

*Sempere J; **Fuenzalida C

* 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

** Psicólogo. Coordinador clínico del hospital de día de CTI y la Asociación Salud Mental de Elche.

Correspondencia:

bsaselx@hotmail.com

fuenzalida.cl@gmail.com

Agradecimientos:

A todos los profesionales y familias que confiaron en el modelo e hicieron posible la difusión de la terapia interfamiliar en nuestro su entorno.

*¿Es posible la atención
psicoterapéutica para todos en
las instituciones públicas de
Salud Mental Infanto-Juvenil?
Experiencia a través de grupos
multifamiliares en el Área de
Salud Mental Infanto-Juvenil de
Orihuela (Alicante, España).*

*Is It Possible a Psychotherapy
Treatment for Everybody in Child
and Adolescent Public Mental
Health? Our Experience through
Multifamily Therapy in a Child
and Adolescent Public Institution
in Orihuela (Alicante, Spain).*

RESUMEN

Cada vez son más los profesionales en el campo de la salud mental-juvenil que descubren que la atención individual al niño o adolescente con problemas psíquicos, emocionales y conductuales es claramente insuficiente por lo que tratan de intervenir sobre las dinámicas familiares subyacentes para favorecer el cambio. De la misma manera las experiencias de terapia grupal se extienden en los centros de salud mental infanto-juvenil como alternativa al abordaje individual tras comprobarse que la inclusión simultánea de varios individuos en un mismo contexto terapéutico redundaba en una mayor potencia terapéutica así como en economía de medios. Partiendo de ambos modelos de intervención terapéutica - familiar y grupal- un grupo de profesionales de la provincia de Alicante tratamos de fusionarlos como forma lógica de

vertebrar nuestras actividades en salud mental infanto-juvenil, a través de lo que se ha dado en llamar terapia multifamiliar en un enfoque interfamiliar. Se analiza el modelo de terapia elegido y la experiencia en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante) y se discute su potencial para poder convertirse en modelo de referencia en las instituciones.

Palabras clave: Terapia multifamiliar, psicoanálisis multifamiliar, grupos multifamiliares, psicoterapia en instituciones, familia y grupo.

ABSTRACT

Nowadays more and more professionals of mental health area are becoming aware that individual treatment for children and adolescents with psychological, emotional or behavioral problems is obviously not enough

and this is why they are starting to intervene in the underlying family dynamics in order to promote change. In the same way, group therapy experiences are spreading among child and adolescent mental health centers as an alternative to individual approach, after verifying that working simultaneously in the same therapeutic space with several people has a greater therapeutic power and turns up to show a better utilization of resources. Having as a point of start both therapeutic models – group and family therapy – a group of professionals working in the province of Alicante has decided to combined these two models into what is known as multifamily therapy in a interfamily approach, a model that has become the backbone of child and adolescent mental health activities in the institution. Here this model is analyzed as well as the experience inside the Child and Adolescent Mental Health Area of Orihuela (Alicante). Finally, the potentiality of becoming a reference model for other institutions is discussed.

Key words: Multifamily therapy, multifamily psychoanalysis, multifamily groups, psychotherapy in institutions, family and group.

INTRODUCCIÓN

El modelo de terapia multifamiliar que aplicamos y que denominamos “interfamiliar” es el modelo de intervención terapéutica en contexto multifamiliar que resulta de la confluencia lógica de la terapia familiar y de la terapia grupal, potenciando los principios terapéuticos de ambas. Surge desde el interés de un foro de profesionales de la provincia de Alicante interesados en encontrar un modelo de terapia más humano y social que pudiera ser aplicado en cualquier institución relacionada con la atención a los problemas humanos. Se inspira fundamentalmente en el psicoanálisis multifamiliar gestado por García Badaracco en Argentina, pero integrando las aportaciones de otros modelos psicoterapéuticos (sistémicos, cognitivistas, gestálticos, humanistas...) simplificando sus nociones teóricas y las técnicas de intervención para constituirse en un modelo ecléctico e integrador¹.

