

# **Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español.**

Sempere J, Fuenzalida C, Pérez A, Mesa A, Jadraque R, Ruvira B, Rodado MJ, Mateu M, Gabarí JM, Foz C, Terrés M, Albert MR, Zornoza P, Pérez M, Català E, Alonso M, Martínez A, de la Rubia C.

## **Resumen**

Un foro de formación y supervisión entre profesionales de distintas disciplinas sanitarias, educativas y sociales se gestó hace aproximadamente cinco años en la ciudad de Elche. Entre sus finalidades estaba el definir y difundir un modelo de terapia aplicable en instituciones del entorno. Se recogen los puntos básicos para la propuesta de un modelo de referencia que encuentra su principal fuente de inspiración en el “psicoanálisis multifamiliar” de Jorge García Badaracco, aunque con algunos matices diferenciales. Se describen algunas de las experiencias actuales en grupos multifamiliares en instituciones no sólo especializadas en salud mental sino también en otras áreas sanitarias y educativas de Alicante, Albacete y Murcia, provincias donde la difusión del modelo empieza a ser notable. Finalmente se exponen las principales reflexiones de los profesionales implicados acerca de su experiencia en el modelo multifamiliar.

## **Abstract**

A forum of training and supervision among professionals from sanitary, educative and social areas was developed in Elche more than five years ago. One of its goals was to define and to spread a therapy model applicable to the institutions of the area. The bases of these proposals are collected in this article, which tried to encounter a model of reference, finally finding in “multifamily psychoanalysis”, developed by García Badaracco, its fountain of inspiration, with some differential nuances though. Here we describe some of the current experiences in multifamily groups which are run not only in institutions specialized in mental health but also in other sanitary and educative areas of the provinces of Alicante, Albacete and Murcia, places where this model is starting to be remarkably spread. Finally, the main reflections of the professionals working with the multifamily model are stated.

## **Palabras clave**

Psicoanálisis multifamiliar, terapia grupal multifamiliar, grupos multifamiliares, García Badaracco, psicoterapia en instituciones, familia y grupo.

## **Key words**

Multifamily psychoanalysis, multifamily group therapy, multifamily groups, García Badaracco, psychotherapy in institutions, family and group.

## **Introducción**

Los trastornos mentales representan un enigma para la sociedad científica ya que sigue sin demostrarse la causa biológica de ningún trastorno mental. Ello explica que los tratamientos farmacológicos hayan mostrado una eficacia limitada en el abordaje de la enfermedad mental. Por otro lado, existen alrededor de trescientos tipos de psicoterapia con su propio fundamento teórico, muchos de las cuales han demostrado una eficacia similar a los tratamientos farmacológicos. Esta equivalencia de resultados entre modelos biológicos y psicoterapéuticos sigue planteando el dilema de si el efecto terapéutico se debe a las técnicas específicas que se aplican o a las relaciones interpersonales que se establecen en el proceso de la terapia. (González Pardo & Pérez Álvarez, 2007).

En el año 2005 se puso en marcha en la ciudad de Elche (Alicante) el Centre de Teràpia Interfamiliar (CTI), un centro clínico privado especializado en salud mental que priorizaba las actividades de psicoterapia y la formación continuada para profesionales de la zona. Posteriormente, en el año 2008, se creó la Asociación Salut Mental -con sede en el mismo centro- para facilitar la accesibilidad de los pacientes y familiares al tratamiento y promover la investigación y formación en salud mental. Es en el seno de ambas instituciones donde se gesta un foro de profesionales dedicado al estudio, formación y supervisión en psicoterapia que acabará desarrollando sus actividades principales en torno a la terapia multifamiliar.

### **Aproximación a un nuevo modelo de terapia**

El foro de profesionales, constituido por expertos de diversas disciplinas sanitarias, educativas y sociales se interesó principalmente en hallar un modelo de psicoterapia abierto a todos los aportes teóricos, que facilitara la comprensión de los procesos psíquicos y que fuera fácilmente aplicable en las instituciones. Algunos de estos profesionales no tenían formación previa en psicoterapia, mientras que otros procedían de escuelas tan diversas como la psicoanalítica, sistémica o cognitivo-conductual. En base a la experiencia de todos ellos y las aportaciones derivadas del estudio de diferentes autores, el foro definió diez puntos básicos en base a los cuales se forjó un modelo de terapia común:

1. El foco de la terapia es la “persona” más allá de su presentación como “paciente”, “enfermo” o “historia clínica” (García Badaracco, 2000).

