plano social serán elaboradas *entre las familias, dentro de cada familia y de forma individual por cada participante.* Y viceversa: las narrativas desde el plano individual serán abordadas tanto por los miembros de la propia familia como por el resto de las familias, dado que todas conexiones interactivas dentro del grupo interfamiliar son bidireccionales, de forma que las interacciones comunicacionales traspasan tanto desde el plano social al individual como del individual al social, pasando siempre por la familia.

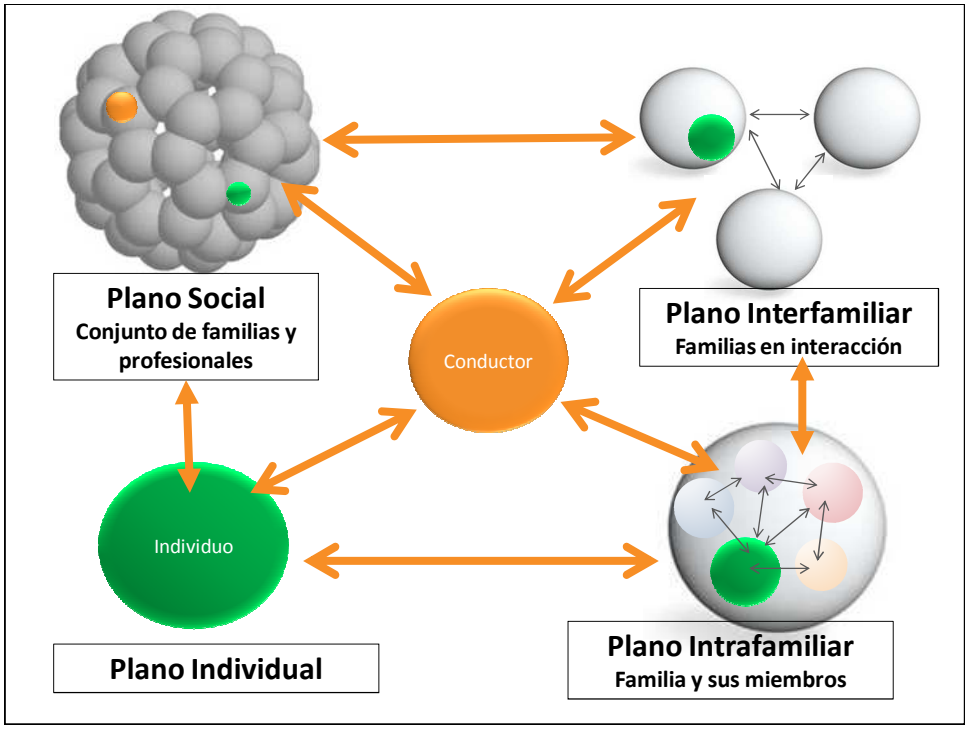


Figura 13. Planos de intervención en TIF

La principal herramienta con la que el conductor cuenta para organizar esta red comunicacional multidimensional y conseguir que los intercambios narrativos se produzcan de forma constructiva es a la utilización de las pautas dialógicas que nos brinda el *"diálogo abierto" –Open Dialogue*. Desde esta visión genuinamente respetuosa con todos los integrantes de la red es posible generar una conversación en el que todos los participantes tengan voz y donde el intercambio de voces en todos los planos y en todos los sentidos consiga estimular la creación de nuevos significados.

Los profesionales que se inician en la conducción del grupo interfamiliar a menudo tienen experiencia en la conducción de sesiones de terapia individual y de terapia familiar, lo cual les será útil para la comprensión y manejo de las múltiples dinámicas que se encuentran su marco de expresión en grupo interfamiliar. Sin embargo, la formación previa en conducción de grupos terapéuticos es también esencial para poder llevar a término la conexión entre las familias participantes y que sean ellas mismas las protagonistas del proceso terapéutico que realizan conjuntamente. Por ello, uno de los principales desafíos ante los que se encuentra el conductor interfamiliar es el manejo de las conexiones en el *plano interfamiliar*.

Posicionamiento del conductor

A continuación se esquematizan posibles formas de conducción del grupo multifamiliar en función de la actitud y tipo de intervención del conductor:

1. Un conductor ajeno a la trascendencia de las dinámicas grupales en el proceso terapéutico dejará a un margen las conexiones interfamiliares, erigiéndose el propio conductor como centro del grupo. Llevará a cabo intervenciones unifamiliares en un marco grupal en el que las demás familias actúan como observadoras del proceso de las otras familias -de forma similar al modelo descrito por Bowen (2014)-. Aunque los aportes narrativos y las intervenciones sobre estas narrativas que realiza el terapeuta son también enriquecedoras para las familias que observan, este modelo de trabajo multifamiliar no se ajusta a las bases de la TIF (Figura 14).

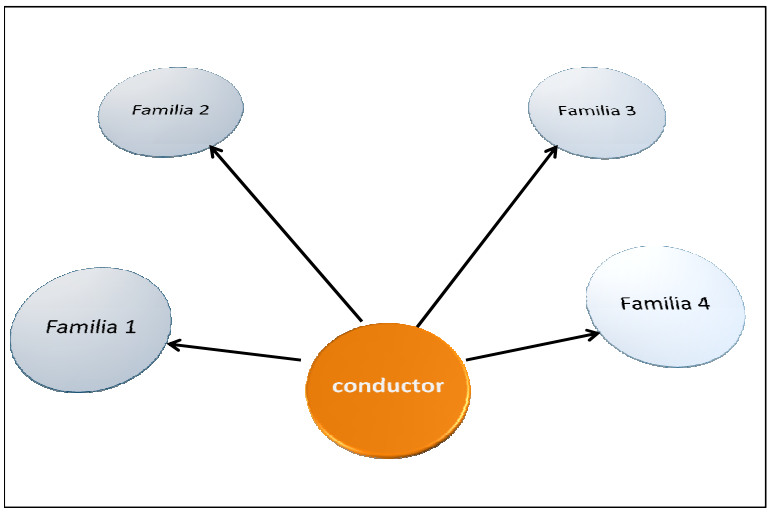


Figura 14. Conducción del grupo multifamiliar centrada en el terapeuta

2. Un conductor con formación en terapia grupal sabrá aprovechar el inestimable recurso que ofrece la interacción entre las familias, promoviendo que estas compartan y discutan sus narrativas entre ellas (Figura 15). El conductor aporta también sus reflexiones y co-participa de este intercambio comunicacional entre las familias desde una posición más horizontal. Sin embargo, corre el riesgo de seguir centrando su conducción en las dinámicas familiares y no en la conexión entre las familias, continuando como centro del proceso terapéutico.

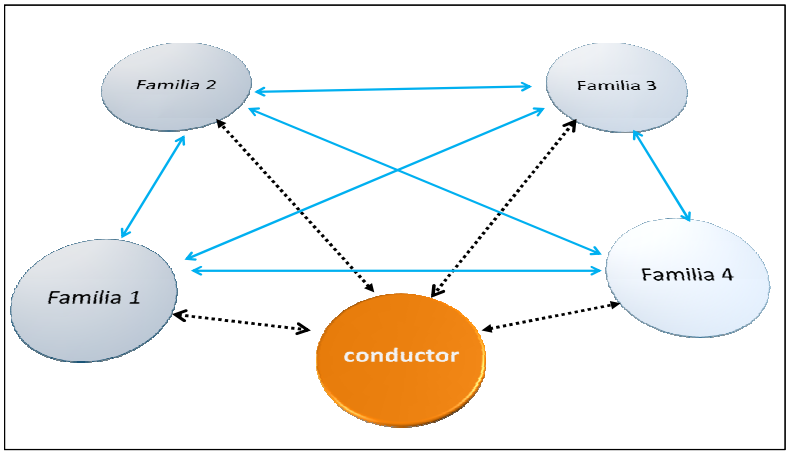


Figura 15. Conducción del grupo multifamiliar con interacción en el plano interfamiliar

3. El conductor interfamiliar reconoce su papel periférico en el grupo y estimula la interacción entre las familias de forma constante, desplazando su foco de atención primordial de las familias a la conexión que se establece entre ellas (Figura 16).

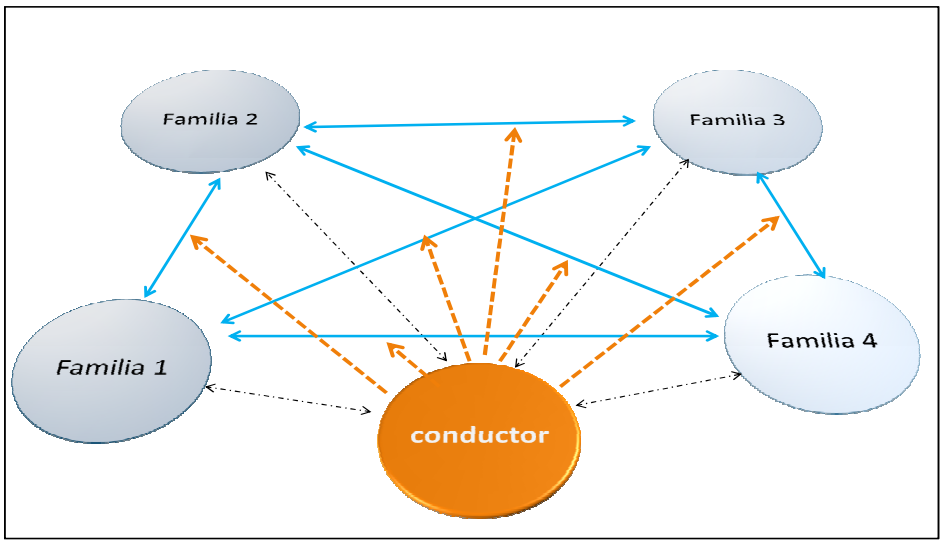


Figura 16. La conducción desde la perspectiva interfamiliar

El terapeuta-conductor interfamiliar ocupa una posición natural y ecológica dentro del espacio terapéutico, en "*horizontalidad*" con el resto de los participantes, evitando colocarse en el rol de "profesor que enseña" (en complementariedad con "alumnos que aprenden") a pesar de que esta es la expectativa que numerosos miembros del grupo esperan de él. Pero el liderazgo de conductor también implica "acción", es decir, el conductor está encargado de que sucedan cosas en el grupo que sin su intervención no sucederían. El conductor impulsa al grupo para que entre en acción y realice la tarea para la que se reúne, es decir, la deconstrucción y reconstrucción de sus narrativas y la "desalienación" de sus miembros. Con este fin, el terapeuta entra y sale de la acción, en un movimiento a la vez de cercanía y de toma de distancia (Stevens y cols, citado en Asen, 2010), que enfatiza el papel protagonista de las familias en el proceso terapéutico. Un buen conductor percibe al grupo como una experiencia colectiva dinámica, flexible, en permanente cambio, formada por personas interdependientes que se esfuerzan por una empresa común. Por eso no debe olvidar que su papel se limita al de mero intermediario del proceso grupal, proveyendo el marco–espacio y normas básicas- en el que se producirá el intercambio comunicacional y promoviendo el papel activo de los participantes en el grupo para la construcción conjunta de un diálogo transformador.

La apertura de los miembros de grupo no se puede hacer sin confianza, espontaneidad, creatividad, autocrítica, humildad, cualidades todas que ha de tener el coordinador y que se adquieren en el proceso de influencia del grupo. Porque el coordinador aprende en coevolución con el grupo (Zamanillo, 2008). Por tanto, para que el líder pueda ejercer con efectividad su liderazgo necesita que los miembros del grupo se identifiquen con él, lo acepten, lo reconozcan y confíen en él colocándose en una posición de complementariedad. Esto podrá darse si el conductor demuestra no sólo un manejo técnico adecuado de las sesiones grupales sino, sobre todo, una capacidad de respeto y empatía hacia los participantes que sólo es posible si el coordinador de grupo alcanza un grado de maduración personal y profesional muy alta aceptando la ideología de "todos somos iguales" y huyendo de la complementariedad rígida jerárquica. El uso del sí-mismo del terapeuta y de su capacidad de compartir lo irracional con sus clientes son además elementos indispensables para el crecimiento de uno y otros (Whitaker, citado en Bowen, 2014).

Una síntesis de los principios esenciales del conductor respecto al *posicionamiento* del terapeuta en del grupo interfamiliar contemplaría los siguientes puntos:

- ***Relación igualitaria***. Para conseguir una posición de equilibrio, el conductor tendrá que luchar con sus propias inercias (*habitus)* para recolocarse en el papel de jerarquía superior y también con las inercias del resto de componentes grupales -tanto profesionales coterapeutas como los demás integrantes del grupo interfamiliar- que a menudo buscarán sus respuestas o soluciones desde un supuesto lugar de *saber* para las situaciones que se planteen en el desarrollo del grupo. Este posicionamiento supone un salto cualitativo significativo, pues el terapeuta deja de anteponer su historia/narrativa como la predominante para poner el énfasis en la historia de los participantes, lo cual acaba reflejándose en un mayor respeto por las perspectivas de los otros (Freedman, 1996). Aplicando su visión construccionista, el terapeuta actúa como facilitador del cambio a través de potenciar la actividad del *gran equipo reflexivo* formado por todos los integrantes del grupo, promoviendo la co-construcción de soluciones con todos los participantes en el grupo, sin dárselas hechas, puesto que estos son vistos como *expertos en sí mismos*. Pero, a su vez, el conductor tiene la tarea de hacer tomar conciencia a los participantes de las particularidades del funcionamiento de su grupo, así como de los procedimientos y de los procesos y de todo lo que concierne a las reacciones personales o interpersonales, constituyéndose en un soporte privilegiado para las proyecciones de los participantes. Eia Asen (2006) describe está posición de terapeuta como *asumir el rol de copilotos* o como *sentarse en la silla de atrás*.

- ***Actitud no directiva***. Coordinar el grupo significa orientar y conducir el proceso sin ser directivo; es decir, tener autoridad y poder sin ejercerlo de manera tradicional autoritaria y sin hacer uso de juicios de valor. Con el fin de mantener esta actitud terapéutica el conductor debe estar en todo momento auto-observando sus propios impulsos para evitar dar muchas explicaciones e informaciones al grupo y limitar su deseo de esclarecer, dirigir o dar soluciones que precipiten las que debe hacer el grupo. Esta actitud implica flexibilidad y se refleja en la construcción de pautas desde distintas posiciones y a partir de las narrativas de los participantes.

- ***Actitud Exploratoria***. El terapeuta adopta una posición de curiosidad activa y de genuino interés en la realidad de los participantes en el grupo y sus narrativas (Stagoll, 1993) que le lleva a preguntar con *genuina ingenuidad*, sin dar nada por supuesto e intentando que los componentes del grupo se expresen libremente. Excepcionalmente aconseja al grupo con un rol de experto consultor, es decir, sin resolver él mismo los problemas (Ardoino, citado en Zamanillo, 2008)

- ***Catalizador del proceso terapéutico***. La TIF trata de minimizar el impacto del conductor dentro del grupo, de manera que el conductor es mero intermediario en el intercambio comunicacional entre las familias. Entiende que el conductor actúa "construyendo puentes" entre las familias, las cuales se convierten en las auténticas terapeutas de las otras, siendo el papel del conductor el de "catalizador" de las reacciones personales, interpersonales y colectivas que constituyen la vida del grupo y, por tanto, del proceso terapéutico (Asen y Scholz 2010).

Implicaciones de la investigación en neurobiología interpersonal (NBIP) para la conducción del grupo interfamiliar:

El desarrollo de la nueva comprensión de la psicoterapia de grupo basada en las neuronas espejo nos lleva a reconsiderar algunas asunciones sobre los grupos y, particularmente sobre el grupo interfamiliar. Como ya vimos, por muy pequeños que sea su lugar en los circuitos neurales, todo parece indicar que las neuronas espejo tienen un gran impacto en algunos aspectos del desarrollo del grupo y del tratamiento grupal, en función de su activación durante la interacción e integración interpersonal en un adecuado clima grupal.

Las implicaciones que los hallazgos de las investigaciones en NBIP tienen sobre el estilo y técnica del conductor grupal son trascendentales en varios aspectos:

- Estos estudios apuntan que se necesita que ocurra algún grado de mirroring e identificación tanto entre los miembros del grupo como en su relación con el terapeuta antes de que las interpretaciones cognitivas sobre el grupo y sus miembros sean metabolizadas y utilizadas en el interés del insight y autodesarrollo de sus miembros, ya que la empatía mutua precede al entendimiento (Schermer, 2013). Cohen (2000) sugiere evidencias de que el tipo de procesamiento que realizan las neuronas espejo es

el relativo a los feedbacks intersubjetivos entre los miembros del grupo, es decir, las narrativas desde el *yo*. Esto significa que *lo dicho desde uno mismo* es más efectivo terapéuticamente que lo que Cohen denomina feedbacks *cibernéticos*, que se corresponden a las narrativas desde el *tú y ellos*, es decir, cuando los miembros del grupo proveen observación, información e inferencias sobre los otros. De alguna manera, es como si las neuronas espejo automáticamente comprendieran las entradas comunicacionales procedentes de los demás que son realizadas desde el *yo* mientras que la información *objetiva* sobre uno mismo parece no ser registrada tan fácilmente, probablemente porque desde esta perspectiva supone un desafío al narcisismo individual (Kohut, 1977). Las investigaciones en neuronas espejo son consecuentes con el énfasis de Kohut en la psicología del self sobre la comprensión empática priorizada sobre la explicación o la interpretación sobre las dinámicas de los pacientes (Stone, 2005). La sintonía que aparece en la relación entre los participantes en el grupo conlleva reconocimiento de uno mismo en el otro y del otro en uno mismo. Cuando el grupo funciona bien, los miembros llegan a sentir como si pudieran leer la mente de los otros y anticipar lo que alguien va a decir o hacer a continuación. Esto no debe ser considerado un pensamiento mágico, sino entendido como el efecto de los sistemas espejo llevado a un nivel en que los miembros crean sus propios modelos de neurona espejo de lo que ocurre entre ellos (Schermer, 2013). Este tipo de cohesión es terapéutica ya que ayuda a los miembros a sentirse menos solos con sus problemas y en sintonía con cada uno de los otros, siendo las neuronas espejo el sustrato de la empatía entre los miembros.

- El estudio de las neuronas espejo sugiere, además, que el terapeuta inevitablemente resuena de forma no consciente con el grupo y que los miembros del grupo también pueden internalizar a los terapeutas cuando se muestran como ejemplos vivos. Dada la imposibilidad de evitar tales procesos, los investigadores en NBIP consideran que sería mejor que el terapeuta trabajara desde su parte *genuina*, utilizando sus respuestas *naturales* para influenciar al grupo, de forma similar a como en los experimentos clásicos el mono repite la misma acción que el experimentador. La NBIP rompe así con la idea del terapeuta como ser abstinente, interpretativo y con una distancia objetiva (Schermer, 2013) y sugiere que los conductores grupales deberían añadir el mirroring a su papel previo de observadores neutrales o consultores.

- Cohen y cols (1998) proponen un modelo dual de conductor de grupo en el cual el conductor es unas veces transcendente y profundo pudiendo así *caminar* junto a los miembros del grupo a la vez que mantener suficiente objetividad para ver una visión más amplia y racional. Este estilo de conducción puede ayudar a transformar las características de un grupo de funcionamiento en *asunciones básicas* a un *grupo de trabajo*. Las investigaciones en neuronas espejo sugieren que este estilo de conducción más transcendental tiene una función importante no solo en el grupo, sino también en el propio cerebro de los miembros del grupo. A este respecto, Pearlman y Saakvitne (1995) señalan en un estudio sobre grupos que los integrantes del grupo refieren que lo que más les ayudó en su terapia grupal fue el sentir que el terapeuta era "uno de nosotros y parte de nuestra familia".

- Una de las importantes contribuciones generadas por las investigaciones en neurociencias es el reconocimiento de que la neurogénesis y la plasticidad neuronal son amplificadas por ciertas experiencias y entornos óptimos (Doidge, 2007; Ratey, 2002). El apego seguro supone una de las más importantes paradojas de la teoría del apego: *el apego seguro libera* (Lewis y cols, 2000). Un miembro del grupo con apego seguro se arriesgará más en explorar su mundo interno y las relaciones con los otros miembros del grupo si el entorno grupal le sirve como base segura. Es por ello que los grupos terapéuticos interfamiliares orientados en base al apego deben *enfatizar la cohesión y la base segura*, lo cual no significa un apoyo no realista, sino la promoción de un clima grupal donde las características personales y las diferencias pueden ser exploradas de forma segura permitiendo que los conflictos inevitables que ocurren en cualquier relación auténtica puedan ser abordados. El grupo es seguro cuando los miembros protestan, muestran desacuerdo y se desafían unos a los otros y cuando el conductor grupal no tiene miedo al abandono o la violencia (Flores, 2013). La meta del conductor de grupo interfamiliar es conseguir un proceso de reflexión compartida en el que cada miembro del grupo y cada unidad familiar sean capaces de generar múltiples perspectivas sobre la experiencia, ayudando así a participantes a salir de su atrapamiento en un único punto de vista que creen como único y real.

Técnicas de conducción

L*a terapia no debe ser conducida desde la teoría, sino desde la relación*
Irving Yalom

Las técnicas fundamentales de la intervención en el grupo interfamiliar son aquellas que promueven la reflexión-acción de sus integrantes desde una visión construccionista, técnicamente ecléctica pero teóricamente coherente, promoviendo el uso de estrategias de cambio diferentes dentro de un marco de comprensión integrador y evolutivo. El conductor grupal ayuda a organizar y estructurar el discurso de las personas a través de dar soporte a una red conversacional que en el contexto interfamiliar es especialmente privilegiada, puesto que acoge tanto dinámicas comunicacionales familiares como sociales a través del marco social representado por las otras familias presentes en el grupo. Como consecuencia la conversación catalizada por el conductor será doble: la que se produce tanto *dentro* de las familias como *entre* las familias participantes.

El conductor usa técnicas comunicativas para *acompañar sin dirigir* a los miembros del grupo en su proceso de descubrimiento de uno mismo a través de la revisión de los vínculos que mantienen dentro de su familia y con el mundo que lo circunda, manteniéndose a una distancia de *observador participante* que señala, orienta y esclarece determinadas conductas cuando considera que lo requiere el proceso, pero sin marcar pautas. No debe, en cualquier caso, confundirse *no directividad* con *laissez-faire*, puesto que el conductor mantiene un rol activo en la promoción de la comunicación a través del cumplimiento de las normas grupales.

Se conversa y se piensa con el grupo tratando de comprender entre todos las problemáticas, se elaboran asociaciones entre las narrativas y creencias de unas familias y se comparan y afrontan con las de otras. En la medida que las personas pueden reflexionar sobre como construyen sus relaciones de autonomía y dependencia en función de su dinámica familiar podrán también lograr cambios en su sistema e ir construyendo nuevas realidades narrativas que aporten nuevas conductas. Y en la medida que los familiares coparticipen de esta reflexión, facilitarán el cambio hacia la autonomía de los miembros de la familia.

La técnica contribuye a abrir a las personas a una nueva experiencia y a una nueva realidad, distinta de la que hasta el momento les aportaba una seguridad plena no

reflexionada. Para ello cada familia dentro del grupo debe adentrarse en la crítica y cuestionar sus "verdades" y dejar de ser obedientes a las creencias compartidas. El e*co grupal* aportado por las demás familias ayuda al grupo a deconstruir las creencias incuestionables, fundamentadas en "lo correcto" y posibilita que sus miembros puedan reconstruir una nueva representación del mundo y sus relaciones mediante la recreación de percepciones, ideas y sentimientos más acordes con la realidad.

Propuestas técnicas para la conducción del grupo interfamiliar.

En función de las investigaciones y siguiendo la mirada construccionista interfamiliar, apuntamos algunos puntos técnicos que el conductor interfamiliar debe tener presentes con el fin de dinamizar las dinámicas comunicacionales en el grupo interfamiliar:

1. ***Trabajar en el aquí-y-ahora***.

   Los patrones y dificultades de interacción interpersonal de los participantes se manifiestan en el aquí-y-ahora a través de las relaciones que se establecen en el marco del grupo interfamiliar, siendo el momento óptimo para reflexionar y actuar sobre ellos. Abordar estas interacciones en el aquí-y-ahora es uno de los elementos esenciales para la efectividad de la terapia y posiblemente el más difícil de fomentar, pues requiere que, a diferencia de lo que habitualmente hacemos respecto a las relaciones sociales, focalicemos la atención en el *proceso* de la comunicación interpersonal –que es lo que realmente origina un impacto profundo en los interlocutores- y no tanto en su *contenido* (Leszcz y Malat, 2015). Este es además el mecanismo que hace a la psicoterapia de grupo única y que -más allá de ofrecer apoyo y consejo- genere cambios, requiriendo para ello que los miembros del grupo estén activos y comprometidos en la experiencia común.

   La importancia del trabajo grupal desde el aquí-y-ahora es apoyado por los últimos descubrimientos neurocientíficos que muestran que la psicoterapia ayuda a los pacientes a acceder a una capacidad reflexiva cuando sus sistemas de apego se activan simultáneamente (Fonagy y Bateman, 2006), frente a los modelos de psicoterapia de tipo explicativo basados en el pasado con los que se evita hacer cambios en el presente (Slife y Canyon, 1991).

El conductor debe saber que las intervenciones que activan los mecanismos de cambio son las que estimulan la interacción comprometida entre los miembros del grupo, las que alientan a los participantes a examinarse a sí mismos y a encontrar palabras para describir su experiencia y las que crean puentes entre unos miembros y otros (Ormont, 1990). El trabajo en el aquí-y-ahora también requiere la búsqueda de potenciales analogías con situaciones extragrupales y las demás relaciones a través de su potencial manifestación dentro del grupo.

El conductor está atento a todos estos procesos de comunicación en el aquí y ahora, tanto a nivel verbal como analógico[56], en una actitud de escucha activa y de atención flotante, de disponibilidad y acompañamiento incondicional, sin juicios ni diagnósticos. El conductor se adentra en la subjetividad de los participantes y confirma sus sentimientos sin tratar de verificar su propia teoría en el grupo, sino que se mantiene presente en el mismo con su personalidad, su conocimiento y su experiencia, entendiendo que es más relevante la repercusión emocional de los hechos que su interpretación.

Los miembros del grupo necesitan algún tipo de guía a través del líder grupal con el fin de ser capaces de proveer retroalimentación efectiva a los demás miembros. Estas retroalimentaciones efectivas, que se producen en el presente grupal y son relatadas en el aquí-y-ahora, suponen algún tipo de riesgo emocional en el participante que realiza el *feed-back* y se focalizan en comportamientos específicos y observables en el grupo, invitando –sin exigir- al cambio. Estos movimientos de retroalimentación entre los miembros del grupo son alentados por el conductor del grupo, quien invita a los otros miembros a ofrecer *feed-back* o se encarga él mismo de hacerlo, y se producen de forma ideal dentro de un espíritu de colaboración y de exploración que evita la condena o juicio de las conductas interpersonales desadaptativas y promueve el que se vayan desvelando patrones de causalidad circular (Moran y cols, 1998).

2. ***La transparencia del conductor y la metacomunicación terapéutica.***

El terapeuta debe ser transparente en sus propias reacciones y *feed-backs*, maximizando así las oportunidades para el aprendizaje interpersonal a través del proceso de comunicar sobre la comunicación –metacomunicación- (Kiesler, 1996), si bien debe

[56] Analógico: referido a lo explicitado a nivel verbal: puntualidad, asistencia, formas de llegar a la sesión, disposición espacial o proxemia (quién se sienta al lado de quién), actitudes corporales…

metabolizar sus respuestas afectivas antes de reaccionar, de forma que no resulte negativamente confrontador. La *transparencia* es una herramienta, y no un fin en sí misma, formando parte de las habilidades del terapeuta para encontrar formas de decir lo indigerible de forma que pueda ser digerida por los miembros del grupo. Es la base para crear una relación terapéutica auténtica con los miembros del grupo. Los participantes de grupo a menudo creen que lo que les ocurre es único y la apertura de los demás miembros –incluido el conductor- les reconforta y ofrece el sentimiento de "pertenecer a la raza humana" (Yalom, 2002).

Conducir desde la transparencia significa que el terapeuta abandona el *triunvirato de la magia, misterio y autoridad* (Yalom, 2002) y acepta que *no es posible ser genuino tras la opacidad*, a la vez que demuestra el respeto y compromiso del terapeuta con el espacio grupal. La transparencia responde además a la expectativa de los participantes que esperan que el terapeuta sea altamente formal y neutral, pero también humano y cercano. Si tal y como mostró Ferenczi[57], el modelo de conducta del terapeuta es copiado por los miembros del grupo, entonces la apertura del terapeuta interfamiliar será proporcional a la de los participantes, que pierden así el temor a revelar más de sí mismos, acelerándose el proceso terapéutico.

Desde la terminología psicoanalítica, la transparencia del terapeuta haría referencia al manejo elaborado de su *contratransferencia*[58], en función de la cual se estimularía una *transferencia* múltiple por parte de los miembros del grupo que se distancie de la interpretación, los consejos o reproches y los discursos racionales.

En este punto se engloba, además, el papel del conductor en hablar con *transparencia acerca de los mecanismos de la terapia,* con la finalidad de disminuir la ansiedad y proveer naturalidad al encuentro terapéutico.

[57] **Sándor Ferenczi** (1873-1933). Médico y psicoanalista de origen húngaro. En ocasiones considerado el "enfant terrible" del psicoanálisis, expresaba que era necesario transgredir las normas psicoanalíticas ortodoxas con el fin de lograr un encuadre más espontáneo y facilitador para sus pacientes. Fomentó la transparencia con sus clientes en lo que denominó "doble análisis" (Nasio, 1996).

[58] *Transferencia y Contratransferencia* son términos procedentes del Psicoanálisis aunque extendidos a otros modelos de terapia. La **Transferencia** hace referencia a aquellos impulsos, sentimientos y deseos reprimidos, necesidades, fantasías, actitudes, defensas, estereotipos de relación, que el paciente evoca y repite en el presente con su analista. La **Contratransferencia** alude a toda reacción emocional que se moviliza en el analista en relación a la persona del paciente en la situación analítica. Es decir, toda respuesta afectiva, impulsos, sentimientos, estereotipos o modelos relacionales, fantasías, etc. que siente el terapeuta al entrar en contacto con el paciente (Hernández, 2005)

3. ***Privilegiar la experiencia sobre la explicación***.

   Las últimas investigaciones en NBIP refuerzan la idea de que todo cambio terapéutico requiere de una *experiencia emocional correctiva*, término acuñado por Alexander Franz (citado en Vinagrodov y Yalom, 1996) en referencia a que el cambio en terapia requiere de experiencias empáticas simultáneas a los aprendizajes cognitivos. La terapia efectiva consiste en una secuencia alternativa de *evocación* y *experimentación* de las emociones y afectos seguida por el *análisis e integración* del afecto (Yalom, 2002). De forma similar, Neimeyer (2013) refiere que *todo cambio terapéutico se origina en momentos de intensidad experiencial y todo lo demás es mero comentario*.

   El conductor interfamiliar invita a seguir el "rastro del afecto", es decir, se centra más en los procesos narrativos emocionales "internos" que en los procesos narrativos interpretativos o reflexivos (Levitt y Angus, 1999), estimulando las intervenciones grupales realizadas desde el sí mismo y evitando los comentarios acerca de otros, las anécdotas de terceros y las generalidades en las respuestas. En esta misma línea, el terapeuta debe hablar sobre *cómo se siente* ante lo que los participantes aportan y no sobre lo que los participantes *hacen* (Yalom, 2002), utilizando las emociones que el grupo le genera como datos intuitivos útiles para el desempeño de la conducción del grupo dentro de un marco emocional genuino y creativo.

4. ***Promover el sentimiento de pertenencia al grupo***

   Definido por Pichon-Rivière (1978) como la visión de los participantes respecto al grupo como un todo -y no como una suma de partes- que incluya a los profesionales. El conductor imprimirá el uso del *nosotros* en las sesiones, se encargará de presentar a las nuevas familias que se incorporan y hará referencia a las personas ausentes.

5. ***Promover la neutralidad y la comunicación directa entre los miembros***

   El conductor no toma posición ante las cuestiones que se tratan en el grupo, sino que promueve que sean los demás miembros del grupo quienes introduzcan sus propias narrativas para co-construir la red intercomunicativa del grupo. La actitud habitual del conductor ante las demandas de los miembros es devolver la pregunta a otros miembros con expresiones tales como (Asen y Scholz, 2010): "Aunque usted me pregunte lo que yo pienso, yo estaría más interesado en saber lo que X puede decir"

así como enfatizando la conversación interactiva: "hablen con los otros, por favor, ignórenme; hagan como que no estoy…".

El terapeuta puede indicar que un participante exprese su mensaje directamente a otro (miembro de su familia o de otra) con frases tipo "dígaselo a él directamente" evitando lo que algunos autores han llegado a definir como "chismes desagradables" (Kempler, citado en Kirz, 2012). Pero, a su vez, el conductor también puede interceder en diálogos en escalada simétrica[59] entre dos miembros del grupo interpelándolos con mensajes tipo "no le hable a él directamente, hable para todo el grupo" cuando considera de que de esta manera se consigue dar paso a una conversación constructiva que incluya a los otros miembros del grupo. En ocasiones el terapeuta puede saltarse estas reglas dialógicas utilizando el modelo de preguntas circulares utilizadas como técnica en la Escuela de Terapia Familiar de Milán[60,] en la que el terapeuta pregunta a los miembros de la familia sobre las relaciones entre otros dos miembros de la propia familia con fines de promover nuevas narrativas alternativas (Martorell, 2014).

6. **Uso de las *técnicas de acompasamiento verbales y no verbales*** que facilitan el intercambio dialógico (Fernández y Rodríguez, 2001):
   - Utilización de un lenguaje sensorial (Hadley, citado en Fernández y Rodríguez, 2001), que es un lenguaje con más capacidad de evocación de emociones.
   - Utilización de un lenguaje vago (Grinder y Bandler, citados en Fernández y Rodríguez, 2001), dado que utilizar términos más precisos es imponer a una persona nuestra propia experiencia interna.
   - Articulación experiencial (Bohart, citado en Gold, 1996), consistente en facilitar y vincular palabras y etiquetas a sentimientos, sensaciones y afectos.

[59] **Diálogos en escalada simétrica**: aquellos en los que no importa tanto el contenido del mensaje como el posicionarse en un lugar de poder ante el otro.

[60] **Escuela de Milán**: Centro de estudios de la familia en Milán que durante los años 1970-80 estuvo compuesto por Mara Selvini Palazzoli, Giangranco Cecchin, Guilana Prata y Luigi Boscolo. Según esta escuela, el cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro menos perjudicial, ya que todo grupo familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema (Martorell, 2014). El **estilo circular** de hacer preguntas fue descrito por el Equipo de Milán en su libro "Hipotetización, circularidad y neutralidad" (Selvini, 1980) y se utiliza tanto para obtener información como una técnica de inducción al cambio. También Tomm (1988) habla de "entrevista interventiva" en las que describió "preguntas reflexivas y circulares", a las que describe como intentos de desencadenar deliberadamente un cambio en el sistema investigado.

- Utilización de técnicas de bio-rapport[61] (Hudson 0'Hanlon, 1993).
- Metacomunicación (comunicar acerca de la comunicación). Utilización de preguntas circulares anteriormente referidas.

7. ***Técnicas de "aceleración" o "romper el hielo"***.
   Son útiles no como finalidad en sí mismas sino como medio para facilitar la comunicación entre las familias y la cohesión grupal. Foster (1991b) y Asen y Scholz (2010) han recopilado múltiples técnicas de este tipo (ver como ejemplo el Anexo 6).

8. ***Promover la diferencia individual de cada miembro del grupo.***
   Frente a las terapias *modernas* que parecen funcionar con intervenciones gobernadas por reglas fiables y replicables (Held, 1995) que a menudo olvidan la individualidad de cada ser humano, la TIF se inspira en los movimientos construccionistas que subrayan la singularidad inherente a cada proceso de terapia y su adaptación a cada momento, cada terapeuta y cada individuo que participa. Cada proceso terapéutico es único y, parafraseando a García Badaracco (2006), debemos estar abiertos a un encuadre en el que vamos "de sorpresa en sorpresa". El terapeuta es a la vez espectador y actor en la escena terapéutica, sin que pueda atenerse a ningún guión escrito de antemano.

9. La postura del terapeuta consiste en un ***compromiso empático y respetuoso con la narración evolutiva que los participantes proporcionan*** sobre su yo y su mundo. El terapeuta no decide los nuevos significados que se crearán, sino que ayuda a que cada persona pueda reconocer que ciertos constructos son incompatibles con sentirse bien y alienta al grupo a que busquen nuevas alternativas.

