

TERAPIA INTERFAMILIAR: DE LA “TERAPIA DE FAMILIA” A LA “TERAPIA ENTRE FAMILIAS”. ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DEL MODELO TERAPÉUTICO INTERFAMILIAR WORK: FROM “FAMILY THERAPY” TO “THERAPY BETWEEN FAMILIES”. ANALYSIS AND PROMOTION OF THE THERAPEUTIC MODEL

Javier Sempere y Claudio Fuenzalida¹

Resumen

Un foro de formación y supervisión de profesionales sanitarios, educativos y sociales se gestó en Elche hace más de cinco años. Entre sus metas estaba el definir un modelo de intervención terapéutica aplicable en las instituciones del entorno. Partiendo de enfoques de intervención familiar e inspirándose en el modelo de psicoanálisis multifamiliar descrito por García Badaracco, se propone un modelo de referencia que amplía el foco de la intervención a varias familias simultáneamente. Se exponen las bases teóricas y experiencias con el nuevo modelo que llevan a los autores a concluir que la terapia interfamiliar tiene el potencial para convertirse en modelo de referencia en las instituciones, si bien se apunta que aún son necesarios nuevos estudios que permitan validarla como un modelo eficaz.

Palabras clave: *Terapia de familia, terapia multifamiliar, psicoanálisis multifamiliar, terapia grupal multifamiliar, grupos multifamiliares, García Badaracco, psicoterapia en instituciones, familia y grupo.*

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

¹ 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. bsaselx@hotmail.com
Claudio Fuenzalida Muñoz. Psicólogo. Coordinador clínico del hospital de día de la Asociación Salud Mental de Elche. fuenzalida.cl@gmail.com

by García Badaracco, its fountain of inspiration, with some differential nuances though. Here we describe some of the current experiences in multifamily groups and its theoretical basis. Finally, the main reflections of the professionals working with the multifamily model are stated.

Key words: *Family therapy, multifamily therapy, multifamily psychoanalysis, multifamily group therapy, multifamily groups, García Badaracco, psychotherapy in institutions, family and group.*

Introducción

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. Profesionales de distintas disciplinas sanitarias, educativas y sociales se interesaron en hallar un modelo terapéutico de referencia que a través de la integración de diversos aportes teóricos facilitara la comprensión e intervención sobre los procesos psíquicos y que pudiera introducirse de forma práctica en las instituciones del entorno. Este modelo, que sería finalmente denominado "terapia interfamiliar", debía reunir los siguientes puntos:

1. Un encuadre abierto y espontáneo facilitador del acceso a terapia del mayor número de pacientes.
2. La intervención sobre los aspectos intrapsíquicos del paciente, incluyendo así los aspectos de una terapia individual
3. La intervención sobre las dinámicas familiares subyacentes, incluyendo así los aspectos de una terapia familiar.
4. La intervención sobre factores del entorno social.
5. La potencia de la terapia de grupo.
6. La integración de técnicas terapéuticas diversas y de profesionales de diferentes formaciones.

7. Una sencilla metodología.
8. La compatibilidad con otras intervenciones terapéuticas, sociales y educativas simultáneas.
9. La economía de medios tanto para la institución como para el paciente.
10. La eficacia.

Análisis del modelo de terapia interfamiliar

1. Bases teóricas

La terapia interfamiliar encuentra sus pilares fundamentales en el modelo de psicoanálisis multifamiliar descrito por Jorge García Badaracco (2000), quien amplió el foco del tratamiento psicoanalítico a todo el sistema familiar a través de un contexto terapéutico que incluía simultáneamente a varias familias y profesionales. El contexto abierto y espontáneo de los grupos multifamiliares rompió con los encuadres psicoanalíticos tradicionales y supuso una revolución respecto a los modelos imperantes en su época al universalizar y democratizar la psicoterapia y hacerla accesible a todos. Aunque García Badaracco siempre se definió como psicoanalista, su modo de trabajo integró todos los recursos técnicos, profesionales y humanos al alcance del paciente evitando *"el falso problema de las controversias entre escuelas"* (2000: 54), aunando en su modelo *"lo sistémico con lo psicoanalítico"* (2000: 265) e integrando así *"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 por esto caer en un eclecticismo empobrecedor"* (2000: 31,49,50). Otros autores trabajaron en contextos de terapia multifamiliar aunque con finalidades terapéuticas distintas, considerándose a Henri Laqueur como el fundador de la terapia multifamiliar al reunir a varias familias con el fin de mejorar la comunicación entre familiares y pacientes hospitalizados (Bertrando P et Toffanetti D, 2004). Se han documentado otras experiencias de autores como Bowen (1991) y Asen (2006) en base a la terapia familiar y de McFarlane, (1996) siguiendo un enfoque asertivo-psicoeducativo.