2. La enfermedad mental no aparece de forma fortuita ni espontánea, sino como respuesta de cada individuo a determinados factores patógenos que inciden sobre su historia vital. Estos factores patógenos consisten en relaciones enfermantes que dan lugar a manifestaciones de alienación e interdependencia (García Badaracco, 2006). Los factores patógenos pueden incidir durante la crianza, originando una inadecuada individuación y autonomía; o en edades posteriores, induciendo entonces a estancamientos y crisis evolutivas. Incluyen cualquier tipo de trato irrespetuoso hacia el individuo (Ferenczi, 1996; Miller, 1998) tales como la vejación, infravaloración, desprecio, abuso, hipercontrol, manipulación, imposición, chantaje, abandono, negligencia, engaño, triangulación, indulgencia, acoso, entrometimiento, alienación o sometimiento, entre otros. En definitiva, cualquier proceso que transgreda el estatus como sujeto del ser humano para convertirlo en objeto (García Badaracco, 2000).

3. La función del terapeuta consiste en acompañar a la persona en el reconocimiento de estos factores enfermantes y promover su capacitación para protegerse y sobreponerse a ellos. Con este fin el terapeuta promueve un encuadre de confianza y seguridad en el que debe estar siempre disponible para el paciente y su familia (García Badaracco, 2000) a través de una participación empática, positiva y congruente (Hubble, 1999; McNamee, Kenneth, Gergen, 1996) a la vez que auténtica e incondicional (Rogers & Rosenberg, 1989), “Es la persona, y no la técnica, quien es capaz de curar” (Borja G, 2004, p. 42).

4. La colaboración de otros agentes terapéuticos facilita y potencia el proceso terapéutico. Los contextos de terapia que incluyen la participación de las personas del entorno del paciente aumentan las posibilidades de comprensión e intervención terapéutica (Guntrip, 1971) por incluir no sólo los recursos de los profesionales sino también los de los demás participantes (García Badaracco, 1990). Son ejemplo de ello los modelos grupales en psicoterapia, los modelos de terapia familiar así como la combinación de ambos en contextos multifamiliares (García Badaracco, 2000) y modelos comunitarios como el “Diálogo abierto” (Open dialogue) (Seikkula & Olson, 2003).

5. Ningún modelo ni teoría en psicoterapia es el mejor o el más válido (Reisner, 2005) pero a la vez todos tienen elementos valiosos que no debemos desaprovechar para el proceso terapéutico (Lambert, 2004). La pluralidad de terapias psicológicas muestra el carácter abierto de la solución a los trastornos mentales (González Pardo & Pérez Álvarez, 2007).

6. Integrar modelos teóricos de terapia basados en aspectos intrapsíquicos (psicoanálisis), en las dinámicas intrafamiliares (terapia sistémica), las interfamiliares (grupo multifamiliar) y las culturales y sociales (diálogo abierto) enriquece el abordaje terapéutico. A ello hace referencia García Badaracco cuando se refiere al “falso problema de las controversias entre las escuelas” (García Badaracco, 2000, p. 54) y a la “integración entre los diversos enfoques y escuelas” (García Badaracco, 2000, p. 49). Numerosos autores han trabajado en la línea de la “psicoterapia integrativa” en busca de la integración teórica y el eclecticismo en la técnica (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001) sugiriéndonos que la terapia más completa sería aquella que combinara diversos modelos teóricos y la intervención individual, familiar y grupal.

7. La terapia debe ser comprensible, sin tecnicismos en su lenguaje ni encorsetamientos en su encuadre y ofrecerse en un contexto cotidiano y espontáneo (García Badaracco, 2006). Al igual que determinadas

corrientes en el arte y otras disciplinas (expresionismo y constructivismo, por ejemplo), la terapia puede llegar a entenderse a través de modelos que expresen la complejidad de los fenómenos psíquicos de forma sencilla (Andersen, 1994). Su aprendizaje debe ser accesible y eminentemente práctico y seguir una metodología replicable.