10. La ***relación Yo-Tú*** definida por Buber (1970) atribuye una importancia respetuosa y genuina a la personalidad total del otro, y se corresponde con la que el terapeuta interfamiliar imprime y contagia al resto de participantes en el grupo, a diferencia de la relación *Yo-Ello* que convierte al otro en un mero objeto al que se le tiene en cuenta como objeto de estudio o trabajo.

[61] **Bio-rapport**: fenómeno de alineamiento rítmico entre personas ligadas por una relación simpática o rapport. La sincronización de los ritmos biológicos parece indicar y realzar el rapport entre personas. Erickson utilizaba deliberadamente esta asimilación rítmica para facilitar el desarrollo del rapport y para influir en los pacientes.

11. El papel del terapeuta también se corresponde con los principios definidos por Carl Rogers (1951) en su modelo de psicología humanista: ***empatía, autenticidad y consideración positiva incondicional terapéutica.*** Rogers refiere tres técnicas en la conducción (Myers, 2006) aplicables al contexto interfamiliar: 1) *Parafrasear*: consiste en comprobar que se han entendido las palabras del que habla asumiéndolas con las propias palabras. 2) *Invitar a la clarificación*: "¿cuál podría ser un ejemplo de eso?" y 3) *Reflejar los sentimientos*, compartiendo las sensaciones que capta del lenguaje corporal y verbal.

12. La presencia del grupo y del terapeuta sirve como ***lente de aumento*** de las pautas y procesos interpersonales que tan difíciles resultan de observar en las reflexiones privadas de la persona *(*Neimeyer, 2013).

    Los profesionales que atienden a personas o familias simultáneamente en intervención individual y en el grupo interfamiliar a menudo plantean situaciones dilemáticas acerca de qué información pueden compartir en el espacio grupal interfamiliar sin por ello faltar a su compromiso de confidencialidad. La respuesta en este caso es siempre la misma: basándonos en las ideas construccionistas y dialógicas antes vistas, así como por la ética profesional, los profesionales deben actuar como meros mediadores o catalizadores del proceso, estimulando que sean los propios participantes los que comparten esas temáticas y narrativas tras propuestas del tipo: *"Quizás te sea de ayuda compartir con el grupo lo que ayer me transmitiste en la sesión individual", "os animo a que deis el paso y compartáis lo que ayer hablamos", "si quieres –sólo si me lo permites- yo puedo ayudarte a sacar este tema que tanto te cuesta hablar…"*. La respuesta general de los participantes es la de agradecer al profesional su invitación y finalmente compartir la temática embarazosa.

13. ***Temporización***.

    Consiste en encontrar la intervención más oportuna para un determinado momento. Pretender algo demasiado pronto genera resistencia o complacencia intelectual en las personas, mientras que perseguirlo demasiado tarde detiene el impulso de avance del las personas. Solo con una temporización adecuada, derivada de una sintonía fina con el proceso de cada persona, puede la intervención encontrar el suelo fértil imprescindible para germinar y abrirnos a nuevas posibilidades (Neimeyer, 2013).

14. ***El empleo de la poesía***.

Según Neimeyer (2013) "*es mejor para lograr un máximo impacto, expresarse poética que prosaicamente*". El discurso terapéutico debe tener un carácter práctico, descriptivo y representacional, próximo al lenguaje de la vida cotidiana. Pero una terapia que no se eleve más allá para ofrecernos una imagen menos literal y más rica del problema, posición o posibilidades del cliente, fracasa en el objetivo básico de Kelly (1977) de *trascender lo evidente*, es decir, de formular las narrativas en un lenguaje nuevo y metafórico que aliente la transformación.

15. ***Alentar la reflexividad y la curiosidad de los participantes***.

La psicoterapia interfamiliar construye el cambio partiendo de la capacidad de dar sentido de cada uno de los miembros, de manera que las intervenciones del terapeuta y demás participantes sólo tienen un papel de colaboración en este proceso. El terapeuta debe incitar al grupo a sentir *curiosidad* acerca de los procesos intrapsíquicos del ser humano y de las dinámicas familiares y sociales que los envuelven y que salen a la luz en el devenir grupal interfamiliar. Es desde esta curiosidad apasionada que las personas tendrán energía para buscar entendimiento y alternativas a lo que les ocurre.

16. ***Hacernos amigos de la resistencia.***

La resistencia se interpreta como una forma necesaria de autoprotección, es decir, como una respuesta adaptativa del miembro del grupo ante la amenaza que el cambio supone para su forma habitual de entender el mundo (Kelly, 1991). Neimeyer (2013) apuesta por "hacerse amigo" o "dialogar" con la resistencia en lugar de limitarse a interpretarla con el fin de alentar el avance terapéutico.

Los participantes suelen iniciar la terapia identificándose conscientemente con una posición antisíntoma, es decir, centrados en el síntoma –depresión, fobia…- y queriendo ante todo erradicarlo, pues contemplan el síntoma como un obstáculo innecesario en su vida. En las terapias tradicionales el terapeuta y el paciente trabajan juntos combatiendo el problema y tratando de contrarrestarlo directamente mediante la aplicación de técnicas específicas o el desarrollo de estrategias compensatorias de enfrentamiento. Sin embargo, en las terapias construccionistas como la TIF el terapeuta, aunque valida empáticamente el sufrimiento que los síntomas provocan,

trabaja experiencialmente con la intención de identificar la *verdad emocional* del síntoma, es decir, la posición *prosíntoma* inconsciente que lo convierte en algo vital.

La posición prosíntoma que convierte al síntoma en algo imprescindible debe ser descubierta *experiencialmente* por la persona y estimulada por cualquiera de las diferentes modalidades de *cuestionamiento* por parte del terapeuta y los demás integrantes del grupo, a sabiendas de que la comprensión intelectual del síntoma no vale. A lo largo del proceso terapéutico los participantes van reconociendo el valor adaptativo provisional del síntoma en la vida de la persona y dentro del marco de su familia y realineando los objetivos de modo que el síntoma deje de ser un problema y se convierta en una decisión.

17. ***Evitar los diagnósticos y dirigirnos al potencial sano de las personas.***

Los diagnósticos son a menudo contraproducentes, pues limitan la visión de la temática que resulta problemática, cosifican a la persona y actúan como profecías autocumplidoras. Además introducen una distinción entre los denominados "pacientes" etiquetados con un diagnóstico y sus familiares, encasilla a los miembros de la familia y dificulta el abordaje global de cada dinámica familiar.

Trascender los diagnósticos implica una nueva mirada sobre la persona que sufre y fijar nuestra atención sobre los potenciales sanos de los participantes -la *virtualidad sana* en palabras de García Badaracco (2000)-. Esta nueva mirada tiene consecuencias proféticas, ya que mirar al otro desde sus aspectos más sanos supone una fuerte connotación positiva en la relación terapéutica y el despertar de la capacidad de sanarse de los miembros grupales.

18. ***Terapeutas y resto de participantes como compañeros de viaje. No hay pacientes***.

En la TIF todos estamos "en el mismo barco" y somos "compañeros de viaje" (Yalom, 2002). Esto implica a todos los participantes, de manera que no se produce una diferenciación entre "pacientes" y "acompañantes" ya que todos somos pacientes en diferente grado de sufrimiento. Tal y como refiere Guillermo Borja (2004) los buenos terapeutas son en realidad los *pacientes curados*, con lo cual cualquier integrante del grupo puede devenir en co-terapeuta espontáneo.

19. ***Optimismo* en el potencial del cambio humano**.

La TIF considera a las personas como *científicos neófitos* capaces de esbozar nuevas teorías más abarcadoras y adecuadas para sus propias vidas con la colaboración de los demás (Kelly, 1991) y, también, como *auténticos autores de su historia vital* (White y Epston, citados en Neimeyer, 2013), capaces de seleccionar de entre las formas culturales disponibles dentro del grupo multifamiliar aquellas más satisfactorias para progresar individual y socialmente.

20. ***Lenguaje sencillo, conciso y sin tecnicismos.***

La consigna en el grupo interfamiliar es conseguir un diálogo abierto en el que todos podamos expresarnos libremente en un lenguaje sencillo y común. El terapeuta-conductor tiene la responsabilidad de imprimir en el grupo este modo de interacción sencillo que facilite la comunicación y de ayudar a los participantes a entrar en este mismo registro. En este sentido, Simond (2012) refiere que el lenguaje "ampliado" amplía la mente, mientras que el lenguaje "técnico" la empobrece.

21. ***Vincularnos a los participantes desde la disponibilidad y la incondicionalidad***.

Una relación terapéutica íntima y cuidadosa se convierte, por sí misma, en una experiencia emocional correctiva. El terapeuta interfamiliar comprometido integra las ideas de algunos autores acerca de su actitud hacia los miembros del grupo: "*estar incondiconalmente y siempre disponible"* (García Badaracco, 2000); "*testigo valiente"*, (Miller, 1998 y 2009)*; "terapeuta valiente"* (Borja, 2004); "holding" (Winnicott , 2002), *"estar con"* (Rogers, 1989), entre otros. El terapeuta y su modelo de vinculación se convierte en ejemplo palpable para el resto de los miembros del grupo y los participantes aprenden que es posible alcanzar una relación íntima y segura también fuera del espacio grupal y qué habilidades sociales deben poner en juego con tal fin.

22. ***Connotación positiva.***

El terapeuta capaz de expresar de forma regular sus pensamientos y sentimientos positivos acerca de los miembros del grupo fomenta que los participantes también lo hagan consigo mismos y con los demás.

23. ***Empatía***.

    El terapeuta hace sentir que le importan todos y cada uno de los participantes en el espacio grupal. Todos ellos se benefician de la experiencia de ser vistos de forma completa y de ser entendidos. El grupo interfamiliar funciona como un "reservorio" o "escuela" de empatía, donde los miembros menos entrenados aprenden no sólo de los profesionales sino sobre todo de los demás participantes a expresar su empatía hacia los demás.

24. ***Asumir nuestros errores.***

    Siguiendo a Winnicott (citado en Yalom, 2002), "*la diferencia entre buenas y malas madres no está en que cometan errores, sino en lo que hacen con ellos*". Una abierta admisión de sus errores por parte del terapeuta enseña un buen modelo para los participantes, que sienten que son apreciados por el profesional y aprenden asimismo a disculparse dentro del contexto grupal. Es un trabajo de humildad que busca contrarrestar el narcisismo de todos los participantes que atenaza las posibilidades de cambio.

25. ***Flexibilidad en cada sesión de terapia***.

    El terapeuta debe evita la técnica prefabricada y permitir que aparezcan intervenciones espontáneas en función de las demandas que cada situación específica determina.

26. El conductor también ***aprende de los demás participantes***.

    El contexto grupal es una fuente continua de inspiración y supone una gran oportunidad para reciclarse con la presencia de familias y otros profesionales capaces de aportar las más novedosas respuestas en el proceso terapéutico.

27. El *acto* terapéutico va **más allá de la *palabra***.

    El conductor gesticula, puede levantarse y cambiar su lugar en el grupo, dar la mano o abrazar a un participante… de manera que potencia las intervenciones desde la óptica relacional a la vez que abre la puerta a los demás concurrentes a que puedan hacer uso de expresiones emocionales a menudo reprimidas.

28. Los ***límites*** **del terapeuta**.

El terapeuta puede conducir el grupo más allá de los límites a los que él mismo ha llegado en su propio proceso personal, puesto que parafraseando a Nietzsche (citado en Yalom, 2002): "*alguien que no ha podido soltarse de sus propias cadenas puede, sin embargo, liberar a otros*". Jung (citado en Yalom, 2002) hace referencia a la eficacia aumentada del "*sanador herido*" y García Badaracco (2000:275) insta a los terapeutas a "*no decirles a los demás lo que no saben de sí mismos y a reconocer que los propios terapeutas tampoco saben demasiado de lo que a ellos les pasa"*.

El grupo interfamiliar es un espacio privilegiado por contar además con muchos coterapeutas espontáneos "heridos –en referencia a los otros miembros del grupo-. Según Jung (citado en Yalom, 2002), la terapia funciona mejor cuando "el paciente aporta el bálsamo perfecto para la herida del terapeuta, de manera que si el terapeuta no cambia, entonces el paciente tampoco cambia". Quizás los terapeutas heridos son más eficaces porque tienen mayor empatía hacia las heridas de los pacientes y participan de forma más profunda y personal en el proceso curativo. En cualquier caso, la interacción íntima es siempre saludable.

29. ***Animar a los participantes a que compartan lo que piensan y sienten***.

La revelación de pensamientos y sentimientos es la base esencial del proceso terapéutico y no hay terapia si el participante no consigue una auto-revelación. El conductor provee un *clima grupal de seguridad y confianza* con este fin y lo hace de forma activa, respetando los tiempos, sin presión y sin ningún tipo de juicio cuando al fin la revelación se produce. García Badaracco (2000:46) define la función terapéutica como "*ir creando el clima de seguridad psicológica necesario para que cada participante encuentre "su momento" para expresar "su verdad"*, algo similar a lo propuesto por los promotores del Open Dialogue (Seikkula y Olsen, 2003) cuando describen el espacio terapéutico como un lugar polifónico en el que no se prejuzga.

Para lograr este fin, el terapeuta debe *saber escuchar y enseñar a escuchar,* ya que, a menudo, los participantes no han podido antes explicar lo que sienten porque no han tenido quién les escuche, o temen que cuando inician un discurso sean censurados por sus familiares o por otros miembros del grupo en función de experiencias represivas previas. Inspirándose en el decálogo de las prácticas dialógicas (Seikkula y Olsen,

2003) el terapeuta escucha y, con ello, de forma simultánea, enseña a los otros a escuchar. Es el inicio de ser visto, de ser alguien y de tener al fin voz.

30. **La *intervención genuina* no daña, sino que *respeta al otro***.

García Badaracco (2000) refiere que *respetar* al otro consiste en confiar en que podemos comunicarnos con él desde nuestra autenticidad, pues lo menospreciamos cuando creemos que no puede entender y tolerar lo que sentimos hacia él. Desde este principio, entendemos que ser sinceros puede resultar doloroso, pero siempre es curativo, mientras que la mentira y la ocultación, aunque puedan ser percibidas como un bálsamo, *siempre* son dañinas.

31. **Promover el *feed-back.***

La terapia es un proceso de autorrevelación en función de los *feed-backs* que los participantes reciben en el espacio terapéutico. Es a través del *feed-back* que los participantes en la terapia toman conciencia de su propia conducta y aprenden a apreciar el impacto de su comportamiento sobre los sentimientos de los demás. El grupo interfamiliar es un lugar privilegiado para los *feedbacks*, ya que son múltiples y proceden de todos los agentes posibles: miembros de la propia familia o de otros participantes de su entorno social.

Si hacemos uso de la herramienta que supone la Ventana de Johari[62] (Figura 17) como forma de análisis de la interacción humana, podemos entender los efectos sobre las interacciones humanas que se producen en el proceso terapéutico interfamiliar.

La terapia tiene como finalidad cambiar el tamaño de los cuatro cuadrantes de la Ventana de Johari, puesto que tratamos de hacer que crezca el cuadrante "público" a

[62] **Ventana de Johari**: herramienta de la psicología cognitiva creada por los psicólogos Joseph Luft y Harry Ingham -las primeras letras de cuyos nombres conforman la palabra Johari- para ilustrar los procesos de interacción humana. Según ella, el espacio interpersonal está dividido en cuatro áreas –Figura 17-, definidas por la información que se transmite. Estos cuadrantes están permanentemente interactuando entre sí, por lo que, si se produce un cambio en un cuadrante, este afectará a todos los demás (Fritzen, 1987).

	Yo conozco	Yo desconozco
Los demás conocen	Área libre	Área ciega
Los demás desconocen	Área oculta	Área desconocida

Figura 17. Ventana de Johari

expensas de los otros tres. A medida que los participantes en el grupo se abren y comparten más sobre sí mismos disminuye el cuadrante del área oculta, mientras que el cuadrante del área desconocida o inconsciente disminuye en función de la exploración y toma de conciencia de los participantes sobre estratos más profundos de ellos mismos a través del proceso de terapia. Aunque es el área ciega el cuadrante en el que el proceso grupal puede tener mayor fuerza, dado que el feedback de los otros participantes colabora a que los miembros puedan verse a sí mismos como los otros los ven.

El terapeuta interfamiliar debe saber que los *feed-back* más "útiles" son aquellos que:

- Surgen de las observaciones en el aquí-y-ahora, de forma que si el participante logra entender lo que ocurre en un acto relacional en el grupo puede entender lo que le ocurre con otras personas fuera del grupo.
- Siguen a una acción tan cercana como sea posible.
- Se focalizan en observaciones específicas y sentimientos generados en el otro más que en interpretaciones o racionalizaciones sobre la comunicación del hablante. Los *feed-backs* basados en las emociones propias tienen menor riesgo de provocar defensas en los que los reciben ("son mis sentimientos y no pueden ser puestos en duda").
- El destinatario del *feed-back* puede validarlo a través de obtener consenso por parte de los otros miembros del grupo.
- Son focalizados y explícitos, tratando de evitarse los *feed-back* generalistas o los realizados en base a términos de blanco-o- negro.

32. ***Llamar a las cosas por su nombre***.

    Los terapeutas no deben evitar la oportunidad de hacer frente a hechos dolorosos que de otras maneras quedan tapados o minimizados. Muerte, suicidio, cáncer, crónico… son palabras que el terapeuta puede poner en juego y que ayudan a los participantes a permitirse abordar y descansar así del esfuerzo de buscar eufemismos o negar la realidad. El terapeuta debe ser "claro" o "crudo", lo cual no debe confundirse con ser duro o cruel.

33. Hablar sobre ***el sentido de la vida, la mortalidad, la libertad, los deseos y otros temas existenciales***.

    Según Jung (citado en Yalom, 2002) un tercio de las personas que solicitan ayuda terapéutica refieren no encontrar sentido a la vida. La experiencia nos dice que un gran porcentaje de participantes en los grupos interfamiliares plantean similar demanda.

34. Ayudar a los participantes a que ***asuman responsabilidad sobre lo que les ocurre***.

    El grupo interfamiliar debe orientarles a entender como cada miembro y cada familia en particular contribuyen al estado en el que se encuentran. Los terapeutas deben desarrollar métodos que faciliten la asunción de la responsabilidad como primer paso en el proceso terapéutico, ya que una vez que los participantes reconocen su propio papel en la problemática vital, entonces también pueden darse cuenta de que ellos, y sólo ellos, tienen el poder de cambiar esa situación. Yalom (2002) sugiere confrontaciones y cuestionamientos tipo "¿cuál es su beneficio en el sostenimiento de esta situación?" La TIF ofrece un potente marco de ayuda a la toma de responsabilidad de los integrantes dado que explora los papeles interpersonales que cada uno de ellos asume en el grupo y en la familia y que es extrapolable al que asume en el exterior. El *feed-back* de grupo ayuda a la toma de responsabilidad producto de la siguiente secuencia definida por Yalom (2002):

    - Los participantes aprenden como su conducta es vista por los otros.
    - Aprenden como su conducta hace sentir a los otros.
    - Observan como su conducta moldea la opinión de los otros sobre ellos.
    - Y por último, aprenden que estos tres pasos anteriores determina la forma en la que finalmente se sienten en relación con ellos mismos.

35. ***La toma de decisiones como acción sanadora.***

    Las decisiones son la vía hacia la libertad y la responsabilidad. El conductor estimula el sentido de responsabilidad de sus integrantes y los acompaña en el proceso de asumir la resistencia, la ansiedad y la renuncia que precede a la toma de decisiones y a entender, a su vez, que la no toma de decisiones es también una decisión en sí misma. Implica además aprender que *nunca nadie debe tomar decisiones por los otros.*

36. ***Tolerar las expresiones emocionales, como el llanto.***

    Expresiones comúnmente acalladas en la comunidad y que en el grupo interfamiliar no sólo son permitidas, sino promovidas, acompañadas de la reflexión conjunta.

37. ***No sobrevalorar las explicaciones e interpretaciones.***

    Aunque a menudo los terapeutas parecen empeñados en entender y encontrar una interpretación a lo que le ocurre al otro, la mayoría de investigaciones sobre psicoterapia señalan que los "pacientes" no dan tanto valor a la interpretación y al insight. La intelectualización en terapia se aleja de lo terapéutico; de hecho, algunos estudios indican que no es la toma de insight la que conduce hacia el cambio, sino que el cambio es lo que produce insight (Yalom, 2002).

38. ***No temer el contacto físico.***

    Un abrazo o dar la mano de forma genuina y no afectada y alejada de cualquier connotación sexual puede ser una forma contundente de ofrecer un mensaje de apoyo. El terapeuta o cualquier otro miembro del grupo inspiran que los otros utilicen un lenguaje físico a menudo marginado no sólo en terapia, sino también en el día a día del ser humano.

39. ***Tolerar la incertidumbre y las proyecciones.***

    El terapeuta se encuentra en un espacio de enorme complejidad y abierto a la espontaneidad que supone no tener un guión o temática predeterminada (García Badaracco, 2006). Con frecuencia, puede convertirse en foco de proyecciones de los participantes o asistir a situaciones de extremada carga emocional. La formación adecuada y la seguridad en sí mismo le ayudarán a dar significado a cada uno de los procesos comunicacionales en los que concurre.

40. ***Tener en cuenta los aniversarios y días especiales de los participantes.***

    No descartar realizar una pequeña celebración durante la realización del grupo o al final de éste. Para algunos componentes del grupo puede éste ser el único lugar donde sea reconocido su día especial y donde reciba felicitaciones. La naturalidad de festejar los buenos momentos confiere un clima de cohesión y mayor familiaridad al grupo interfamiliar.

41. ***Enmarcar el grupo en el contexto en el que transcurre***.

    Fiestas navideñas, contextos políticos, conflictos sociales… influyen sobre los participantes como miembros del contexto social (López y Blajakis, 2012) y son temáticas que el conductor debe tener en cuenta y promover su abordaje.

42. Utilizar el **material de los *sueños***.

    Todo lo que ocurre en el sueño representa algún aspecto del que sueña. Por eso la terapia debe dar cabida a la expresión espontánea de los sueños como entrada a nuestro material inconsciente.

43. Los elementos de **la práctica del *mindfulness***[63] son absolutamente aplicables al terapeuta interfamiliar, tal como los propone Kabat-Zinn (citado en Martorell, 2014): *No juzgar*, *paciencia*, *mente de principiante* -tratando de evitar la influencia de lo previo sobre el presente-, *confianza* en nosotros mismos, *no esforzarse* y dejar que el resultado se produzca por sí mismo y *aceptación* de las cosas tal como son.

44. Walter Kempler, terapeuta familiar *experiencial* (citado en Kriz, 2012) sugiere a los terapeutas familiares y guestálticos algunas ideas compatibles con la conducción en la TIF:
    - En el curso de la terapia las distracciones se deben reducir a un mínimo.
    - Se debe traer al primer plano lo inmediato.
    - Dirígete a cada individuo en lugar de hablar a todos al mismo tiempo.
    - Centra la conversación en la realidad práctica más que en las ideas.
    - No permitas que las intervenciones se conviertan en tema de conversación.
    - Introduce singularidades, siempre singularidades. Atiende al *feed- back,* siempre al *feed-back.*
    - Apunta todas las comunicaciones pertinentes a su blanco real: a la persona interesada. Todas las observaciones sobre una persona dichas a otras se deben considerar chismes no deseados.

[63] **Mindfulness**: traducción equivalente a "conciencia o atención plena", derivada de las enseñanzas de Buda. Jon Kabat-Zinn es considerado el pionero en las aplicaciones clínicas del mindfulness, al que define como la conciencia que surge de prestar atención intencionalmente en el momento presente y sin juzgar las experiencias que se despliegan en cada momento, así como la aceptación radical de la propia experiencia (Martorell, 2014).

Uso de otros dispositivos técnicos

El conductor del grupo interfamiliar puede hacer uso de *técnicas de apoyo a la conducción*, algunas de ellas importadas de otros modelos. Varios autores describen un compendio de posibles actividades que incidan en la interacción entre las familias y la cohesión grupal, todas ellas aplicables en la TIF. Destaca Eia Asen, quien hace un compendio de multitud de estas técnicas en su libro "Multi-Family Therapy. Concepts and techniques" (2010), incluyendo ejercicios orientados en la familia, ejercicios focalizados en el problema, orientados según diagnóstico (trastorno del ánimo, trastorno alimentario, psicosis), etc.

En las sesiones interfamiliares que se desarrollan en la provincia de Alicante con frecuencia se utilizan actividades que estimulan la comunicación entre los participantes y dinamizan los grupos, tales como el cine fórum, psicodrama, lectura de textos, formación de subgrupos durante parte de la sesión, juegos de estrategia que fomentan la interacción… La visualización de fragmentos de películas o cortometrajes que elegimos en función de situaciones que se viven en los grupos nos resulta especialmente útil, ya que a través de las dinámicas de familias "transparentes" de la ficción se estimula la identificación de las familias presentes en el grupo y se fomenta un mayor debate entre ellas.

Papel de los otros profesionales participantes

Una de las complejidades del grupo interfamiliar la encontramos en la posibilidad de que junto al conductor/es asignados participen otros agentes clínicos, educativos o sociales que realizan sus propios aportes al grupo. Estos profesionales pueden formar parte del equipo de la institución en la que se desarrolla la experiencia interfamiliar o bien acudir desde el exterior, estando o no vinculados previamente a algunas de las familias participantes.

Las familias y los agentes profesionales interaccionan en el grupo de forma que a las narrativas de cada familia y las narrativas construidas con la perspectiva profesional son integradas en el grupo. El conductor grupal debe estar atento a las interacciones profesionales-familias para que no se produzcan intervenciones invasivas por parte de los primeros así como para calibrar los aportes narrativos de todos ellos y evitar que el grupo se convierta en dos subgrupos diferenciados –profesionales y no profesionales- que abordan sólo la temática de las familias participantes.

En ocasiones, algunos profesionales que concurren al grupo podrían no compartir la mirada construccionista y social de la TIF y mostrar una actitud lineal y jerárquica, tratando de demostrar "tener la razón" y "enseñar" al resto de los participantes al grupo. El conductor debe tener siempre presente su responsabilidad en mantener un diálogo abierto y constructivo en el grupo y, sin entrar en competencia con dichos profesionales y con la ayuda del resto de participantes, ayudarlos a incorporar narrativas más naturales y constructivas que los recoloquen en la posición de horizontalidad que propone el contexto interfamiliar.

Nuestra experiencia nos lleva a decir que la participación en los grupos interfamiliares suele ser terapéutica no sólo para las familias con problemas sino también para los profesionales, quienes aprenden a cuestionarse la supuesta posesión de la verdad, disminuyendo su narcisismo y sus necesidades de reconocimiento y valoración de los otros.

Papel de la coterapia y co-conducción por parte de los demás miembros del grupo.

El principal recurso terapéutico del grupo interfamiliar radica en los propios miembros del grupo, en "*poder contar con el otro*" (García Badaracco, citado en Mascaró, 2012), algo novedoso para muchos seres humanos que han vivido la mayor parte de sus vidas sin vínculos seguros. La TIF da protagonismo a todos y cada uno de los componentes del grupo, a los que considera sujetos reflexivos y activos en la terapia y corresponsables tanto del proceso terapéutico propio como en el de los demás miembros del grupo. Esta horizontalidad del encuadre promueve el "empoderamiento"[64] de los participantes en relación con otros contextos terapéuticos, colocándose todos ellos en papel de coterapeutas espontáneos.

[64] Empoderar(se). Calco del inglés *to empower*, que se emplea en textos de sociología política con el sentido de 'conceder poder [a un colectivo desfavorecido] para que, mediante su autogestión, mejore sus condiciones de vida'. (RAE, 2005).

Dentro del proceso terapéutico, los miembros del grupo van adquiriendo una progresiva capacidad de asomarse a las dinámicas interpersonales en las que se hallan envueltos y de mostrarse en forma auténtica y sincera. Cuestionan, connotan y enriquecen el proceso terapéutico desde una actitud construccionista, haciendo uso de las pautas dialógicas como verdaderos maestros y actuando como guías o referentes que muestran el camino recorrido por ellos mismos a aquellos que llegan perdidos y confusos. Son los "pacientes curados" que van gestándose en "familias que se van curando" a lo largo del proceso interfamiliar. Estos "pacientes curados" y "familias curadas" son, sin duda, los mejores terapeutas -tal y como refiere Guillermo Borja (2004)-, cuya contribución jamás podría ser siquiera igualada por la de cualquier profesional.

Siguiendo esta idea, Asen (2006; Asen y Scholz, 2010) propone la idea de que las instituciones contraten a ciertos miembros del grupo como co-conductores de los grupos multifamiliares. Desde nuestra experiencia en grupos interfamiliares no dudamos que sería la mejor inversión posible.

5.1.2.8. La coordinación y supervisión

Dos clases de personas fracasan en la vida:
Aquellas que no saben nada y aquellas que creen saberlo todo.

Warren Buffett

Mantener una coordinación adecuada del equipo profesional es una de las más importantes tareas previas a la experiencia terapéutica interfamiliar. El equipo debe fijar el/los conductor/es del grupo interfamiliar y éste/éstos ser los encargados de velar porque la conducción del grupo sea eficaz y respetuosa y que quede al margen de posturas políticas o servilismos institucionales de cualquier tipo.

Con este fin el equipo debe encontrar espacios de reunión de coordinación así como de supervisión periódicos en los que se revise la comunicación entre los profesionales a sabiendas de que los problemas de equipo podrían ser transmitidos al grupo y provocar confusión en el proceso grupal. Solo un equipo profesional saneado y, por tanto, con una comunicación fluida y directa, puede fomentar similares dinámicas en el grupo.

El supervisor revisa junto al equipo profesional las situaciones de conflicto que se dan tanto dentro del espacio grupal como fuera, incluyendo las actitudes y roles que han tomado los miembros del equipo en el proceso grupal tales como si intervienen demasiado, si son demasiado directivos, si mantienen el cumplimiento de las normas, si son autoritarios, si promueven afrontar las crisis y, en definitiva, si siguen las pautas dialógicas para la construcción de un espacio seguro y confiable. El supervisor no debe evitar las crisis del equipo, sino fomentar que sus miembros las afronten a través de discutir sus diferencias y madurar sus propios conflictos, algo que se trasladará posteriormente al trabajo con las familias participantes en el grupo.

La labor del supervisor sobre las dinámicas del equipo profesional es prioritaria sobre el abordaje de las temáticas particulares de las familias, cuya reflexión conjunta ya se realiza en el propio contexto del espacio grupal con la ayuda de las otras familias a modo de *equipo reflexivo*. De esta manera en la TIF nos alejamos del modelo de supervisión "de casos", que consideramos escasamente útil y, hasta cierto punto –desde los principios del *Open Dialogu*e- irrespetuosa con las familias, pues no nos sentimos cómodos hablando de personas que no son invitadas a la conversación.

Para que el supervisor pueda enriquecer las reuniones de supervisión con el equipo, es necesario que conozca de primera mano las dinámicas que se dan en el grupo interfamiliar entre los participantes y el equipo profesional. Con este fin se pueden recurrir a diversos modos tales como el uso de transcripción de sesiones o grabaciones audiovisuales. Pero, sin duda, la más natural y efectiva de las formas es su participación en directo dentro espacio interfamiliar. De esta manera, el supervisor, además de "vivir" el grupo, podrá él mismo contribuir en aportes que enriquezcan la conducción. Las recientes investigaciones neurocientíficas también apoyan la intervención directa del supervisor en el grupo, pues existe evidencia de que los sistemas de neuronas espejo –que obviamente también intervienen en el aprendizaje y revisión de los profesionales- se activan de forma más intensa ante la exposición directa a estímulos que ante la narración indirecta de situaciones o a través de medios audiovisuales (Iacoboni, 2008).

5.1.2.9. La formación del terapeuta interfamiliar

No se puede enseñar nada a un hombre;
sólo se le puede ayudar a encontrar la respuesta dentro de sí mismo.
Galileo Galilei

Los profesionales integrados en el Foro de Elche hemos evolucionado paralelamente a los grupos multifamiliares en los que venimos participando desde hace aproximadamente diez años. Pasamos de creer que éramos los únicos responsables del éxito de la terapia a entender que nuestro papel es lo menos importante y que lo único trascendente es lo que las familias puedan crear conjuntamente con nuestro apoyo.

La visión construccionista y social de los procesos terapéuticos está detrás de este reposicionamiento en un lugar de menor exigencia y más confortable y creativo que nos enriquece y que nos forma continuamente como personas y como terapeutas. Ahora los terapeutas ya no estamos en la posición de *saber* sino en la de seguir aprendiendo junto a los otros, compartiendo las emociones que nos despiertan las narrativas de los demás dentro de una tarea terapéutica compartida por todos. El fin último: convertir el grupo multifamiliar en una experiencia activa a nivel interpersonal e interfamiliar.

Desde nuestra experiencia en estos años, que engloba nuestro propio proceso como conductores en múltiples experiencias interfamiliares así como la supervisión y formación de numerosos profesionales, entendemos que el conductor de grupos interfamiliares debe reunir unas determinadas características personales junto a una adecuada y específica formación académica y vivencial así como tener siempre presentes las bases neurobiológicas de los procesos terapéuticos.

Tomamos en consideración los siguientes puntos acerca de la formación del terapeuta interfamiliar:

- El buen terapeuta requiere una serie de *aptitudes personales*, de forma similar a como un buen atleta necesita reunir unas capacidades físicas concretas. Por lo tanto, no todo el mundo sirve, en principio, para ser un buen terapeuta. Consideramos que dones como la empatía y solidaridad, generosidad, honestidad, valentía, creatividad, inconformismo, positivismo, capacidad de liderazgo, sinceridad y perseverancia, entre otros, son imprescindibles para alcanzar la meta de ser un buen conductor interfamiliar. A menudo estos dones están presentes en muchos de nosotros, pero no han sido suficientemente

cultivados, lo cual significa que probablemente la mayoría de nosotros podríamos desarrollar nuestra "virtualidad sana" –parodiando a García Badaracco (2000)- como terapeutas a través de experiencias vivenciales capaces de fomentar estas cualidades.

- La *formación teórica* debe contemplar una especialización en psicoterapia general, pero con especial énfasis en la teoría del apego, la terapia grupal y familiar, el construccionismo social –que incluya prácticas dialógicas- y la psicología social.
- La *formación previa* de los profesionales a menudo representa un hándicap, especialmente cuando ésta se ha realizado en base a modelos encorsetados y sectarios que se oponen a la visión abierta e integradora de la TIF. En tal caso, el profesional requerirá un proceso de desprogramación a través de experiencias vivenciales que incluyan una profunda revisión de los aspectos personales así como ampliar su formación académica en el campo de la psicoterapia.
- Nos es indiferente la *titulación* del conductor de grupos. En general cualquier profesional que participa en programas de apoyo a problemáticas humanas puede considerarse un buen candidato a la formación en TIF: enfermeros, médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, sociólogos, orientadores y docentes, etc.
- Aunque la formación y reciclaje no acaban nunca, la formación inicial para la capacitación del conductor interfamiliar puede realizarse en un periodo relativamente breve que reúna una formación vivencial y una amplia formación teórica.
- Las últimas investigaciones en neurociencias confirman que la formación de los terapeutas grupales e interfamiliares debe inculcar conocimientos que incluyan la perspectiva de la neurobiología interpersonal (NBIP). Desde esta perspectiva, el entrenamiento del conductor debe consistir en desarrollar una postura profesional, responsable y ética hacia el grupo que tenga en cuenta los procesos en los que intervienen las neuronas espejo de las redes neuronales de los hemisferios cerebrales izquierdo y derecho (verbal-cognitivo vs. intuitivo-imaginario) y sus conexiones a las áreas frontales del córtex (donde radica la toma de decisiones). La constatación de la existencia de estos sistemas de neuronas espejo refuerza dos máximas del entrenamiento:

1) que los formadores usen en la formación técnicas de "role model"[65] del comportamiento del conductor a través de la participación en grupos y 2) que los alumnos sean entrenados tanto a nivel subjetivo-personal como a nivel objetivo-teórico en el trabajo grupal. Los terapeutas en formación deben tener en cuenta que, inevitablemente, y en función de estas bases neurobiológicas, son a la vez conductores del grupo y participantes que también experimentan los procesos terapéuticos. Ello significa que partes de su cerebro se conectan automáticamente con el grupo de forma no consciente y que, en función de ello, van adquiriendo ciertas habilidades intuitivas. Existe evidencia de que las neuronas espejo se activan más cuando el alumno participa en vivo de la experiencia grupal, es decir, cuando están directamente expuestas a la actividad terapéutica (Iacoboni, 2008). Es como si el sistema nervioso del alumno pudiera procesar información en el contacto cara a cara que no puede ser aprovechada de forma tan eficaz a través de los libros, transcripciones o sesiones grabadas. Por ello cualquier tipo de ayuda a la formación no debería reemplazar la experiencia directa.