ANÁLISIS DEL MODELO DE TERAPIA INTERFAMILIAR

1. Bases teóricas.

La terapia interfamiliar encuentra su inspiración fundamental en el modelo de psicoanálisis multifamiliar descrito por Jorge García Badaracco², 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, por lo que podemos considerarlo un terapeuta ecléctico que promovió un modelo terapéutico integrador.

Otros autores trabajaron en contextos de terapia multifamiliar aunque con técnicas y fines terapéuticos diferentes: se considera a Henri Laqueur como el fundador de la terapia multifamiliar, pues en los inicios de la década de los cincuenta reunió a varias familias con el fin de mejorar la comunicación entre familiares y pacientes hospitalizados³. Se han documentado otras experiencias de autores como Bowen⁴ y Asen⁵ en base a distintos enfoques de terapia familiar y de McFarlane⁶, 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 terapéuticos y tomando la teoría del vínculo propuesta por Bolwy⁷ como uno de los puntos de partida teóricos. Prefirió denominar al modelo como “interfamiliar” por considerar que su contexto abierto, espontáneo y aglutinador de múltiples aportes teóricos representa una nueva metapsicología que va más allá del psicoanálisis o de cualquier otra escuela y 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 conectan con los aportes de numerosos autores y líneas de abordaje terapéutico que conciben la enfermedad mental como una patología vincular. Su principio básico general es que la enfermedad mental aparece como consecuencia de relaciones nocivas o alienadoras que implican a dos o más personas. Las expresiones clínicas en cada persona son determinadas por elementos particulares de cada relación insana, tal y como son:

1. El parentesco entre los participantes en la relación.
2. Las características del vínculo patógeno y del modelo comunicacional familiar.
3. La etapa vital en la que incide y su sostenimiento en el tiempo, de manera que vínculos patógenos en la crianza pueden originar una deficiente individuación y autonomía, mientras que en edades posteriores pueden inducir a estancamientos y crisis evolutivas.
4. La historia transgeneracional de los participantes en la relación.
5. La concurrencia de múltiples y particulares circunstancias biológicas y socioculturales.

Detrás de una idea tan básica como ésta se integra la complejidad de los fenómenos relacionales descritos desde diferentes posturas epistemológicas. A continuación señalamos algunos de estos nexos teóricos:

- La “teoría del vínculo”, correlaciona la génesis de la enfermedad mental con la calidad del vínculo parento-filial⁷. De forma similar, Miller⁸ y Ferenzcy⁹ 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 psicopatología¹⁰; Maturana, en su teoría de la “biología del amor”¹¹ y Balint, en su teoría de los “defectos básicos”¹², inciden asimismo en la idea de que la enfermedad mental aparece como respuesta a la “falta de amor”.
- 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 imposibilitado para desarrollar su propio sí mismo”². Esta idea de ser “habitado” por múltiples “personajes” guarda a su vez paralelismo con el pensamiento de 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 otro¹³; 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”¹⁴; 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-mismo¹⁵.
- Múltiples autores han analizado determinados modelos de relación como promotoras de patología. Sigmund Freud, mentor del psicoanálisis, señala una determinada dinámica familiar como la causante de los síntomas del pequeño Hans¹⁶; Levy describe el “poder patógeno de la sobreprotección”¹⁷; Frieda Fromm-Reichmann acuña el término de “madre esquizofrenógena”¹⁸; Mahler analiza la “relación simbiótica” entre madre e hijo¹⁹; Klein metaforiza las frustraciones en la relación madre-niño en la figura del “pecho malo”²⁰; y Winnicott define “la madre no suficientemente buena” como aquella incapaz de promover la “espontaneidad” del niño²¹. 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”²². 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 demás²³.
- Diferentes escuelas de terapia familiar formulan hipótesis que nos conectan con el concepto badaraciano de “interdependencias patógenas” (al que 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 deben²⁴; Bowen⁴ 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;

Haley describe el “triángulo perverso”²⁵; Selvini los “juegos relacionales” en la familia en los que queda atrapado el enfermo mental²⁶; Minuchin señala el “entrometimiento” o su opuesto, el “desentendimiento”, como generadores de patología mental en familias disfuncionales²⁷; 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 familia²⁸; Boscolo²⁹ presenta al enfermo mental como alguien que ayuda a resolver el problema familiar a través del síntoma; Jackson³⁰ señala como la rígida homeostasis en ciertas familias impide su adaptación a los ciclos vitales; y Satir³¹ como los roles de los miembros de la familia pueden permitir funcionar a la familia pero pueden acabar ahogando la capacidad de cada miembro para desarrollar su auténtico yo.