8. Los costes de la terapia deben ser asumibles tanto para el paciente como para la institución, de manera que las personas puedan recurrir a ella de forma frecuente y prolongada si así lo requieren. Los modelos de terapia grupal y multifamiliar redundan en una economía de medios por abordar múltiples casos en un mismo espacio y tiempo.

9. La terapia debe poder integrarse no sólo en contextos de salud mental sino también en otras instituciones con el fin de abordar cualquier problemática humana. García Badaracco (2000) concibe la reunión multifamiliar como “un diseño de gran universalidad dentro del cual es posible enfocar y abordar cualquiera de los problemas humanos” (p. 319), abarcando tanto los ámbitos de la medicina general, escolar y social.

10. El fin último de la terapia es que el paciente consiga “sanarse”, entendiendo “estar sano” como la capacidad para vivir de acuerdo con su naturaleza genuina, libre del control y sometimiento a los otros y orgulloso de ser uno mismo en el contexto social. Diversos autores hacen referencia a este estado de salud de diferentes maneras: “sí mismo” (Kohut, 1990), “sí-mismo verdadero”, “ser uno mismo”, “desarrollo de recursos yoicos” y “virtualidad sana” (García Badaracco, 2000), “verdadero self” (Winnicott, 2002), “desarrollo personal” (Klein, 1988), “verdadero nuevo comienzo” (Balint, 1993) o “inteligencia emocional” (Goleman, 1996)

### **Implantación del modelo de terapia multifamiliar**

El foro creado en Elche encontró en el psicoanálisis multifamiliar descrito por García Badaracco un modelo capaz de reunir los requisitos expuestos en el decálogo, convirtiéndose en material básico para la formación de profesionales. Se señalan, sin embargo, algunos matices diferenciales del modelo de terapia multifamiliar aplicado con respecto al de García Badaracco:

- Por su contexto abierto, espontáneo y aglutinador de una gran diversidad de aportes teóricos consideramos que el modelo multifamiliar representa una nueva metapsicología que va más allá del psicoanálisis. Preferimos por ello denominarlo “terapia multifamiliar” o incluso “terapia interfamiliar”, dando así a entender que lo trascendente en este modelo no es tanto la participación simultánea de un número de familias (*multi*) como la interacción entre ellas (*inter*).
- Llevamos más allá el empeño de García Badaracco por hacer su teoría asimilable y entendible a través de un lenguaje sencillo y consideramos que la promoción e implantación del modelo requiere nuevas revisiones que la simplifiquen aún más, haciéndola así accesible a profesionales de diversas disciplinas y con diferentes orientaciones.
- Cada profesional imprime su propio sello en la conducción del grupo multifamiliar pero siguiendo una metodología común basada en la promoción de un clima de confianza grupal en el que todos los participantes tengan su propia voz y se comuniquen “por sí mismos” y “desde sí mismos”. La flexibilidad del encuadre posibilita que los conductores incluyan actividades diferentes dentro de los grupos con la intención de promover nuevas dinámicas de interacción. Son ejemplo de ello el análisis de material audiovisual (grabaciones de sesiones grupales anteriores o extractos de películas de ficción) o fraccionar el grupo en subgrupos durante una parte del tiempo grupal (por ejemplo, en grupos multifamiliares en los que concurren niños o adolescentes).

### **Experiencias en grupos multifamiliares en el entorno**

Los primeros grupos multifamiliares en la zona se iniciaron a finales del año 2005, expandiéndose a partir de entonces el modelo de forma exponencial. Las experiencias son periódicamente compartidas a través de grupos de formación y supervisión en los que se revisa material bibliográfico y audiovisual y se invita a los participantes a participar en los grupos multifamiliares en funcionamiento.

Estas experiencias en terapia multifamiliar son llevadas a cabo tanto en instituciones públicas como privadas y no sólo del ámbito de la salud mental. A continuación señalamos algunas de ellas con sus puntos distintivos:

**a) Área de salud mental infanto-juvenil (Orihuela, Alicante).**

En el año 2005 se introdujo el primer grupo de terapia multifamiliar en la unidad de atención ambulatoria pública. Se trata de un grupo de periodicidad semanal y abierto a todos los pacientes atendidos en las consultas de psicología y psiquiatría infanto-juvenil y a sus familias (Sempere, 2011). El grupo funciona como un espacio de contención clínica y de elaboración de conflictos familiares, poniendo especial énfasis en la comprensión de las conductas de los niños y los adolescentes. 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.