[65] Role Model: Aprendizaje por imitación basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura. El alumno llega a un aprendizaje vivencial cuando participa de la situación y reflexiona sobre la misma, elaborando su propia teoría que luego puede aplicar en una situación similar En este proceso el alumno es un sujeto plenamente activo en la construcción de su conocimiento.

5.2. Descripción de las características de la población atendida en diversos espacios terapéuticos interfamiliares en un medio sanitario público y en otro privado de la provincia de Alicante.

5.2.1. Composición de los grupos interfamiliares: descripción de las características sociodemográficas de los usuarios atendidos.

El estudio evaluó un total de 188 personas de entre las que asistieron a lo largo de los años 2013 y 2014 a experiencias terapéuticas interfamiliares en la Unidad de Salud Mental del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante) -participantes de cuatro grupos interfamiliares- y en el Centre de Teràpia Interfamiliar de Elche (Alicante) –participantes en un grupo interfamiliar-. Cada grupo (descrito en el apartado "Material y método") tiene una composición estimada de 8 a 15 familias, que se traduce a la presencia de entre 20 y 50 personas, según el grupo, incluyendo a los profesionales que participan.

La evaluación se hizo de forma aleatoria entre personas mayores de 12 años que aceptaron participar en el estudio (se contempló esta edad porque es el mínimo establecido en la bibliografía para la respuesta a los tests SCL-90-R y ERI utilizados en el estudio. Se realizaron sucesivas reevaluaciones con una periodicidad de entre dos y cuatro meses de separación temporal a lo largo de aproximadamente un año. La apertura y espontaneidad descrita en el encuadre grupal interfamiliar motiva, entre otras cosas, que los participantes decidan por ellos mismos tanto la periodicidad con la que asisten a los grupos como quienes son los acompañantes con los que concurren a las sesiones. Así mismo, se tratan de grupos terapéuticos abiertos, lo cual implica que se producen continuas incorporaciones de nuevos miembros y altas de los que asistían previamente. Como consecuencia, la evaluación consecutiva de los participantes en el estudio no siempre ha sido posible y parte de la población de la muestra se ha ido perdiendo a lo largo del tiempo, pero se mantiene una sucesión temporal en las evaluaciones realizadas en las que se miden los posibles cambios reflejados en los tests que se aplican.

La **Tabla 1** muestra la composición de la muestra estudiada en función del dispositivo grupal al que acudieron, franja de edad y sexo.

Tabla 1. Número de participantes en el estudio (Frecuencia) y su porcentaje en el total de la muestra en función del dispositivo grupal interfamiliar al que asisten, grupo de edad y sexo.

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo	HVB- 1	26	13,8
	HVB- 2	28	14,9
	HVB- 3	49	26,1
	HVB- 4	34	18,1
	CTI- 5	51	27,1
	Total	188	100,0
Edad	13-17 años	48	25,5
	18-24 años	10	5,3
	25-54 años	116	61,7
	Más de 55 años	10	5,3
	Sin información	4	
	Total	184	97,9
Sexo	Hombre	75	39,9
	Mujer	112	59,6
	Sin información	1	
	Total	187	99,5

Se observan los siguientes puntos significativos respecto a la composición demográfica de los participantes en el estudio:

- En el caso particular del grupo HVB-1, se trata de un grupo interfamiliar dirigido a niños con problemáticas psíquicas graves y sus familias. La mayoría de los niños que participaron en este grupo no están representados en la estadística por ser menores de 13 años (edad a partir de la cual los test SCL-90-R y ERI están validados).

- La presencia de un significativo porcentaje de miembros que son menores de edad (alrededor del 25%). Ello está relacionado con el hecho de que todos los grupos excepto el HVB-4 se llevan a cabo en servicios de salud mental infanto-juvenil donde los "pacientes identificados" son niños y adolescentes menores de 18 años. Por el contrario, el grupo HVB-4 (dirigido a personas con primeros episodios psicóticos y sus familias) integra únicamente a miembros adultos entre sus pacientes identificados.
- El grupo interfamiliar que se realiza en el dispositivo de hospital de día de CTI (grupo CTI-5) es el que más participantes aporta al estudio, seguido del grupo abierto a la comunidad del Hospital Vega Baja (HVB-3), lo cual se corresponde con ser también los grupos que a más participantes aglutinan en la práctica clínica.
- El porcentaje claramente superior de mujeres (60%) en la composición de los grupos.

5.2.2. Descripción de la composición del grupo interfamiliar en función de ser o no paciente identificado y el parentesco que guardan con sus acompañantes.

La **Tabla 2** muestra la composición de la muestra de estudio en función de la relación de los participantes con "el motivo de consulta", es decir, si son *pacientes identificados* (personas que acuden al grupo como portadoras del síntoma que motiva la consulta) o *familiares y acompañantes* (familiares, amigos o profesionales de la institución o externos a ella).

Tabla 2. Composición de la muestra. Porcentaje de participantes en función de ser paciente identificado o familiar y su sexo. Se muestra entre paréntesis el número total de participantes.

		Pacientes identificados	Familiares/acompañantes
sexo	Hombres	54,7% (35)	32,3% (40)
	Mujeres	45,3% (29)	66,9% (83)
	Total	100,0% (64)	99,2% (123)

Se observa que aproximadamente un tercio de los participantes en el estudio son "pacientes identificados" mientras que 2/3 partes son familiares o acompañantes. Ello significa que cada "paciente identificado" es acompañado por una media de 2 personas de su entorno. La tabla muestra además una mayor proporción de hombres entre los pacientes identificados (55%) frente a una mayor proporción de mujeres entre los familiares que los acompañan (70%).

En la **Tabla 3** se desglosa el sexo de los participantes (pacientes identificados y familiares) según el grupo interfamiliar al que asisten.

Tabla 3. Composición de la muestra. Porcentaje de participantes en función del grupo al que acuden, ser pacientes identificados o familiares y su sexo. Se señala entre paréntesis el número total de participantes.

		Pacientes identificados		Familiares	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
grupo	HVB-1	75,0% (3)	25,0% (1)	40,9% (9)	59,1% (13)
	HVB-2	58,3% (7)	41,7% (5)	31,3% (5)	68,8% (11)
	HVB-3	43,8% (7)	56,3% (9)	24,2% (8)	75,8% (25)
	HVB-4	63,6% (7)	36,4% (4)	22,7% (5)	77,3% (17)
	CTI-5	52,4% (11)	47,6% (10)	43,3% (13)	56,7% (17)

Se observa que la muestra está constituida en todos los casos -excepto en el grupo HVB-3- por una mayor proporción de pacientes identificados de sexo masculino que de mujeres. Se observa además que los familiares que los acompañan son mayoritariamente mujeres en todos y cada uno de los grupos en estudio. La proporción de mujeres entre los familiares es especialmente notoria en los grupos HVB-2, HVB-3 y HVB-4 en los que se duplica o triplica el porcentaje de mujeres sobre hombres. Se observan similares porcentajes de ambos sexos en el caso de los pacientes identificados, excepto en el caso del grupo HVB-1 en el que predominan los hombres.

La **Tabla 4** muestra el tipo de relación vincular que guardan los familiares y acompañantes evaluados en el estudio con respecto a los pacientes identificados de la muestra.

Tabla 4. Número total de participantes familiares/acompañantes y su porcentaje en función de su parentesco con los pacientes identificados

Relación con el paciente identificado	Número de participantes	%
Madre	73	58,9
Padre	36	29,0
Hermano/a	9	5,9
Otros	3	2,4
Profesional	3	2,4
Total	124	100%

Se observa que la mayoría de los acompañantes de los pacientes identificados presentes en los grupos son madres (cerca del 60%), doblando casi a la presencia de padres (29%). Sólo un 6% son hermanos y 2% son profesionales (dos psicólogos y una psiquiatra que acuden acompañando al paciente identificado desde otros recursos). El grupo "otros" representa sólo el 2,5% de la muestra y está constituido por un cónyuge, un tío y un abuelo.

5.2.3. Características de la sintomatología de la población de estudio

La primera encuesta de valoración que se pasó a todos los participantes en el estudio (n=188) muestra los recursos sanitarios que estos venían utilizando durante el mes previo a dicha primera evaluación (**Tabla 5**).

Tabla 5. Porcentaje de participantes y uso de recursos sanitarios durante el mes previo (tratamiento psicofarmacológico y urgencias en salud mental). Entre paréntesis aparece el número de participantes.

		Globales	Pacientes Identificados	Familiares
Trat. Farmacol.	Sí	44,0% (77)	54,1% (33)	38,6% (44)
	No	56,0% (98)	45,9% (28)	61,4% (70)
	Sin información	13	3	10
Urgencias	Sí	11,8% (20)	21,7% (13)	6,4% (7)
	No	88,2% (149)	78,3% (47)	93,6% (102)
	Sin información	19	4	15

Se observa que un alto porcentaje de participantes en el estudio sigue tratamiento psicofarmacológico (44%), siendo los pacientes identificados quienes en mayor proporción consumen psicofármacos (54%) frente a los familiares y acompañantes (40% aproximamente). El porcentaje de participantes que han requerido alguna atención urgente en salud mental durante el mes previo es del 12%, con porcentajes más elevados entre los pacientes identificados (22%) que entre los acompañantes (6%).

Todos los participantes en el estudio -independientemente de su condición de "pacientes identificados" o "familiares/acompañantes"-, respondieron el test SCL-90-R con el fin de valorar el malestar sintomatológico que presentaban al inicio del estudio. Los resultados son recogidos en la **Tabla 6**, donde se desglosan las respuestas de los participantes en las nueve dimensiones medidas en el test y en función de sus características demográficas y otros factores**.**

Tabla 6. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 188 participantes en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Valores de medias globales y en función del sexo, grupo de edad, parentesco, grupo de asistencia, estado civil y nivel educativo, si toman tratamiento farmacológico y si son atendidos en urgencias [M:Media, DT: Desviación Típica] .

		n	%	Somatiza-ciones		Obsesiones y compulsiones		Sensitividad interpersonal		Depresión		Ansiedad		Hostilidad		Ansiedad fóbica		Ideación paranoide		Psicoticismo	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
	Global	188	100	2,0	0,8	2,4	0,9	2,0	0,8	2,3	1,0	2,1	0,8	2,0	0,9	1,4	0,6	2,1	0,9	1,7	0,7
Sexo	**Hombre**	75	40,0	1,7	0,6	2,2	0,9	1,8	0,7	2,0	0,7	1,8	0,7	1,9	0,8	1,3	0,5	1,8	0,7	1,5	0,6
	Mujer	112	60,0	2,2*	0,9	2,5	1,0	2,2*	0,9	2,6*	1,0	2,2*	0,9	2,1	0,9	1,6*	0,7	2,2*	1,0	1,8*	0,8
Grupo de edad	**13-17**	48	26,1	1,9	0,7	2,6	1,0	2,2	0,9	2,4	1,0	2,1	0,9	2,3*	1,1	1,5	0,6	2,3	1,1	1,8	0,7
	18-24	10	5,4	2,1	0,6	2,8*	0,8	2,5*	0,8	2,6	0,7	2,5*	0,7	1,8	0,8	1,4	0,3	2,4*	0,9	2,3*	1,0
	25-54	116	63,0	2,1	0,9	2,3	0,9	2,0	0,9	2,4	1,0	2,1	0,8	1,9	0,8	1,5	0,7	2,0	0,9	1,7	0,7
	55 o más	10	2,0	1,6	0,5	1,8	0,6	1,4	0,4	1,7	0,5	1,4	0,3	1,4	0,3	1,1	0,2	1,6	0,5	1,2	0,4
Participantes	**Pac. Identif.**	64	34,0	2,0	0,8	2,7*	0,9	2,3*	0,8	2,5	1,0	2,3*	0,9	2,2*	1,0	1,6*	0,8	2,3*	1,0	1,9*	0,8
	Familiares	124	66,0	2,0	0,8	2,2	0,9	1,9	0,9	2,3	0,9	2,0	0,8	1,9	0,8	1,3	0,5	2,0	0,9	1,6	0,7
Grupo	**HVB-1**	26	13,8	2,0	0,8	2,2	0,9	1,8	0,8	2,2	0,9	2,0	0,8	2,0	0,8	1,4	0,6	2,0	0,8	1,6	0,7
	HVB-2	28	14,9	2,1	0,9	2,5	1,0	2,1	1,0	2,5	1,1	2,2	0,9	2,2	1,0	1,5	0,8	2,2	1,0	1,9	0,9
	HVB-3	26	13,8	2,3	1,0	2,6	0,9	2,3*	0,9	2,6	1,1	2,3	0,9	2,1	0,9	1,6	0,7	2,4*	1,0	1,8	0,8
	HVB-4	34	18,1	1,8	0,5	2,2	0,9	1,8	0,7	2,1	0,7	1,9	0,8	1,8	0,7	1,4	0,6	1,8	0,7	1,6	0,7
	CTI-5	51	27,1	1,8	0,6	2,3	0,9	1,9	0,7	2,2	0,9	1,9	0,7	1,9	0,9	1,3	0,5	1,9	0,8	1,6	0,6
Estado civil	**Soltero**	58	33,9	1,9	0,7	2,7	0,9	2,3	0,9	2,5	1,1	2,2	0,9	2,2	1,0	1,6	0,7	2,3	1,0	1,9	0,8
	Casado	78	45,6	2,0	0,9	2,1	0,9	1,8	0,8	2,1	0,9	1,9	0,8	1,7	0,7	1,3	0,5	1,9	0,8	1,5	0,7
	Divorciado	10	5,8	2,8	1,1	2,7	0,9	2,5	1,0	3,2*	1,0	2,6	1,0	2,3	0,8	1,8	0,8	2,5*	1,0	2,1*	0,9
	Separado	6	3,5	1,7	0,7	1,7*	0,9	1,5	0,6	2,0	0,9	1,7	0,9	1,6	0,3	1,2	0,4	1,3	0,4	1,3	0,4
	Viudo	3	1,8	2,0	0,4	2,6	1,0	1,4*	0,2	2,7	0,4	1,8	0,5	1,5*	0,0	1,6	0,6	1,3	0,3	1,8	0,5
	En pareja	16	9,4	2,1	0,9	2,5	0,9	2,2	0,8	2,5	0,9	2,2	0,7	2,3	0,9	1,4	0,9	2,4	1,0	1,8	0,6

Continuación Tabla 6

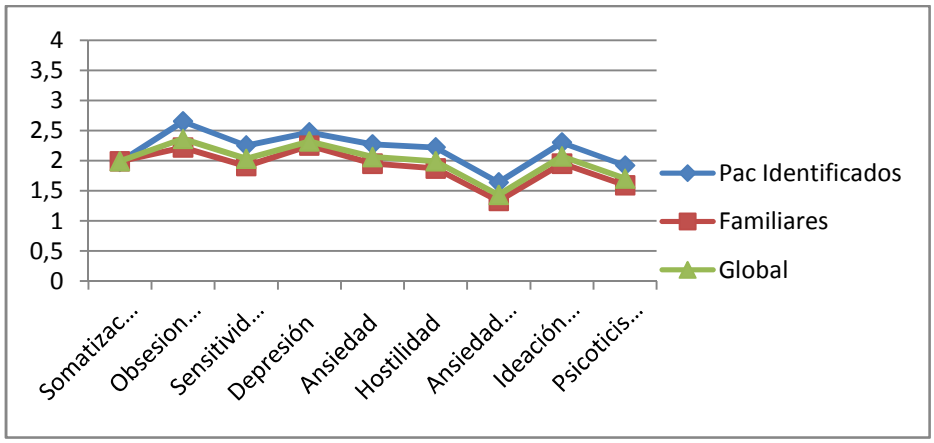
Nivel educativo	**Primario incompleto**	35	19,6	2,1	0,9	2,6	0,9	2,1	0,9	2,4	1,0	2,2	0,9	2,3	1,0	1,6	0,7	2,2	1,0	1,8	0,7
	Primario completo	67	37,4	2,0	0,9	2,4	0,9	2,0	0,8	2,3	1,0	2,1	0,9	1,9	0,8	1,5	0,8	2,1	0,9	1,7	0,8
	Bachillerato incompleto	21	11,7	2,0	0,7	2,2	0,7	1,9	0,7	2,2	0,7	1,8	0,5	1,8	0,6	1,2	0,3	2,0	0,8	1,5	0,4
	Bachillerato completo	31	17,3	1,9	0,9	2,1	0,9	2,0	0,9	2,3	1,0	1,9	0,8	1,9	0,8	1,3	0,4	2,0	0,9	1,7	0,8
	Universitario incompleto	11	6,1	2,3	0,7	2,7	1,0	2,4	0,9	2,8	1,2	2,5	1,0	2,4	0,9	1,6	0,7	2,6	1,2	2,2	1,1
	Universitario completo	14	7,8	1,7	0,5	2,1	0,7	2,0	0,9	2,3	0,9	1,9	0,8	1,9	0,8	1,4	0,6	2,1	1,0	1,5	0,5
Tratamiento farmacológico	**Sí**	77	44,0	2,1*	0,8	2,6*	1,0	2,2*	0,9	2,5	1,0	2,3*	0,9	2,1*	0,9	1,6*	0,7	2,1	1,0	1,9*	0,8
	No	98	56,0	1,8	0,7	2,2	0,8	1,9	0,7	2,2	0,9	1,9	0,7	1,9	0,8	1,3	0,5	2,0	0,8	1,5	0,6
Atención en urgencias	**Sí**	20	11,8	2,5*	0,8	3,0*	1,1	2,4*	0,9	2,8*	1,0	2,8*	0,9	2,6*	1,1	2,1*	1,0	2,5*	0,9	2,2*	0,9
	No	149	88,2	1,9	0,7	2,3	0,9	1,9	0,8	2,3	0,9	1,9	0,7	1,9	0,8	1,3	0,5	2,0	0,9	1,6	0,6

*p-valor significativo (≤0,05) entre los distintos estratos de las variables principales (Sexo, grupo de edad, etc.) para cada una de las 9 dimensiones.

En esta muestra inicial se osbservan valores que tienen significación estadística para determinados parámetros:

- Los pacientes identificados puntúan valores significativamente más altos que los familiares en todas las dimensiones sintomáticas medidas excepto en las dimensiones "Somatizaciones" y "Depresión", en las que la puntuación no es diferente estadísticamente. El **Gráfico 1** muestra las medias de los valores en las nueve dimensiones para los subgrupos pacientes identificados, familiares y globales.

Grafico 1. Medias de los valores (eje de ordenadas) medidos en cada una de las 9 dimensiones sintomáticas del SCL-90-R (eje de abcisas) en pacientes identificados, familiares y globales(n=188)



- Las mujeres puntúan significamente más alto que los hombres en todas las dimensiones sintomáticas excepto "Obsesiones y compulsiones" y "Hostilidad".

- Los grupos de edad más jóvenes (entre los 13 y los 24 años) tienen puntuaciones significativamente mayores en algunas de las dimensiones que los adultos mayores de 25 años. Los adolescentes (13 a 17 años) tienen puntuaciones significativamente más altas respecto a la dimensión "Hostilidad" y los jóvenes (18-24 años) respecto a las dimensiones "Obsesiones y comulsiones", "Sensitividad interpersonal", "Ansiedad", "Ideación paranoide" y "Psicoticismo".

- Respecto al grupo interfamiliar en el que participan, no existen diferencias significativas entre los diferentes grupos para las dimensiones sintomáticas medidas excepto para el grupo HVB-3, en el que aparecen valores significativamente más altos para “Sensitividad Interpersonal” e “Ideación Paranoide”.

- En función del estado civil, las puntuaciones son similares para solteros y casados, puntuando significativamente más alto los separados respecto a “Obsesiones y compulsiones”, los divorciados respecto a “Depresión”, “Ideación paranoide” y “Psicoticismo” y los viudos en “Sensitividad Interpersonal” y “Hostilidad”.

- No se encuentran diferencias estadísiticamente significativas en las respuestas al test en función del nivel educativo.

- Los participantes que seguían tratamiento psicofarmacológico en el último mes puntuaron significativamente más alto en todas las dimensiones sintomatológicas excepto “Depresión” e “Ideación paranoide”.

- De la misma manera, aquellos participantes que habían requerido atención urgente en salud mental en el mes previo a esta primera evaluación puntuaron de forma significativamente más alta en todas las dimensiones sintomáticas.

A continuación, en la **Tabla 7** se muestra el índice de severidad global (ISG) extraído de la primera evaluación de todos los participantes en la muestra a los que se les evaluó a través del test SCL-90-R y desglosado en función del grupo en el que participaron, su franja de edad, sexo y ser o no paciente identificado

Tabla 7. Índice de Severidad Global (ISG) medido en SCL-90-R en la primera evaluación y desviación típica en función del grupo al que asisten, su edad y sexo y en función de si asisten como pacientes identificados o familiares. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		Número casos	M ISG	DT	p-valor*
Grupo	HVB- 1	26	**1,94**	0,71	**0,21**
	HVB- 2	28	**2,14**	0,83	
	HVB- 3	49	**2,25**	0,78	
	HVB- 4	34	**1,84**	0,57	
	CTI- 5	51	**1,88**	0,61	
	Total	188	**2,02**	0,71	
Edad	13-17 años	48	**2,10**	0,72	**0,02**
	18-24 años	10	**2,30**	0,59	
	25-54 años	116	**2,01**	0,73	
	Más de 55 años	10	**1,50**	0,36	
	Total	184	**2,02**	0,71	
Sexo	Hombre	75	**1,80**	0,53	**0,03**
	Mujer	112	**2,17**	0,78	
	Total	187	**2,02**	0,71	
Pac Identi vs. familiares	Pacientes identificado	64	**2,24**	0,73	**0,01**
	Familiares	124	**1,93**	0,69	
	Total	188	**2,02**	0,71	

***p-valor comparando los distintos estratos dentro de cada variable principal (Grupo, Edad, Sexo e indivuos)**

El estudio de los datos muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación media del ISG de los participantes para tres de las cuatro variables estudiadas:

- No existen diferencias significativas en cuanto al grupo interfamiliar al que asisten.
- En función del grupo de edad: los adultos jóvenes (18 a 24 años) presentan medias del ISG significativamente más elevadas (2,30) que los adultos mayores de 25 años y ancianos que presentan medias de ISG más bajas.
- En función del sexo: valores de ISG significativamente superiores entre las mujeres respecto a los hombres (2,17 frente a 1,80).

- Y en función de ser pacientes identificados o familiares: se encuentran valores medios de ISG significativamente más altos entre los pacientes identificados (media en su ISG de 2,19) que entre los familiares (1,93).

5.2.4. Características y valoración de clima familiar

Para la valoración de las relaciones intrafamiliares del total de la muestra (n=188) se utilizó el test ERI y la medición de las tres dimensiones de clima familiar, mostrándose dlos resultados obtenidos en la **Tabla 8** desglosados en función de diversas variables.

Tabla 8. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI en el total de la muestra desglosados en función del sexo, ser paciente identificado o familiar, grupo al que asisten, seguir o no tratamiento farmacológico y ser atendido en urgencias. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Unión apoyo		Expresión		Dificultades	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT
Global		185	100	3,5	1,0	3,6	1,1	2,5	0,9
Sexo	**Hombre**	75	40,1	3,7	0,9	3,7	1,1	2,4	0,8
	Mujer	112	59,9	3,5	1,1	3,6	1,1	2,5	1,0
Grupo de edad	**13-17**	48	26,1	3,2	1,1	3,4	1,3	2,5	0,9
	18-24	10	5,4	3,3	1,0	3,3	0,8	2,6	0,6
	25-55	116	63,0	3,7	0,9	3,7	1,0	2,4	0,9
	Más de 55	10	5,4	4,2*	0,7	4,2	0,6	3,0	1,1
Parentesco	**Pac Identif**	64	34,0	3,3	1,0	3,3	1,2	2,6	0,8
	Cónyuges	1	0,5	4,5		5,0		1,0	
	Padres	36	19,1	3,8	0,8	3,7	0,9	2,5	0,8
	Madres	73	38,8	3,6	1,0	3,8	1,0	2,4	1,0
	Hermanos	9	4,8	3,3	1,2	4,0	0,9	2,1	0,8
	Otros	2	1,1	4,6	0,2	5,0	0,0	3,1	0,5
	Profesionales	3	1,6	3,5	1,4	3,2	0,9	2,7	1,4
Grupo	**HVB-1**	26	13,8	3,9*	0,9	3,7	1,1	2,2	0,7
	HBV-2	28	14,9	3,1	1,1	3,6	1,1	2,6	1,0
	HVB-3	49	26,1	3,3	1,1	3,4	1,2	2,4	0,8
	HVB-4	34	18,1	3,9	0,9	3,7	0,9	2,8	1,0
	CTI-5	51	27,1	3,6	0,8	3,7	1,0	2,4	0,8
Tratamiento fármacológico	**Sí**	77	41,0	3,6	1,0	3,6	1,1	2,6	0,9
	No	98	56,0	3,5	1,0	3,7	1,0	2,4	0,8
Atención en urgencias	**Sí**	20	11,8	3,4	1,1	3,3	1,3	2,9	1,0
	No	149	88,2	3,6	0,9	3,7	1,0	2,4	0,9

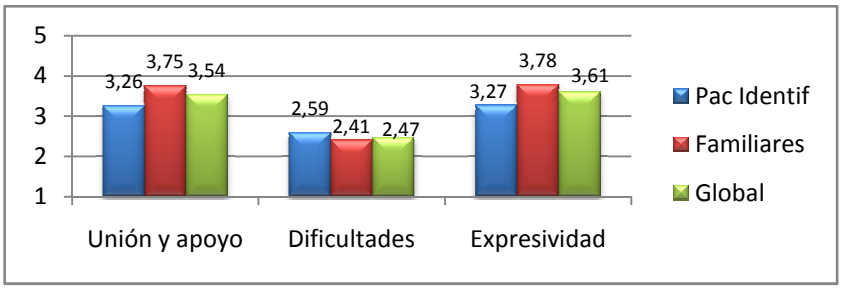
***p-valor significativo (≤0,05) entre los distintos estratos de las variables principales (Sexo, grupo de edad, etc.) para cada una de las 3 dimensiones.**

Se observa que, en función del *sexo*, las medias de resultados referentes a las tres dimensiones de percepción del clima familiar son ligeramente más positivas entre los hombres que entre las mujeres, pero sin que existan diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la *edad*, por lo general las medias en las tres dimensiones son más positivas a mayor edad, pero estas diferencias sólo son estadísticamente significativas para la dimensión "Unión y apoyo", con puntuaciones más altas para los participantes de mayor edad. No se observan diferencias significativas en las otras dos dimensiones entre los grupos de edad.

Se observa que los *pacientes identificados* puntúan peor el clima familiar que los familiares, refiriendo menores índices en "unión y apoyo" y en "expresividad" así como una mayor percepción de las dificultades familiares, pero sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones de los familiares. No existen tampoco diferencias significativas en función del tipo de vínculo familiar con el paciente identificado. El **gráfico 2** muestra de forma resumida las medias de puntuación de las tres dimensiones medidas en el ERI en función de ser o no paciente identificado y las medias globales.

Gráfico 2. Medias de la puntuación (eje de ordenadas) de las dimensiones de la escala ERI (eje de abcisas) en función de ser paciente identificado o familiar y medias globales.



Respecto al *grupo* interfamiliar en el que participan, sí existen diferencias significativas, con puntuaciones más altas en el grupo HVB-1 (el constituido por niños y sus familias) en la dimensión "Unión y apoyo" respecto al resto de los grupos. No hay diferencias significativas en las otras dos dimensiones.

No se encuentran diferencias significativas en la puntuación de las dimensiones en función de tomar o no *tratamiento farmacológico*.

5.3. Descripción de los cambios sintomáticos en los participantes en las sesiones terapéuticas interfamiliares en cortes temporales diferentes.

Cambios sintomáticos medidos a través del SCL-90 y consumo de psicofármacos

Se seleccionan del total de la muestra de 188 participantes a aquellos 72 participantes que respondieron un mínimo de dos veces la evaluación con el SCL-90-R con el fin de valorar si entre ambas evaluaciones se cuantifican cambios relevantes. El tiempo transcurrido no es el mismo para cada participante, puesto que las evaluaciones se realizaron cada 2 ó 3 meses y no todos los participantes en la primera evaluación estaban presentes en las sucesivas. A los datos, por tanto, se les puede otorgar un valor predictivo en relación a los cambios que se producen en función de seguir tratamiento dentro del contexto terapéutico multifamiliar.

En la **Tabla 9** se recogen los resultados obtenidos en la "primera evaluación" con el test SCL-90-R realizada sobre los 72 participantes que siguieron un mínimo de dos evaluaciones, mientras que en la **Tabla 10** se recogen los obtenidos en la "segunda evaluación" realizada sobre los mismos participantes. Se recogen resultados de las medias de las nueve dimensiones medidas en el test y desglosadas en función de participar en calidad de paciente identificado o familiar y del grupo interfamiliar al que acudieron.

Tabla 9. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN [M:Media, DT: Desviación Típica]

		N casos	% participantes	Somatizaciones		Obsesiones y compulsiones		Sensitividad interperso-nal		Depresión		Ansiedad		Hostilidad		Ansiedad fóbica		Ideación paranoide		Psicoticismo	
		N	%	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Global		72	100,0	2,19	0,92	2,65	0,95	2,32	0,93	2,61	0,97	2,23	0,91	2,12	0,92	1,59	0,67	2,38	0,94	1,93	0,83
Grupo	**HVB-1**	7	9,70	2,21	1,03	2,49	1,06	2,25	1	2,48	0,88	2,21	0,98	2,09	0,62	1,83	0,91	2,21	1,13	1,91	0,97
	HVB-2	12	16,70	2,52	0,97	3,04	0,95	2,73	0,99	3,07	1,06	2,67	0,96	2,70	1,06	1,92	0,82	2,92	1,08	2,27	1,03
	HVB-3	13	18,10	2,88	1,01	3,09	0,69	2,98	0,83	3,25	0,95	2,67	0,97	2,51	1,06	1,69	0,59	2,91	0,89	2,17	0,82
	HVB-4	20	27,80	1,78	0,60	2,45	0,92	1,91	0,81	2,27	0,61	1,99	0,79	1,85	0,79	1,44	0,61	1,93	0,68	1,77	0,69
	CTI-5	20	27,80	1,95	0,80	2,38	1,02	2,08	0,79	2,32	1,01	1,93	0,79	1,78	0,74	1,39	0,51	2,21	0,79	1,75	0,78
Partici-pantes	**Pac. Ident**	24	33,30	2,22	0,68	3,03	0,84	2,74	0,75	2,85	0,89	2,47	0,97	2,31	1,07	1,84	0,74	2,68	0,91	2,27	0,81
	Familiar	48	66,70	2,17	1,02	2,46	0,96	2,11	0,95	2,50	0,99	2,11	0,86	2,02	0,83	1,47	0,60	2,22	0,92	1,77	0,80

Tabla 10. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Somatizaciones		Obsesiones y compulsiones		Sensitividad interperso-nal		Depresión		Ansiedad		Hostilidad		Ansiedad fóbica		Ideación paranoide		Psicoticismo	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Global		72	100,00	2,11	0,95	2,49	1,03	2,13	0,93	2,38	1,03	2,13	0,94	1,95	0,96	1,64	0,83	2,20	1,03	1,72	0,80
Grupo	**HVB-1**	7	9,70	2,14	0,77	2,21	1,10	2,30	1,05	2,35	0,86	2,08	0,89	1,81	0,55	1,60	0,90	2,38	0,83	1,64	0,79
	HVB-2	12	16,70	2,56	1,10	2,82	1,05	2,58	1,04	2,82	1,16	2,48	1,08	2,53	1,05	2,03	1,09	2,76	1,16	2,20	1,03
	HVB-3	13	18,10	2,81	1,15	3,22	0,89	2,57	0,98	3,02	0,94	2,88	0,89	2,29	0,88	2,01	0,96	2,96	1,03	2,04	0,90
	HVB-4	20	27,80	1,56	0,44	2,01	0,77	1,62	0,61	1,80	0,50	1,66	0,58	1,38	0,51	1,30	0,44	1,62	0,66	1,40	0,57
	CTI-5	20	27,80	1,90	0,79	2,42	1,09	2,04	0,87	2,30	1,17	1,94	0,89	1,98	1,13	1,52	0,73	1,90	0,91	1,58	0,66
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,30	2,20	0,94	2,70	1,00	2,43	0,89	2,60	1,07	2,38	0,99	2,31	1,25	1,87	0,89	2,44	1,14	1,94	0,82
	Familiar	48	66,70	2,06	0,96	2,39	1,05	1,99	0,93	2,27	1	2,01	0,90	1,76	0,72	1,52	0,78	2,09	0,96	1,62	0,78

Tabla 11. Comparación de los resultados de la Tabla 9 y Tabla 10.
Diferencias entre las dimensiones sintomáticas medidas en el SCL-90-R entre la 1ª y la 2ª Evaluación. [M:Media]

		N casos	% participantes	Somatizaciones		Obsesiones y compulsiones		Sensitividad interpersonal		Depresión		Ansiedad		Hostilidad		Ansiedad fóbica		Ideación paranoide		Psicoticismo	
				1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval
		N	%	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Global		72	100,0	2,19	2,11	2,65	2,49	2,32	2,13*	2,61	2,38	2,23	2,13	2,12	1,95	1,59	1,64	2,38	2,20	1,93	1,72*
Grupo	**HVB-1**	7	9,70	2,21	2,14	2,49	2,21	2,25	2,30	2,48	2,35	2,21	2,08	2,09	1,81	1,83	1,60	2,21	2,38	1,91	1,64
	HVB-2	12	16,70	2,52	2,56	3,04	2,82	2,73	2,58	3,07	2,82	2,67	2,48	2,70	2,53	1,92	2,03	2,92	2,76	2,27	2,20
	HVB-3	13	18,10	2,88	2,81	3,09	3,22	2,98	2,57	3,25	3,02	2,67	2,88	2,51	2,29	1,69	2,01	2,91	2,96	2,17	2,04
	HVB-4	20	27,80	1,78	1,56	2,45	2,01	1,91	1,62	2,27	1,80	1,99	1,66	1,85	1,38	1,44	1,30	1,93	1,62	1,77	1,40
	CTI-5	20	27,80	1,95	1,90	2,38	2,42	2,08	2,04	2,32	2,30	1,93	1,94	1,78	1,98	1,39	1,52	2,21	1,90	1,75	1,58
Partici-pantes	**Pac. Ident**	24	33,30	2,22	2,20	3,03	2,70	2,74	2,43*	2,85	2,60	2,47	2,38	2,31	2,31	1,84	1,87	2,68	2,44	2,27	1,94*
	Familiar	48	66,70	2,17	2,06	2,46	2,39	2,11	1,99	2,50	2,27	2,11	2,01	2,02	1,76*	1,47	1,52	2,22	2,09	1,77	1,62

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª y 2ª Evaluación para datos globales.

Se observa que en la segunda evaluación se produce una disminución de las medias de valoración del malestar sintomático en las nueve dimensiones medidas por el SCL-90-R respecto a las medias obtenidas en la primera evaluación en el *global* de los participantes, pero estos cambios solo son estadísticamente significativos en las dimensiones "Sensitividad interpersonal" y "Psicoticismo". Entre los pacientes identificados se observa una disminución estadísitcamente significativa en las dimensiones "Sensitividad Interpersonal" y "Psicoticismo" medidas en la segunda evaluación respecto a la primera, sin que haya cambios significativos en las otras dimensiones. Entre los familiares de pacientes identificados se encuentra una puntuación significativamente inferior en la dimensión "Hostilidad" en la segunda evaluación respecto a la primera, sin cambios significativos en las otras dimensiones. Entre los pacientes identificados, las dimensiones "Sensitividad interpersonal" y "Psicoticismo" son los que disminyen estadísiticamente entre la primera y segunda evalución, no produciéndose cambio significaitivos en el resto.

En los **Gráficos 3, 4 y 5** se muestran los resultados de las medias de los resultados del test SCL-90-R comparadas entre ambas evaluaciones en función de asistir al grupo de terapia como paciente identificado o como familiar.