El foro de Elche redefinió los fundamentos teóricos del psicoanálisis multifamiliar con un vocabulario más sencillo y universal, profundizando aún más en la integración de diversos modelos, sobre todo dinámicos y sistémicos. Prefirió denominar al modelo como "terapia multifamiliar" o "interfamiliar" por considerar que su contexto abierto, espontáneo y aglutinador de múltiples aportes teóricos representa una nueva metapsicología que va más allá del psicoanálisis. Prefirió además anteponer el término "interfamiliar" al de "multifamiliar" por entender que lo trascendente en este modelo no es tanto la participación simultánea de un número de familias (*multi*) como la interacción y elaboración común entre ellas (*inter*).

Los pilares teóricos de la terapia interfamiliar van más allá del predeterminismo biológico al entender la enfermedad mental como una patología vincular, considerando tres puntos básicos:

1. La enfermedad mental es el resultado de una interacción comunicacional patógena entre dos o más seres humanos. Recogemos así el legado de García Badaracco, quien describe la enfermedad mental en términos de una inadecuada comunicación humana que cristaliza en relaciones enfermantes y vínculos de interdependencias patógenas (2006).
2. En la aparición y sostenimiento de la enfermedad mental es determinante la historia transgeneracional de cada participante de la relación y la combinación de sus circunstancias particulares.
3. La expresión clínica dependerá de las características del vínculo patógeno y del modelo comunicacional familiar. Por lo general si las dinámicas relacionales patógenas son sostenidas e inciden durante la crianza pueden originar una deficiente individuación y autonomía que llegan a perpetuarse hasta el presente; mientras que si se dan en edades posteriores pueden inducir a estancamientos y crisis evolutivas.

Con estos axiomas básicos asimilamos y simplificamos el legado de autores que desde diferentes posturas epistemológicas han señalado cómo ciertas dinámicas relacionales promueven la patología mental. Destacamos a continuación algunos de los más significativos.

García Badaracco refiere que el enfermo mental vive *"habitado por otros y manejado por otros por la necesidad de ser aceptado y querido por los otros significativos, en particular por los padres, e inhabilitado para desarrollar su propio sí mismo"* (2000: 250). Esta idea de ser "habitado" por múltiples "personajes" guarda a su vez paralelismo con el pensamiento de psicoanalistas como Lacan, quien señala que el "yo" es la suma de las distintas identificaciones del sujeto a lo largo de la vida, de manera que nos empeñamos en ser lo que no somos en función de los demás y construimos "personajes" en un deseo de complacer el deseo del otro (1998); Sullivan se refiere al sistema del yo como representaciones reflejas de otros y destaca la especial sensibilidad del niño para captar el estado de ánimo de las personas de su entorno en lo que definió como "nexo empático" (1953); y Jung utiliza el término "persona" o "máscara" para definir la necesidad de dar una "buena impresión" y satisfacer los roles que la sociedad nos exige alejándonos del sí-mismo (1991). Freud señala en el caso clínico del pequeño Hans (1990) un modelo de relación familiar como causante de patología mental; Levy describe el "poder patógeno de la sobreprotección" (Eisenberg, 2006); Frieda Fromm-Reichmann acuña el término de "madre esquizofrenógena" (1994); Mahler analiza la "relación simbiótica" entre madre e hijo (1984); Klein metaforiza las frustraciones en la relación madre-niño en la figura del "pecho malo" (1988); y Winnicott define "la madre no suficientemente buena" como aquella incapaz de promover la "espontaneidad" del niño (2006). Los términos "espontaneidad" y "verdadero yo" (o su equivalente "yo-mismo") aparecen repetidamente en la obra de García Badaracco, quien se refiere al paciente mental grave como *"aquel que no ha podido crecer y estructurarse sobre la base de la espontaneidad y que no ha podido desarrollar su sí mismo al no haber sido reconocido por sus padres en sus manifestaciones más auténticas"* (Mitre, 1998: 31). Muy cercano resulta el pensamiento de Kohut, quien hace referencia al "sí-mismo" como estructura