Con posterioridad otros tres grupos multifamiliares se han incorporado al mismo centro ambulatorio:

- Un grupo multifamiliar quincenal para niños en edad latente (6 a 11 años) con trastornos psíquicos graves y sus familias.
- Un grupo multifamiliar quincenal para adolescentes (12 a 17 años) con trastornos psíquicos graves y sus familias.
- Un grupo multifamiliar de acogida con carácter quincenal o mensual en el que son atendidos simultáneamente hasta diez niños que contactan por primera vez con el servicio y sus familias.

En estos tres últimos grupos se dedica una parte del tiempo a crear dos subgrupos separados (niños y padres), de manera que el encuentro sirve no sólo para observar e intervenir sobre cada dinámica intrafamiliar sino también para conocer, por un lado, la manera de relacionarse e interactuar de cada niño con los demás niños y, por otro, las dinámicas parentales y conyugales.

En la **unidad hospitalaria de ingreso** psiquiátrico para niños y adolescentes del Hospital Vega Baja de Orihuela (una planta de ocho camas en la que también se llevan a cabo actividades de hospital de día) se realiza un grupo multifamiliar semanal con la participación de todos los pacientes ingresados así como de sus familias y de todos los profesionales de la unidad. Además, a diario se realiza una terapia grupal con los niños ingresados a la que con frecuencia se unen familiares, por lo cual podemos afirmar que también a diario se desarrolla una experiencia multifamiliar en la unidad.

Los numerosos grupos multifamiliares que semanalmente se realizan en el área de salud mental infanto-juvenil de Orihuela (hasta diez) la convierten en un centro eminentemente psicoterapéutico, donde todos los pacientes y sus familias tienen la posibilidad de acceder, como mínimo, a una experiencia terapéutica semanal a través del grupo multifamiliar. Esta condición convierte el centro en lugar privilegiado para la formación y estudio de grupos multifamiliares, por lo cual recibe de forma continua a profesionales interesados en este modelo.

**b) Asociación Salut Mental (Elche, Alicante).**

Desde el año 2008 se realiza un grupo de terapia multifamiliar semanal gratuita y abierta a todos los ciudadanos sin criterios de admisión en cuanto a edad ni a patología en el que también participan los profesionales que acuden a los cursos de formación y supervisión que se imparten en la asociación. En los últimos meses, se puso en funcionamiento un hospital de día en la asociación, cuyos pacientes y familiares también participan en el grupo multifamiliar.

**c) Centre de Teràpia Interfamiliar (Elche, Alicante)**

Desde este centro clínico privado se invita a los pacientes atendidos y a sus familias a participar en la terapia multifamiliar que lleva a cabo la Asociación Salut Mental, con sede en el mismo local. Paralelamente, dos grupos multifamiliares más pequeños funcionan con periodicidad quincenal dentro del centro privado. Se trata de grupos que acogen a pacientes y familiares con una problemática específica común: uno de ellos atiende a pacientes con retraso mental límite y a sus familias y otro a adolescentes con trastornos de conducta y a sus familias. En ellos se abordan las dificultades derivadas de su problemática concreta, las dinámicas familiares que pudieran subyacer en la aparición de las expresiones sintomáticas y las que pudieran generarse en función de las características de los pacientes.

#### **d) Otras instituciones de salud mental:**

El Hospital de día de adultos de Albacete, los centros de salud mental infanto-juvenil de Benidorm (Alicante), Lorca y Murcia (Comunidad de Murcia), dos unidades hospitalarias de la Comunidad de Murcia (una especializada en atención a pacientes con trastornos límites de personalidad y otra a pacientes con trastornos psicóticos crónicos) y el Centro de Terapia Fonos de la red privada de Elche (Alicante) han iniciado en el último año sus propios grupos de terapia multifamiliar.