Gráfico 3. Comparación medias GLOBALES en las 9 dimensiones del SCL-90-R entre la 1ª y 2ª evaluación del del global de participantes (n=72)

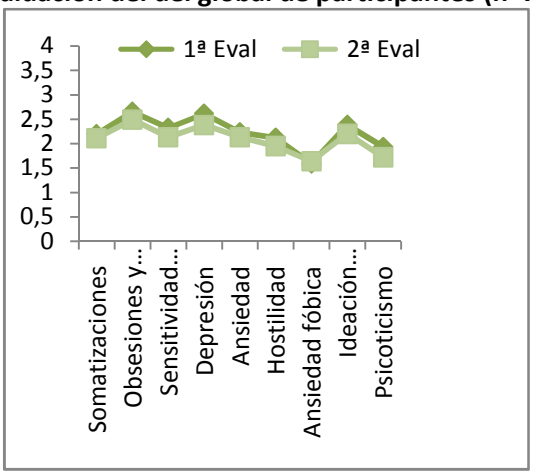


Gráfico 4. Comparación de las medias de los PACIENTES IDENTIFICADOS en las 9 dimensiones del SCL-90-R entre la 1ª y 2ª evaluación.

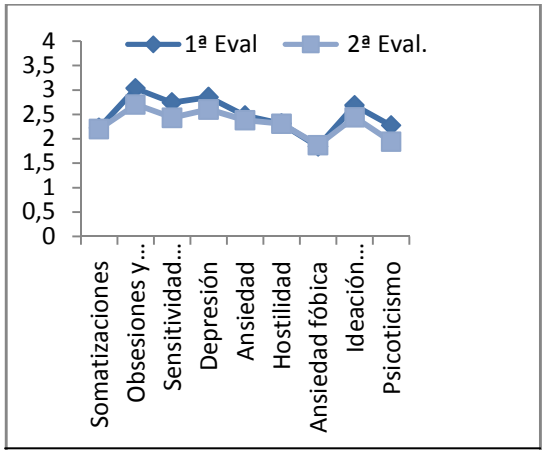
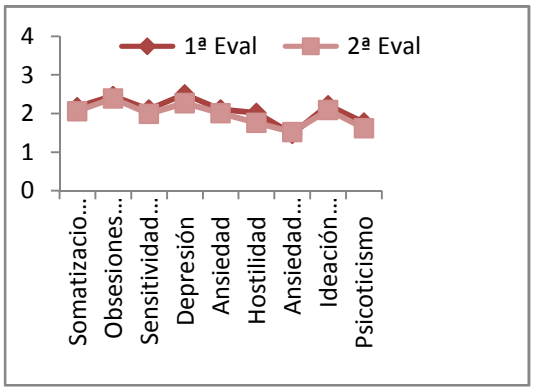


Gráfico 5. Comparación de las medias de los FAMILIARES en las dimensiones del SCL-90 –R entre la 1ª a la 2ª evaluación.



En todos los gráficos se observa que las medias de los valores atribuidos a las dimensiones del SCL-90-R por los participantes en la segunda evaluación se superponen o aparecen por debajo de las medias obtenidas en la primera evaluación.

Por otro lado, las medias de los índices medidos en el SCL-90-R en los 72 participantes que siguieron dos evaluaciones se muestran en la **Tabla 11** (resultados de la primera evaluación llevada a cabo) y en la **Tabla 12** (resultados de la segunda evaluación).

Tabla 12. Medias de los índices medidos en el test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Índice se severidad general (ISG)	
		n	%	M	DT
Global		72	100,00	2,25	0,77
Grupo	**HVB-1**	7	9,70	2,20	0,85
	HVB-2	12	16,70	2,65	0,86
	HVB-3	13	18,10	2,73	0,67
	HVB-4	20	27,80	1,97	0,58
	CTI-5	20	27,80	2,00	0,73
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,30	2,50	0,69
	Familiar	48	66,70	2,12	0,78

Tabla 13. Medias de los índices medidos en el test SCL-90-R aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Índice se severidad general (ISG)	
		n	%	M	DT
Global		72	100	2,11	0,84
Grupo	**HVB-1**	7	9,7	2,08	0,75
	HVB-2	12	16,7	2,54	0,98
	HVB-3	13	18,1	2,69	0,77
	HVB-4	20	27,8	1,61	0,44
	CTI-5	20	27,8	1,98	0,82
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,3	2,31	0,87
	Familiar	48	66,7	2,01	0,81

Tabla 14. Comparación de los resultados de las Tablas 12 y 13. Diferencias entre la 1ª y 2ª evaluación de las Medias del ISG medido en el test SCL-90-R. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. [M:Media]

		n	%	Índice se severidad general (ISG)	
				1ª Eval	2ªEval
		n	%	M	M
Global		72	100	2,25*	2,11*
Grupo	**HVB-1**	7	9,70	2,20	2,08
	HVB-2	12	16,70	2,65	2,54
	HVB-3	13	18,10	2,73	2,69
	HVB-4	20	27,80	1,97	1,61
	CTI-5	20	27,80	2,00	1,98
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,30	2,50	2,31*
	Familiar	48	66,70	2,12	2,01*

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª y 2ª Evaluación para datos globales en el ISG

Se observa que si comparamos la primera y segunda evaluación, el Índice de Severidad Global (ISG) disminuye significativamente tanto entre el global de los participantes como en pacientes identificados y en familiares.

Se procedió a similar proceso comparativo en los *31 participantes* del estudio que respondieron a *tres evaluaciones* del SCL-90-R, desglosando de igual manera los resultados de cada evaluación en función de ser paciente identificado o familiar así como los grupos a los que acudieron. Los valores de las medias de la muestra en cada una de las nueve dimensiones del SCL-90-R se exponen en las **Tablas 15** (primera evaluación)**, 16** (segunda evaluación) y **17** (tercera evaluación), mientras que en la **Tabla 18** se muestra la comparación de los resultados entre las tres evaluaciones.

Tabla 15. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Somatizaciones		Obsesiones y compulsiones		Sensitividad interperso-nal		Depresión		Ansiedad		Hostilidad		Ansiedad fóbica		Ideación paranoide		Psicoticismo	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Global		31	100,00	2,24	0,96	2,60	0,91	2,23	0,97	2,55	1,01	2,24	0,98	1,99	0,76	1,70	0,66	2,18	0,90	1,99	0,88
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	2,22	1,61	2,60	1,47	2,63	1	2,64	1,37	2,63	1,35	2,06	0,82	2,56	1	2,17	1,32	2,40	1,35
	HVB-2	6	19,40	2,46	1,10	2,81	0,77	2,45	1,07	2,79	1,14	2,34	0,90	2,18	0,74	1,81	0,52	2,49	0,98	1,99	0,94
	HVB-3	3	9,70	3,69	0,75	3,52	0,17	3,44	0,55	3,86	0,61	3,57	0,97	2,69	0,71	2,31	0,79	3,06	0,69	2,47	0,85
	HVB-4	10	32,30	1,91	0,51	2,37	0,78	1,81	0,90	2,13	0,57	1,96	0,75	1,69	0,62	1,42	0,43	1,82	0,78	1,70	0,69
	CTI-5	9	29,00	1,97	0,76	2,41	1,04	2	0,79	2,41	1,07	1,90	0,90	1,94	0,89	1,44	0,52	2,09	0,82	2	0,97
Partici-pantes	**Pac Ident**	12	38,70	2,18	0,66	2,80	0,62	2,58	0,71	2,75	0,84	2,36	0,85	2,11	0,86	1,85	0,62	2,45	0,73	2,28	0,85
	Familiar	19	61,30	2,27	1,12	2,47	1,05	2	1,05	2,43	1,10	2,16	1,07	1,92	0,71	1,60	0,68	2,01	0,97	1,80	0,87

Tabla 16. **Resultados test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN [M:Media, DT: Desviación Típica]**

		n	%	Somatizaciones		Obsesiones y compulsiones		Sensitividad interperso-nal		Depresión		Ansiedad		Hostilidad		Ansiedad fóbica		Ideación paranoide		Psicoticismo	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Global		31	100,00	2,09	0,89	2,49	0,97	2,16	0,91	2,37	0,95	2,12	0,87	1,83	0,83	1,77	0,87	2,10	1,02	1,68	0,73
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	2,25	1,09	2,27	1,48	2,78	1,11	2,59	1,32	2,58	1,18	1,61	0,38	2,28	1,08	2,44	0,83	1,97	1,06
	HVB-2	6	19,40	2,50	1,05	2,68	0,75	2,37	0,91	2,74	0,99	2,38	0,96	2,42	0,97	2,08	1,04	2,58	1,13	2,02	0,80
	HVB-3	3	9,70	3,25	1,31	3,50	0,60	3,30	0,61	3,45	0,68	3,07	0,66	2,22	0,53	2,56	1,35	3,00	0,57	2,53	1,25
	HVB-4	10	32,30	1,65	0,34	2,10	0,76	1,65	0,69	1,74	0,50	1,67	0,57	1,22	0,20	1,37	0,48	1,56	0,85	1,29	0,39
	CTI-5	9	29,00	1,87	0,70	2,52	1,13	2,00	0,78	2,38	0,95	1,97	0,82	2,06	0,98	1,59	0,70	1,96	1,07	1,51	0,40
Partici -pantes	**Pac Ident**	12	38,70	2,08	0,74	2,65	0,72	2,44	0,77	2,55	0,80	2,34	0,76	2,07	0,99	1,88	0,74	2,34	1,06	1,79	0,47
	Familiar	19	61,30	2,10	0,99	2,38	1,11	1,98	0,96	2,26	1,04	1,98	0,92	1,68	0,69	1,71	0,95	1,95	0,99	1,61	0,86

Tabla 17. Resultados test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar.
TERCERA EVALUACIÓN [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Somatizaciones		Obsesiones y compulsiones		Sensitividad interperso-nal		Depresión		Ansiedad		Hostilidad		Ansiedad fóbica		Ideación paranoide		Psicoticismo	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Global		31	100,00	1,99	1,00	2,24	0,96	1,92	0,96	2,12	0,95	1,93	0,88	1,59	0,79	1,54	0,72	1,94	0,99	1,68	0,81
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	1,92	1,44	2,07	1,29	2,15	1,18	2,23	1,60	2,10	1,13	1,56	0,41	1,72	0,85	2,06	1,39	1,73	1,18
	HVB-2	5	16,10	2,03	1,12	2,20	0,68	1,98	0,92	2,22	0,86	1,88	0,75	1,57	0,50	1,47	0,55	2,23	0,95	1,58	0,55
	HVB-3	4	12,90	3,19	1,20	3,08	0,79	3,06	1,29	3,19	1,17	2,90	1,04	2,25	0,82	2,54	1,09	3,00	0,78	2,60	1,23
	HVB-4	10	32,30	1,67	0,69	1,93	0,72	1,43	0,62	1,63	0,41	1,48	0,35	1,18	0,16	1,13	0,18	1,33	0,43	1,48	0,57
	CTI-5	9	29,00	1,81	0,81	2,28	1,22	1,86	0,82	2,10	0,91	1,97	1,01	1,78	1,21	1,52	0,63	1,94	1,10	1,54	0,72
Partici-pantes	**Pac Ident**	12	38,70	2,08	1,10	2,55	0,82	2,27	0,80	2,31	0,76	2,08	0,81	1,89	1,09	1,57	0,56	2,08	1,01	1,90	0,72
	Familiar	19	61,30	1,94	0,97	2,04	1,00	1,71	1,01	2	1,06	1,83	0,93	1,40	0,47	1,52	0,81	1,85	0,99	1,55	0,85

Tabla 18 (1ª parte). Datos conjuntos de las Tablas 15, 16 y 17
Resultados comparativos test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio desglosados en las 9 dimensiones. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar. [M:Media]

		N casos	% participantes	Somatizaciones			Obsesiones y compulsiones			Sensitividad interpersonal			Depresión			Ansiedad		
				1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval
		N	%	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Global		31	100,00	2,24	2,09	1,99*	2,60	2,49	2,24*	2,23	2,16	1,92*	2,55	2,37	2,12*	2,24	2,12	1,93*
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	2,22	2,25	1,92	2,60	2,27	2,07	2,63	2,78	2,15	2,64	2,59	2,23	2,63	2,58	2,10
	HVB-2	5	19,40	2,46	2,50	2,03	2,81	2,68	2,20	2,45	2,37	1,98	2,79	2,74	2,22	2,34	2,38	1,88
	HVB-3	4	9,70	3,69	3,25	3,19	3,52	3,50	3,08	3,44	3,30	3,06	3,86	3,45	3,19	3,57	3,07	2,90
	HVB-4	10	32,30	1,91	1,65	1,67	2,37	2,10	1,93	1,81	1,65	1,43	2,13	1,74	1,63	1,96	1,67	1,48
	CTI-5	9	29,00	1,97	1,87	1,81	2,41	2,52	2,28	2	2,00	1,86	2,41	2,38	2,10	1,90	1,97	1,97
Partici-pantes	**Pac. Ident**	12	38,70	2,18	2,08	2,08	2,80	2,65	2,55	2,58	2,44	2,27	2,75	2,55	2,31*	2,36	2,34	2,08
	Familiar	19	61,30	2,27	2,10	1,94*	2,47	2,38	2,04*	2	1,98	1,71*	2,43	2,26	2*	2,16	1,98	1,83*

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª, 2ª y 3ª Evaluación para datos global

Tabla 18 (2º parte). Continuación. [M:Media]

		N casos	% participantes	Hostilidad			Ansiedad fóbica			Ideación paranoide			Psicoticismo		
				1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval
		N	%	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Global		31	100,00	1,99	1,83	1,59*	1,70	1,77	1,54	2,18	2,10	1,94	1,99	1,68	1,68*
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	2,06	1,61	1,56	2,56	2,28	1,72	2,17	2,44	2,06	2,40	1,97	1,73
	HVB-2	5	19,40	2,18	2,42	1,57	1,81	2,08	1,47	2,49	2,58	2,23	1,99	2,02	1,58
	HVB-3	4	9,70	2,69	2,22	2,25	2,31	2,56	2,54	3,06	3,00	3,00	2,47	2,53	2,60
	HVB-4	10	32,30	1,69	1,22	1,18	1,42	1,37	1,13	1,82	1,56	1,33	1,70	1,29	1,48
	CTI-5	9	29,00	1,94	2,06	1,78	1,44	1,59	1,52	2,09	1,96	1,94	2	1,51	1,54
Partici-pantes	**Pac. Ident**	12	38,70	2,11	2,07	1,89	1,85	1,88	1,57	2,45	2,34	2,08	2,28	1,79	1,90*
	Familiar	19	61,30	1,92	1,68	1,40*	1,60	1,71	1,52	2,01	1,95	1,85	1,80	1,61	1,55

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª, 2ª Y 3ª Evaluación para datos global

Se observa que cuando se compara la 1ª, 2ª y 3ª evaluación del *global* de los participantes que completan tres evaluaciones (n=31) aparecen cambios estadísticamente significativos para todas las dimensiones en los datos globales, con una disminución en todas las dimensiones sintomáticas medidas en el SCL-90-R excepto en las dimensiones "Ansiedad" e "Ideación paranoide". Se dan además diferencias significativas para la variable ser paciente identificado o familiares, de manera que si se compara la 1ª, 2ª y 3ª evaluación, en cinco de las dimensiones disminuye significativamente el valor puntuado para los *familiares* (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Ansiedad y Hostilidad); en una dimensión para los *pacientes identificados* (Psicositismo) y en otra dimensión tanto para los pacientes identificados como para los familiares (Depresión).

Se comparan igualmente los valores de las medias de los Índices de Severidad Global (ISG) medidos en el SCL-90-R en las tres evaluaciones -**Tabla 19-.**

Tabla 19. Medias del Índice de Severidad Global (ISG) medido en el test SCL-90-R aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten, de ser paciente identificado o familiar en cada una de las tres evaluaciones. [M:Media]

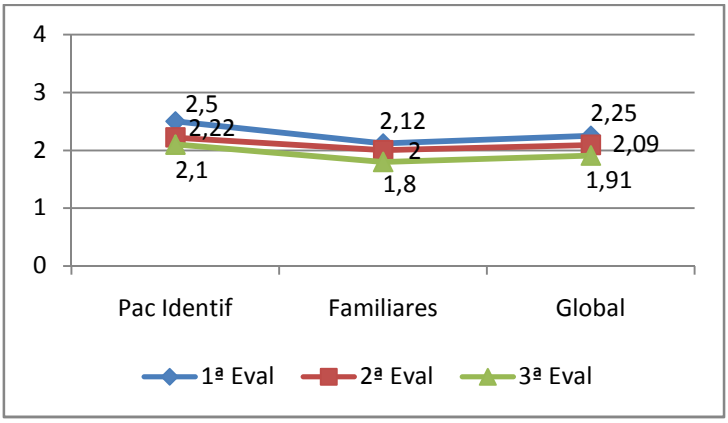
		n	%	ISG		
				1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval
		n	%	M	M	M
Global		31	100,00	2,23	2,09	1,91*
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	2,47	2,33	1,95
	HVB-2	5	16,10	2,38	2,44	1,93
	HVB-3	4	12,90	3,26	3,05	2,91
	HVB-4	10	32,30	1,92	1,61	1,54
	CTI-5	9	29,00	2,05	1,99	1,86
Partici-pantes	**Pac Ident**	12	38,70	2,40	2,22	2,10
	Familiar	19	61,30	2,12	2	1,80*

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª, 2ª y 3ª Evaluación para datos globales en el ISG.

Se observa que el valor medio del índice de severidad global (ISG) sigue similar tendencia, disminuyendo en todos los subgrupos a lo largo de las evaluaciones, pero manteniéndose en todos los casos el valor medio más alto en el subgrupo de los pacientes identificados que en el de los familiares. El análisis estadístico infiere que la disminución progresiva de los valores medios de ISG en el *global* de los participantes es estadísticamente significativa,. Si comparamos la 1ª, 2ª y 3ª evaluación con respecto a los participantes, se observa que el ISG disminuye significativamente sólo para *familiares*. Para los pacientes identificados también disminuye, siendo un valor cercano a la significación estadística (p-valor=0.07)

El **Gráfico 6** muestra los valores medios del ISG en el global de los participantes y en los subgrupos de pacientes identificados y de familiares.

Gráfico 6. Comparación del valor de la media del ISG en los participantes desglosados en pacientes identificados y familiares a lo largo de tres evaluaciones (n=31).



Se observa que los valores de la media de ISG son siempre inferiores en los familiares a lo largo de las tres evaluaciones y que estos disminuyen progresivamente. Los valores de la media del ISG del total de los participantes baja del valor 2 en la tercera evaluación.

Posteriormente se estudia el consumo de psicofármacos entre los participantes en la investigación. La **Tabla 20** muestra el seguimiento psicofarmacológico en los 72 pacientes que siguieron dos evaluaciones.

Tabla 20. Número (n) y porcentaje de participantes que siguen tratamiento psicofarmacológico en el mes previo a la evaluación (n=72).

		Primera evaluación		Segunda evaluación	
Tratamiento psicofarmacológ		**N**	**%**	**n**	**%**
Sí	Global	24	36,9	29	42,6
	Pac Identif	13	59,1	13	54,2
	Familiares	11	25,6	16	36,4
No	Global	41	63,1	39	57,4
	Pac Identif	9	40,9	11	45,8
	Familiares	32	74,4	28	63,6
Sin información		7	9,7	4	5,6
Total		65	100,0	68	100,0

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª y 2ª Evaluación para datos globales.

Se observa que la proporción de participantes que toman psicofármacos en la primera evaluación es ligeramente inferior al de los pacientes que los toman en la segunda evaluación. Cuando se desglosa los resultados en función de ser o no pacientes identificados se observa que existe un repunte en el porcentaje de familiares que consumen psicofármacos en la segunda evaluación respecto a la primera (del 26% al 36%), pero no así entre los pacientes identificados, que porcentualmente consumen menos fármacos (del 59% al 54%). En cualquier caso, no se observan cambios estadísticamente significativos en el consumo de fármacos entre la primera y segunda evaluación.

Cuando se analiza la variable "seguir o no tratamiento psicofarmacológico" entre los participantes que siguieron 3 evaluaciones (**Tabla 21**), se observa que la proporción de participantes que toman psicofármacos en la segunda evaluación es superior a la primera, produciendo un descenso a partir de la tercera evaluación entre los participantes que los toman pero permaneciendo aún por encima de la primera evaluación.

Tabla 21. Número (n) y porcentaje de participantes que siguen tratamiento psicofarmacológico en el mes previo a la evaluación (n=31).

		Primera evaluación		Segunda evaluación		Tercera evaluación	
Trat. Psicofarm		**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Sí	Global	9	34,6	13	44,8	12	40,0
	Pac Identif	5	45,5	7	58,3	7	58,3
	Familiar	4	26,7	6	35,3	5	27,8
No	Global	17	65,4	16	55,2	18	60,0
	Pac Identif	6	54,5	5	41,7	5	41,7
	Familiar	11	73,3	11	64,7	13	72,2
Sin información		5	16,1	2	6,5	1	3,2
Total		26	100,0	29	100,0	30	100,0

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª, 2ª y 3ª Evaluación para datos globales.

Cuando se desglosan los resultados de la variable “seguir o no tratamiento farmacológico” en función de ser paciente identificado o familiar se encuentra que los pacientes identificados aumentan porcentualmente el consumo de psicofármacos en la segunda evaluación respecto a la primera, pero manteniéndose en la tercera evaluación. En los familiares los resultados refieren un aumento de psicofármacos en la segunda evaluación que disminuyen a nivel de la primera evaluación en la tercera evaluación. El consumo de fármacos es inferior en todas la evaluaciones entre los familiares (entre el 27 y 35% de los familiares consumen psicofármacos a lo largo de la evaluación) respecto a los pacientes identificados (entre el 45 y 58% siguen tratamiento psicofarmacológico a lo largo del estudio).

Tampoco en el caso de los datos referidos en la Tabla 20 existen diferencias en los valores de consumo de psicofármacos que resulten estadísticamente significativos en ninguna de las categorías valoradas.

5.4. Descripción de los cambios en clima familiar

Se procede a evaluar la evolución en las tres dimensiones del clima familiar medidas a través del test ERI. Para ello se compara en un primer momento los resultados obtenidos en la muestra de 72 participantes que responden a dos encuestas (**Tabla 22** y **Tabla 23**).

Tabla. 22. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 72 participantes que realizaron dos evaluaciones. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Unión y apoyo		Expresión		Dificultades	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT
Global		72	100	3,40	1	3,40	1,04	2,64	0,88
Grupo	**HVB-1**	7	9,7	4,18	1,01	3,86	1,08	2,21	0,68
	HVB-2	12	16,7	2,53	0,98	2,90	0,77	2,99	1,10
	HVB-3	13	18,1	2,96	0,79	2,75	1,11	2,69	0,63
	HVB-4	20	27,8	3,99	0,81	3,72	0,94	2,70	1,04
	CTI-5	20	27,8	3,36	0,77	3,63	0,98	2,49	0,76
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,3	3,21	0,94	2,85	1,09	2,82	0,77
	Familiar	48	66,7	3,50	1,02	3,67	0,91	2,55	0,93

Tabla. 23. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 72 participantes que realizaron dos evaluaciones. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Unión y apoyo		Expresión		Dificultades	
				M	DT	M	DT	M	DT
Global		71	100,00	3,33	1,01	3,47	1,13	2,54	0,94
Grupo	**HVB-1**	7	9,70	3,86	1,32	3,86	1,07	2,21	1,12
	HVB-2	12	16,70	2,50	0,85	2,80	1,13	2,69	1,05
	HVB-3	12	18,10	3,03	0,69	2,92	0,93	3,01	0,73
	HVB-4	20	27,80	3,73	0,97	3,91	0,88	2,62	0,81
	CTI-5	20	27,80	3,43	0,91	3,63	1,24	2,20	0,97
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,30	2,95	1,03	2,89	1,38	2,80	0,89
	Familiar	47	66,70	3,52	0,96	3,77	0,85	2,40	0,95

Los datos de las Tablas 22 y 23 se comparan en la **Tabla 24.**

Tabla 24. Datos conjuntos de las Tablas 22 y 23. Resultados comparativos test ERI aplicado a los 72 participantes que fueron evaluados en dos ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. [M:Media]

		n	%	Unión y apoyo		Expresión		Dificultades	
				1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	1ª Eval	2ª Eval
		n	%	M	M	M	M	M	M
Global		72	100	3,40	3,33	3,40	3,47	2,64	2,54
Grupo	**HVB-1**	7	9,7	4,18	3,86	3,86	3,86	2,21	2,21
	HVB-2	12	16,7	2,53	2,50	2,90	2,80	2,99	2,69
	HVB-3	13	18,1	2,96	3,03	2,75	2,92	2,69	3,01
	HVB-4	20	27,8	3,99	3,73	3,72	3,91	2,70	2,62
	CTI-5	20	27,8	3,36	3,43	3,63	3,63	2,49	2,20
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,3	3,21	2,95	2,85	2,89	2,82	2,80
	Familiar	48	66,7	3,50	3,52	3,67	3,77	2,55	2,40

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª y 2ª Evaluación para datos globales.

En esta tabla se observa que en la segunda evaluación apenas se producen cambios en los valores de la media de las dos dimensiones "positivas" medidas en el test ERI ("Unión y apoyo" y "expresividad") pero disminuye la media de la percepción de la dimensión negativa medida en el test ERI ("dificultades") en diez décimas (de 2,64 a 2,54). Entre los pacientes identificados hay una valoración media ligeramente más negativa de la dimensión "Unión y Apoyo" en la segunda evaluación, sin que aparezcan cambios en las otras dos dimensiones. Sin embargo, entre los familiares no se dan cambios en la valoración media de la dimensión "Unión y apoyo" y empeora ligeramente la valoración media de la dimensión "Expresión". El valor medio de percepción de la dimensión "Dificultades" es ligeramente inferior en los familiares en la segunda evaluación.

En cualquier caso, los valores obtenidos *no muestran diferencias que sean estadísticamente significativas* para ninguna de las variables estudiadas.

Se procede a evaluar los cambios en el clima familiar en los 31 participantes de la muestra que siguieron tres evaluaciones con el test ERI siguiendo similar subagrupación en función

del grupo al que asisten y su participación en ellos en calidad de paciente identificado o familiar (**Tablas 25, 26 y 27**).

Tabla 25. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 31 participantes que realizaron tres evaluaciones. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. PRIMERA EVALUACIÓN. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Unión y apoyo		Expresión		Dificultades	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT
Global		31	100,00	3,71	0,90	3,69	0,95	2,47	0,89
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	4,92	0,14	4,67	0,38	2,25	0,43
	HVB-2	6	19,40	2,79	1	2,88	0,83	2,58	1,21
	HVB-3	3	9,70	3,50	0,50	3,42	0,28	2,50	0,50
	HVB-4	10	32,30	4,03	0,76	3,70	1,11	2,55	1,11
	CTI-5	9	29,00	3,64	0,63	4,00	0,75	2,36	0,74
Partici-pantes	**Pac Ident**	12	38,70	3,44	0,79	3,15	0,89	2,56	0,50
	Familiar	19	61,30	3,88	0,95	4,04	0,84	2,41	1,08

Tabla 26. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 31 participantes que realizaron tres evaluaciones. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. SEGUNDA EVALUACIÓN. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Unión y apoyo		Expresión		Dificultades	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT
Global		31	100,00	3,53	0,95	3,68	1,14	2,45	0,92
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	4,58	0,38	4,67	0,38	1,92	0,38
	HVB-2	6	19,40	2,58	0,78	2,96	1,24	2,63	1,33
	HVB-3	3	9,70	2,71	0,68	2,50	0,75	3,13	0,21
	HVB-4	10	32,30	3,84	0,97	3,83	0,99	2,78	0,69
	CTI-5	9	29,00	3,72	0,55	4,06	1,10	1,97	0,90
Partici-pantes	**Pac Ident**	12	38,70	3,18	1,03	3,17	1,37	2,78	0,75
	Familiar	19	61,30	3,75	0,85	4,00	0,86	2,24	0,98

Tabla 27. Medias de las tres dimensiones de la Escala ERI sobre los 31 participantes que realizaron tres evaluaciones. Resultados desglosados en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. TERCERA EVALUACIÓN. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	%	Unión y apoyo		Expresión		Dificultades	
		n	%	M	DT	M	DT	M	DT
Global		31	100,00	3,97	0,91	3,92	1,02	2,10	0,98
Grupo	**HVB-1**	3	9,70	4,42	0,52	4,50	0,50	2,00	0,75
	HVB-2	5	16,10	3,30	1,30	3,00	1,22	2,95	1,28
	HVB-3	4	12,90	3,81	0,23	3,60	0,12	2,31	1,02
	HVB-4	10	32,30	4,23	0,52	4,04	0,68	1,95	0,65
	CTI-5	9	29,00	3,97	1,18	4,25	1,33	1,75	1,07
Partici-pantes	**Pac Ident**	12	38,70	3,56	1,22	3,46	1,33	2,50	1,24
	Familiar	19	61,30	4,22	0,53	4,21	0,66	1,86	0,70

Tabla 28. Datos conjuntos de las Tablas 25, 26 y 27. Resultados comparativos test ERI aplicado a los 31 participantes que fueron evaluados en tres ocasiones en el estudio. Resultados de las medias globales y en función del grupo al que asisten y de ser paciente identificado o familiar. [M:Media]

		n	%	Unión y apoyo			Expresión			Dificultades		
				1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval	1ª Eval	2ª Eval	3ª Eval
		n	%	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Global		72	100	3,71	3,53	3,97	3,69	3,68	3,92	2,47	2,45	2,10
Grupo	**HVB-1**	7	9,7	4,92	4,58	4,42	4,67	4,67	4,50	2,25	1,92	2,00
	HVB-2	12	16,7	2,79	2,58	3,30	2,88	2,96	3,00	2,58	2,63	2,95
	HVB-3	13	18,1	3,50	2,71	3,81	3,42	2,50	3,60	2,50	3,13	2,31
	HVB-4	20	27,8	4,03	3,84	4,23	3,70	3,83	4,04	2,55	2,78	1,95
	CTI-5	20	27,8	3,64	3,72	3,97	4,00	4,06	4,25	2,36	1,97	1,75
Partici-pantes	**Pac Ident**	24	33,3	3,44	3,18	3,56	3,15	3,17	3,46	2,56	2,78	2,50
	Familiar	48	66,7	3,88	3,75	4,22	4,04	4,00	4,21	2,41	2,24	1,86

*p-valor significativo (≤0,05) entre la 1ª, 2ª y 3ª Evaluación para datos globales

Se observa que las puntuaciones medias globales son más bajas en las dimensiones positivas ("Unión y apoyo" y "Expresividad") en la segunda evaluación, pero ascendiendo en la tercera evaluación. Las medias en la dimensión negativa ("Dificultades") son sin embargo descendentes en cada evaluación. Cuando se desglosan los resultados en función

de ser paciente identificado o familiar, se encuentra que tanto los pacientes identificados como los familiares puntúan medias más bajas en la dimensión “Unión y Apoyo” en la segunda evaluación con respecto a la primera evaluación, sin que apenas se modifique la media en la dimensión “Expresividad” entre la primera y segunda evaluación. Sin embargo, en la tercera evaluación la media en las dos dimensiones positivas asciende tanto en pacientes identificados como en sus familiares. La dimensión “Dificultades” presenta un valor medio ascendente entre los pacientes identificados en la segunda evaluación que tiende a disminuir de nuevo en la tercera evaluación. Entre los familiares los valores medios de la dimensión “dificultades” disminuyen progresivamente desde la primera a la tercera evaluación.

En cualquier caso, el análisis estadístico *no ofrece valores significativos* para ninguna de las variables analizadas.

5.5. Análisis de la valoración de los usuarios del espacio de terapia interfamiliar tras más de un año del inicio del tratamiento interfamiliar.

Tras un año y medio de la realización de las evaluaciones con las escalas SCL-90-R y ERI sobre la muestra de participantes se procede a contactar con todos los miembros del estudio con el fin de valorar aspectos concretos de su evolución y la valoración subjetiva sobre la experiencia de TIF. Se consiguió encuestar a un total de 110 participantes (sobre los 188 iniciales).

La **Tabla 29** muestra la continuidad de asistencia a TIF tras un año y medio.

Tabla 29. Número (n) y porcentaje de participantes que siguen asistiendo a TIF tras un año y medio de iniciado el estudio

Siguen asistiendo a TIF	**n**	**%**
Sí	34	32,1
No	72	67,9
Sin información	4	3,6
Total	106	100,0

Se observa que de los 110 participantes encuestados, 34 siguen acudiendo de forma periódica a grupos de TIF, mientras que 72 han dejado de acudir.

La **Tabla 30** muestra los motivos referidos por los participantes que no continúan el tratamiento en grupo multifamiliar. Se trata de respuestas libres a la pregunta abierta "¿Por qué ha dejado de acudir al grupo de TIF?".

Tabla 30. Número (n) y porcentaje de participantes que han dejado de asistir a la TIF y motivos aludidos.

Variables	**n**	**%**
Mejoría sintomática	27	44,3
Negativa del paciente identificado	12	19,7
Falta de tiempo	8	13,1
Incompatibilidad por asistencia a otros recursos	7	11,5
Cambio de domicilio	3	4,9
Otros	4	6,6
Sin información	11	
Total	61	100

Se observa que el principal motivo mencionado es la "mejoría" de la sintomatología del paciente identificado (44%), siendo el segundo motivo la negativa del paciente identificado para seguir acudiendo (20% de los casos).

5.5.1. Descripción de la valoración subjetiva de la experiencia en TIF.

Se procedió a la valoración subjetiva por parte de los participantes sobre la TIF que siguen o habían seguido. Posteriormente se comparó la valoración que realizaban de la TIF respecto a la terapia individual y terapia familiar en el caso de que las hubieran también llevado a cabo durante ese mismo tiempo.

La **Tabla 31** muestra los resultados de las valoraciones llevadas a cabo por los participantes encuestados. Los resultados son cuantificados entre los valores 0 ("nada útil") y 3 ("muy útil") para recoger las respuestas a las preguntas realizadas en la encuesta en referencia a la utilidad que para ellos mismos ha tenido la TIF ("Utilidad personal") y si sienten que ha sido útil para sus familiares ("Utilidad para sus familiares"); también se cuantifica entre los valores 0 ("nada") y 3 ("mucho") las respuestas a las preguntas de si volvería a realizar de nuevo la experiencia terapéutica interfamiliar ("Repetiría TIF") o si la recomendaría a otras personas de su entorno ("Recomiendo TIF"). Finalmente los participantes dan una valoración o nota global del 1 al 10 para la experiencia en TIF que han seguido.

Tabla 31. Valoración global de la terapia interfamiliar por los participantes en función de diversas variables. Puntuaciones máxima y mínima (del 0 al 3), puntuación media (M) y desviación típica (DT).

Variables	Mínimo	Máximo	M	DT
Utilidad personal	0	3	**2,17**	0,89
Utilidad para familiares	0	3	**2,08**	0,91
Repetiría TIF	0	3	**2,42**	0,82
Recomiendo TIF	0	3	**2,60**	0,67
Puntuación TIF (0-10)	2	10	**8,01**	1,71

Observamos una elevada valoración del TIF por parte de la globalidad de los participantes, con una valoración media del tratamiento entre "útil" y "muy útil" tanto en términos de utilidad a nivel personal como en relación con los familiares y otorgando una nota global a la TIF de notable alto (8,01).

En la **Tabla 32** se desglosan los resultados en función del sexo de los participantes.

Tabla 32. Valoración media de la TIF según el sexo de los participantes (puntuación del 0 al 3) [n: número de casos, M:Media, DT: Desviación Típica]

Variables	Hombres			Mujeres		
	n	M	DT	n	M	DT
Utilidad personal	43	2,21	0,83	66	2,15	0,94
Utilidad para familiares	42	2,14	0,87	64	2,03	0,94
Repetiría TIF	41	2,44	0,77	64	2,42	0,86
Recomiendo TIF	41	2,61	0,62	65	2,58	0,70
Calificación global TIF (0-10)	43	7,93	1,50	66	8,05	1,86

*p-valor significativo (≤0,05)

Observamos que los hombres valoran de forma ligeramente más positiva la utilidad personal y para sus familiares de la TIF, pero las mujeres acaban otorgando una mejor nota media al proceso terapéutico. En cualquier caso, el análisis estadísitico muestra que *no hay diferencias significativas* entre hombres y mujeres en cuanto a ninguna de las categorías estudiadas.

La **Tabla 33** desglosa los resultados de valoración de la TIF entre los participantes en función de su edad.