estable que emerge de un estado infantil frágil y fragmentado en cuyo desarrollo es trascendental la empatía por parte de los demás (1990). La "teoría del vínculo", correlaciona la génesis de la enfermedad mental con la calidad del vínculo parento-filial (Bolwy, 1986). De forma similar, Miller (1998) y Ferenzcy (1996) relacionan la aparición de la patología mental con el trato no respetuoso hacia el niño; Linares menciona el "desamor" en forma de maltrato psicológico o físico como el fundamento de la psicopatología (1996); Maturana, en su teoría de la "biología del amor" (1996), y Balint, en su teoría de los "defectos básicos" (1993), inciden asimismo en la idea de que la enfermedad mental aparece como respuesta a la "falta de amor". Diferentes escuelas de terapia familiar formulan hipótesis que nos conectan con el concepto badaraquiano de "interdependencias patógenas" (término al que García Badaracco también se refiere como "la presencia de los otros en nosotros"). Ackerman señala la dificultad de individuación y crecimiento personal en los enfermos mentales como resultado del "entrometimiento" patológico entre los miembros de la familia (García Badaracco, 2000); Boszormeny-Nagy y Spark introducen el concepto de "lealtades invisibles" en la familia, consistentes en expectativas estructurales a las que sus miembros se deben (1983); Bowen denomina "triangulación" a la inadecuada diferenciación de los miembros que puede llevar a una pareja marital a incluir a terceras personas como forma de estabilizar sus tensiones (1991); Haley describe el "triángulo perverso" (1967); Selvini los "juegos relacionales" en la familia en los que queda atrapado el enfermo mental (1998); Minuchin señala el "entrometimiento" o su opuesto, el "desentendimiento", como generadores de patología mental en familias disfuncionales (1984); los modelos de terapia familiar existencial representados por Whitaker y Bumberry plantean que tras la enfermedad mental subyace una falta de individuación y estimulación de la creatividad de los miembros de la familia (1991); Boscolo (1989) presenta al enfermo mental como alguien que ayuda a resolver el problema familiar a través del síntoma; y Jackson (1984) señala como la rígida homeostasis en ciertas familias impide su adaptación a los ciclos vitales. Entre los estilos de comunicación familiar descritos en estas dinámicas relacionales destaca la "teoría del doble vínculo" y los fenómenos de "desconfirmación" formulados por la Escuela de Palo Alto, que define un particular modelo de comunicación como factor necesario pero no suficiente en la génesis de la psicosis (Watzlawick, 1987).

También Searles relacionó determinados tipos de comunicación familiar con la aparición de la esquizofrenia (1959) y Laing (1978) describe diversos mecanismos interpersonales que distorsionan la realidad afectiva y pragmática induciendo a la psicosis.

La palabra "alienación" define mejor que ninguna otra los efectos patógenos que los otros pueden causar en nosotros a través de relaciones enfermantes. Según el diccionario de la RAE "alienar" significa "quitar o causar la pérdida de la personalidad, la identidad o las ideas propias de una persona o de un colectivo o alterar la razón y los sentidos temporal o permanentemente" (2001). Este concepto conecta la obra de García Badaracco, quien señala procesos de "alienación" en la enfermedad mental producidos por un "objeto enloquecedor" (2000: 41), pero también con el "síndrome de alienación parental" descrito por Gardner en procesos de separación conyugal (1999) y con la "instigación" que Selvini definió en relación con procesos de comunicación ambivalentes entre padres e hijos de familias psicóticas (1998). Conecta asimismo con los fenómenos de "mobing" y "bulling" referidos a procesos alienadores en el medio laboral y escolar, respectivamente.