- 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 psicosis³². También Searles³³ y Laing³⁴ relacionaron determinados tipos de comunicación familiar que distorsionan la realidad afectiva y pragmática con la aparición de la esquizofrenia.
- La palabra “alienación” define mejor que ninguna otra los efectos patógenos que los otros pueden causar en nosotros a través de relaciones enfermas. 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”³⁵. Este concepto conecta con el concepto de “objeto enloquecedor” de García Badaracco² así como con el “síndrome de alienación parental” descrito por Gardner en procesos de separación conyugal³⁶ y con la “instigación” que Selvini definió en los procesos de comunicación ambivalentes entre padres e hijos de familias psicóticas²⁶. Conecta asimismo con los fenómenos de “mobbing” y “bullying” referidos a procesos alienadores en el medio laboral y escolar, respectivamente.

¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España)

2. Contexto terapéutico.

La terapia interfamiliar se desarrolla en un contexto que aúna dos encuadres de intervención terapéutica -el familiar y el grupal- a la vez que posibilita la acción simultánea de varios profesionales. La conjunción de todo ello aporta:

- El enriquecimiento de la coterapia por la rica interacción entre familias y profesionales participantes. Se trata de grupos sociales en los que se diluyen las etiquetas y donde son revisados y elaborados terapéuticamente los vínculos entre los participantes y su entorno familiar y social.
- El intercambio profesional simultáneo al desarrollo de la tarea grupal, constituyéndose en un verdadero “equipo reflexivo” tal y como fue descrito por Andersen³⁷. Desaparecen los espejos unidireccionales y las figuras de observadores para encontrarnos con un espacio de intercambio terapéutico transparente y sin barreras entre profesionales, pacientes y familiares, donde ya no se hace terapia “a” la familia” sino “con” la familia.
- El espacio terapéutico es un microcosmos en el que tienen cabida todas las posibilidades humanas: diferentes generaciones, rangos de edad, diagnósticos y especialistas. Por ello el encuadre multifamiliar guarda paralelismo con contextos terapéuticos socio-comunitarios, tales como el diálogo abierto (open dialogue), el cual al igual que la terapia interfamiliar, propone que el conjunto de intervenciones terapéuticas se realice en un contexto social abierto³⁸.

3. Técnicas de intervención.

El grupo interfamiliar da cabida a cualquier técnica de intervención terapéutica integrada en la matriz del trabajo grupal³⁹ que facilita los procesos de identificación entre los diferentes participantes a nivel individual a la vez que entre las distintas familias y sus dinámicas familiares. De hecho, los conductores del grupo 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 Badaraco denominó “multiterapia” o “mente ampliada” al complejo proceso que se produce en el grupo donde participan varias familias² dada la intervención de tantos agentes terapéuticos a la vez y su poder de ser

integrados. El espacio grupal interfamiliar se convierte así en el único donde es posible la elaboración grupal simultánea tanto de los vínculos familiares como de los sociales. Su capacidad terapéutica se enriquece en función del número de familias participantes y de conductores y co-conductores hábiles en la gestión de los procesos que se producen en el seno del grupo.

El trabajo terapéutico busca la expresión de cada uno de los miembros, tratando de dar voz a todos ellos y descubriendo las relaciones nocivas o insanas a las que los participantes pudieran estar sometidos y liberarlas así de ellas. Con este fin, el conductor del grupo multifamiliar promueve el diálogo dentro de un clima de confianza grupal en el que cada participante consiga expresarse por sí mismo y desde sí mismo sin sentirse juzgado. En este punto, coincidimos 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”³⁸.