Tabla 33. Valoración media de la TIF según el grupo de edad de los participantes (puntuaciones del 0 al 3) [M:Media, DT: Desviación Típica]

Variables	13-17 años		18-24 años		25-54 años		55 o más años	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Utilidad personal	1,81	0,96	1,75	0,88	2,37	0,82	2,50	0,53
Utilidad para familiares	1,96	0,89	1,88	0,99	2,13	0,94	2,43	0,78
Repetiría TIF	2,20	1,08	2,25	0,88	2,49	0,73	2,88	0,35
Recomiendo TIF	2,36	0,95	2,38	0,74	2,72	0,51	2,75	0,46
Calificación global (0-10)	7,41	1,71	7,38	1,50	8,37 *	1,66	8,13	1,72

*p-valor significativo (≤0,05)

Se observa que los adultos jóvenes (18 a 24 años) son los que otorgan una menor valoración media a la TIF en términos de utilidad personal o utilidad para sus familiares –aunque siguen dando una valoración media también situada entre útil y muy útil. Son también los que dan una calificación global inferior (7,38) al modelo terapéutico. Los adultos mayores de 25 años (la mayoría de ellos padres de pacientes identificados) son, con diferencia, los que valoran la TIF más positivamente en términos de utilidad personal y para sus familiares y los que más la recomiendan o refieren que volverían a repetir el proceso terapéutico. Este colectivo de participantes valoran con notable alto (alrededor de 8,3) la experiencia terapéutica.

Los adolescentes (13 a 17 años) representan el subgrupo que de media –en relación con los demás subgrupos de edad- menos recomendarían o repetirían una terapia de tipo interfamiliar, pero manteniendo que la TIF ha sido "bastante" o "muy útil" tanto para ellos como para sus familiares en la mayoría de los casos. Tanto adolescentes como adultos jóvenes valoran la TIF que siguieron con un notable (alrededor de 7,40).

Entre todos los datos recogidos en la tabla, sólo *la variable "calificación global" tiene significación estadísitica*, con calificaciones más altas entre los adultos mayores.

La **Tabla 34** desglosa los resultados en función del grupo terapéutico al que asistieron los participantes en el estudio.

Tabla 34. Valores medios de puntuación (0-3) y calificación (0-10) de la TIF por parte de los participantes en función del grupo interfamiliar al que asistieron. [M:Media, DT: Desviación Típica]

	HVB-1		HVB-2		HVB-3		HVB-4		CTI-5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Utilidad personal	1,83	1,16	1,79	0,80	2,60	0,76	2,52	0,58	1,88	0,96
Utilidad para familiares	2,17	0,40	1,79	0,69	2,64	0,70	2,20	0,86	1,73	1,01
Repetiría TIF	2,50	0,54	2,50	0,65	2,80	0,70	2,64	0,49	1,97	1
Recomiendo TIF	2,50	0,54	2,50	0,65	2,88	0,44	2,84	0,37	2,30	0,84
Calificación global (0-10)	6,67*	1,63	8,14	1,02	8,60	1,22	8,80	0,95	7,30	2,15

*p-valor significativo (≤0,05)

Se observa que los participantes en los grupos HVB-3 y HVB-4 valoran de forma más positiva la TIF, con calificaciones globales cercanas al sobresaliente. Sin embargo, los participantes en el grupo HVB-2 valoran la experiencia de forma no tan positiva, con notas por debajo del notable (6,67). En todos los grupos, sin embargo, los participantes siguen refiriendo en un alto porcentaje que recomendarían la TIF a otras personas y que volverían a realizarla ellos mismos.

La variable "calificación global" tiene significación estadísitica, con calificaciones más bajas entre los asistentes al grupo HVB-1.

Se procede a la valoración de la TIF por los participantes en función de haber participado de la experiencia como paciente identificado o como familiar. La **Tabla 35** muestra la

valoración del proceso de TIF entre los pacientes identificados y la **Tabla 36** la valoración por parte de los familiares.

Tabla 35. Valores medios de puntuación (0-3) y calificación (0-10) de la TIF por parte de los Pacientes Identificados. [M:Media, DT: Desviación Típica]

	N	Mínimo	Máximo	M	DT
Utilidad personal	37	0	3	2,05	0,84
Utilidad para familiares	37	0	3	2,14	0,88
Repetiría TIF	35	0	3	2,34	0,90
Recomiendo TIF	35	0	3	2,51	0,81
Calificación TIF	37	3	10	7,84	1,51

Tabla 36. Valores medios de puntuación (0-3) y calificación (0-10) de la TIF por parte de los Familiares. [M:Media, DT: Desviación Típica]

	N	Mínimo	Máximo	M	DT
Utilidad personal	73	0	3	2,23	0,92
Utilidad para familiares	70	0	3	2,06	0,93
Repetiría TIF	71	0	3	2,46	0,79
Recomiendo TIF	72	1	3	2,64	0,58
Calificación TIF	73	2	10	8,10	1,81

Observamos que, aunque con resultados muy similares, los familiares/acompañantes valoran que la TIF es más útil para ellos mismos que para los pacientes identificados. De la misma forma, los pacientes identificados valoran que la TIF es ligeramente más útil para

sus familiares que para ellos mismos. Tanto entre pacientes identificados como entre familiares la media de las valoraciones es alta, situándose entre “bastante” y “mucho” para todos los ítems. Los familiares valoran más positivamente la TIF que los pacientes identificados, con calificaciones medias de 8,10 frente a 7,84. También los índices respecto a si repetirían o la recomendarían son ligeramente superiores entre los familiares.

5.5.2. Descripción de la valoración del espacio interfamiliar respecto a otros espacios terapéuticos individuales o unifamiliares.

En la misma encuesta (tras más de un año de iniciado el tratamiento interfamiliar) se exploró la valoración subjetiva que los participantes realizaban acerca de la experiencia interfamiliar a la que habían concurrido en términos de utilidad subjetiva con respecto a la terapia individual o familiar, en el caso de que hubieran simultaneado o tenido experiencias previas en estos otros contextos terapéuticos con los profesionales del mismo equipo que coordinaban los espacios grupales interfamiliares. La **Tabla 37** muestra los resultados de las valoraciones medias de los participantes en el estudio respecto a la terapia individual, la terapia familiar y la terapia interfamiliar, así como la media de la valoración subjetiva de la utilidad de la TIF respecto a los otros contextos terapéuticos.

Tabla 37. Número de participantes (n) y valoración media de la utilidad de la TIF respecto a la terapia individual y terapia familiar. Calificación media de la T. individual, T. familiar y TIF. [M:Media, DT: Desviación Típica]

		n	M	DT
Globales	Utilidad TIF vs. T. Individual (0 - 2)	60	1,17	0,905
	Utilidad TIF vs. Terapia Familiar (0 - 2)	36	1,00	0,632
	Calificación TIF (0 - 10)	110	**8,01**	1,716
	Calificación T. Individual (0 -10)	60	7,58	1,898
	Calificación T. Familiar (0-10)	36	7,78	1,884
Pacientes identificados	Utilidad TIF vs. T. Individual (0 - 2)	35	1,11	0,796
	Utilidad TIF vs. Terapia Familiar (0 - 2)	15	0,87	0,743
	Calificación TIF (0 - 10)	37	**7,84**	1,519
	Calificación T. Individual (0 -10)	35	7,43	1,754
	Calificación T. Familiar (0-10)	15	7,27	2,154
Familiares	Utilidad TIF vs. T. Individual (0 - 2)	25	1,24	1,052
	Utilidad TIF vs. Terapia Familiar (0 - 2)	21	1,10	0,539
	Calificación TIF (0 - 10)	73	**8,10**	1,812
	Calificación T. Individual (0 -10)	25	7,80	2,102
	Calificación T. Familiar (0-10)	21	8,14	1,621

*p-valor significativo (≤0,05)

Se observa que de los 110 participantes que contestan la encuesta, 60 refieren haber seguido tratamiento individual y 36 terapia familiar. Las puntuaciones del global de participantes que simultanearon la TIF con la terapia individual son más elevadas para la TIF que para la terapia individual; mientras que las puntuaciones de los participantes que simultanearon la TIF con la terapia familiar son similares. En la calificación global, la terapia individual obtiene una puntuación media de notable (7,6) mientras que la terapia familiar obtiene una puntuación más alta (7,8) pero ligeramente inferior a la de la TIF (8).

Cuando se desglosan los resultados de la encuesta en función de participar en el grupo interfamiliar como paciente identificado o como familiar/acompañante, se observa que las puntuaciones de los familiares respecto a la utilidad de la TIF son más elevadas que que las de la terapia familiar y las de la terapia individual -con diferencias mayores con respecto a ésta última-; puntuan con calificaciones similares a la TIF y a la terapia familiar (8,1) por encima de la calificación que otorgan a la terapia individual (7,8). Por otro lado, los pacientes identificados puntúan más alto a la TIF en términos de utilidad que a la terapia individual, pero la puntúan algo más bajo que la terapia familiar. Sin embargo, la puntuación media en términos de calificación global es más alta para la TIF (7,8) que para la terapia familiar (7,3) y para la terapia individual (7,4).

En ninguno de los datos recogidos en la Tabla 37 encontramos, en cualquier caso, diferencias estadísiticamente significativas entre los pacientes identificados y los familiares.

5.5.3. Descripción de diferencias en el consumo de psicofármacos

La encuesta tras más de un año de las primeras evaluaciones recoge información acerca de si los participantes reciben tratamiento psicofarmacológico. La **Tabla 38** contiene los resultados obtenidos en la encuesta y los compara con los datos de la primera evaluación a la que fueron sometidos año y medio antes los participantes del estudio.

Tabla 38. Porcentaje de participantes en el estudio que reciben o no tratamiento psicofarmacológico (con el número total entre paréntesis) en el momento de iniciar la evaluación y tras más de un año.

Siguen tratamiento Psicofarmacológico		En la 1ª evaluación	Tras más de un año	p-valor
Pac Identifcados	Sí	62,9% (22)	54,1% (20)	0.38
	No	37,1% (13)	45,9% (17)	
	Sin información	2	0 sujetos	
	Total	94,6% (35)	100,0% (37)	
Familiares	Sí	43,1% (28)	13,9% (10)	<0.01
	No	56,9% (37)	86,1% (62)	
	Sin información	8	1	
	Total	89% (65)	98,6% (72)	
Globales	Sí	50% (50)	27,5% (30)	<0.01
	No	50% (50)	72,5% (79)	
	Sin información	10	1	
	Total	90,9% (100)	99,1% (109)	

*p-valor significativo (≤0,05)

En la Tabla 38 observamos una disminución en el número del global de participantes en el estudio que consumen psicofármacos entre la primera evaluación y la encuesta tras más de un año (50% frente al 27%). Esta disminución en el consumo de psicofármacos se observa tanto entre los pacientes identificados (63% inicial frente a 54%) como entre los familiares (43% frente al 14%). El análisis estadísitico infiere que *no hay cambios significativos en el caso del subgrupo de pacientes identificados, pero sí en los participantes globales y en el subgrupo de familiares.*

6. Discusión

6. Discusión

6.1. Construcción teórica del modelo de TIF.

Aunque el origen de las primeras experiencias terapéuticas multifamiliares se remonta a más de setenta años atrás (Laqueur, 1979), la terapia multifamiliar sigue suponiendo una forma novedosa de intervención terapéutica que en la última década empieza a despuntar y expandirse, especialmente en Europa y, muy particularmente, en España. Sin embargo, la investigación en terapia multifamiliar sigue siendo muy escasa, limitándose casi siempre a descripciones de experiencias concretas o a elementos comunes consustanciales al contexto, sin que hasta la fecha existan estudios que definan un cuerpo teórico para el modelo y que, como consecuencia, se alcen voces que manifiesten una falta de rigor científico del modelo (O'Shea y Pelphs, 1985; Strelnick, 1977).

Un elemento de confusión en el estudio de la terapia multifamiliar quizás sea el tratar de tomar el contexto terapéutico por un todo, olvidando que dentro del contexto multifamiliar es posible aplicar múltiples modelos teóricos, de igual manera que ocurre con los términos genéricos contextuales de terapia individual, terapia familiar o terapia grupal. Partiendo de esta premisa, *no existe una terapia multifamiliar*, sino un *contexto terapéutico multifamiliar* y, como consecuencia, múltiples variantes o modelos de terapia multifamiliar en función de las bases teóricas que subyacen en la intervención.

Entre los principales motivos de este estudio está el hallar las bases teóricas de un modelo de terapia multifamiliar que pueda ser aplicado en contextos clínicos, sociales y educativos, al que denominamos "*terapia interfamiliar*" (TIF). La TIF comparte elementos comunes con todos los otros modelos de terapia multifamiliar en función del contexto interactivo en el que se desarrolla que engloba diversas familias con la presencia de los pacientes identificados; pero también presenta elementos diferenciales respecto a otros modelos de terapia multifamiliar en función de las bases teóricas que determinan la compresión del proceso terapéutico y las técnicas de conducción aplicadas dentro del espacio grupal con las familias.

La TIF representa un nuevo paradigma en salud mental y una revolución epistemológica en la comprensión y abordaje de los problemas del ser humano, abarcando como fuentes de terapia no sólo los aspectos intrapsíquicos e intrafamiliares, sino también el marco social en el que nos desarrollamos.

Para la construcción de los pilares teóricos de la TIF se procedió a valorar todas las experiencias multifamiliares previas descritas en la bibliografía, desde las iniciales en EEUU (Laqueur, 1979) hasta las más recientes en Europa (Cook-Darzens, 2007; Asen y Scholz, 2010), recogiendo los elementos comunes en relación con la comprensión del contexto multifamiliar así como los mecanismos de acción y técnicas de conducción del grupo multifamiliar. Resultaron especialmente útiles por su sencillez y claridad las ideas de Laqueur escritas por él mismo (1964, 1969, 1970, 1972, 1976, 1979) o por sus seguidores, especialmente por Foster (1994a), puesto que definen el descubrimiento del potencial terapéutico del contexto multifamiliar. Estas ideas se enriquecieron con las de García Badaracco (2000), que aplicó el psicoanálisis al contexto multifamiliar, y por posteriores autores que propusieron la comprensión de las dinámicas familiares dentro del grupo multifamiliar desde la visión sistémica (Asen, 2002).

Posteriormente se procedió a integrar la complejidad de los elementos que convergen en el contexto multifamiliar (individuos, familias, grupo y marco social) y los mecanismos terapéuticos que confluyen en la intervención sobre todos y cada uno de estos planos:

- A *nivel individual* se analizaron las corrientes psicológicas que sirven como referentes para la comprensión intrapsíquica del ser humano, centrándonos especialmente en la Teoría del Apego por la sencillez y universalidad de su concepción, compatible con prácticamente todos los modelos terapéuticos conocidos, y también porque representa la mayor fuente de investigación actual de las bases neurobiológicas del aparato psíquico.
- A *nivel familiar* se profundizó en el estudio y abordaje de las dinámicas familiares a través de la Terapia Familiar Sistémica, haciendo énfasis en la teoría general de los sistemas y la teoría de la comunicación humana como base del análisis de las interacciones intrafamiliares y su repercusión en el individuo.
- A *nivel grupal* se estudiaron los procesos y técnicas de la terapia grupal que definen la interacción entre los individuos y las familias en el marco del grupo multifamiliar. Los modelos Grupoanalítico e Interpersonal, y su aplicación dentro del marco de los Grupos Grandes definidos por De Mare (1974) fueron especialmente útiles con ese fin, y han servido como base para definir la forma en que el profesional se enfrenta a la conducción del grupo interfamiliar.

- A *nivel social* se remarca la capacidad única y específica de la terapia interfamiliar de poder contar y actuar sobre el entorno social de cada familia participante que es representado por las demás familias presentes en el marco grupal. La Psicología Social sirve como forma de analizar la integración de los procesos intrapsíquicos e intrafamiliares con los procesos sociales que los envuelven y que el conductor del grupo interfamiliar debe tener en cuenta.

Todos estos planos de intervención se superponen y conectan entre sí en el grupo interfamiliar, en la misma manera que lo hacen en la vida ordinaria de toda persona, convirtiendo el contexto terapéutico interfamliar en el más similar al medio natural-ecológico del ser humano. Para la conducción dentro de este contexto complejo el terapeuta debe adoptar un posicionamiento *construccionista y social,* consistente en catalizar la interacción entre los participantes desde una posición de horizontalidad respecto al resto de los miembros del grupo y aplicando los principios dialógicos del modelo Open Dialogue (Seikkula y Olson, 2003) y técnicas de equipo reflexivo (Andersen, 1991).

Como resultado de la investigación teórica llevada a cabo se concluye que se cumple la hipótesis 1ª del presente estudio (*La Terapia Interfamiliar se apoya en unas bases teóricas reconocibles que la proveen de unas técnicas y metodología concretas).*

Por otro lado, los últimos avances en neurociencias evidencian que los humanos estamos programados para conectarnos con los otros y que estas interacciones afectan directamente a nuestra neurofisiología. Según los datos obtenidos de las últimas investigaciones en neurobiología interpersonal, nuestros cerebros cambian de manera adaptativa y nuevas conexiones sinápticas y redes neuronales se crean o se refuerzan mientras que otras pierden su fuerza cuando nos sentimos conectados y en sintonía con los demás. Por ello la terapia grupal es propuesta por los investigadores como un modelo de terapia óptimo para el cambio y resolución de problemas (Gantt y Badenoch, 2013; Flores, 2013). Desde este punto de vista, la psicoterapia interfamiliar podría ser el espacio terapéutico idóneo para que se produzcan estos cambios neurofisiológicos, puesto que se trata de un espacio grupal que brinda las oportunidades para nuevas conexiones y sanación al promover mayores posibilidades de interacción interpersonal que el resto de terapias grupales. Con ello validaríamos la hipótesis 2ª del presente estudio (*Es posible encontrar unas bases*

neurobiológicas científicamente apoyadas como sustrato del proceso terapéutico de la terapia interfamiliar).

La TIF contempla la intervención sobre las problemáticas humanas de cualquier tipo (sanitario general, salud mental, social, educativo…), poniendo el énfasis en el poder de los recursos naturales intrínsecos a la persona, la familia y el marco social que los envuelve. Esto supone una *economía* de medios para la institución, puesto que permite la intervención terapéutica con un mayor número de personas y sus familias al mismo tiempo, con mínimo de costos y con una frecuencia de atención mayor que la terapia individual o familiar. Por otro lado, el hecho de que todos los profesionales de diferentes disciplinas sean invitados a participar en los espacios grupales interfamiliares posibilita la coordinación simultánea de actuaciones sobre las problemáticas abordadas. Desde este punto de vista, la TIF podría, en función de sus bajos costes y optimización de recursos, vertebrar las actividades terapéuticas de cualquier tipo de institución.

En este estudio se trata de validar el modelo de TIF en el abordaje de problemáticas humanas, pero no es intención del estudio el demostrar que la TIF sea mejor que ningún otro modelo de terapia aplicado en contextos individuales, familiares o grupales. Al contrario, la TIF aspira a ser un modo de intervención compatible y complementario con todos los demás, que se enriquece del aporte desde otros contextos de intervención terapéutica individual, familiar o grupal dentro de la institució y a los cuales, a su vez, enriquece.

Por último, la TIF supone una revolución en el contexto de las intervenciones terapéuticas actuales y un nuevo paradigma en la atención a las personas que demandan ayuda, puesto que sitúa a las personas y a su entorno familiar y social en el centro de la intervención y los convierte en agentes activos de la acción terapéutica. La TIF podría considerarse de esta manera un modelo de terapia “democrático” que se condensa en la frase: “la terapia hecha entre todos”.

6.2. Valoración de estudio estadístico sobre los participantes en TIF.

6.2.1. Composición de los grupos interfamiliares

En la lectura de los resultados se ha usado la nomenclatura "*pacientes identificados*" y *"familiares o acompañantes"* que resulta paradójica respecto al espíritu de la TIF, ya que en esta no se hace distinción entre "pacientes" y "no pacientes" puesto que tanto "pacientes" como "acompañantes" o "familiares" son tomados como sujetos activos en la terapia y participan en igual proporción de los mecanismos terapéuticos. El motivo de realizar esta subdivisión estriba en la finalidad de obtener datos concretos en la investigación que nos sirvan para compararla con el resto de modalidades terapéuticas donde esta división es clara y donde, por lo general, se estudian los efectos de la terapia sobre los "pacientes".

En relación con la *composición demográfica* de los grupos interfamiliares que estudiamos, destacamos que las mujeres acuden más a los grupos interfamiliares (constituyen el 60%) que los hombres, pero llama la atención el hecho de que las mujeres, sin embargo, sean minoría en cuanto a su papel como "pacientes identificados", donde representan sólo el 45% frente al 55% de personas del sexo masculino.

El colectivo de "madres" es, con diferencia, el más representado en el grupo como "acompañantes", pues suponen cerca del 60% del total. Confirma el tópico cultural de que las madres son encargadas de velar por la salud de los hijos por delante de los padres y concuerda con los hallazgos realizados en otros estudios acerca del perfil del "cuidador" del paciente en salud mental, como los por Astundillo y cols (2008), García-Calvente y cols (2004) e Islas y cols (2006).

El hecho de que haya pocos cónyuges u otros colectivos en relación de parentesco con los pacientes identificados es atribuible a los grupos de edad en que se enmarcan los pacientes identificados, ya que se trata de grupos mayoritariamente dirigidos a niños y adolescentes con problemas o a jóvenes que sufren un primer episodio psicótico. Resulta interesante ver la escasa representación del colectivo de "hermanos", algo que podría atribuirse al hecho de que la mayoría de los grupos estudiados se llevan a cabo en horario escolar o laboral, pero que también debe introducir la reflexión sobre una tendencia dentro de nuestro entorno cultural a no tener en cuenta a los hermanos como recurso terapéutico y a que estos, a su vez, no se beneficien de la intervención.

En cuanto a la ***sintomatología*** presente en los participantes al inicio del estudio, los resultados sugieren que los sujetos presentan un alto grado de malestar clínico, con puntuaciones medias en todas las dimensiones sintomáticas medidas en el SCL-90-R por encima de los hallados en los estudios sobre población general de validación española del SCL-90-R (Berbel y cols, 2010). El índice de severidad global –ISG-, que indica el nivel actual de la severidad del malestar general percibido, puntúa un valor medio entre el global participantes de 2,02, lo cual significa un elevado grado de malestar sintomático si lo comparamos con la media estándar de 0,51 de la población general. Las medias de todas las mediciones sintomáticas de la muestra resultan también superiores en comparación con los hallados en diversas investigaciones realizadas tanto sobre población general en Argentina (Casullo, 2004), España (Caparrós y cols., 2007) y México (Cruz y cols., 2005; Rivera-Ledesma y cols., 2012) como sobre población "que demanda tratamiento psicoterapéutico", tal como la investigada por Saúl (2006) o López y cols. (2009).

Al dividir la muestra inicial en función de ser pacientes identificados o familiares, se encuentran medias significativamente más elevadas de malestar clínico entre los pacientes identificados en todas las dimensiones sintomáticas medidas en el SCL-90-R, excepto en las dimensiones "Somatizaciones" y "Depresión" así como en el ISG. A la vez, los pacientes identificados puntúan signficativamente más alto en el uso de tratamiento psicofarmacológico (el 54% de ellos siguen tratamiento farmacológico en la primera evaluación frente al 39% de los familiares) y de recursos de urgencias en salud mental (el 22% de los pacientes identificados frente al 6% de sus familiares).

En relación con el sexo, las mujeres puntúan significamente más alto que los hombres en todas las dimensiones sintomáticas excepto "Obsesiones y compulsiones" y "Hostilidad" así como también de forma significativamente mayor en el ISG.

Por franjas de edad, los adultos jóvenes puntúan significativamente más alto en las dimensiones "Obsesiones y compulsiones", "Sensitividad interpersonal", "Ansiedad", "Ideación paranoide" y "Psicoticismo", lo cual podría atribuirse a que gran parte de los participantes incluidos en tales edades son pacientes identificados que participan del grupo interfamiliar HVB-4 dirigido a pacientes con primeros episodios psicóticos y sus familias. Los adultos jóvenes presentan, además, una media del ISG significativamente más elevadas (2,30) frente a los adultos mayores de 25 años y ancianos que presentan medias de ISG más bajas. Los participantes adolescentes en el estudio muestran, al inicio de este,

puntuaciones significativamente más altas en la dimensión "Hostilidad", lo cual podría corresponderse con la presentación clínica de los adolescentes atendidos en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil que con frecuencia manifiestan trastornos de conducta.

Esta distribución del malestar sintomático coincide con los estudios antes reseñados que señalan que el malestar es mayor en la población adolescente y joven que en la adulta así como más evidente en el sexo femenino que en el masculino. Confirma a la vez la que los pacientes identificados tienden a manifestar mayor sintomatología que los familiares, consumir más tratamiento psicofarmacológico y requerir más frecuentemente asistencia en urgencias.

Los resultados de la evaluación de síntomas psicopatológicos es importante por las implicaciones que puede tener de cara al tratamiento (López y cols, 2009). Los altos índices de malestar sintomático en la población de pacientes identificados de la muestra nos sugieren que los pacientes identificados atendidos en los dispositivos interfamiliares son graves o muy graves.

Pero el hallazago que podría parecer más interesante en relación con la muestra inicial son las elevadas puntuaciones en todas las dimensiones sintomáticas medidas en el test SCL-90-R así como en el índice de severidad global (ISG) por parte de los familiares. El estudio de Berbel y cols (2009) acerca del estado sintomático de los "cuidadores" de personas con trastornos mentales avala este hallazgo, pues también obtienen resultados globales del SCL-90-R entre los familiares superiores a los de la población general. Estos autores sugieren que los familiares (a los que ellos denominan "cuidadores") deberían también ser cuidados ellos mismos por el desgaste que supone la enfermedad mental del paciente identificado. Otra lectura diferente que sugerimos desde una mirada más circular sería que los familiares con altos índices de malestar sintomático podrían, a su vez, promover patología en sus hijos, por lo cual sería conveniente el abordaje terapéutico conjunto tanto de los hijos como de los padres.

Estos resultados nos llevan a validar la hipótesis 3ª del presente estudio (*Los usuarios del contexto interfamiliar presentan diversidad de sintomatología psíquica independientemente de ser o no el paciente identificado*) y a reafirmarnos en el cuestionamiento de los términos "paciente identificado" y "familiares o acompañantes", puesto que estos últimos son también sintomáticos, así como a incidir en la conveniencia

de ofrecer tratamiento a los familiares que acompañan a los pacientes identificados, algo consustancial al abordaje de la TIF.

La valoración del ***clima familiar*** que los participantes realizan al inicio del estudio ofrece puntuaciones medias más positivas respecto a la visión del clima familiar por parte de los familiares que por parte de los pacientes identificados, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Los participantes de mayor edad (padres y abuelos) tienden a valorar más positivamente el clima familiar frente a los adolescentes y jóvenes, con diferencias estadísiticamente significativas respecto a la vivencia de unión y apoyo dentro de la familia. El hecho de que los miembros sintomáticos sean los más críticos con el funcionamiento de la familia nos acerca a las ideas sistémicas de que el portavoz del síntoma es el "denunciante" de la disfuncionalidad familiar y de la utilidad del síntoma para entender qué está pasando en el sistema familiar.

A la hora de definir el *prototipo del participante en los grupos interfamiliares* estudiados, se podría concluir que es un paciente identificado varón que acude con dos familiares (casi siempre con la madre), que presenta un malestar sintomático elevado (pero también presente en los familiares) y que tiene una percepción más negativa del clima de su familia que la que tienen sus familiares.

6.2.2. Valoración de los cambios sintomáticos en los participantes.

Tanto los participantes que respondieron a dos evaluaciones como los que respondieron a tres evaluaciones puntúan progresivamente menores medias sintomáticas en todas y cada una de las dimensiones medidas por el SCL-90-R así como en el índice de severidad global (ISG), con diferencias estadísticamente significativas para varios de los parámetros medidos.

Comprobamos que en la segunda evaluación ya se producen puntuaciones significativamente inferiores en las dimensiones "Sensitividad interpersonal" y "Psicoticismo" entre los pacientes identificados y en la dimensión "Hostilidad" entre los familiares así como una disminución significativa del Índice de Severidad Global (ISG) tanto en pacientes identificados como en familiares.

El hecho de que entre los pacientes identificados disminuyan de forma significativa los valores medios de las dimensiones "Sensitividad interpersonal" (que hace referencia a los

sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal del individuo, con sentimientos de autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales) y "Psicoticismo" (incluye un amplio espectro de síntomas referidos a al espectro psicótico, desde una leve alienación interpersonal a la evidencia más certera de la psicosis, con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, control e inserción del pensamiento, alucinaciones, pensamiento bizarro) acalla las voces de aquellos que creen que las terapias interfamiliares pueden confundir y agravar la sintomatología de los pacientes más graves, sugiriendo que, al contrario, los participantes más sintomáticos establecen un mejor nexo con la realidad y con su entorno sociofamiliar.

La bibliografía consultada sobre aplicación de otros modelos de terapia multifamiliar en ningún caso aporta resultados sobre cambios sintomáticos en familiares, pero sí sobre pacientes identificados. Estos datos concuerdan mayoritariamente con el hallazgo del presente estudio, es decir, también refieren mejorías sintomáticas significativas tras la aplicación de terapia multifamiliar. Es el caso de las investigaciones llevadas a cabo por el equipo de McFarlane (1995a, 1995b, 1996, 2002, 2003) y replicados por otros autores (McDonell y cols., 2006; Chien y Wong, 2007: Hazel y cols, 2004) con pacientes con primeros episodios psicóticos –los resultados son referidos a los dos años de iniciado un programa terapéutico multifamiliar que incluye un importante contenido psicoeducativo-. Otros estudios sobre la aplicación de terapia multifamiliar que aportan mejorías sintomáticas significativas son los realizados sobre otros colectivos de pacientes identificados tales como consumidores de drogas (Marcos, 2010); niños con problemas conductuales y de aprendizaje (Morris y cols, 2014) y otros diagnósticos psiquiátricos (Keitner, 2005; Fristad y cols., 2003; Coyen y cols. 2006).

Paralelamente, la significativa disminución de la dimensión "Hostilidad" (pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo de ira, enojo o rabia) entre los familiares sugiere que estos aprenden a controlar su emoción expresada a través del espacio terapéutico interfamiliar, lo cual revierte en el cambio sintomático en los propios pacientes identificados.

Los resultados en relación a cambios sintomáticos en las dos primeras evaluaciones parecen consolidarse en el transcurso de la terapia tal como sugieren las puntuaciones de los participantes que realizan tres evaluaciones consecutivas. Al compararlas, encontramos que los cambios estadísticamente significativos afectan a todas las dimensiones de malestar

sintomático medidas en el SCL-90-R para el global de participantes con la excepción de las dimensiones "Ansiedad" e "Ideación paranoide". Entre los familiares disminuye significativamente el valor puntuado para las dimensiones "Somatizaciones", "Obsesiones y compulsiones", "Sensitividad interpersonal", "Ansiedad" y "Hostilidad"; mientras que entre los pacientes identificados la disminución significativa afecta a la dimensión "Psicositismo" y en ambos subgrupos (pacientes identificados y familiares) se da una disminución significativa de la dimensión "Depresión". En esta tercera evaluación se produce además una disminución estadísticamente significativa del ISG en el global de los participantes.

Todo ello sugiere que los participantes, tanto pacientes identificados como familiares, muestran una mejor percepción de su propia salud mental a medida que atienden los grupos interfamiliares, validándose de esta manera la hipótesis 4ª del presente estudio (*Los participantes en la terapia interfamiliar presentan cambios en sus síntomas a lo largo de las sesiones que atienden*).

Por otro lado, las puntuaciones respecto al uso de *psicofármacos* no varían de forma significativa a lo largo de las tres evaluaciones consecutivas. Este resultado, junto al hecho de que paralelamente existe una disminución del malestar psicopatológico según las respuestas al SCL-90-R, podría explicarse como una respuesta a una mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes identificados desde las primeras fases del tratamiento. Recordemos que según datos del Ministerio de Sanidad español sólo de un 4 a 12% de los pacientes diagnosticados de trastornos mentales siguen de forma rigurosa el tratamiento farmacológico, que entre un 25-50% de pacientes con trastorno esquizofrénico incumplen el tratamiento farmacológico y que aproximadamente entre un 30 y un 60% de los pacientes diagnosticados e inicialmente medicados, abandonan el tratamiento en el primer año, produciéndose la mayoría de estos abandonos antes de las cuatro primeras visitas en el dispositivo de salud mental (González y cols, 2005). Paralelamente, varios estudios sugieren que el apoyo social es un importante factor de conductas proactivas en salud, empezando este por la familia, puesto que la cohesión familiar, el apoyo familiar y el compartir valores similares, influyen en el paciente y en su adherencia a los tratamientos médicos mientras que las actitudes negativas, el rechazo familiar y un alto nivel de crítica son poderosos predictores de no adherencia y de abandono del tratamiento (Marcus y cols, 2005; Shaw y DeMaso, 2009; Pacheco y Aránguiz, 2011). Sugerimos que la TIF, en función del proceso terapéutico implícito,

facilita la adherencia a los tratamientos prescritos al intervenir simultáneamente tanto sobre los pacientes identificados como sobre sus familiares directos a modo de "escuela de familias". Estos resultados coinciden asimismo con los hallazgos de McFarlane y sus colaboradores respecto a la adherencia al tratamiento (1995a) así como los de McDonell y cols. (2006) sobre la aplicación de la terapia multifamiliar en una muestra de pacientes con primeros episodios psicóticos.

Resulta especialmente interesante comprobar que cuando desglosamos el consumo de psicofármacos en función de ser o no paciente identificado, encontramos que los familiares aumentan el consumo de fármacos en una primera fase del tratamiento, mientras que los pacientes identificados disminuyen su consumo (si bien las diferencias no son estadísticamente significativas). Quizás esto pueda explicarse por el hecho de que la intervención terapéutica "remueve" a los participantes, y muy especialmente a los acompañantes-familiares, quienes a pesar de que acuden a terapia demandando ayuda para los pacientes identificados acaban tomando conciencia a lo largo del proceso terapéutico interfamiliar de que también ellos presentan malestar psíquico a veces subsidiario de tratamiento psicofarmacológico.

En la encuesta realizada tras más de un año de iniciado el estudio sí aparecen cambios significativos respecto al consumo de psicofármacos, con una disminución significativa del uso del tratamiento psicofarmacológico en el global de los participantes. Sin embargo, observamos que esta disminución es estadísticamente significativa para los familiares, pero no para los pacientes identificados. Estos resultados obtenidos en el seguimiento a más largo plazo abundan en lo descrito previamente acerca de que la TIF posiblemente promueva una mejor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes identificados.

6.2.3. Valoración de los cambios en el clima familiar de los participantes.

El hecho de que la escala ERI (ver apartado Material y Método) sea relativamente reciente hace que existan todavía pocos estudios que la hayan utilizado como medida de cambios en la percepción de clima familiar. Aún así, encontramos estudios que valoran a través de esta escala el impacto de la mediación en la percepción del clima familiar en familias en procesos de separación (Lizcano y Joanna, 2014), sobre personas que han intentado suicidarse (Rivera-Heredia y Andrade, 2006), cuando hay o no violencia familiar (Rivera-Heredia, 1999), entre diferentes grados de consumo de drogas (Córdova y cols, 2006),

entre mujeres con y sin cáncer de mama (Gamboa, 2008) y con mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo y sin conductas alimentarias de riesgo (Pintor, 2009). En todos estos estudios aparecen diferencias estadísticamente significativas al comparar el ambiente familiar.

En el caso del estudio que nos ocupa, la valoración subjetiva del clima familiar por los participantes en los grupos terapéuticos interfamiliares a través de la evaluación con el test ERI a lo largo de sucesivas evaluaciones no ofrece cambios estadísticamente significativos. Se observan ligeros cambios en las puntuaciones medias de las dimensiones positivas –es decir, apenas hay variación en la percepción de la "Unión y apoyo" ni en la capacidad de "Expresión" dentro de la familia a lo largo del proceso de la terapia- y se encuentra una más evidente disminución en la puntuación media de la dimensión negativa -la percepción de las "Dificultades" de la familia-. Los cambios son más marcados entre los familiares que entre los pacientes identificados, aunque sin significación estadística.

Los resultados sugieren, por tanto, que la TIF no fomenta cambios significativos en el clima familiar durante el primer año de su aplicación, lo cual llama la atención dado que sí existe una disminución concomitante significativa del malestar sintomático tanto en los pacientes como en los familiares tal y como vimos anteriormente. Una de las posibles explicaciones sería que los cambios intrapsíquicos en el individuo se producen antes que los cambios en las dinámicas familiares –y posiblemente "a pesar" de ellas- y que los cambios en la familia –en caso de producirse- necesitarían mayor tiempo para asentarse. Asimismo, estos cambios intrapsíquicos probablemente promuevan una mayor capacidad para la crítica y la toma de conciencia acerca de los factores relacionales que envuelven al individuo y que se ponen de manifiesto en las sesiones interfamiliares, lo cual implica la desidealización y el cuestionamiento de cuanto ocurre en la familia y del papel relacional de cada uno de sus miembros.