2. Contexto terapéutico

El grupo interfamiliar, en su virtud de grupo terapéutico, se constituye en la "matriz" (Foulkes, 2006) en la que es posible aunar los factores terapéuticos derivados del conjunto de interacciones interpersonales de sus participantes (Vinogradov y Yalom, 1996). Pero la característica distintiva del grupo multifamiliar es su apertura a todos los agentes terapéuticos posibles, tanto familiares y sociales como profesionales, en un "encuadre abierto y espontáneo" (García Badaracco, 2000: 37). Ello lo convierte en el medio terapéutico más transparente y universal y en el lugar idóneo donde detectar las relaciones de cada participante con su entorno familiar y social e intervenir terapéuticamente sobre ellas. La presencia simultánea de varias familias facilita los procesos de identificación entre las diferentes dinámicas familiares, favoreciendo la elaboración terapéutica grupal de los vínculos familiares. El encuadre multifamiliar guarda paralelismo con los contextos terapéuticos socio-comunitarios, tales como el diálogo abierto (*open dialogue*) que en los últimos años se vienen aplicando sobre todo en los Países Nórdicos y que, al igual que la terapia

interfamiliar, propone que el conjunto de intervenciones terapéuticas se realice en un contexto social abierto (Seikkula y Olson, 2003).

3. Técnicas de intervención

La terapia interfamiliar aúna el potencial de la intervención terapéutica familiar con el de la intervención grupal. Para ello los conductores del grupo multifamiliar *"recurren a múltiples modelos de intervención no siendo necesario abrazar una escuela concreta puesto que es mucho más operante trabajar creativamente cada situación particular"* (García Badaracco, 2000: 54). García Badaracco se refirió a este proceso terapéutico como *"multiterapia"* (2000: 259) o *"mente ampliada"* (2000: 271) por la intervención de tantos agentes terapéuticos y su poder de integración. El fin último del trabajo terapéutico es detectar las interacciones patógenas a las que los participantes están sometidos y liberarlos de ellas. Para ello, el conductor del grupo multifamiliar promueve el diálogo dentro de un clima de confianza grupal en el que cada participante alcance a tener su propia voz y consiga expresarse por sí mismo y desde sí mismo sin sentirse juzgado.

De nuevo encontramos una gran similitud con la propuesta del "Open Dialogue" consistente en promover *"un diálogo polifónico que dé voz a todos los miembros y en el que no se prejuzgue"* (Seikkula y Olson, 2003).

Entendemos además que *"cualquier cambio psíquico debe pasar por la emoción antes de ser mentalizado"* (García Badaracco, 2000: 98), en lo que se dado en llamar "experiencia emocional correctiva" (Vinogradov y Yalom, 1996) dentro de un encuentro terapéutico fundamentado en el interés genuino por conocer a la persona en su contexto familiar y social más allá de su estatus como paciente; ello nos acerca a las corrientes humanistas y existencialistas en psicoterapia que bajo el lema de la "terapia centrada en la persona" (Rogers, 1989) sostienen que la potencialidad de cambio está en el paciente y que la "relación" es la cosa más importante que el terapeuta puede ofrecerle (Borja, 1995, Yalom, 1984; Frankl, 1999; Hubble, 1999). El fin último de la terapia es conducir al paciente hacia la salud

mental, entendida ésta 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.

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 grupal de material audiovisual (grabaciones de sesiones grupales anteriores o extractos de películas de ficción), el uso de técnicas de psicodrama o fraccionar el grupo en subgrupos durante una parte del tiempo grupal (por ejemplo, en grupos multifamiliares en los que concurren niños o adolescentes).

4. Experiencias en terapia interfamiliar en el entorno

Los primeros grupos multifamiliares en el entorno de Elche se iniciaron a finales del año 2005, expandiéndose este modelo a partir de entonces de forma exponencial. Las experiencias son periódicamente compartidas a través de grupos de formación y supervisión en los que son revisados material bibliográfico y audiovisual siendo los participantes invitados a acudir a los grupos multifamiliares en funcionamiento.

Estas experiencias en terapia interfamiliar 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 grupos multifamiliares se han incorporado al mismo centro ambulatorio, la mayoría de ellos dirigidos a niños de determinadas franjas de edad y patologías concretas y a sus familias, en los que se dedica una parte del tiempo a crear dos subgrupos separados (niños y familiares), 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. También un gran porcentaje de las acogidas o primeras visitas al centro se realizan en contextos grupales multifamiliares a los que son citados alrededor de diez a doce familias simultáneamente. Recientemente se puso en marcha un grupo multifamiliar dirigido a pacientes que sufren primeros episodios psicóticos y sus familiares.