Entendemos además que “cualquier cambio psíquico debe pasar por la emoción antes de ser mentalizado”², en lo que se dado en llamar “experiencia emocional correctiva”⁴⁰ 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”⁴¹ sostienen que la potencialidad de cambio está en el paciente y que la “relación” es la cosa más importante que el terapeuta puede ofrecerle^{42,43,44,45}. 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 su sí 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 ejemplos de ello el análisis conjunto dentro del grupo 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).

¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España)

EXPERIENCIAS EN TERAPIA INTERFAMILIAR EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE ORIHUELA (ALICANTE).

El área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela es la unidad de referencia para los menores de 18 años que solicitan atención psicológica o psiquiátrica de una amplia zona del sur de la provincia de Alicante, con una población total de más de 300.000 habitantes. Se trata de una población heterogénea dado que abarca tanto zonas rurales como urbanas, con diversificación de culturas derivada de una alta tasa de emigrantes de baja renta dedicados especialmente a la agricultura y servicios así como emigrantes de países centro y norte de Europa que eligen la zona como segunda o nueva residencia por la presencia de importantes núcleos turísticos.

Los dispositivos de atención en salud mental infanto-juvenil han ido creciendo en los últimos años, contando en la actualidad con una unidad ambulatoria (USMI) y una unidad de ingreso psiquiátrico con ocho plazas que funciona como unidad de referencia para toda la provincia de Alicante. La dotación de profesionales del área para estos dispositivos comprende tres psiquiatras y una psicóloga a tiempo completo, además del equipo de enfermería de la planta. Pese a la escasa dotación del equipo profesional, este se propone una atención que comprenda cuatro puntos fundamentales:

- a) Una atención frecuente, regular y continuada a los pacientes.
- b) La implicación de la familia en el tratamiento.
- c) El abordaje psicoterapéutico integrado que incluya la intervención terapéutica en los tres planos fundamentales del paciente: individual, familiar y grupal.
- d) La coordinación con otros recursos implicados (centros educativos, servicios sociales...).

Para poder llevar a cabo tan ambicioso plan, y pese a partir de un modelo previo basado en las intervenciones individuales, el equipo profesional inicia un lenta y progresiva “revolución” que supone una reorganización del servicio⁴⁶ en torno a un enfoque grupal. El modelo elegido de intervención es la terapia grupal multifamiliar en su forma “interfamiliar”, que se convierte en el eje cen-

tral en torno al cual giran el resto de actividades que se llevan a cabo en todos nuestros dispositivos. La elección de este modelo no sólo tiene que ver con su economía de medios -por dar cabida a la demanda- sino -especialmente- con la potenciación terapéutica que el modelo aporta a nuestras intervenciones. La aplicación de la terapia grupal multifamiliar en su modelo interfamiliar es complementaria a cualquier otro tipo de intervención terapéutica simultánea, de manera que su implantación en el área no ha ido en menoscabo de que sigan ofreciéndose espacios individualizados de terapia a los pacientes y a sus familias.

1. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI, atención ambulatoria):

1.a. Terapia grupal semanal abierta a todas las familias.

En el año 2005 se introdujo el primer grupo de terapia grupal multifamiliar que se mantiene hasta ahora. Se trata de un grupo abierto de periodicidad semanal y dos horas de duración que se ofrece a todos los pacientes atendidos en las consultas de psicología y psiquiatría infanto-juvenil y a sus familias. 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. El grupo tiene dos horas de duración, todos los miércoles de 15.30 a 17.30 horas. El éxito de este espacio alentó la puesta en marcha del resto de actividades grupales multifamiliares que existen en el área y que se detallan a continuación.

1.b. Terapia grupal quincenal para niños con trastorno mental grave y sus familias.