La bibliografía da cuenta de otras investigaciones en las que aparecen cambios significativos en el "funcionamiento familiar", tales como los ya mencionados de McFarlane para familias con miembros con psicosis (2002) pero se trata de estudios a más largo plazo (mínimo de dos años de aplicación de la terapia multifamiliar). También otros estudios sobre la aplicación de la terapia multifamiliar ofrecen resultados positivos en relación con cambios en aspectos de la dinámica familiar, tales como los de Kazac y cols, (1999) sobre niños y adolescentes supervivientes de cáncer, Sheffield (2001) con adictos a

sustancias; Berkowitz y Gunderson (2002) con pacientes borderline o los de Shaefer (2008) en pacientes con patología dual, si bien estos estudios valoraron aspectos menos globales que los medidos en el ERI acerca del clima familiar.

Con todo, los resultados del presente estudio no validan la hipótesis 5ª del presente estudio (*Los participantes en la terapia interfamiliar presentan cambios en su clima familiar a lo largo de las sesiones que atienden*), pues aunque se producen cambios, estos no son significativos.

6.2.4. Valoración de la terapia interfamiliar por parte de los participantes.

En una segunda parte del estudio se procedió a investigar la valoración de la TIF por parte de los participantes en el estudio después de más de un año de haber iniciado su tratamiento en grupo interfamiliar.

En un primer paso se estudió la *continuidad en el tratamiento interfamiliar* al cabo de como mínimo un año después de iniciado el tratamiento. Los resultados constatan que un tercio de ellos continuaban asistiendo de forma periódica a los grupos terapéuticos, frente a dos tercios que habían dejado de acudir. En la mayoría de los casos la causa referida por los participantes por la que habían dejado de acudir a TIF era la mejoría sintomática del paciente identificado, aunque en aproximadamente el 20% de los casos la causa referida fue la negativa del paciente identificado a seguir acudiendo. Este resultado se sitúa por debajo de las tasas de abandono medidas por la mayoría de estudios acerca de abandono de tratamientos psicoterapéuticos (ver Anexo 15, Velázquez y cols, 2000) y validaría la 6ª hipótesis del presente estudio (*Los usuarios de la terapia interfamiliar realizan un buen cumplimiento de las sesiones interfamiliares*). En cualquier caso, el contexto abierto y espontáneo de la TIF, que posibilita la asistencia con la periodicidad que la propia familia decida, dificulta comparar de forma objetiva el seguimiento psicoterapéutico en comparación con otros modelos en los que se da un *setting* más rígido.

En cuanto a la *valoración subjetiva* que los participantes realizan respecto al tratamiento interfamiliar llevado a cabo, la mayoría refieren que la TIF les ha resultado útil o muy útil, que repetirían la experiencia y que además la recomendarían a otras personas. La puntuación global media que el conjunto de participantes en el estudio otorga a la TIF es un notable alto (8 puntos sobre 10).

Cuando desglosamos esta valoración subjetiva de la TIF en subgrupos de participantes, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres o mujeres ni en función de ser paciente identificado o familiar, pero sí respecto a la edad (los adultos mayores de 24 años valoran significativamente mejor la TIF) y el grupo interfamiliar al que asistieron (peor valorado significativamente el grupo HVB-1 que atiende a niños y sus familias). Es decir, los adultos jóvenes, que por lo general son pacientes identificados, son los más positivos respecto al modelo, frente a las madres de los niños atendidos en el grupo HBV-1 que son las que realizan una peor valoración.

Por otro lado, los participantes en el estudio, de forma global, valoran con puntuaciones medias más altas la experiencia de TIF que las terapias individuales o unifamiliares que han llevado a cabo dentro de la misma institución, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Tampoco se muestran diferencias significativas en función de ser paciente identificado o familiar respecto a esta comparativa.

Los resultados de la muestra respecto a la valoración subjetiva del tratamiento sugieren que la TIF es de forma generalizada el contexto terapéutico mejor valorado por los usuarios atendidos, independientemente de su condición de pacientes identificados o familiares, de su edad y del grupo interfamiliar en el que fueron atendidos. Estos resultados son similares a los obtenidos en estudios sobre como los usuarios valoraban otros modelos de terapia multifamiliar tales como los de Colahan y Robinson (2002) y Cwiakala y Mordock (1997).

Se desmontaría así el prejuicio de que los pacientes y sus familiares rechazan los espacios de terapia grupal frente a la terapia individual así como que los adolescentes rechazan contextos terapéuticos en los que estén presentes sus padres. De hecho, el grupo de adolescentes es el que puntúa medias más altas de valoración subjetiva de la TIF respecto a la terapia individual o familiar.

En función de estos resultados, se valida la hipótesis 7ª del presente estudio (*Los participantes de la terapia interfamiliar muestran satisfacción con la atención terapéutica recibida*).

6.3. Limitaciones del estudio

El estudio se centra en las diferencias sintomáticas que presentan los participantes tras las sesiones terapéuticas interfamiliares, pero no han sido consideradas otras intervenciones terapéuticas paralelas.

El diseño cuasiexperimental (falta de grupo control, aleatorización, etc.) no permite tener en cuenta otros factores que pudieran estar influyendo en la evolución sintomática, como el tiempo, las características diagnósticas de los participantes o el grado de colaboración de los miembros de la familia en las sesiones grupales. El bajo número de participantes en el seguimiento a medio-largo plazo reduce también las posibilidades de obtención de resultados estadísticos y un cálculo del tamaño muestral y sería de interés incorporarlo en futuras investigaciones para analizar más adecuadamente las relaciones observadas.

Dada la apertura del contexto terapéutico interfamiliar, al que las familias acuden de forma voluntaria y con la autonomía de decidir la periodicidad de su asistencia motiva que se haya perdido gran cantidad de muestra en el transcurso de las evaluaciones, parte de la cual se ha recuperado para la encuesta final que se realiza posteriormente. Como consecuencia no podemos establecer una generalización de los resultados.

Por último, el propio diseño del estudio no nos permite inferir causalidad, aunque supone una aproximación para explorar la asociación de seguir un tratamiento interfamiliar con cambios sintomatológicos o en el clima familiar de los participantes.

Las encuestas de valoración subjetiva sobre la experiencia en TIF y su comparación con la terapia individual y familiar puede incluir algunos sesgos derivados de que aunque muchos de los participantes han acudido a terapias individuales o familiares dentro del mismo centro de salud mental, estas han sido más escasas y espaciadas por contar con el espacio de TIF que actuaba como tratamiento fundamental.

6.4. Utilidad práctica y futuros proyectos.

Este estudio sienta las bases teóricas del modelo interfamiliar que podrán ser revisadas y ampliadas en nuevos estudios. Asimismo ofrece los primeros resultados de su aplicación en el ámbito de salud mental, los cuales permiten pensar que se trata de una forma de

intervención terapéutica eficaz en disminuir el malestar sintomatológico de los participantes.

Con este estudio se abre el camino a investigaciones posteriores en forma de estudios prospectivos que midan la eficacia y coste-efectividad del modelo interfamiliar respecto a otros modelos de terapia y su aplicación en diversos colectivos dentro de los diversos campos sociales, sanitarios y educativos. En función de ello el modelo podría acabar configurándose en un futuro como una forma habitual de abordaje de las distintas problemáticas humanas.

7. Conclusiones

7. Conclusiones

1. La terapia interfamiliar es un modelo de terapia multifamiliar que integra como bases teóricas la teoría del apego, la terapia grupal, la terapia familiar y la psicología social, sobre los que se aplica la visión construccionista y social.

2. Tanto los pacientes identificados como sus familiares atendidos a través de los grupos de terapia interfamiliar presentan un alto nivel de sintomatología psíquica.

3. La intervención a través de la terapia interfamiliar se asocia con una significativa disminución del malestar psicológico tanto en los pacientes identificados como en sus familiares.

4. Esta mejoría sintomatológica se produce de forma individual en los participants sin que haya un cambio significativo en el clima familiar ni en el consumo de psicofármacos. Ello nos permite inferir que la terapia interfamiliar es una herramienta psicoterapéutica grupal al servicio de un cambio intrapsíquico en sus participantes.

5. La terapia interfamiliar promueve la adherencia al tratamiento mostrando bajas tasas de abandono.

6. El estudio y seguimiento realizado muestran que la terapia interfamiliar es valorada de forma positiva tanto por los pacientes identificados como por sus familiares, con puntuaciones similares a la terapia individual y la terapia familiar.

8. Referencias

Referencias bibliográficas

Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare B., Haarakangas, K., Keränen, J., Sutela, M. (1997). Western Lapland Project: a comprehensive family and network-centered community psychiatric project. ISPS. Abstracts and Lectures, 12-16: 124.. London: ISPS.

Abrahams, J., Varon, E. (1953). Maternal Dependency and Schizophrenia: Mothers and patients in a Therapeutic Group. A group analytic study. New York: International Universtiy Press.

Ackerman, N.W. (1961). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiars. Buenos Aires: Paidós.

Alcalde, A., Montero, M.T. (2014). Una experiencia de grupo multifamiliar con personas con trastorno mental grave. Clínica Contemporánea, 5 (2): 205-212.

Alexander, F., French, T. (1965). Terapéutica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

Almanza, A. M. (2007). Escala de atmósfera emocional, en aproximaciones al maltrato infantil desde la terapia familiar sistémica y posmoderna. Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestro en Psicología, Universidad Autónoma de México

Almosnino, A. (2004). Thérapie multifamiliale. En Guérir les soffrances familiales : 50 spécialistes répondent. Paris : PUF.

Andersen, T. (1991). The Reflectim Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues. Londres y New York : W.W & Norton . (Traducido al castellano : Andersen, T. (1994). El equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa).

Anderson, C. M. (1983). A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. In W. R. McFarlane (ed.) Family Therapy in Schizophrenia. New York: Guilford Press.

Anderson, C. M., Reiss, D. J., Hogarty, G. E. (1986). Schizophrenia and the Family: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management. New York: Guilford Press.

Anderson, C.M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonisi, I., Holder, D.P., treirer, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. Process groups for families of patients with affective disorders. Family Process, 25:185-205.

Anderson, H., Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. Family Process , 27 (4): 371–393

Anton, R., Hogan, I., Jalali, B., Riordan, C., Kleber, H. (1981). Multiple family therapy and naltrexone treatment of opiate dependence. Drug and Alcohol Dependence, 8:157-168.

APA/CAPP (2004). Task Force on Serious Mental Illness and Severe Emotional Disturbance. Training Grid Outlining Best Practices for Recovery and Improved Outcomes for People with Serious Mental Illness. En www.apa.org/practice/smi_grid2.pdf

Arnold, M., Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. En www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm

Asay, T.P., Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En: Hubble M, Duncan BL, Miller SD, editors. The heart & soul of change: what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association; p. 33-56.

Asch, S.E. (1951). Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments. En H.S. Guetzkow (ED), Groups, Leadership and men: research in human relations (pp. 177-190). Pittsburgh, PA: Carnegie Press.

Asen, E, Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. Journal of Family Therapy, 28 (1) : 58-72.

Asen, E. (2002). Multifamily therapy: An overview. Journal of Family Therapy, 24 (1): 3-16.

Asen, E. (2006). Systemic approaches – critique and scope. In S. Timimi and M. Begum (eds). Critical Voices in Child and Adolescent Mental Health. London: Free Association Books.

Asen, E., Dawson, N., McHugh, B. (2001). Multiple Family Therapy. The Marlborough Model and its Wider Applications. London and New York: Karnac.

Asen, E., Scholz, M. (2010). Multi-Family Therapy. Concepts and Techniques. Sussex (UK) y Nueva York (USA): Routledge.

Asen, E., Schuff, H. (2006). Psychosis and Multiple Family Group Therapy, Journal of Family Therapy: 28: 58–72.

Asen, E., Stein, R., Stevens, A., McHugh, B., Greenwood, J., Cooklin, A. (1982). A day unit for families. Journal of Family Therapy, 4: 345–358.

Astudillo, A.W., Mendinueta, A. C. (2008). Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. In Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (Ed.), Guia de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Guipuzkoa (pp. 235-255).

Ayerra, J.M., López, J.L. (2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental, Avances en Salud Mental Relacional, 2 (1). Revista Internacional On-line.

Bados, A., Balaguer, G., y Coronas, M. (2005). ¿Qué mide realmente el SCL-90R?: Estructura factorial en una muestra mixta. Psicología Conductual, 13: 181-196.

Bajtin, M. (2012). Problemas de la poética de Dostoievski. Buenos Aires-Mexico: FCE

Bakhtin, M. (2011). Las fronteras del discurso. Buenos Aires: Las Cuarenta.

Bandoroff, S., Scherer, D. G. (1994). Wilderness family therapy: An innovative treatment approach for problem youth. Journal of Child and Family Studies, 3: 175-191.

Bandura, A. et al (1969). The relative efficace of desinsitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes. J Pers Soc Psychol (13): 173-199.

Barahona, P. (2014). El porqué de los Grupos Multifamiliares en los dispositivos de rehabilitación psicosocial. Una integración del modelo tradicional de Enfermedad Mental con las nuevas perspectivas psicosociales. Trabajo fin de curso de Experto Universitario en Intervenciones Multifamiliares por la Universidad CEU Cardenal Herrera (sin publicar).

Bateson, G. (1980). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.

Bateson, G., Ruesch, J. (1984). Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría. Barcelona: Paidós.

Beal, D. J., Cohen, R., Burke, M. J., McLendon, C. L. (2003). Cohesion and performance in groups: A meta-analytic clarification of construct relation. Journal of Applied Psychology, 88:989-1004.

Beck, M. (2003). Encuentre su propia estrella polar. Barcelona: Obelisco.

Becker, A.M. (1975). Técnica de tratamiento psicoanalítico. En WH Schraml (comp.). Psicología Clínica. Barcelona: Herder

Becvar, D. S. (1982). The family is not a group - or is it? Journal for Specialists in Group Work, 7: 8-95.

Behr, H. (1996). Multiple family group therapy: A group-analytic perspective. Group Analysis, 29, 9-22

Beitman, B.D. et al (1994). Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder mediacion tryal. Anxiety, 1: 64-69

Belsky, N.A. (1995). A model for multiple family group therapy in adolescent inpatient treatment. Presentation. MFGT Resource Center Homepage. En www.multiplefamilygrouptherapy.com

Benoit, J.C., Daigremont, A., Kossmann, L., Pruss, P., Roume, D. (1980). Groupe de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques. Annales médico-psychologiques, 10: 1253-1259.

Bentall, R.P. (2011). Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos? Barcelona: Herder.

Bentelspacher, C. E., DeSilva, E., Goh, T. L. C., & LaRowe, K. D. (1996). A process evaluation of the cultural compatibility of psychoeducational family group

Berbel, E., Sepúlveda, A., Graell, M., Andrés, P, Carrobles, J.A., Morandé, G. (2010). Valoración del estado de salud y psicopatología de los familiares en el trastorno del comportamiento alimentario: diferencias entre cuidadores principales y secundarios. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 15 (3): 179-192.

Bergen, M. (1973). Multifamily psychosocial group treatment with addicts and their families. Family Process, 5:31-45

Berger, M. (2015). The dynamics of mirror reactions and their impact on the analytic group. En The Wiley Blacwell Handbook of Group Psychotherapy. Sussex: Wiley Blacwell.

Berkowitz, C.B., Gunderson, J. (2002). Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. En Multifamily gruoups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders. New York : Guildford Press : 268-290.

Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Green, L., Joyce, A., Kobos, J., Leszcz, M., MacNair Semands, R.R., Piper, W, Slocum McEneaney, A.M., Feriman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. International Journal of Group Pschotherapy, 58 (4), 455-542

Bezanilla, J.M., Miranda, M.A. (2012). La socionomía y el pensamiento de Jacobo Levy Moreno: Una revisión teórica. Revista de Psicología GEPU, 3 (1): 148 - 180.

Bion, W.R. (1959) Experiences in Groups and other Papers. N.Y.: Basic Books.

Bion, W.R. (1985). Experiencias en grupos. Barcelona: Paidós.

Bishop, P., Clilverd, A., Cooklin, A., Hunt, U. (2002). Mental health matters : a multi-family framework for mental health intervention. Journal of Family therapy, 24 (1) : 31-45.

Black, D., Blum, N. (1992). Obsessive-compulsive disorder support groups: The Iowa model. Comprehensive Psychiatry, 33, 65-71.

Blanqué, J.M., Briansó, A., García, N., Hurtado, R., Nicolás, M., Nicolás, I., Spano, F. (2012). El grupo multifamiliar como observatorio privilegiado de familias con vivencias psicóticas. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2(1):65-79.

Bleger, J. (1996). Psicología de la conducta. Buenos Aires: Paidós.

Bohart, A., Talman, K. (1999). How clients make therapy work. The process of active self-healing. Washington DF: American Psychological Association.

Bordieu, P. (1999). La distinction: criterios y bases sociales del gusto. Barcelona: Taurus.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concepto of the working Alliance. Psychotherapy: Theory research and practice, 16: 252-260.

Borja, G. (2004). La locura lo cura. Vitoria-Gasteiz: La llave.

Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G.M. (1983) Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional. Madrid: Amorrortu

Bowen, M. (1976). Principles and techniques of multiple family therapy. In P. J. Guerin (Ed.), Family therapy, theory, and practice (pp. 388-404). New York: Gardner.

Bowen, M. (1978). La Terapia Familiar en la práctica clínica. Bilbao: Desclé de B.

Bowen, M. (2014). De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós.

Bowlby, J. (1969). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. Londres: Routledge.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. British Journal of Psychiatry, 130 (3): 201-210.

Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Vol. III. Loss. Nueva York: Basic Books.

Boyd-Franklin, N. (1993). Race, class and poverty. En F. Walsh (Ed.), Normal family processes (pp. 361-376). New York: Guilford Press.

Boyle, M. (1990). Schizophrenia: a scientific delusion. Londres: Routledge.

Boylin, W. M., Doucette, J., Jean, M. F. (1997). Multifamily therapy in substance abuse treatment with women. The American Journal of Family Therapy, 25: 39-47.

Breggin, P. (2003). Psychopharmacology and human values. Journal of Humanistic Psychology 43(2): 34-49

Brennan, J. W. (1995). A short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families. Social Work, 40: 734-743.

Brodsky, G.K. (1999). Multiple Family Group Therapy (MFGT). The Hidden Method. As seen through the eyes of a counseling intern. Artículo 1 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Brown, G., Carstairs, M., Topping, G. (1958). Posthospital adjustment of chronic mental patients. Lancet 2: 685-689.

Brown, L.S. (2000). Discomforts of the powerless. En R.A. Neimeyer y J.D. Raskin (eds). Constructions of Disorder: 287-308. Washington, DC: American Psychological Association.

Buber, M. (1970). I and thou. Nueva York: Charles Scribner's Sons.

Buchele, B.J. (1995). Etiology and management of anger in groups: a psychodynamic view. International Journal of Group Psychotherapy, 45 (3): 275-286.

Burger, J.M. (2009). Replicating Milgram: would people still obey today? American Psychologist, 64 (1): 1-11.

Butler T; Fuhriman A (1980). Patient perspective on the curative process: a comparison of day treatment and outpatient psychotherapy groups. Small group behavior (11): 371-388.

Butler, A.C. et al (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clinical Psychology Review 26: 17-31

Butler-Bowdon, T. (2014). Cincuenta clásicos de la autoayuda. Barcelona: Amat.

Cabero, A. (2007). Psicoterapia de grupo sistémica: Una propuesta. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 7 (1) : 45-50

Cadogan, D.A. (1973). Marital group therapy in the treatment of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34:1187-1194.

Cameron, D. (2005). Multi-family groups. Context, 77 :23-26.

Camps, V. (1993). Virtudes públicas. Madrid: Espasa Calpe.

Caparrós, C. B., Villar, H. E. Ferrer, J. J., Viñas, P. F. (2007). Sympton Check-List 90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(3): 781-794.

Carey, N. (2013). La revolución epigenética. Barcelona: Intervención Cultural.

Cassano, D. R. (1989). The multi-family therapy group: Research on patterns of interaction - part II. Social Work with Groups, 12(1), 15-39

Castelló, N., Calafat, C. (2014). La intervención interfamiliar en contextos sociales y comunitarios. Trabajo fin de curso de Experto Universitario en Intervenciones Multifamiliares por la Universidad CEU Cardenal Herrera (sin publicar).

Castillo, J.A., Pérez-Testor, S., Aubareda, M. (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. Clínica y salud, 7(3). En http: //www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1996/vol3/arti2.htm

Casullo, m. (2004). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d531850/EL%20INVENTARIO%20DE%20S%C38DNTOMAS%20SCL-90-R%20de%20L.%20Derogatis.pdf

Chambon, O., Deleu, G., Marie-Cardine, M. (2004). Approche psycho-educative de la famille dans la psychose chronique. En Guérir les souffrances familiales : 50 spécialitistes répondent. Paris : PUF : 705-728.

Chien, W.T., Wong, K. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. Psychiatric Services, 58:1003–1006

Choi-Kain, L.W., Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment and apllication in the treatment of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 165: 1127-1135.

Choi-Kand L.W., Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 165: 1127-1135.

Clerici, M., Garini, R., Capitano, C., Zardi, L., Carta, I., Cori, E. (1988). Involvement of families in group therapy of heroin addicts. Drug and Alcohol Dependence, 22: 213-216.

Cohen, B.D. (2000). Intersubjectivity and narcissism in group spychotherapy: how feedbacks Works. Interantional Journal of Group Psychotherapy, 50(2):163-179.

Cohen, B.D., Ettin, M.F., fidler, J.W. (1998). Conceptions of leadership: the "analytic stance" of the group psychotherapist. Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 2(2):118-131.

Colahan, M., Robinson, P. (2002). Multifamily groups in the treatment of young adults with eating disorders. Journal of Family Therapy, 24(1) : 17-30.

Colangelo, N., Doherty, W. J. (1988). The family FIRO model: The integration of group theory and family theory. Journal for Specialists in Group Work, 13: 194-199.

Collin, C. et al (2012). El libro de la Psicología. Madrid: Akal.

Conner, D. G. (1984). Multifamily educational groups in juvenile court settings with drug/alcohol offenders. Journal for Specialists in Group Work, 21-25.

Conner, K., Shea, R., McDermott, M., Grolling, R., Tocco, R., Baciewicz, G. (1998). The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. The American Journal on addictions, 7:61-73

Cook-Darzens, S. (2002). Thérapie faliliale de l'adolescent anorexique : approche systémique intégrée. Paris : Dunod.

Cook-Darzens, S. (2007). Thérapies Multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques. Ramonville Saint-Agne: Érès.

Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.J., Bergametti, F., Mouren, M.C. (2005). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. Thérapie familiale, 26 (3) : 223-245.

Cooklin, A., Miller, A. and McHugh, B. (1983) An institution for change: developing a family day unit. Family Process, 22: 453–468.

Cooper, M., Shaver, P., Collins, N. (1998). Attachment style, emotion regulation and adjustment in adolescence. Journal of personality and social psychology 74 (1380-1397)

Corder, B.F., Corder, R.F., Laidlaw. (1972). An intensive treatment program for alcoholics and their wives. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 33: 1144-1146.

Córdova, A. A., Andrade, P. P., Rodríguez-Kuri, S. E. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 7 (2): 101-122.

Corey, M., Corey, G.(1997). Groups: Process and Practice. California: Brooks Cole Publishing Company.

Cortina, M., Marrone, M. (2003). Attachment Theory and the Psychoanalytic Process. Londres: Whurr.

Cosacov, E. (2007). Diccionario de términos técnicos de la psicología. Córdoba: Brujas.

Coughlin, F., Herbert, C., Wimberger, M.D. (1968). Group familiy therapy. Family Process, 7(1): 37-50

Cozolino, L. (2002). The neuroscience of Psychotherapy. Nueva York: Norton.

Cozolino, L. (2006). The neurosciencie of human relationships: Attachment and the developing brain. Nueva York: Norton.

Cruz, F. C. S., López, B. L., Blas, G. C., González, M. L., Chávez, B. R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL-90) en una muestra de sujetos mexicanos. Salud Mental, 28(1): 72-81.

Cwiakala, C. E., Mordock, J. B. (1997). The use of multi-family play groups for families with a parent in addiction recovery. Alcoholism Treatment Quarterly, 15(1), 15- 28.

Cyrulnik, B. (2009). Los patitos feos: a resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida. Barceona: GEDISA.

Dalal, F. (2000). Taking the Group Seriously.Towars a Post-Foulkesian Group Analytic Theory. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dare, C., Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for aolescent eating disorder. European Eating Disorders Review, 8 : 4-18.

Dawson, N. and McHugh, B. (2000) Family relationships, learning and teachers – keeping the connections. In R. Best and C. Watkins (eds) Tomorrow's Schools. London: Routledge.

De Mare, P.B. (1974). Perspectivas en Psicoterapia de Grupo. Río de Janeiro: Imago.

De Schazer, S. (1988). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós (original, 1985).

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabiitation Journal, 19: 91-97

Del Amo, N. (2014). El grupo multifamiliar en el CAI. Trabajo fin de curso de Experto Universitario en Intervenciones Multifamiliares por la Universidad CEU Cardenal Herrera (sin publicar).

Delgadillo, R. (2008). Validación del cuestionario de apoyo familiar, en Construyendo alter-nativas de vida desde los modelos de terapia familiar. Reporte de experiencia profe-sional para obtener el grado de Maestro en Psicología, Universidad Autónoma de México.

Dentre, T., Desler, D., Sayers, J. (1961). A socio-adaptive approach to the treatment of acutely disturbed psychiatric in-patiens. Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, 1 : 501-506.

Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual.Minneapolis: National Computer System.

Derogatis, L., Cleary, P. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptoms dimensión of the SCL-90. British Journal for Social & Clinical Psychology, 16(4): 347-356.

Derogatis, L.R. (1983). SCL-90-R: Administration, scoring and procedures - Manual II (2ª ed.). Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L.R., Rickels, K., Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. Br J Psychiatry.128:280-9.

Detre, T., Sayer, J., Norton, A. et al. (1961) An experimental approach to the treatment of the acutely ill psychiatric patient in the general hospital. Connecti- cut Medicine, 25: 613–619.

Diamond, N., Marrone, M. (2003). Attachment and Intersubjectivity. Londres: Whurr.

Díaz, Isabel (2000). Bases de la terapia de grupo. México DF: Editorial Pax.

Dinning, W.D., Evans, R.G. (1977). Discriminant and convergent validity of the SCL-90 in psychiatric inpatients. Journal of Personality Assessment, 41: 304-310.

Doidge, M. (2007). The brain that changes itself. Nueva York: Penguin.

Doron, R., Parot, F. (2008). Diccionario Akal de Psicología. Madrid : Akal.

Double, D. (1990). What would Adolf Meyer have thought of the neo-kraepelinian approach? Psychiatric Bulletin 14: 472-474.

Doyen, C., Cook-Darzens, S., Brunaux, G., Rupert, F., Bouquet, M.J., Bergametti, F., Mouren, M.C. (2006). Multiple family group therapy in adolescent anorexia nerovosa: a preliminary study (pendiente de publicación)

Duff, S. E. (1996). A study of the effects of group family play on family relations. International Journal of Play Therapy, 5(2), 81-93.

Dyck, D., Short, R. A. and Hendryx, M. S. (2000) Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. Psychiatric Services, 51: 512–519.

Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss, W.D., McFarlane, W.R. (2002). Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. Psychiatric Services, 53:749–754

Ecker, B., Hulley, L. (1996). Depth-oriented brief therapy. San Francisco: Jossey-Bass.

Edwards, S.A. (2001). The essential elements of multifamily group therapy: a delphi study. MFGT Resource Center Homepage.Artículo 28 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. Journal of FamilyTherapy, 27:104-131

Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: a meta-analysis. En DJ Cain y J. Seeman eds. Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice. Washington DC; America Psychological Association (57-81)

Eron, J.B., Lund, T.W. (1996). Narrative solutions in brief therapy. Nueva York: Guilford Press.

Espina, A. (1991). Terapia familiar en la esquizofrenia. Revista de psicoterapia II (8): 13-33

Falloon, I., Boyd, J., McGill, C. et al. (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 42: 887–896.

Feixas, G. (1992). Constructivismo e integración en psicoterapia. Revista de Psicoterapia, 3 (12): 101-108.

Feixas, G., Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.

Fernández, A., Rodríguez, B. (2001). La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Flores, P.J. (2004). Addiction as an attachment disorder. Northvale, NJ: Janson Aronson.

Flores, P.J. (2013). Group psychotherapy and neuro-plasticity: an attachment theory perspective. En The interpersonal neurobiology of group psychotherapy and group process (pp. 51-72). Susan Gantt y Bonnie Badenoch (comp.). Londres: Karnak.

Fonagy, P., Bateman, A.W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. Journal of Clinical Psychology, 62 (4): 411-430

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization and the development of the self. Nueva York: Other Press.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35 (2): 231-257.

Forés, A. Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona: Plataforma.

Foster, L.N. (1991a). Addiction and Multiple Family Group Therapy. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 34: www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1991b). A theoretical framework for multiple family group therapy with chemically dependent and other at-risk families. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 37: www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1992a). Timing, Pacing and Tracking in Multiple Family Group Therapy. MFGT Resource Center Homepage. Artículo. 12 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1992b). Getting families into treatment. MFGT Resource Center Homepage.Artículo 14 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1993a). Why does múltiple family group therapy work with chemically dependent and other at-risk families? MFGT Resource Center Homepage. Artículo núm. 3 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1993b). Multiple family group therapy diagnostic interview outline. MFGT Resource Center Homepage.Artículo 9 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster L.N. (1994a). Developing Your Multiple Family Group Therapy Style. MFGT Resource Center Homepage.Artículo 5 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994b). It's not family therapy. It's not group therapy. It is múltiple family group therapy. MFGT Resource Center Homepage. Artículo. 6 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994c). A Family Psychoeducation Model of Multiple Family Group Therapy and the Management of Schizophrenia. Artículo 33: www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster L.N. (1994d). The Coliseum Model fo Multiple Family Group Therapy. MFGT Resource Center Homepage.Artículo 30: www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994e). Orientation Questions the MFGT Trainee Needs to Ask the Trainer (Supervisor). MFGT Resource Center Homepage. Artículo. 5 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994f). Assessing families for multiple family group therapy. MFGT Resource Center Homepage. Artículo. 7 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994g). Assessing the family dance. MFGT Resource Center Homepage. Artículo. 8 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994h). Supervising MFGT Trainees. Points to Ponder. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 16 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994i). Questions to ask when screening potential MFGT trainees. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 17 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1994j). An Interview with the Father of Adolescent Multiple Family Group Therapy, George H. Orvin. MFGT Resource Center Homepage. Artículo. 24 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (1995). Role of the Therapist inMultiple Family Group Therapy. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 4: www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foster, L.N. (*sin fecha*). H. Peter Laqueur, MD, the Father of Multiple Family Therapy. The First Model. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 23 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Foulkes, S.H. (1984). Therapeutic Group Analysis. Londres: Maresfield

Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1965). Group Psychotherapy: The Psychoanalytic Approach. London: Penguin Books.

Foulkes, S.H. (1964). Therapeutic group analysis. Londres: Allen & Unwin.

Foulkes, S.H. (1990). Selected papers. Psychoanalysis and group analysis. Londres: Karnac Books.

Foulkes, S.H. (2007). Grupoanálisis terapéutico. Barcelona: Ce- gaop Press.

Foulkes, S.H., Anthony, E.J. (2007). Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico. Barcelona: Cegaop Press.

Frank, J. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 25: 350-361

Freedman S; Hurley J (1980). Perceptions of helpfulness and behavior in groups. Group (4): 51-58.

Freedman, J (1996). Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities. Nueva York: Norton.

Freud, S. (1913). La iniciación del tratamiento. En: Freud S. Obras Completas. Tomo II. Madrid: Editorial Nueva. Pags 1661-74.

Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., Soldano, K. W. (1998). Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders: A program description and preliminary efficacy data. Contemporary Family Therapy, 20, 385-402.

Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J.S., Gavazzi, S.M. (2003). Multifamily psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. Journal of Marital and Family Therapy, 29:491-504.

Fritzen, S.J. (1987). La ventana de Johari: ejercicios de dinámica de grupo, de relaciones humanas y de sensibilización. Santander: Sal Terrae.

Fukunishi, I., Ichikawa, M., Ichikawa, T., Matsuzawa, K. (1994). Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. Psychological Reports, 74: 568-570.

Gadamer, H.G. (1977). Verdad y método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca: Sígueme.

Gaebel, W., Weinmann, S., Sartorius, N., Rutz, W., McIntyre, J. S. (2005) Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. British Journal of Psychiatry, 187: 248–255.

Gallese, V. (2014). Bodily Selves in Relation: Embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. Phil. Trans. R. Soc. B 2014 369, 20130177.

Gamboa, A. A. (2008). Evaluación de las relaciones intrafamiliares en mujeres con cáncer de mama: resultados de un estudio comparativo. Tesis de licenciatura en psicología, Facultad de psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.

Gans, J.S., Alonso, A. (1998). Difficult patients: their construction in group therapy. International Journal of Group Psychotherapy, 48 (3): 311-326.

Gantt, S.P., Badenoch, B. (2013). The interpersonal neurobiology of group psychotherapy and group process. Londres: Karnac.

García Badaracco (2012). Psicoanálisis Multifamiliar. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2(1):25-34.

García Badaracco J.E. (2006). De sorpresa en sorpresa. Revista de Psicoterapia Analítica Grupal, (2):59-73

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: Editorial Paidós.

García Badaracco, J.E. (2007). En Térapies Multifamiliales (comp. por Cook-Darzens). Ramonville Saint-Agne:Érès.

García Badaracco, J.E. y cols. (1998). Estrés y procesos de enfermedad: Psicoinmunoendocrinología, modelos de integración mente-cuerpo (tomo I). Buenos Aires: Biblós.

García Badaracco, J.E., Narraci, A. (2011). La psicoanalisi multifamiliare in Italia (Le relazioni). Turín: Antigone.

García de Bustamante, E. (2012). La función por hacer. Commedia da fare. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2 (1):137-146.

García, P.M., Moreno, A., Freund, N., Lahera, G. (2012). Factores asociados a la emoción expresada familiar en la esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32 (116): 739-756

García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I., Eguiguren, A. P. (2004). The system of informal caregiving as inequality. Gac.Sanit., 18 Suppl 1: 132-139.

Garrido, M., Férnandez-Santos, I. (1997). Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo. Modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista. Systémica, 3: 161-181.

Gergen, K.J. (1973). Social Psychology as History. Journal of Personality and Social Psychology, 26 (2): 309-320.

Gergen, K.J. (2006). El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós.

Gillon, R. (1985). Philosophical Medical Ethics. Londres: Wiley.

Gimeno, X., Careta, A. (2014). Grupo multifamiliar de familias con hijos adolescentes: un abordaje desde el ámbito socioeducativo. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 4 (2): 259-276.

Godinho, P., Centeno, M.J., Fialho, T. (2009). Da vulnerabilidade individual á vulnerabilidade familiar: Desafios da Bioética á Psiquiatria. 12th International Conference for Philosophy&Psychiatry. Understanding Mental Disorders Lisboa, 22-24 Outubro.

Godinho, P., Centeno, M.J., Fialho, T., Manso, I. (2012). El grupo multifamiliar y el síndrome de las puertas abiertas: del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2 (1):123-135.

Gold, J.R. (1996). Theories of psychotherapeutic change, en Gold JR Ley Concepts in Psychotherapy Integration. Nueva York: Plenum Press.

Goldstein, M. (1987). The UCLA high-risk project. Schizophrenia Bulletin 13 (505-514)

Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Evans, J. R. et al. (1978) Drug and family therapy in the after-care of acute schizophrenics. Archives of General Psychiatry, 35: 1169–1177.

González, H., Pérez, M. (2007). La invención de trastornos mentales. Madrid: Alianza editorial.

González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J., Azcon, M.A. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. Enfermería Global, 7: 1-9.

González, S., Steinglass, P., Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place : discussion groups for famiies with chronic medical illnesses. Family Process, 28 : 69-87.

Goss, C. et al (2008). Involving patients in decisions during psychiatric consultations. British Journal of Psychiatry, 193: 416-421

Greencavage, L.M., Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? Prof Psychol Res Pr, 21: 372-378.

Greenfield, B. J., Senecal, J. (1995). Recreational multifamily therapy for troubled children. American Journal of Orthopsychiatry, 65: 434-439.

Guerin, P.J., Fogarty, T F., Fay, L.F., Kautto, JG. (1996). Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy. New York: Guilford.

Guirau, M.A. (2014). Creacción de un Grupo Multifamiliar en una Asociación de Familiares y Enfermos Mentales de Alicante. Trabajo fin de curso de Experto Universitario en Intervenciones Multifamiliares por la Universidad CEU Cardenal Herrera (sin publicar).