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 se realizan en el área de salud mental infanto-juvenil de Orihuela (más de diez grupos semanales) 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 la terapia interfamiliar, por lo cual recibe de forma continua a profesionales interesados en su formación en este modelo.

b) Asociación Salut Mental (Elche, Alicante)

Desde el año 2008 se realiza un grupo de terapia interfamiliar semanal gratuita y abierta a todos los ciudadanos sin criterios de admisión en cuanto a edad ni a patología y en el que también participan los

profesionales que acuden a los cursos de formación y supervisión que se imparten en la asociación. Hace aproximadamente un año se puso en funcionamiento un hospital de día en la asociación, cuyos pacientes y familiares también participan en diversos grupos multifamiliares.

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 interfamiliar que lleva a cabo la Asociación Salut Mental, con sede en el mismo local. Paralelamente, otros grupos multifamiliares más pequeños funcionan dentro del centro privado. Se trata de grupos que acogen a pacientes y familiares con una problemática específica común, tales como pacientes con retraso mental límite o 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 interés que el modelo de terapia interfamiliar ha generado entre los profesionales de nuestro entorno ha dado lugar a la puesta en marcha de numerosas experiencias de terapia interfamiliar supervisados por el equipo de Elche. Centros de salud mental, hospitales de día, unidades de ingreso hospitalario y asociaciones en diversas regiones de España empiezan a vertebrar sus actividades clínicas en torno a la terapia interfamiliar. En el momento de redactar este artículo ya existían más de veinticinco experiencias de terapia interfamiliar en marcha en diversas instituciones.

e) Grupos multifamiliares en centros no especializados en salud mental

El modelo de terapia interfamiliar también se ha introducido en los ámbitos educativo y sanitario no específicos de salud mental. El centro escolar público Mariano Benlliure de Elche es pionero en 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 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, participando algunos profesionales del centro. El grupo engloba las funciones de escuela de padres y de espacio de intervención terapéutica. De la misma manera, en la Unidad de Pediatría del Hospital General de Alicante, viene funcionando desde hace más de un año 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 tanto a nivel nacional como europeo. Destacamos 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 la terapia interfamiliar en instituciones de salud mental en diversos países europeos (Francia, Bélgica, Islandia y España) y que es coordinado por la Asociación Salut Mental de Elche.

Discusión

La implantación de grupos de terapia interfamiliar en las instituciones de las provincias del Sureste español y su posterior expansión a otras regiones de España y Europa 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. Una base teórica comprensible.
2. La apertura del encuadre, capaz de integrar y hacer compatibles varios enfoques teóricos en psicoterapia.

3. La facilidad de acceder 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 (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 en la terapia y la vertebración del resto de actividades terapéuticas de la institución en torno a la experiencia multifamiliar (Sempere, 2011).
9. La potencia terapéutica percibida por los participantes (profesionales, pacientes y familiares).
10. La atención terapéutica inmediata, regular y continuada favorecida por el encuadre multifamiliar posibilita la descongestión de las agendas profesionales así como contener el número de urgencias e ingresos de los pacientes atendidos, si bien este impacto aún no ha sido adecuadamente medurado 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 en ocasiones "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 única 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"
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 accesoria 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. Diversas investigaciones que algunos miembros del foro han iniciado en la Universidad de Murcia 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 siga revisándose el modelo y promover nuevos foros de formación.

Conclusiones

En los últimos ocho años, el modelo de terapia interfamiliar inspirado en el psicoanálisis multifamiliar descrito por García Badaracco se viene implantando de forma progresiva en numerosas instituciones

tanto públicas como privadas, especialmente de las provincias de Alicante y Murcia. Su marco de implantación se extiende más allá de la atención en salud mental abarcando otras áreas sanitarias y educativas. En la actualidad existen más de veinticinco grupos terapéuticos multifamiliares establecidos de forma permanente en la zona y que funcionan como vertebradores del resto de actividades terapéuticas de sus instituciones, así como nuevos proyectos de puesta en marcha en instituciones de otras regiones españolas y europeas. La rápida asimilación del modelo por parte de los profesionales posiblemente tenga que ver con la potencia que el modelo ofrece para conjugar la terapia familiar, grupal y socio-comunitaria, la simplificación de sus bases teóricas, su capacidad para la integración de cualquier modelo teórico de terapia, el contexto abierto y espontáneo en el que se desarrolla, su potencia terapéutica y la optimización de recursos económicos y profesionales. Además, el éxito en su aplicación en otros medios no restringidos a salud mental sugiere que es factible la expansión del modelo a cualquier tipo de institución. Es necesario, sin embargo, seguir revisando las bases teóricas y metodológicas de la terapia interfamiliar así como promover estudios científicos que valoren su eficacia de forma objetiva.