#### **e) Grupos multifamiliares en centros no especializados en salud mental.**

El modelo de terapia multifamiliar también se ha introducido en los ámbitos educativo y sanitario con la puesta en marcha de dos grupos multifamiliares semanales coordinados por una neuropsiquiatra con formación en terapia multifamiliar. Estos grupos se realizan en dos instituciones públicas:

1. Colegio Mariano Benlliure de Elche, donde la directora del centro promovió la puesta en marcha de un grupo multifamiliar semanal con el fin de dar respuesta a la demanda de apoyo y contención por parte de padres de niños con discapacidad y problemas en la adaptación escolar. Este grupo se abrió posteriormente a todas las familias con alumnos escolarizados en el centro. En los encuentros multifamiliares se promueve el intercambio entre familias con hijos con dificultades comunes y se abordan las relaciones familiares y la interacción familia-colegio. Participan algunos profesionales del centro, padres y otros familiares y en ocasiones también los niños. El grupo engloba las funciones de escuela de padres y de espacio de intervención terapéutica.
2. Unidad de Pediatría del Hospital General de Alicante, donde la misma neuropsiquiatra promovió un grupo terapéutico multifamiliar semanal abierto a niños ingresados en la planta de pediatría y a los atendidos en las consultas externas hospitalarias y a sus familias. Estos niños afectados por enfermedades diversas y sus familiares encuentran en el grupo un espacio donde compartir sus vivencias y encontrar apoyo mutuo, pero también donde elaborar aspectos vinculares y emocionales que pudieran interferir en la adaptación y evolución del niño.

#### **f) Proyectos de implantación de nuevos grupos multifamiliares**

Varios equipos preparan la introducción de nuevas experiencias multifamiliares en diversas instituciones. Entre ellas señalamos:

- La inminente puesta en marcha de un grupo multifamiliar para la atención y seguimiento de los pacientes que presentan un primer episodio psicótico y sus familias en el Hospital Vega Baja de Orihuela, así como de nuevos grupos multifamiliares en las unidades de salud mental infanto-juvenil de Cartagena y Águilas (Comunidad de Murcia).
- El desarrollo del proyecto Leonardo 2012-2014 que bajo el título “El rol de la familia en la potenciación del paciente” tiene como objetivo la inclusión de grupos multifamiliares en instituciones de salud mental en diversos países europeos (Francia, Bélgica, Islandia, Rumanía y España) y que será coordinado por la Asociación Salud Mental de Elche.
- En abril de 2012 se inicia un nuevo foro de formación y supervisión específica en grupos multifamiliares en la Fundación Hospital de Nens de Barcelona con el apoyo de los profesionales de la Asociación Salud Mental.

#### **Discusión**

La implantación de grupos de terapia multifamiliar en las instituciones de las provincias del Sureste español responde a la sensibilización de los profesionales adscritos a un foro común en Elche acerca de la validez y utilidad de este modelo. Los participantes en dicho foro relacionan el éxito en la difusión del modelo con los siguientes factores:

1. La base teórica comprensible del modelo a través de los textos de García Badaracco y otros autores relacionados.
2. La apertura del encuadre por ser capaz de integrar y hacer compatibles varios enfoques teóricos en psicoterapia.
3. La facilidad de acceso al conocimiento del modelo “in situ” a través de la participación en los grupos multifamiliares ya establecidos.
4. La compatibilidad del modelo con el resto de actuaciones terapéuticas (terapias individuales, psicofarmacológicas, familiares y grupales) de las que pudiera beneficiarse el paciente.

5. La economía y productividad del encuadre multifamiliar, donde varios pacientes y sus familias aúnan su tratamiento terapéutico en un mismo tiempo, espacio y con los mismos recursos profesionales.
6. La universalidad de su indicación, ya que se trata de un recurso terapéutico accesible a todos los pacientes, cualquiera que sea su diagnóstico y a sus familiares. Así mismo, la aplicación del modelo en contextos no especializados en salud mental lo convierten en un recurso válido para la participación e interacción entre familias y profesionales en otras instituciones.
7. La posibilidad de aunar los aspectos de autoayuda y de intervención psicoterapéutica en un mismo espacio, tal y como señala García Badaraco (García Badaracco, 2000) y que a la vez funciona como lugar privilegiado de formación y supervisión de profesionales.
8. La inclusión de todo el equipo profesional y la vertebración del resto de actividades terapéuticas de la institución (Sempere, 2011).
9. La potencia terapéutica percibida por los participantes (profesionales, pacientes y familiares).
10. La atención terapéutica inmediata, regular y continuada posibilita la descongestión de las agendas profesionales así como del número de urgencias e ingresos de los pacientes atendidos, si bien este impacto aún no ha sido medido a nivel estadístico.