Haarakangas, K. (1997). The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English Summary. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 130.

Haley, J. (1976). Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Buenos Aires: Amorrortu (1980).

Hamann, J. et al (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment). American Journal of Psychiatry, 162: 2382-2384

Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., Kissling, W. (2005). Do Patients With Schizophrenia Wish to be involved in decisions about their medical treatment? Am J Psychiatry; 162: 2382-4.

Harding, C., Brooks, G.M., Ashikaga, T., Strauss, J.S., Breier, A. (1987). The Vermont Longitudinal Study of Persons With Severe Mental Illness, II: Long-Term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-III Criteria for Schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 144: 727-735.

Hazel, N.A., McDonell, M.G., Short, R.A., Rodgers, M.L., Berry, C.M., Dyck, D.G. (2004). Impact of multiple-family groups foro ut patients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. Psychiatric Services, 55:35-41.

Held, B.S. (1995). Back to reality. Nueva York: Norton.

Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Melton, G.B., Mann, B.J., Smith, L.A., Hall, J.A., Cone, L., fucci, B.R. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious

juvenil offenders: A progress report form two outcome studios. Family Dynamics of Addiction Quarterly, 1(3):40-51

Henry Ezriel (1950)."A Psychoanalytic Approach to Group Treatment".British Journal of Medical Psychology, 23 (59-75)

Hernández J., (2005). *Tesina; Transferencia y Contratransferencia en Psicoanálisis y en Terapia Gestalt*. A.E.T.G. En http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10794/LopezMartinez.pdf;jsessionid=63D5DEC42A284036426519C943A4E1E1.tdx1?sequence=1

Hes, J., Handler, S. (1961). Multidemensional group psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 5: 92-97.

Hines, M. (1988). Similarities and differences in group and family therapy. Journal for Specialists in Group Work, 13: 173-179.

Horowitz, L.M., Viktis, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptomatology. Clinical Psychology Review, 6: 443-469

Hubble, M., Duncan, B., Millar, S. (1999). The heart and the soul of change. What works in therapy. Washington DF: American Psychological Associations.

Hudolin, V. (1997). Il programa ecologico-sociale alla fine del secolo. Centro studi e ricerche Arcat Piemonte.

Hudson O'Hanlon, W. (1993). Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Barcelona: Paidós.

Hyde, A., Goldman, C. (1993). Common family issues that interfere with the treatment and rehabilitation of people with schizophrenia. Journal of Psychosocial Rehabilitation, 16(4), 63-74.

Hyde, A., Goldman, Ch. (1988). Use of a multi-modal múltiple family group in the comprehensive treatment and rehabilitation of schizophrenia. MFGT Resource Center Homepage.Artículo 25 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Igodt, P. (1983). La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur. Thérapie familiale, 4 (1): 81-97.

Islas, N., Ramos del Río, B., Aguilar, M., García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 19: 266-271.

Jackson, S.W. (1999). Care for the psyche. A history of psychological healin. New Haven: Yale University Press.

Janis, I.L. (1972). Victims of groupthink: A psychological study of foreign-policy decisions and fiascoes. Boston, MA: Hougton Mifflin.

Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R. V., de Graaf, R., Vollenberg, W., et al. (2003). Discrimination and delusional ideation. British Journal of Psychiatry, 182: 71-76

Jara, J. (2014). Los cambios experimentados en las familias al ingresar a los Grupos de autoayuda Multifamiliares. Simposio en http://programamultifamiliar.cl/documentos.php

Jaruffe, A., Pomares, M.C. (2011). Programación neurolinguistica. ¿Realidad o mito en Psicología y Ciencias Cognitivas? Duazary - Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud U. del Magdalena, 8 (2): 243-250.

Jiménez, J.F. y Maestro, J.C. (2002). Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Monografías de Psiquiatría 14, (2), 16-19.

Johnson, D.H., Gelso, C.J. (1980). The effectiveness of time limits in counseling and psychotherapy: A critical review. The Counseling Psychologist, 9 (1): 70-83

Jones, M. (1953). The therapeutic community. Nueva York: Basic Books.

Józefik, B., Treger, B. (2015). Multi-family therapy used in working with families with domestic violence problema. Psychoterapia, 1(172): 47-57.

Jung, C.G. (2002). Los arquetipos y lo inconsciente colectivo. Obra Completa. Vol. 9/I. Madrid: Trotta.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Terapia de Grupo. 3ªed. Madrid: Panamericana.

Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. American Journal of Psychiatry, 143: 687-695

Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. Am J Psychiatry, 143(6):687-95

Kaufman, E., Kaufman, P. (1977). Multifamily therapy: a new direction in the treatment of drug abusers. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 4:467-478.

Kazak, A.E., Simms, S., Barakat, L., Hobbie, W., Foley, B., Golomb, V., Best, M. (1999). Surviving cáncer competently intervention program (SCCIP): a cognitive-behavioral and fmily therapy intervention for adolescent survivors of childhood cáncer and their families. Family Process, 38(2):175-191.

Kearney, M.S. (1984). A comparative study of multiple family group therapy and individual conjoint family therapy within an outpatient community chemical dependency. Unpublished doctoral dissertation, The University of Minnesota.

Keitner, G. (2005). Family therapy in the treatment of depression. Psychiatric Times, 22:11.

Keitner, G., Drury, L.M., Ryan, C. Miller, I., Norman, W., Solomon, D. (2002). Multifamily group treatment for major depressive disorder. En Multifamiy groups in the treatment of severe psychiatric disorders, New York : Guilford Press : 244-267.

Kelly, A. (2002). The Psychology of Secrets. Nueva York: Plenum Publishers.

Kelly, G.A. (1977). The psychology of the unknown. En D.Bannister (ed.), New Perspectives in Personal Construct Theory: 1-19. San Diego, CA: Academic Press.

Kelly, G.A. (1991). The Psychology of Personal Constructs. Nueva York: Routledge (original 1955)

Keränen, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English Summary. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93.

Kerr, M.E ,Bowen, M. (1988). Family evaluation. New York: Norton.

Khut, H. (1977). Restoration of the self. Nueva York: International Universities Press.

Kiesler, D.J. (1996). Contemporary interpersonal theory and research. Nueva York: J. Wiley & Sons Ltd.

Kimbroy, E., Taschman, H., Wylie, H., & MacLennan, B. (1967). A multiple family group approach to some problems of adolescence. International Journal of Group Psychotherapy, 17, 18-24.

Klerman, G.L. et al (1994). Medication and psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behaviour change. 4 ed. New York: Wiley.

Kohut, H. (1984). How does analysis cure? Chicago: University of Chicago Press

Kooyman, M. (1993). The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment success. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.

Kosten, T., Hogan, IL, Jalali, B., Steidl, J., Kleber, H. (1986). The effect of multiple family therapy on addict functioning: A pilot study. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 5(3):51-62

Kriz, J. (2012). Corrientes fundamentales en psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu (orig.1990)

Kuipers, L., Leff, J. and Lam, D. (1992) Family Work for Schizophrenia: A Practical Guide. London: Gaskell.

Kymissis, P., Bevacqua, A., Morales, N. (1995). Multi-family group therapy with dually diagnosed adolescents. Journal of Child & Adolescent Group Therapy, 5: 107-113.

Kyricos, G. (1999). Multiple Family Group Therapy (MFGT). The Hidden Method as seen through the eyes of a counseling intern. MFGT Resource Center Homepage. Artículo. 1 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Laín, P. (1958). La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Madrid: Revista de Occidente.

Laing, R.D. (1983). El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. Madrid: FCE.

Laing, R.D., Esterson, A. (1964). Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos. Madrid, fondo de cultura económica.

Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; p. 94-129.

Lambert, M.J., Bergin, A.E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En D.K Freedheim (comp.), History of psychotherapy: a century of change. Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy en Lambert, ed., Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change. 5º Ed. (139-193). Nueva York: Wiley.

Lapworth P; Sills Ch; Fish S (2001). Integration in counselling and psychotherapy. Developing a personal approach. London: Sage Publications.

Laqueur, H. P. (1969). Multiple family therapy in a state hospital. Hospital and Community Psychiatry, 20: 13–20.

Laqueur, H. P., La Burt, H. A., Morong, E. (1964). Multiple family therapy: further developments. International Journal of Social Psychiatry, 10: 69–80.

Laqueur, H.P. (1972) Mechanisms of change in multiple family therapy. In C.J. Sager and H.S. Kaplan (eds) Progress in Group and Family Therapy. New York: Bruner/Mazel.

Laqueur, H.P. (1976). Multiple family therapy. In P. J. Guerin (Ed.), Family therapy, theory, and practice 405-416). New York: Gardner

Laqueur, H.P. (1979). La thérapie multifamiliale, questions et réponses. En Techniques de base en thérapie familiale. Paris: Delarge : 132-152.

Laqueur, P. (1970). Multiple Family Therapy and General Systems Theory. In N. Ackerman (Ed.), Family Therapy in Transition. Boston: Little Brown.

Laqueur, P. (sin fecha). Structures of disturbed families. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 23 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Laqueur, P. (sin fecha). Training the MFGT Therapist. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 21 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

Lazarus, A.A. (1981). The practice of multimodal therapy. Nueva York: Mc Graw-Hill.

Lazarus, A.A., Messer, S.B. (1992). ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. Revista de Psicoterapia, 3 (10-11): 129-144.

Leff, J. and Vaughn, C. (1982) The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in the relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. British Journal of Psychiatry, 139: 102–104.

Leff, J. and Vaughn, C. (1985) Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. New York: Guilford Press.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. International journal of Psychoanalysis, 86, (3): 841-868

Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy insepcific psychiatric disorders. A meta-analysis. Archives of General Psychiatry, 61: 1208-1216

Leitner, L.M. (1995). Optimal therapeutic distance. En R.A. Neimeyer y M.J. Mahoney (eds.),Constructivism in Psychotherapy: 357-370. Washington, DC: American Psychological Association.

Lemmens, M.J., Wauters, S., Heireman, M., Eisler, I., Lietaer, G., Sabbe, B. (2003). Beneficial factors in family discussion groups of a psychiatric day clinic : perceptions by the therapeutic team and the families of the therapeutic process. Journal of Family Therapy, 25 (1) : 41-63.

Leroy, C., Priestely, B., Hossenlopp, M. (1969). Les thérapeutes de groupe à l'hôpital avec participation des familles. Sante Mentale (3): 21-28.

Leszcz, M. (1992). The interpersonal approach to group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 42 : 37-62

Leszcz, M., Malat, J. (2015). The interpersonal model of group psychoterapy. En The Wiley Blackwell Handbook of Group Psychotherapy. Edited by JL Kleinberg. West Sussex (UK): Wiley Blackwell.

McFarlane, W. R., Dushay, R. A., Stastny, P., Deakins, S. M., & Link, B. (1996). A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatric Services, 47, 744-750.

Levitt, H., Angus, L. (1999). Psychotherapy process measure research and the evaluation of psychotherapy orientation. Journal of Psychotherapy Integration, 9:279-300.

Lewis, J.M. (2000). Repairing the bond in important relationships: a dynamic for personality maturation. American Journal of Psychiatry, 157(9): 1375-1378.

Lewis, T., Amini, F., Lannon, R. (2000). A general theory of love. Nueva York: Random House.

Linstone, H. A., & Turoff, M. (1975). Introduction. In H. A. Linstone & M. Turoff (Eds.), The Delphi method: Techniques and applications. Reading, MA: Addison-Wesley.

Lizcano, G., Johanna, L. (2014). Impacto de la mediación en la percepción del clima familiar, en familias en procesos de separación. En http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/handle/123456789/1782

López, A., Fernández, E., Elisardo, B. (2009). Comparación de las puntuaciones del SCL-90-R entre personas con dependencia de la nicotina y presonas con dependencia de la cocaína al inicio del tratamiento. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14 (1): 17-23.

López, J.L., Blajakis, M.I. (2012). El grupo emocional en los grupos multifamiliares: su construcción y contribución al cambio. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2(1):81-93.

Lovern, J., Zohn, J. (1982). Utilization and indirect suggestion in multiple family group therapy with alcoholics. Journal of Marital and Family Therapy, 8 (3) : 325-333

MacKenzie, K.R., Tshuschke, V. (1993). Relatedness, group work and outcome in long-term inpatien psychotherapy groups. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 2(2):147-149.

Mahoney, M. (1991). Human change processes: the scientific foundations of psychotherapy. Nueva York: Basic Books.

Mahoney, M.J. (1988). Constructive metatheory I: Basic features and historical foundations. International Journal of Personal Construct Psychology,1:299-315

Marcos, J.A. (2010). Evaluación de la eficacia de un programa de psicoterapia multifamiliar con equipo reflexive en adictos a opiáceos en tratamiento con metadona Tesis doctoral por la Universidad de Sevilla. En http://fondosdigitales.us.es/tesis/autores/1227/

Marcus, S.C., Wan, G.J., Kemner, J.E., Olfson, M. (2005). Continuity of methylphenidate treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Pediatr Adolesc Med, 159: 572-8.

Marner, T., Westerberg, C. (1987). Concomitant group therapy with anorectics and their parents as a supplement to family therapy. Journal of Family Therapy, 9, 255- 263.

Marrone, M. (2009). La teoría del apego. Un enfoque actual. Madrid: Psimática.

Marrone, M. (2014a). Apego y motivación. Una lectura psicoanalítica. Madrid: Psimática.

Marrone, M. (2014b). Attachment and interaction. From Bowlby to current clinical theory and practice. Londres y Filadelfia: Jessica Kingsley.

Martorell, J.L. (2014). Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos. Madrid: Pirámide (original, 1996).

Marx, M.H., Hillix, A.H. (2005). Teorías y sistemas psicológicos contemporáneos. Barcelona: Paidós.

Mascaró, N. (2009). Avances en Salud Mental Relacional, 8 (1). Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE. Revista Internacional On-Line

Mascaró, N. (2010). García Badaracco y la terapia familiar. Avances en Salud Mental Relacional, 9 (1). Revista internacional on line.

Maturana, H. (1995). La realidad ¿Objetiva o construida? Barcelona: Anthropos.

May, D. (1995). Multiple Family Group Therapyat Oakleigh Treatment Center (Durham, North Carolina). MFGT Resource Center Homepage.Artículo núm. 2 en www.multiplefamilygrouptherapy.com

McCabe, R., Priebe, S. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. Acta Psychiatrica Scandinavica, 119 (supl 429): 66-72

McCrady, B.S. (1989). Outcomes of family-involved alcoholism treatment. En Recent Developments in Alcoholism, 7. New York: Plenum:165-182.

McDaniel, S.H., Campbell, T.L., Hepworth, J., Lorenz, A. (2005). Family-oriented Primary Care, EEUU : Springer.

McDonell, M.G, Dyck, D.G. (2004). Multiple-family group treatment as an effective intervention for children with psychological disorders. Clinical Psychology Review, 24(6) : 685-706.

McDonell, M.G., Short, R.A., Hazel N.A., Berry, C.M., Dyck, D.G. (2006). Multiple-family group treatment of outpatients with schizophrenia: Impact on service utilization. Family Process, 45:359–373

McFarlane, W. R. (1983). Multiple family therapy in schizophrenia. In W. H. McFarlane (ed.) Family Therapy in Schizophrenia. New York: Guilford Press.

McFarlane, W. R. (2002). Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders. New York and London: Guilford Press.

McFarlane, W. R., Dushay, R. A., Stastny, P., Deakins, S. M., & Link, B. (1996). A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. Psychiatric Services, 47, 744-750.

McFarlane, W. R., Link, B., Dushay, R. et al. (1995) Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. Family Process, 34: 127–144.

McFarlane, W. R., Stastny, P. and Deakins, S. (1992) Family-aided assertive community treatment: a comprehensive rehabilitation and intensive case management approach for persons with schizophrenic disorders. New Direc- tions in Mental Health Services, 53: 43–54.

McFarlane, W.R. (1983). Multiple family groups in the treatment of schizophrenia, en WR McFarlane (Ed), Family Therapy in Schizophrenia. New York: Guilford Press.

McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J. y Crilly, J. (1995a).Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. Family Process, 34, (2), 127-144.

McFarlane, W.R., Lukens, E. y Link, B. (1995b). Multiple–family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 52, 679- 687

McKamy, R. (1976). Multiple Family Therapy on an Alcohol Treatment Unit. Family Therapy, 3 (3): 197–209.

McKay, M. M., Gonzales, J. J., Stone, S., Ryland, D., Kohner, K. (1995). Multiple family therapy groups: A responsive intervention model for inner city families. Social Work with Groups, 18: 41-56.

McKenna, P.J. (2001). Cognitive therapy for schizophrenia. British Journal of Psyquiatry, 178: 378-379.

McNamme, S., Gergen, K. (1996). Terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

Mead, G.H. (1982). Espíritu, persona y sociedad. Barcelona: Paidós.

Meehl, P. (1955). Psychotherapy. *Annual Review of Psychology, 6*: 357-378.

Meezan, W., O'Keefe, M. (1998). Multifamily group therapy: Impact on family functioning and child behavior. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, January-February: 32-44.

Metha, M. (1990). A comparative study of family-based and patient-based behavioural management in obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry, 157 : 133-135.

Mezulis, A.H. et al (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental and cultural differences in the self-serving attributional bias. Psychological Bulletin, 130: 711-747

Migerode, L., Lemmens, G., Hooghe, A., Brunfaut, E., Meyncdens, M. (2005). Groupes systémics dans la dépression. Thérapie familiale, 26 (4) : 365-390.

Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2007a). Attachment in adulthood: structure, dynamics and change. Nueva York: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2007b). Attachment, group-related process and psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 57 (2): 223-245.

Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. Journal of abnormal and social psychology, 67: 371-378.

Miller, A. (1998). El drama del niño dotado. Barcelona: Tusquets.

Miller, A. (2009). Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño. Barcelona: Tusquets.

Mintzes, B. et al (2002). Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey. British Medical Journal, 324: 278-279

Minuchin, S. (1974) Families and Family Therapy. London: Tavistock.

Minuchin, S. (1977). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa (orig. 1974).

Minuchin, S., Lee, W.Y., Simon, M. (1998). El arte de la terapia familiar: Barcelona: Paidós (orig. 1996)

Mitchell, S. (1991). Contemporary perspectives on self: towards an integration. Psychoanalytic dialogues, Hillsdale, Nueva York: The Analytic Press, 2 (2): 121-148.

Moltz, D.A., Newmark, M. (2002). Multifamily groups for bipolar illness. En Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York : Guilford Press : 220-243.

Moore, E., Ball, R.A., Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in staff working with the log-term adult mentally ill. British Journal of Psychiatry, 161: 802-808

Moran, D.K., Stockton, R., Cline, J., Teed, C. (1998). Facilitating feedback exchange in groups: Leader interventions. Journal for Specialist in Group Work, 23: 257-260

Morris, E., Le Huray, C., Skagerberg, E., Gomes, R., Ninteman, A. (2014). Families changing families: the protective function of multi-family therapy for children in education, 4 : 617-632

Mullen, B., Copper, C. (1994). The Relation Between Group Cohesiveness and Performance: An Integration. Psychological Bulletin 115, 2

Myers, D.G. (2006). Psicología. Madrid: Médica Panamericana (7ªEd).

Myhrman, A, et al, 1996. Unwantedness of pregnancy and shcizophrenia in the child. British Journal of Psychiatry 169 (637-503)

Nahum, D., Brewer, M.M. (2004). Multifamily group therapy for sexually abusive youth. Journal of Child Sex Abuse, 13 (3-4) : 215-243.

Narracci, A. (2010). La importancia de la obra del Profesor Jorge García Badaracco. Revista Internacional de Psicoanalisis de Pareja y Familia, 7 (1). En http://www.aipcf.net/web/doc/AIPCF_n7_1-2010-es_2011215135919.pdf

Nasio, J.D. (1996). Grandes psicoanalistas. Volumen I. Introducción a las obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein. Barcelona: Gedisa.

National Institute for Clinical Excellence (2002) Clinical Guideline I. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: NICE.

Neimeyer, R.A. (2013). Psicoterapia Constructivista. Rasgos distintivos. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Norcross, J.C. (2002). Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford, NY: Oxford University Press.

Norcross, J.C., Arlowitz, H. (1992). The evolution and current status of psychotherapy integration. En Dryden W Ed, integrative and eclectic therapy. Bristol: Open University Press.

Norgard, K. L. (1989). Multiple family group therapy in a treatment center for adolescents. Unpublished doctoral dissertation, The Union for Experimenting Colleges and Universities.

Nuckols, C., Saunders, T.M., Weigand, M. (1992). Healthy Families. NAADAC Journal, March/April. (también en MFGT Resource Center Homepage. Artículo 35 en www.multiplefamilygrouptherapy.com)

O'Shea, M.D., Pelphs, R. (1985). Multiple family therapy : current status and critical appraisal. Family Process, 24 (4) : 555-582.

Onderwatern, K, Mölders, H. (2001). Multiloog- une initiative néerlandaise pour une meilleure communication. Générations, 23 : 26-27.

Ormont, L. (1990). The craft of bridging. International Journal of Group Psychotherapy, 40: 3-17.

Ormont, L. (2001). Meeting maturational needs in the group setting. International Journal of Group Psychotherapy, 51 (3): 343-360.

Ortega, A., Espino, A. (2000). Terapia multifamiliar en los trastornos alimentarios. Sistémica, 8: 61-74.

Ortiz, A. (2013). Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Editorial Grupo 5.

Ostby, C.H. (1968). Conjoint group therapy with prisoners and their families. Family Process, 7 : 184-201.

Ostroff, J., Ross, S., Seinglass, P., Ronis-Tobin, V., Singh, B. (2004). Interest and barriers to participation in multiple family groups among head and neck survivors and their primary caregivers. Family Process, 43(2) :195-208.

Pacheco, B., Aránguiz, G. (2011). Factores relacionados a la adherencia a tratamiento en adolescentes con depresión. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 49 (1): 69-78

Palleiro, E. (2012). Psicoanálisis Multifamiliar, Asambleas y Rehabilitación. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2(1):95-108.

Papp, P. (1980). The Greek Chorus and Other Techniques of Paradoxical Therapy. Family Process, 19.

Paré, D. (1996). Culture and meaning: Expanding the metaphorical repertoire of family therapy. Family Process, 35 (21-43).

Parry, A. (1991). A Universe of stories. Family Process, 30: 37-54.

Parsons, T. (1951). The social system. Londres: Routledge. Disponible en http://home.ku.edu.tr/~mbaker/CSHS503/TalcottParsonsSocialSystem.pdf

Paul, N.L. y Bloom, J.D. (1970). Multiple family therapy: Secrets and scapegoating in family crisis. International. Journal of groups psychotherapy, 20, 37-47.

Pearlman, L.A., Saakvitne, K.W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotehrapy With Incest Survivors. Nuea York: Norton.

Pekkala, E. y Merinder, L. (2008). Psicoeducación para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com

Pérez, M. (1998). La psicología clínica desde el punto de vista contextual. Papeles del psicólogo, 69: 25-40

Pérez, M. (2015). Estudio de la efectividad de la terapia de grupo multifamiliar en el abordaje de la problemática conductual y emocional del adolescente. Tesis doctoral. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina. Universidad de Murcia (no publicada).

Pérez, M., Sempere, J. (2012) "Psicoterapia grupal multifamiliar y terapia multisistémica para adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador". Interpsiquis.

Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A. et al. (2005) A randomized multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. British Medical Journal, 331: 602–605.

Pharoah, F. M., Mari, J. J. and Steiner, D. (2000) Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database System Review, 2: CD000088.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2008). Intervención familiar para la esquizofrenia. (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

Pichon-Rivière, E. (1978). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Nueva Visión.

Pines, M. (1997). Circular Reflections. Selected Papers on Group Analysis and Psychoanalysis. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Pines, M. (2000). The evolution of group analysis. Londres: Jessica Kingsley.

Pintor, B. (2009). Relaciones intrafamiliares y recursos personales en mujeres con conductas alimentarias de riesgo. Tesis de maestría en Terapia Familiar no publicada, Univer-sidad Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán, México.

Piñeiro, L., Sánchez, L. (2014). Implantación y desarrollo de un servicio de intervención multifamiliar de ABD en Madrid. Trabajo fin de curso de Experto Universitario en Intervenciones Multifamiliares por la Universidad CEU Cardenal Herrera (sin publicar).

Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., Lamarche, C., Hilscher, T., Joyce, A.S. (2005). Level of Alliance, pattern of Alliance and outcome in short-term group therapy. International Journal of Group Psychotherapy, 55(4):527-550.

Población, P. (2005). Las relaciones de poder. Madrid: Fundamentos.

Polcin, D. (1992). A comprehensive model for adolescent chemical dependency treatment. Journal of Counseling and Development, 70, 376-382.

Quinn, W. H., Bell, K., & Ward, J. (1997). Family solutions for juvenile first offenders. The Prevention Researcher, 4(2), 10-12.

Quinn, W.H., Van Dyke, D. (2004). A multiple family group intervention for first-time juvenile offenders: comparisons with probation and dropouts on recidivism. Journal of Community Psychology, 32 (2):177-200.

Raasoch, J.W., Aasoch, J. (2001). Multiple family therapy. En Handbook of innovative therapy (Edited by Raymond J. Corsini. - 2nd ed): 401-407. New York : John Wiley & Sons.

Rabin, C. (1995). The use of psychoeducational groups to improve marital functioning in high risk Israeli couples: A stage model. Contemporary Family Therapy, 17, 503-515.

Ratey, J.J. (2002). A user's guide to the brain. Nueva York: Random House.

Reisner, A.D. (2005). The common factors, empirically validated treatments and recovery models of therapeutic change. The Psychological Record, 55: 377-399

Rennie, D.L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy. En S.G. Toukmanian y D.L. Rennie (Eds.), Psychotherapy Process Research: 211-233. Newbury Park, CA: Sage.

Rhodes, P., Zelman, A. (1986). An ongoing multifamily group in a women's shelter. American Journal of Orthopsyquiatry, 56 (1) : 120-130.

Rilling, M. (2000). John Watson's paradoxical struggle to explain Freud. Am Psychol., 55(3):301-12.

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.

Rivera-Heredia, M.E., Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. Revista Intercontinental de Psicología y Educa-ción, 8 (2), 23-40.

Rizo, M. (2011). Pensamiento sistémico y comunicación. La Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick como obra organizadora del pensamiento sobre la dimensión interpersonal de la comunicación. Razón y Palabra, 75, en www.razonypalabra.org.mx

Rodríguez, H. (2008). Del constructivismo al construccionismo: implicaciones educativas. Revista Educación y Desarrollo Social, II (1): 71-89

Rogers, C. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of consulting psychology, 21: 95-103

Rogers, C., Rosenberg, C. (1989). La persona como centro. Barcelona: Herder.

Rollan, J.S. (1994). Families, illness and disability : an integrative treatment model. New York : Basic Books.

Rolland, J.S. (1993) : mastering family challenges in serious illness and disability, En F. Walsh, Normal Family Processes. New York : Guilford Press : 444-473.

Rolland, J.S. (1994). Families, illness and disability : an integrative treatment model. New York: Basic Groups.

Rom, M., Brokop, K., Cairns, J., Lam, P.J. (sin fecha). Multi-Family Group Therapy: Evaluation Using the AESED Scale. Provincial Specialized Eating Disorders Program for Children and Adolescents British Columbia Mental Health and Addiction Services. En http://www.iaed.org.il/.

Romme, M., Escher, A. (1989). Hearing voices. Schizophrenia bulletin 15: 209-216.

Rosenzweig, S. (1936). "Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: at last the Dodo bird said "everbody has won al all maust have prizes".American Journal of Orthopsychiatry, 6: 412-415

Rosner, R.I. (2014). The "Splendid Isolation" of Aaron T. Beck. Isis (The University of Chicago Press), 105 (4): 734-758

Rutan, J.S., Stone, W.N. (2001). Psychodynamic Group Psychotherapy. Nueva York: Guilford Press.

Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). Negotiating the therapeutic Alliance: A relational treatment guide. Nueva York: Guilford Press.

Safran, J.O., Segal, Z.V. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. Nueva York: Basic Books.

Salem, G. (2001). Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots clés pour la thérapie multifamiliale. Générations, 23 :5-8.

Salem, G., Von Niederhaüsern, O., Aubry, M., Di Giampetro, L. (1985). L'approche multifamiliale a l'hôpital psychiatrique. Archives suisses de neurologie et psychiatrie, 136 (6): 307-325.

Salomón, J, Simond, H. (2013). Grupos de Terapia Multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen? Madrid: AEN

Sammons, M. (2001). Combined treatments for mental disorderes: clinical dilemmas. En MT Sammons y NB Schmidt eds, Combined treatments for Mental disorders. A guide to psychological and pharmacological interventions. Washington DC: American Psychological Association.

Satin, W., La Greca, A.M., Zigo, M., Skyler, J. (1989). Diabetes in adolescence: effects of multifamily group interventions and parent simulation of diabetes. Journal of Pediatric Psychology, 14(2):259-275.

Saúl, L.A. (2006). El papel de los conflictos cognitivos en la salud mental: implicaciones para el cambio terapéutico. Ediciones Universidad de Salamanca: Salamanca.

Saunders, T. (1990). Go ahead, kill yourself! Save your family the trouble: paradoxical therapy with familes. Plantation, Florida: Distinctive Publishing, Inc.

Sayger, T. V. (1996). Creating resilient children and empowering families using a multifamily process. The Journal for Specialists in Group Work, 21: 81-89.

Schaefer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation center. ANZJFT, 29 (2): 86-96 (también en MFGT Resource Center Homepage.Artículo 41 en www.multiplefamilygrouptherapy.com)

Schermer, V.L. (2013). Mirror neurons: their implications for group psychotherapy En The interpersonal neurobiology of group psychotherapy and group process (pp. 25-49). Susan Gantt y Bonnie Badenoch (comp.). Londres: Karnak.

Schiavone, A. (2015). La therapie multifamiliale. En quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale? Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Master en sciences psychologiques. Université Catholique de Louvain-La-Neuve, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation.

Scholz, M., Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents : concepts and preliminary results. European Eating Disorders review, 9 : 33-42.

Scholz, M., Rix, M., Scholz, D., Gantchev, K., Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa : concepts, experiences and results. Journal of Family Therapy, 27 (2) : 132-141.

Schore, A.N. (2003). Affect dysregulation and disorders of the self. Nueva York: Norton.

Schwartzben, S. (1992). Social work with multi-family groups: A partnership model for long term care settings. Social Work in Health Care, 18(1), 23-38.Secondary Care. London: NICE.

Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: Family and hospital in co-evolution. Journal of Family Therapy, 16: 401-414.

Seikkula, J. y Olson, M.E. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psicosis: Its Poetics and Micropolitics. Family Process, 42 (3): 403-418.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. En S. Friendam (Ed), The reflecting team in action (pps 62-68). New York: Guilford Press.

Seligman, M. (2003). La auténtica felicidad. Madrid: BSA/Vergara (orig. 2002).

Selvini M et al (1980). Hipothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Family Process, 19,1.

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

Sempere, J. (2005). “La integración de las familias en un hospital de día infanto-juvenil”. Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente, 5 : 93-101

Sempere, J., Rodado, M., Fuenzalida, C. (2011). La reorganización de un área de salud mental infanto-juvenil en torno a la terapia grupal. Teoría y práctica grupoanalítica, 1(1): 256-76.

Sempere, J., Fuenzalida, C., Pérez A. et al (2012a). Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2 (1): 109-122.

Sempere, J. (2012b). Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapèuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. Teoría y práctica grupoanalítica, 2 (1): 11-20.

Sempere, J., Rodado, M.J, Fuenzalida, C. (2012c). Un modelo integral de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias. Experiencia grupal. Revista de Psicopatologuía y Salud Mental del niño y del adolescente, 20: 73-79.

Sempere, J., Fuenzalida, C. (2013). Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". Revista Psicoterapia y Psicodrama, 2 (1): 88-105

Sendrail, M. (1980). Historia cultural de la enfermedad. Madrid: Espasa-Calpe.

Shaw, R., DeMaso, D. (2009). Adherencia a Tratamiento. En: Consulta Psiquiátrica en Pediatría en niños y adolescentes con enfermedad orgánica (pp. 227-42). Editorial Médica Panamericana.

Sheffield, M. (2001). Groupes multifamilles avec des patients abuseurs de substances et leurs enfants: programme de développement et résultats. Générations, 23:17-20.

Shorter, E. (1997). A history of psychiatry. Nueva York: Wiley.

Siegel, D.J. (1999). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. Nueva York: Guilford.

Siegel, D.J. (2013). Reflections on mind, brain and relationships in group psychotherapy. En The interpersonal neurobiology of group psychotherapy and group process. Londres: Karnac.

Simond, H.D. (2012a). Autores de referencia: Jorge Enrique García Badaracco. Teoría y Práctica Grupoanalítica, 2(1):180-190.

Simond, H.D (2012b). “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.

Slavson SR (1964). A textbook in analytic group psychotherapy. New York: International Universities Press.

Slife, B.D., Canyon, J. (1991). Accounting for the power of the here-and-now: issues in group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 41: 145-168.

Sligman M., Teasdale, J.D. (1878). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. Journal of abnormal psychology, 78: 40-47

Sluzki, C.E. (1998). La red social: fronteras de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.

Smith, E.P., Gorman-Smith, D., Quinn, W.H., Rabiner, D., Tolan, P., Winn, D. (2004). Community-based multiple family groups to prevent and reduce violent and aggressive behavior : the GREAT families Program. American Journal of Preventive Medicine, 26 (1(suppl)) : 39 -47.

Smith, M., Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32: 752-760

Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: The John Hopkins.

Spence, D. (1982). Narrative and historial Truth. Nueva York: Norton.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R., Lushene, R. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Springer, D.W., Orsbon, S.H. (2002). Families helping families: implementing a multifamily therapy group with substan abusing adolescents. Health and Social Work, 27 (3):204-208

Stagoll, B. (1993). Aspects of family therapy. Curr Opinion Psy; 6 (3): 343-48

Stanton, M.D., Shadish, W.R. (1997). Otucome, attrition and family-couples treatment for drug abuse : a meta-analysis and review of the controlled, comporative studies. Psychological Bulletin, 122 (2) : 170-191.

Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. Families, Systems and Health, 16 : 55-70.

Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, J. y Reiss, D. (1987). La familia alcohólica. Barcelona: Gedisa, 1993

Stone, S., McKay, M., Stoops, C. (1996). Evaluating multiple family groups to address the behavioral difficulties of urban children. Small Group Research, 27: 398-415.

Stone, W.N. (2005). The group-as-a-whole: self-psychological perspective. Group: the Journal of the Eastern Group Psychotherapy Society, 29(2):239-256.

Strelnick, A. H. (1977). Multiple family group therapy: A review of the literature. Family Process, 16, 307-325.

Stuart, B., Schlosser, D. (2009). Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. International Journal of Group Psychotherapy. 59 (3): 435-440

Sullivan, H. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. Nueva York: Norton.

Sunyer, J.M. (2012). Terminología de psicoterapia de grupo. (2012). Teoría y práctica grupoanalítica, 2(1):191-3

Sunyer, J.M. (2013). Terminología de psicoterapia de grupo. En www.grupoanalisis.net

Sunyer, J.M. (2014). Terminología de psicoterapia de grupo. En www.grupoanalisis.net

Szasz, T. (1960). The myth of mental illness. American Psychologist 15 (564-580)

Szymanski, L. S., Kiernan, W. E. (1983). Multiple family group therapy with developmentally disabled adolescents and young adults. International Journal of Group Psychotherapy, 33: 521-534

Tallman, K., Bohart, A.C. (1999). The client as a common factor: clients as self-healers. En: Hubble M, Duncan BL, Miller SD, editors. The heart & soul of change: what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association. Pags. 91-131.

Thorngren J.M., Kleist, D.M. (2002). Multiple Family Group Therapy: An Interpersonal/Postmodern Approach. The Family Journal, 10 (2). 167-176

Thorngren, J. M., Christensen, T. M., Kleist, D. M. (1998). Multiple-family group treatment: The under-explored therapy. The Family Journal, 6: 125-131.

Tienari, P. et al (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish adoptive familiy study of schizophrenia. American Journal of Psychiatry 160 (1587-1594)

Todorov, T. (1995). La vida en común. Madrid: Taurus.

Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions? Family Process, 27: 1-15.

Toseland RW, Siporin M (1986). When to recommend group treatment: a review of the clinical and the research literature. International Journal of Group Psychotherapy (32):171-201.

Troncoso, M. (2003). Abordaje multifamiliar en dependencias. Programa ecológico. En http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/inicio%5B1%5D.pdf

Tronick, E.Z., Gianino, A. (1986). Zero to three. Bulletin of National Center for Clinical Infant Programs, 6 (3): 1-6.