Bibliografía

ASEN, E. y SCHUFF, H. (2006). *Psychosis and multiple family group therapy*. Journal of Family Therapy 2006; 28: 58–72

BALINT, M. (1993). *La falta básica*. Barcelona: Paidós.

BERTRANDO, P. y TOFFANETTI, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

BOLWY, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. 5ª edición. Madrid: Morata.

BORJA, G. (2004). *La locura lo cura*. Vitoria-Gasteiz: La llave.

- BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; HOFFMAN, L. y PEN, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BOSZORMENY-NAGY, I.; SPARK, G. (1983): *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BOWEN, M. (1991). *De la familia al individuo: diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- EISENBERG, N. (2006). *Handbook of child psychology (3)*. 6ª edición. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- FERENCZI, S. (1997). *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FOULKES, S.H. y ANTHONY, E.J. (2006). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Cegaop Press.
- FRANKL, V. (1999). *El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona: Paidós.
- FREUD, S. (1990). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (El *pequeño Hans*). Buenos Aires: Amorrortu.
- FROMM-REICHMANN, F. (1994). *Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia y en los maníacodepresivos*. 4ª edición. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- GARCÍA BADARACCO, J.E. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Buenos Aires: Paidós.
- GARCÍA BADARACCO, J.E. (2006). *De sorpresa en sorpresa*. Inédito.
- GARDNER, R. (1999). *Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome*. The American Journal of Family Therapy 1999; 27: 195-212
- HALEY, J. (1967). *Hacia una teoría de los sistemas patológicos*. En I. Bonzormenyi- Nagy & H. Gerald Zuk (comp.). *Terapia Familiar y Familias en Conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica.
- HUBBLE MA; DUNCAN BL; MILLAR SD (1999). *The heart and the soul of change. What Works in therapy*. Washington D.C: American Psychological Association.
- JACSON, D. (1984). *Comunicación familiar y matrimonio*. Buenos Aires: Nueve Edición.
- JUNG, C. (1991). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Barcelona: Paidós.
- KLEIN, M. (1988). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Obras completas. Volumen 3. Barcelona: Paidós.

- KOHUT, H. (1990). *La restauración del sí-mismo*. Barcelona: Paidós.
- LACAN, J. (1998). *Seminario 16. De un otro al otro*. Buenos Aires: Paidós.
- LAING, R.D. (1978). *El yo dividido*. Madrid: Fondo de cultura económica de España, S.L
- LINARES, J.L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- MAHLER, M. (1984). *Psicosis Infantiles y otros trabajos. Estudios 1*. Buenos Aires: Paidós.
- MATURANA, H. (1996). *La realidad: ¿objetiva o construida?* Fundamentos biológicos de la realidad (1). Barcelona: Anthropos..
- MCFARLANE, W.R.; DUSHAY, R.A.; STASTNY, P. y cols (1996). *A comparison of two levels of Family-aided Assertive Community Treatment*. *Psychiatric Services* 1996; 47: 744–750.
- MILLER, A. (1998). *El drama del niño dotado*. Barcelona: Tusquets
- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- MITRE, M.E. (1998). *Las voces de la locura*. Buenos Aires: Emecé.
- RAE (2001). *Diccionario de la Lengua Española. 22 edición*. Madrid: Real Academia Española.
- ROGERS, C.; ROSENBERG, C. (1989). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- SEARLES, H.F. (1959). *"The effort to drive the other person crazy –an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia"*, *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32: 1-18.
- SEIKKULA, J; OLSON, M.E. (2003). *"The open dialogue approach to a acute psychosis: its poetics and micropolitics"*. *Family Process* 2003; 42 (3): 403-418
- SELVINI, M. (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- 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.; RODADO, M.J. y 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.
- SULLIVAN, H. (1953). *La entrevista psiquiátrica*. <http://es.scribd.com/doc/47427737>.
- VINOGRADOV, S. y YALOM, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

WATZLAWICK, P. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

WHITAKER, C.A.; BUMBERRY, W.M. (1991). *Danzando con la familia: un enfoque simbólico-experencial*.
Barcelona: Paidós.

WINNICOTT, D.W. (2002). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

YALOM, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

Agradecimientos:

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