Sin embargo la puesta en marcha de grupos multifamiliares no ha estado exenta de dificultades que a menudo han minado la moral de los profesionales y han creado dudas acerca de este modo de trabajo. Entre ellas destacamos:

1. La sorpresa y confusión que el propio encuadre abierto y espontáneo provoca entre los profesionales acostumbrados a encuadres previos más rígidos y cerrados (Sempere, 2005).
2. Las trabas institucionales para aceptar el modelo por considerarlo “poco ortodoxo”, “transgresor” y “anárquico” así como el boicot de profesionales de la propia institución que dificultan el acceso a los grupos de los pacientes adscritos a sus agendas.
3. La falta de una metodología clara en la aplicación de la intervención terapéutica en un contexto tan abierto y espontáneo.
4. Las dificultades para la coterapia en un grupo grande con multiplicidad de problemáticas y donde pueden ser actuados los conflictos entre las jerarquías institucionales representadas.
5. La escasa experiencia y formación previa de los profesionales en aspectos específicos del encuadre multifamiliar que puede promover grupos no verdaderamente “psicoterapéuticos” y que perpetúen las dinámicas familiares patológicas.
6. La inasistencia a las sesiones por parte de familias sorprendidas por un contexto tan amplio y distinto al de sus experiencias terapéuticas anteriores. Este absentismo también podría estar relacionado con la manera en que los profesionales legitiman el nuevo espacio terapéutico como “actividad accesorias y suplementaria” con respecto a la citación individualizada.
7. La falta de estudios científicos acerca de la efectividad, eficacia y eficiencia del modelo y del impacto de su aplicación en las instituciones compromete la inclusión del modelo en las políticas sanitarias y sociales de nuestro medio. Las tesis doctorales que algunos miembros del foro han iniciado recientemente podrían ofrecer próximamente datos al respecto.
8. Queda una larga tarea por hacer en la difusión e implantación del modelo en más instituciones, para lo cual es necesario que previamente sigan revisándose sus bases teóricas y promover nuevos foros de formación.

## **Conclusiones**

En los últimos siete años, el modelo de terapia multifamiliar inspirado en el psicoanálisis multifamiliar descrito por García Badaracco se viene implantando de forma progresiva en numerosas instituciones tanto públicas como privadas de las provincias de Alicante, Murcia y Albacete dirigidas no sólo a la atención en salud mental sino también a otras áreas sanitarias y educativas. En la actualidad existen más de veinticinco grupos terapéuticos multifamiliares establecidos de forma permanente en la zona, los cuales con frecuencia son vertebradores del resto de actividades terapéuticas en sus instituciones. La rápida asimilación del modelo por parte de los profesionales posiblemente tenga que ver con la simplificación de sus bases teóricas, su capacidad para la integración de otros modelos de terapia, el contexto abierto y espontáneo en el que se desarrolla, su potencia terapéutica y la optimización de recursos económicos y profesionales. El éxito en su aplicación sugiere que es factible la expansión del modelo a cualquier otro

lugar de nuestra geografía y a instituciones con fines diversos. Es necesario, sin embargo, seguir revisando las bases teóricas y metodológicas de la terapia multifamiliar así como promover estudios científicos que valoren su eficacia de forma objetiva.