Trotzer, J. P. (1988). Family theory as a group resource. The Journal for Specialists in Group Work, 13, 180-185

Usobiaga, E. (2005). El encuadre y psicoanálisis. Norte de Salud Mental, 23: 47-52

Van Dijk, T.A. (2000). Ideología. Barcelona: Gedisa.

Van Noppen, B. (2002). Multifamily behavioral treatment for obsessive comulsive disorder : a step-by-step model. Brief Treament and Crisis Intervention, 2 : 107-122.

Van Noppen, B., Steketee, G., Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatments for OCD. En OCD, Diagnosis, Etiology, Treatment. New York: Marcel Dekker: 331-366.

Velazquez, A., Sánchez Sosa, J. J., Lara, M. C., Sentíes, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. Revista de Psicología, 18(2): 315-340.

Versen, M., Sledge, W. (2002). Encyclopedia of psychotherapy. San Diego, CA: Academic Press.

Villegas, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. Revista de Psicoterapia, 1 (1): 5-25.

Vinogradov, S., Yalom, I. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós.

Von Foerster, H (1981). Observing Systems. Salinas (California): Intersystems Publications.

Von Foerster, H. (1988). La realidad inventada. Buenos Aires: Gedisa.

Wahlberg, K. et al (2000). Thought disorder index of Finish adpotees and communication deviance of their adoptive parents. Psychological Medicine 30 (127-136)

Wamboldt, M. Z., Levin, L. (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. Family Systems Medicine, 13, 151-161.

Watts, A. (2006). *El camino del tao*. Barcelona: Kairós

Watzlaswick, P., Beavin, J., Jackson, D.D. (1995). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder (original, 1967)

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1981). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

Weine, S.M, Raina, D., Zhubi, M., Delesi, M., Huseni, D. et coll. (2003). The TAFES multi-family group intervention for Kosovar refugees : A feasibility study. Journal of Nervous and Mental Disease, 191(2) :100-107.

Winnicott, D.W. (2002). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.

Wolberg, L. (1977). The technique of psychotherapy (3ª ed.). Nueva York: Grune & Stratton

Wolberg, L. (1977). The technique of psychotherapy (3ª ed.). Nueva York: Grune & Stratton

Wolf A, Schwartz E.K (1964). Psychoanalysis in Groups. New York: Grune & Stratton.

Woodbury, M.A., Woodbury M.M. (1969). Community Psychiatrist intervention. A pilot proyect in the 13th Arrondissement, Paris. American Journal of Psychiatry, 126: 619-625.

Yalom, I.D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books.

Yalom, I.D. (2000). Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Barcelona: Paidós.

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2005). The theory and practice of group psychotherapy (5th ed). Nueva York: Basic Books.

Zamanillo, T. (2008). Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana. Madrid: Síntesis.

Zeig, J.K., Munion, W.E. (1990). What is psychotherapy? San Francisco: Jossey-Bass

Zimberg, S. (1982). The clinical managenment of alcoholism. Nueva York : Brunner Mazel.

Zimmerman, J.L., Dickerson, V. (1994). Using a narrative metaphore: Implications for theory and clinical practice. Family Process, 33: 233-245.

Zinkin, L. (1992). Borderline distortions of mirroring in the group. Grupo analysis. The Journal of Group Analytic Psychotherapy, 25 (1).

9. Anexos

Anexo 1: "**Estructuras patológicas familiares" (patrones de comunicación disfuncionales), según Laqueur, sobre las que intervenir desde el marco multifamiliar.**

(extraído de Foster, sin fecha, artículo 23):

- La familia "más patológica": *todos los miembros se proyectan en algún otro. No pueden hablar a los otros directamente sobre cualquier tema, excepto quizás el tiempo".*
- Madre y padre "en la torre de control". *La comunicación por parte de cualquier miembro de la familia es dirigida al miembro que está en la torre de control, el cual redirige la comunicación a los otros miembros. Se evita la comunicación directa entre los miembros y toda comunicación pasa exclusivamente por la torre de control.*
- La separación de sexos. *Padre e hijos van de pesca o caza, mientras que madre e hijas están en casa ocupándose de tareas menos placenteras que los hombres, con poca comunicación entre ambos subsistemas.*
- Generación "gap". *No hay contacto entre padres e hijos. Las ocupaciones de los padres no interesan a los niños y los intereses de los niños son ignorados o subestimados por los padres. Los padres se comunican entre ellos pero hay escasa comunicación entre generaciones.*
- "Scapegoating". *Uno o dos miembros de la familia son acusados de producir todas las dificultades familiares y son expulsados (enviados al hospital o al psiquiatra).*
- Simbiosis patológica. *Madre e hijo, o padre e hija, están envueltos en una simbiosis patológica, produciendo celos y alienación en los otros miembros de la familia.*
- Problemas con la familia política. *Padre o madre tienen una relación muy intensa con su propio padre, de manera que su pareja vive bajo la impresión de ocupar un rol inferior.*
- Madre preocupada por el interés de los otros. *Un tío, primo o, quizás, un amante, ocupa más tiempo y energía en la madre, mientras el padre está ocupado con su trabajo.*
- Diferente sistema de valores. *Diferencias raciales, económicas, religiosas, culturales, filosóficas o sociales entre padre y madre pueden causar grandes dificultades, sobre todo si el terapeuta se identifica con uno de ellos por su propio sistema de valores.*

Anexo 2. **Los seis factores determinantes de la capacidad de las familias, según Laqueur, para hacer frente a las dificultades del entorno y de beneficiarse del grupo terapéutico multifamiliar.**

(Extraído de Foster, 1994f)

1. La *atención*: la familia debe ser capaz de atender en el momento –sin postergarlos en el tiempo- los acontecimientos que son más importantes para la supervivencia de cada miembro y de la propia familia.
2. La *ternura*: la familia debe ser sensible y abierta a la diversidad de cada miembro y permitir la expresión de sentimientos, pensamientos y conductas.
3. La *elección*: la familia debe ser capaz de realizar una selección realista -con buen juicio- entre informaciones e impresiones correctas e incorrectas. Según Laqueur, "*no es lo que no sabemos lo que ocasiona problemas, sino lo que creemos saber y no es cierto*".
4. La *organización*: la familia debe tener una adecuada estructura para ser capaz de reaccionar con suficiente adaptabilidad y elasticidad. Es necesario que haya una distinción clara, por ejemplo, entre relaciones de parentalidad y conyugalidad.
5. La *operatividad*: si hay una sobrecarga de acontecimientos e información, la familia necesita ser capaz de procesarlo todo de una manera productiva. *La finalidad de la familia son sus miembros, o lo que es lo mismo, la finalidad de los miembros no es la familia*.
6. La *sabiduría*: la familia debe ser capaz de reconocer colectivamente las diversas situaciones, considerar opciones, pensar sobre el feedback de los terapeutas, valorar las consecuencias de cada opción, decidir las soluciones más adecuadas para ellos, realizar planes y ser capaz de seguir adelante con ellos.

Anexo 3. **Supuestos básicos de Foster respecto al funcionamiento de la familia.**

(Extraído de Foster , 1991b)

- *Las familias nacen, viven y mueren.*
- *El entorno, los patrones de interacción y la estructura familiar contribuyen a sostener o cambiar la conducta de sus miembros.*
- *La conducta es aprendida en respuesta al entorno intra y extrafamiliar y modificado por cambios en los patrones de respuesta.*
- *La terapia multifamiliar disminuye la negación y vergüenza de las familias.*
- *Las familias observan similares conflictos en otras familias y aprenden de ellas (mecanismo básico descrito por Peter Laqueur).*
- *El crecimiento ocurre a través del desarrollo de relaciones satisfactorias, positivas y validantes con otras familias.*
- *En toda conducta, no importa cuán destructiva parezca, existe intentos positivos de solucionar una conflictiva.*
- *Las nuevas conductas se convierten en experiencias útiles cuando son actuadas en un entorno de terapia multifamiliar.*
- *Las familias deben ser ayudadas a ensanchar sus límites creativos.*

Anexo 4: **“Llaves para el cambio" en terapia multifamiliar según Foster.**

(Extraído de Foster, 1991b)

- *El aprendizaje obtenido en un grupo multifamiliar es favorecido por la atmósfera menos amenazante respecto a otros espacios terapéuticos como el individual o el grupal, y supone el inicio del cambio de conducta.*
- *Una de las principales consecuencias de este aprendizaje es ser más espontáneo; esta toma de insight tiene lugar posteriormente al cambio conductual.*
- *La meta de la intervención terapéutica multifamiliar es conseguir que los participantes se muestren de una forma genuina (congruente), la comprensión empática y la mirada positiva entre las familias.*
- *Énfasis sobre la toma de conciencia, expresión y aceptación de sentimientos.*
- *Estimular las experiencias de "aquí y ahora" sin olvidar las experiencias pasadas. Experimentar en el momento y vivenciar estos momentos crean una experiencia vibrante y viva para las familias.*
- *La mayoría de las familias tienen emociones no expresadas y asuntos no aclarados, produciéndose el cambio cuando son abordados.*
- *La confrontación honesta es valiosa, aunque pueda parecer molesta para quien la recibe.*
- *El entorno de aceptación del grupo multifamiliar estimula la solución de los problemas.*
- *El clima de confianza del grupo multifamiliar aumenta el éxito de la terapia.*
- *Los signos no verbales/corporales son claves para entender las relaciones en la familia.*
- *Son cualidades necesarias para un buen sentido del yo y de la familia: intimidad, honestidad, coraje, responsabilidad, autoridad, expresión, congruencia, compromiso, validación y espontaneidad.*
- *Para disfrutar sus relaciones, las familias necesitan experimentar las diferencias como productoras de crecimiento, la separación como integridad -y no como aislamiento- y la reivindicación como vital para el crecimiento. Deben tener la habilidad para permitir a los otros estar a cargo de ellos mismos, empatizar con los sentimientos de los otros sin perder su yo, aceptar las consecuencias de otras acciones individuales sin cuestionarlas y tomar total responsabilidad de sus propias acciones.*

Anexo 5. **Puntos básicos de la conducción del grupo multifamiliar según Foster**

(Extraído de Foster, 1993a; 1993b; 1995):

1. *Ayudar a las familias a descubrir su propio poder, identificar lo que les impide usarlo y definir qué tipo de familia desean ser.*
2. *Invitar a la familia a observar con honestidad su conducta y estilo de vida (refiere que el grupo multifamiliar "les pone un espejo") y tomar decisiones sobre las formas en las que quieren cambiar.*
3. *Presentar reacciones honestas a las familias, ofreciendo connotaciones positivas y límites en el encuadre.*
4. *Utilizar su propio bagaje personal como un instrumento para el cambio terapéutico a través de compartir abiertamente su experiencia de lucha en el mundo relacional y permitiendo así que sus valores sirvan de desafío para las familias del grupo.*
5. *Aportar estructura al grupo multifamiliar focalizándose en el proceso mientras que las familias proveen el contenido.*
6. *Entender la importancia de la influencia de su conducta sobre las familias del grupo multifamiliar y nunca realizar juicios, mostrándose genuinamente cuidadoso, respetuoso, aceptador y comprensivo.*
7. *Ser consciente de que la terapia multifamiliar no es una ciencia separada ni distinta de la personalidad y conducta del terapeuta.*
8. *Asumir la corresponsabilidad con las familias en la dirección del grupo multifamiliar.*
9. *Estar alerta a los intentos de unas familias para manipular a otras y saber como otorgar a cada familia la responsabilidad que son capaces de asumir.*
10. *Apoyar un modelo de coordinación en el que el grupo sea capaz de dirigirse a sí mismo, sin favorecer la dependencia.*
11. *Evitar la intelectualización, etiquetaje, interpretación y excesiva verborrea.*
12. *Conectar con sus propias capacidades de ternura, compasión, enseñanza y guía...*
13. *Ayudar a las familias a realizar la transición del apoyo externo al interno.*
14. *Escuchar y aprender cuándo realizar sus intervenciones, haciendo que la familia no se sienta ante un escrutinio.*
15. *Ayudar a las familias a sentirse libres para amar y trabajar.*
16. *Confrontar los "debería" o "tendría que" irracionales.*

17. *Ser capaz de involucrarse con las familias e involucrarlas en el proceso terapéutico de la sesión multifamiliar.*
18. *Ser capaz de cuidarse a sí mismo.*
19. *Saber elaborar una interpretación activa del contenido, pero focalizándose en el proceso y "divirtiéndose".*
20. *Ser lo más imparcial posible en la observación de las familias, nunca juzgando.*
21. *Establecer el control, ya que según Foster "el terapeuta debe tener el control porque las familias disfuncionales no tienen control, de manera que las familias se seguirán seguras de que los terapeutas pueden manejar y no entrar en shock con lo que ocurre con las familias en la sesión".*
22. *Tomar tiempo para hacer sentir a las familias lo más confortables posible ("tratarlas como si estuvieran en tu propio salón de casa").*
23. *En la interacción familiar, tratar de encontrar áreas de consenso entre los miembros de la familia y señalar los puntos comunes entre las familias.*
24. *Hacer síntesis/resumen de las temáticas tratadas y replantear cuando sea necesario.*
25. *Realizar un contracto con la familia para tres sesiones. Recuerda Foster (1993b) que alrededor de la tercera o cuarta sesión cada familia acudirá al grupo en situación de crisis. El terapueta debe pensar qué factores de la dinámica familiar están relacionados con la tesis.*
26. *Educar sobre intimidad, parantalidad, dependencia u otros temas puede ser necesario.*

Anexo 6. **Técnicas para dinamizar la conducción del grupo multifamiliar según Foster** (Extraído de Foster, 1991b):

- *Ensayos de conducta: el conductor pide que un participante realice determinada conducta para desencadenar respuestas conductuales en los demás.*
- *Role Playing y ejercicios gestálticos.*
- *Focalizarse en uno mismo: no hablar de los otros sino de uno mismo.*
- *Explicaciones y señalamientos acerca de los emergentes grupales.*
- *Discusión y evaluación. Por ejemplo, preguntando a cada miembro del grupo qué piensa acerca de cualquier cosa que ocurre en el grupo. De esta manera las familias pueden escuchar de otras familias lo que no son capaces de escuchar viniendo desde el terapeuta y descubren además que no está sola en su dolor y en su preocupación.*
- *Intercambio de ideas entre las familias mediado por la invitación del terapeuta.*
- *Ejemplos del terapeuta, que puede compartir experiencias de su propia vida, animando así a que otros participantes también lo hagan.*
- *Paseo ciego: mientras un participante pasea con los ojos vendados el grupo discute acerca de lo que piensan y sienten.*
- *Resolución de conflictos.*
- *Autorrevelación.*
- *Ofrecer y recibir feedback.*
- *"Silla caliente" (participante se sienta en el centro del grupo para abordar su problemática).*
- *Participación de la audiencia a través de la invitación directa del terapeuta, como por ejemplo sacando a participantes al centro del grupo.*
- *Cambiando los estados de "él" por estado de "yo" e incidiendo de este modo en llevar la responsabilidad a cada uno de nosotros.*
- *Liderar a través de seguir lo que se hace más que lo que se dice.*
- *Ejercicios con el uso de cuerdas (inspirado en técnicas de Virgina Satir[66]): atar a una familia junta para demostrar como un cambio en cualquier miembro afecta a los otros miembros de la familia.*
- *Realización de escultura grupal*

[66] **Virginia Satir** (1916 -1988), trabajadora social y terapeuta familiar estadounidense, cofundadora del "Mental Research Institute" en Palo Alto de California.

- *Ejercicios sí-no (tomados de Laqueur)*
- *Silencio: el uso del silencio en la sesión de terapia multifamiliar es potente e incrementa la intensidad y el nivel ansiedad de los participantes. Foster solía decir que "El silencio es un grito". Los terapeutas deben aprender en su entrenamiento que el silencio en la sesión es adecuado y que la necesidad de mantener la conversación verbal durante la sesión multifamiliar tiene más que ver con la impaciencia de los terapeutas que de los participantes.*
- *Ejercicios "espalda con espalda" y "juntando manos" (inspirados en Laqueur).*
- *Dibujar: los niños dibujan y al final de la sesión muestran sus dibujos..*
- *Actividades "Frente unido" y "la percha"*
- *"Terapia de la cucaracha": alzar a un miembro de la familia que se recuesta y observar el comportamiento de los demás miembros.*
- *Crear una historia: una familia que aparentemente no tiene nada que decir empieza una historia que es continuada por otra.*
- *Intercambio de familias.*

Anexo 7. **Mensajes de Foster para invitar a las familias a la terapia multifamiliar**

(Extraído de Foster, 1992)

- *"Necesitamos vuestra ayuda"*
- *"No puedo hacerlo sin ustedes".*
- *"Ustedes conocen a su miembro de la familia mejor que nosotros".*
- *"Necesitamos que nos ayuden a trazar metas para el miembro de su familia"*
- *"Necesitamos su ayuda para decidir cuando el miembro de su familia está preparado para abandonar el tratamiento"*
- *"Necesitamos su opinión sobre el tratamiento".*
- *"Sin su ayuda quizás el miembro de su familia no consiga hacer los cambios que necesita".*
- *"Necesitamos que todos los miembros de la familia y cualquier otra persona implicada venga a ayudarnos"*
- *"Con su ayuda las posibilidades de éxito es mucho mayor".*

Anexo 8. **Rasgos comunes de las familias emocionalmente sanas según Foster** (Extraído de Foster, 1994g):

1. *Existe para los individuo (y no los individuos existen para la familia)*
2. *Encara el estrés, conflictos ansiedad, pena, desacuerdos, enfermedades, etc.*
3. *Valora a las personas como más importantes que su rendimiento.*
4. *Los miembros hablan unos a los otros sobre sus pensamientos y sentimientos y no sobre los otros, y aceptan que todos los sentimientos son admitidos y saben que algunos secretos existen como forma de delimitar sus límites.*
5. *Permite a cada miembro ser responsabel de sus propia acciones.*
6. *Puede ser amorosa y divertida y hacer cosas juntos.*
7. *Pueden celebrar el crecimiento y cambio.*
8. *Tienen reglas claras y flexibles (pocas reglas rígidas) y sin roles fijos.*
9. *Es relajada, energética, respetuosa, permite la maduración, respnsable, íntima, protectora de los miembros, valora las diferencias individuales y mantiene la autoestima y la conciencia de sí mismo.*
10. *Es abierta a discutir todos los temas.*
11. *Hace crítica constructiva y promueve una apropiada consecuencia a los actos, no castigo.*
12. *Evita los "deberías" a los demás.*
13. *Tiene una fuerte coalición parental con límites parentales y matrimoniales.*
14. *Mantiene una continua lucha de poder no destructiva.*
15. *Mantiene la capacidad de sorprenderse unos a otros.*
16. *Exhibe un incondicional amor.*
17. *Tiene prioridades saludables, expectativas razonables, responsabilidades compartidas y puede hacer halagos.*
18. *Da apoyo incondicional no invalidante.*
19. *Puede ser ineficiente socialmente pero funcionar como un sistema efectivo.*
20. *Sobrevive en un continuum entre el caos y la excelencia.*

Anexo 9. **SCL-90-R** (Extraído de Derogatis, 1994)

Nombre…… **Edad**:…… **Fecha de hoy:** ……

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

O Mujer O Varón

Educación:

O Primario incompleto	O Bachillerato incompleto	O Universitario incompleto
O Primario completo	O Bachillerato completo	O Universitario completo

Estado civil:

O Soltero	O Divorciado	O Viudo/a
O Casado	O Separado	O En pareja

Ocupación: ……

Lugar de nacimiento: ……

Lugar de residencia actual:……

¿Está recibiendo tratamiento farmacológico? ¿Cuál?

¿Cuántas veces ha acudido al psicólogo o psiquiatra en el último mes?

¿Ha necesitado atención urgente en el último mes? ¿En cuántas ocasiones?

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:
NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.
No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

Anexo 10. **ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)** (Extraído de Rivera-Heredia, 1999).

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Ayúdenos a conocer cómo funcionan las familias, con base en la experiencia y opinión que tiene sobre su propia familia. La información que proporcione será estrictamente confidencial. Recuerde que lo importante es conocer SU punto de vista. Trate de ser lo más sincero/a y espontáneo/a posible. Gracias por su colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con SU FAMILIA. Indique cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES	**TA**	**A**	**N**	**D**	**TD**
1. Los miembros de mi familia acostumbran a hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
2. Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.	5	4	3	2	1
3. En mi familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
4. Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.	5	4	3	2	1
5. En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.	5	4	3	2	1
6. La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
7. Nuestra familia acostumbra a hacer actividades en conjunto.	5	4	3	2	1
8. Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
9. Cuando tengo algún problema no se lo digo a mi familia.	5	4	3	2	1
10. Los miembros de mi familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
11. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
12. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1

Anexo 11**. Encuesta de evaluación de la terapia interfamiliar llevada a cabo tras al menos un año de iniciada la terapia y comparativa con terapias individuales y familiares.**

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN TIF TRAS UN AÑO

0.IDENTIFICACIÓN ……

1.ANAMNESIS. Durante el último año:

1.1.Ha seguido tratamiento en Salud Mental No (0) Sí (1) NS (5) NC (6)

1.2.Tratamiento psicofarmacológico No(0) Sí (1) NS (5) NC (6)

……

1.3.Urgencias en Salud Mental No (0) Sí (1) NS (5) NC (6)

(nº de veces ……..)

1.4.Continúa su tratamiento en GMF No (0) Sí (1) NS (5) NC (6)

En caso de "No" especificar motivo …….

……

En caso de "Sí" especificar nº de veces .....

1.5.Ha realizado otras actividades terapéuticas No (0) Sí (1) NS (5) NC (6)

En caso de "Sí" especificar

……

……

2.VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO MULTIFAMILIAR

Rogamos conteste de forma libre y voluntaria a las siguientes preguntas acerca de la experiencia terapéutica multifamiliar que llevó a cabo.

2.1. El tratamiento en grupo MULTIFAMILIAR al que asistí me fue útil.

(0) Nada (1)Algo (2) Bastante (3) Mucho (5) NS (6) NC

2.2. El tratamiento en grupo MULTIFAMILIAR al que asistí fue útil para mis familiares

(0) Nada (1)Algo (2) Bastante (3) Mucho (5) NS (6) NC

2.3.Volvería a seguir tratamiento MULTIFAMILIAR nuevamente.

(0) Nada (1)Algo (2) Bastante (3) Mucho (5) NS (6) NC

2.4.Recomendaría a otras personas acudir a terapia MULTIFAMILIAR.

(0) Nada (1)Algo (2) Bastante (3) Mucho (5) NS (6) NC

2.5.Entre 10 (excelente) y 0 (muy mala)qué puntuación daría globalmente a su experiencia con la terapia MULTIFAMILIAR

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (11) NS (12) NC

2.6. ¿Ha realizado previamente terapia individual?

(0) No (1) Sí (5) NS (06) NC

***2.7. En caso afirmativo*: Comparada con la terapia INDIVIDUAL considero que la terapia MULTIFAMILIAR es:**

(0) Menos útil (1) Igualmente útil (2) Más útil (5) NS (6) NC

2.8. Entre 10 (excelente) y 0 (muy mala) qué puntuación daría globalmente a su experiencia con la terapia INDIVIDUAL

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (11) NS (12) NC

2.9. ¿Ha realizado previamente terapia familiar?

(0) No (1) Sí (5) NS (06) NC

***2.10. En caso afirmativo:* Comparada con la terapia FAMILIAR considero que la terapia MULTIFAMILIAR es:**

(0) Menos útil (1) Igualmente útil (2) Más útil (5) NS (6) NC

2.11. Entre 10 (excelente) y 0 (muy mala) qué puntuación daría globalmente a su experiencia con la terapia FAMILIAR

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (11) NS (12) NC

Anexo 12. **Aspectos definitorios de la mirada construccionista**:

1. Las realidades son construidas socialmente a través del lenguaje. El lenguaje dentro de esta visión no se entiende como un conjunto de signos, estructura o estilo sino como el significado lingüísticamente mediado y contextualmente relevante que se genera interactivamente a través de las palabras y otras acciones comunicativas. El lenguaje es un proceso interactivo que, más allá de reflejar la naturaleza, crea la naturaleza que conocemos. En función de ello, somos aquello que el lenguaje transmite; y dado que el lenguaje es cambiable, también los significados son mutables (Anderson y Goolishian, 1988).

2. Nuestra identidad (nuestro *yo o self*) se construye socialmente a través del lenguaje. Por lo tanto, esta construcción no se realiza dentro del individuo sino en el espacio entre las personas. Frente a las teorías "modernas" psicoanalíticas, humanistas o cognitivo-conductuales –entre otras-, los enfoques posmodernos construccionistas amplían y problematizan la concepción de la identidad del yo, entendiendo que nosotros somos nuestros constructos (una mera construcción lingüística) considerándose la personalidad como una resultante de los múltiples modos en que interpretamos, nos anticipamos y respondemos al mundo social -el "yo saturado" al que alude Gergen (2006)-. El "yo", desde esta perspectiva, no está constituido por un conjunto de cualidades o rasgos internos inherentes o esenciales sino que refleja la síntesis de nuestros esfuerzos cambiantes por comprometernos con el mundo social (Neimeyer, 2013). Esta perspectiva pone en duda la creencia tradicional de los modelos psicológicos "modernos" en la cognoscibilidad última del yo y, con ella, los procedimientos y técnicas de autoanálisis y autocontrol más racionalistas.

3. Las realidades en las que vivimos se organizan y mantienen en el lenguaje y son preservadas y transmitidas en historias que vivimos y compartimos a las que denominamos *narrativas*. Las personas le damos sentido a nuestras vidas tanto a través de las narrativas culturales en las que hemos nacido como de las narrativas personales que construimos en relación con las narrativas culturales. La terapia busca recontar y revivir estas historias o narrativas ya que cuando una persona

cuenta "su" historia se da un proceso por el que deja de ser el actor para ocupar la posición de observador, de narrador, de testigo y así participar en la creación de historias alternativas -nuevas narrativas- (Zimmerman y Dickerson, 1994). La terapia entendida así se denomina *terapia narrativa.*

4. No hay verdades esenciales ya que no podemos conocer objetivamente la realidad sino sólo interpretar la experiencia. Para la narrativa, el acto de "conocer" es el acto de poner en palabras, siendo a través del lenguaje que conocemos y conformamos nuestro consenso acerca de lo que es la realidad (Anderson, 1988, cit. en Fernández y Rodríguez, 2001).). Desde la mirada construccionista la realidad se conceptualiza como un "multiverso" de significados creados –que incluye muchas versiones conflictivas del mundo- en un intercambio social dinámico que nos aleja de la idea de verdades únicas del "universo" (Parry, 1991)

5. Lo que llamamos trastornos mentales son narrativas "indeseables" que producen sufrimiento evitable y que impiden su adaptación al medio.

6. La psicoterapia pasa a ser entendida como conversación o diálogo más que como intervención y funciona, por tanto, como un procedimiento de intervención sobre estas narrativas "indeseables" buscando la generación de narrativas alternativas a través de un proceso de comunicación interpersonal. La terapia supone así un intento de transformar y expandir por medios lingüísticos las narrativas de la persona, dándose el cambio humano a través de la evolución de nuevos significados (Anderson, 1988) y el reconocimiento de las limitaciones y oportunidades que se derivan del contexto social y cultural determinado en el que vivimos. El fin último del proceso terapéutico es que cada uno de nosotros consiga ser auténtico autor de su vida (Paré, 1995). Anderson, parafraseando a Gadamer[67] (1977) definió la terapia como "*un proceso de expandir y decir lo no dicho y el desarrollo a través del diálogo de nuevos temas y narrativas para la creación de nuevas historias*

[67] Hans-Georg Gadamer (1900 –2002): filósofo alemán conocido por su obra Verdad y método (Wahrheit und Methode) (1977) y por su renovación de la Hermenéutica (arte de explicar, traducir o interpretar).

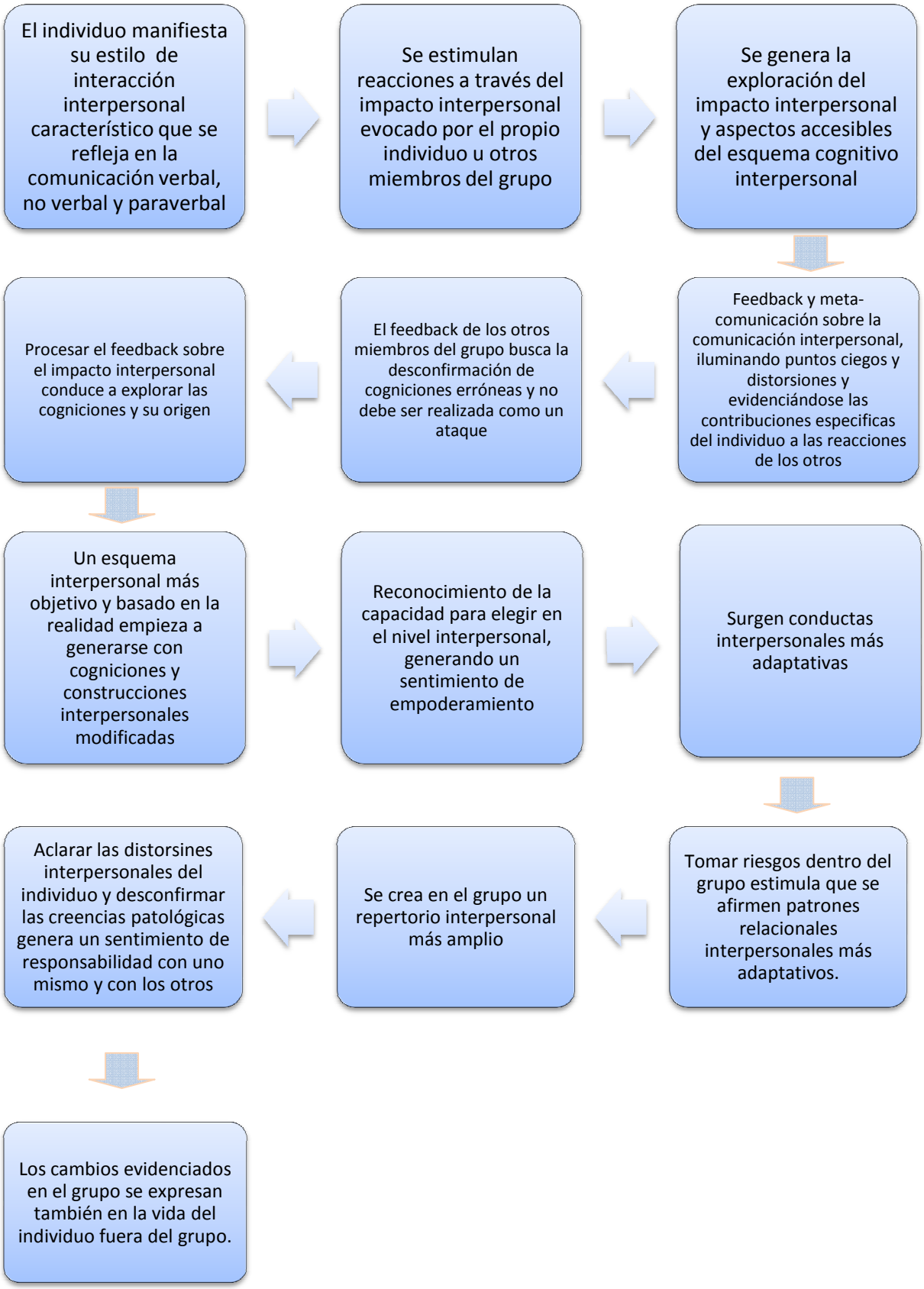
alternativas a la narrativa saturada por el problema con el que la persona acude a consulta".

7. El papel del terapeuta en el modelo construccionista consiste en abrir un espacio para la conversación en el que se posiciona "*siempre en un estado de ser informado por el cliente*" (Anderson, 1988), originándose un diálogo mutuamente envolvente que permita la colaboración mutua en el proceso de definición del problema que lleve a la co-creación de nuevas historias. El terapeuta actúa así como un experto conversacional en lo que ha sido denominado por algunos autores como "*un arquitecto del diálogo* o *de la conversación*" (Anderson y Goolishian, 1988; Zimmerman y Dickerson, 1994).

8. El construccionismo se desmarca de la posición general de las escuelas o modelos de terapia tradicionales en cuanto a ser las poseedoras de la "verdad". Frente a otros modelos psicoterapéuticos que ofrecen un molde concreto desde sus bases teóricas sobre el que el paciente construye determinadas narrativas que son consideradas como las "verdaderas", en la visión narrativa construccionista no es trascendente que estas narrativas sean "verdaderas" o "falsas", sino narrativas "más o menos útiles". Desde este punto de vista entendemos que las explicaciones propuestas por las diversas escuelas de terapia proporcionan nuevas versiones (nuevas narrativas) del problema que son útiles no porque sean "verdad", sino porque son "distintas", midiéndose su eficacia en función de su efecto sobre el destinatario (Fernández y Rodríguez, 2001). De acuerdo con ello, la psicoterapia, cualquiera que sea su método, funciona cuando es capaz de construir nuevas narrativas junto con los clientes que aporten nuevos significados a sus historias de manera que hagan innecesario el síntoma.

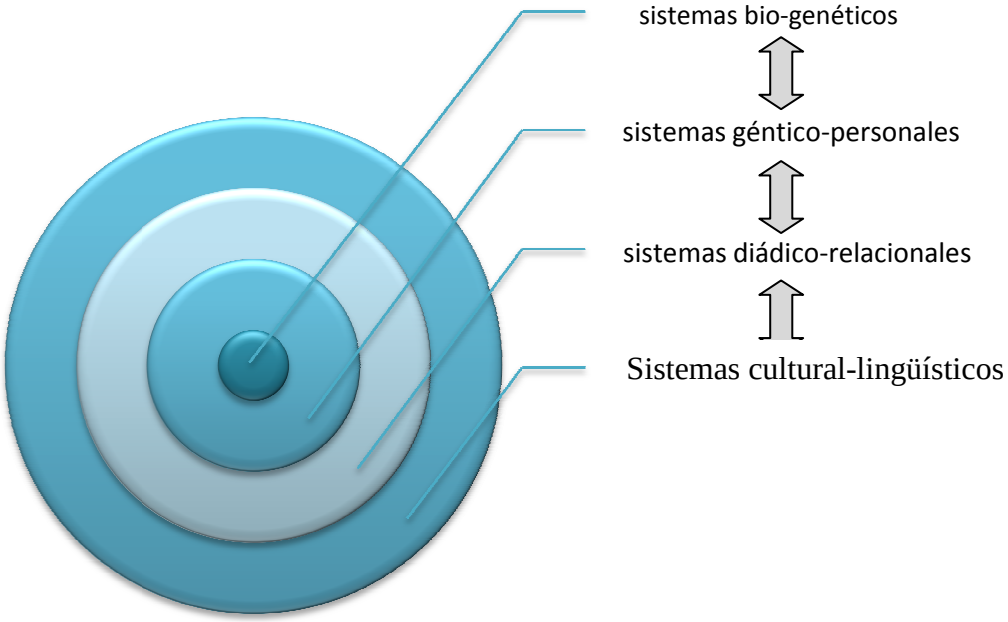
Anexo 13. **La secuencia de aprendizaje interpersonal**

(Extraído y traducido libremente de Yalom y Leszcz , 2005: 54)



Anexo 14. **El modelo epigenético del sistema organismo-medio**

(Extraído de Neimeyer, 2013)



Anexo 15**. Estudios publicados sobre abandonos de tratamientos psicoterapéuticos**
(extraído de Castillo y cols, 1996)

Porcentaje de abandono de la psicoterapia en diferentes estudios y revisiones

ESTUDIO	*PORCENTAJE DE ABANDONO*
Pekarik (1992b)	53,5%
Meresman et al. (1995)	52%
Garfield (1986)	>50%
Pekarik (1985)	>50%
Persons et al. (1988)	50%
Wierzbicki y Pekarik (1993)	46,86%
Schwartz y Howard (1988)	44%
Fisher et al. (1993)	40,7%
Burlingame et al. (1989)	33,3%
Beckham (1992)	33,3%
Sledge et al. (1990)	32-67%
Baekeland y Lundwell (1975)	30-60%
Gould et al. (1985)	28-59%
Piper et al. (1991)	28%
Fernández et al. (1996)	22,6-32,5%
Flick (1988)	20-30%
Gavino y Godoy (1993)	20,9-28,8%
Geyer, Plöttner y Winiecki (1991)	20,2%
Luborsky et al. (1988)	16,2%
Hunt y Andrews (1992)	17,32%
Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic y Christensen (1990)	16%
Allgood y Crane (1991)	15%
Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987)	6,7%
Andrews y Harvey (1981)	4,7%