### **Bibliografía**

- González Pardo, H; Pérez Álvarez, M (2007). La invención de trastornos mentales. Alianza editorial. Madrid.
- García Badaracco, J.E (2000). Psicoanálisis multifamiliar. Paidós. Buenos Aires.
- García Badaracco, J.E (2006). De sorpresa en sorpresa. Inédito.
- Ferenczi S (1997). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Amorrortu. Buenos Aires.
- Miller, A. (1998). El drama del niño dotado. Tusquets. Barcelona.
- Borja, G (2004). La locura lo cura. La llave. Vitoria-Gasteiz.
- Hubble MA, Duncan BL, Millar SD.(1999). The heart and the soul of change. What Works in therapy. American Psychological Association. Washington DC.
- Rogers C et Rosenberg C (1989). La persona como centro. Herder. Barcelona.
- McNamee S, Kenneth J, Gergen K (1996). La terapia como construcción social. Paidós, Barcelona.
- García Badaracco, JE (1990). Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Tecnipublicaciones. Madrid.
- Seikkula J. y Olson ME (2003): "The open dialogue approach to a acute psychosis: its poetics and micropolitics), Family Process, 42, 3, 403-418
- Guntrip, H. (1961): Estructura de la personalidad e interacción humana. Buenos Aires: Paidós, 1971
- Reisner AD (2005): "the common factors, empirically validated treatments and recovery models of therapeutic change". The Psychological Record, 55, 377-399.
- Lambert MJ, Ogles BM (2004): "The efficacy and effectiveness of psychotherapy"; M.J. Lambert, ed. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change. Wiley, Nueva York:
- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B (2001). La práctica de la psicoterapia, la construcción de narrativas terapéuticas. Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Andersen T (1994). "El equipo reflexivo. Diálogos y Diálogos sobre diálogos". Gedisa. Barcelona
- H. Kohut (1990): la restauración del sí-mismo. Paidós. Barcelona.
- Winnicott DW (2002). Realidad y Juego. Gedisa. Barcelona.
- Klein, M. (1988). Envidia y gratitud y otros trabajos. Obras completas. Volumen 3. Paidós. Barcelona
- Balint M (1993). Falta Básica. Paidós. Barcelona
- Goleman D (1996). Inteligencia emocional. Kairós. Barcelona.
- Sempere, J.; Rodado, M.J; 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. (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.

### **Autores**

- **Javier Sempere Pérez.** Psiquiatra. Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante. Presidente de la Asociación Salud Mental y director médico del Centre de Teràpia Interfamiliar –CTI- de Elche, Alicante. Contacto: [bsaselx@hotmail.com](mailto:bsaselx@hotmail.com)
- **Claudio Fuenzalida Muñoz:** Psicólogo. Asociación Salud Mental de Elche y CTI, Alicante. Contacto: [Fuenzalida.cl@gmail.com](mailto:Fuenzalida.cl@gmail.com)
- **Adelaida Pérez Medrano.** Psicóloga. Asociación Salud Mental de Elche, Alicante.
- **Ana Mesa Pérez.** Antropóloga. CTI y Asociación Salud Mental de Elche, Alicante.
- **Rocío Jadraque** ! Neuropediatra. Hospital General de Alicante.
- **Beatriz Ruvira Ruvira.** Psicóloga. Asociación Salud Mental de Elche, Alicante.
- **María José Rodado Martínez.** Psiquiatra. Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante
- **Margarita Mateu Guilabert.** Psicóloga. Centro Fonos de Elche, Alicante.
- **José María Gabarí. Ledesma** Psicólogo. USMI Lorca, Murcia.
- **Cristina Foz Giner.** Psicóloga. Hospital de Día de Albacete.
- **María Encarnación Terrés.** Psiquiatra. USMI Raval. Elche, Alicante.
- **Rosa María Albert Sanchis.** Enfermera. USMI Alicante.

- **Pilar Zornoza.** Enfermera. USMI de Benidorm, Alicante.
- **María Pérez García.** Psiquiatra. USMI Cieza, Murcia
- **Elena Català.** Psiquiatra. USMI de Benidorm, Alicante.
- **María Alonso Navarro.** Profesora. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante
- **Asunción Martínez.** Profesora. Directora Colegio Mariano Benlliure de Elche, Alicante.
- **Cristina de la Rubia.** Psicóloga. Asociación Salud Mental de Elche, Alicante.

**Agradecimientos:**

A Jorge García Badaracco, alma del psicoanálisis multifamiliar. A todos los profesionales y familias que confiaron en el modelo e hicieron posible la difusión de la terapia multifamiliar en Elche y su entorno.