Un año después de iniciar el primer grupo multifamiliar se valoró la necesidad de ofrecer un nuevo recurso para un subgrupo específico de pacientes y familias de características concretas que requerían una intervención supletoria a la intervención individual o grupal multifamiliar semanal a la que ya tenían acceso⁴⁷. Se trata de niños preadolescentes con trastorno mental grave -especialmente psicosis infantil y trastornos conductuales graves de diversos orígenes- que deriva en escasas habilidades sociales y graves problemas para su adaptación

sociofamiliar y que por tanto se encuentran en un momento crítico de su evolución, en el que es fundamental apuntalar sus recursos personales ante la entrada en la adolescencia.

Fue así como ideamos crear un grupo terapéutico dedicado a estos niños, en el que promover la interacción entre ellos a través de técnicas terapéuticas específicas como son las actividades de juego en grupo, espacios de resolución de conflictos, cortos espacios de grupo a través de la palabra y salidas supervisadas fuera del recinto hospitalario. Simultáneamente se proyectó un espacio de terapia grupal para sus padres y otros familiares en el que atender sus demandas, contener su frustración y a la vez actuar sobre las dinámicas familiares subyacentes al trastorno, con especial hincapié en las problemáticas conyugales y/o parentales que pudieran estar implicadas.

Estas sesiones se inician como un grupo multifamiliar breve -de una duración de alrededor de treinta minutos- en el que están presentes tanto los niños como sus familiares. En este primer grupo se comparten las situaciones más emergentes vividas en los días previos a la sesión y cualquier información relevante que pudiera ser utilizada en los espacios subsiguientes, ya que posteriormente los niños pasan a un espacio de terapia propio conducido por dos psiquiatras, mientras que los familiares siguen un grupo paralelo conducido por la psicóloga. Al final de la sesión vuelven a unirse ambos grupos en otro grupo multifamiliar de unos quince minutos de duración en el que se comparte las experiencias del grupo de niños con sus familiares y en el que se realiza un cierre conjunto de la sesión. El tiempo total de la intervención es dos horas, en miércoles alternos de 12.30 a 14.30 horas.

1.c. Terapia grupal quincenal para adolescentes con trastorno mental grave y sus familias.

Funciona de forma similar al anterior, solo que en este caso está dirigido a una franja de edad de adolescentes entre 12 y 17 años afectados de trastornos mentales graves. Se decide crear un grupo diferenciado por los intereses de juego o interacción comunicacional del adolescente respecto al preadolescente. Aunque se mantienen los espacios previos (grupo multifamiliar inicial seguido de grupos paralelos de adolescentes y padres y un posterior cierre en grupo multifamiliar), existe una mayor flexibilidad en relación a los tiempos en función de las situaciones que emergen en cada espacio hasta el punto de que en ocasiones todo el tiempo grupal llega a realizarse en

contexto multifamiliar. Al igual que el caso anterior el tiempo total de la intervención es de dos horas, en miércoles alternos de 12.30 a 14.30 horas.

1.d. Grupos multifamiliares de acogida.

Un gran porcentaje de las acogidas o primeras visitas al centro se realizan en contextos grupales multifamiliares a los que son citados de diez a doce familias simultáneamente. Estos grupos son atendidos por dos psiquiatras del equipo. Los grupos son convocados en función de franjas de edad de los niños por los que se solicita consulta (niños menores de 7 años, de 8 a 12 años y mayores de 12 años). Al igual que en los casos de los grupos anteriores, el espacio grupal queda configurado en tres fases distribuidas a lo largo de dos horas de experiencia grupal:

- Una primera fase en la que todos juntos (niños o adolescentes y sus familiares) comparten el motivo por el que consultan, intercambian impresiones y espontáneamente realizan una anamnesis conjunta en las que surgen múltiples puntos de conexión entre los participantes.
- Una segunda fase en la que los niños pasan a un grupo paralelo en una sala contigua en la cual se observa la interacción entre ellos. Ello nos permite conocer sus capacidades relacionales, algo que no sería posible en una entrevista individual. Mientras tanto, los padres siguen en un grupo paralelo donde pueden ahondar en cuestiones de parentalidad y conyugalidad que pudieran subyacer al motivo de consulta.
- Una tercera fase en la que niños y padres vuelven a conformar un grupo multifamiliar donde se toman decisiones conjuntas acerca del seguimiento si procede del niño y su familia. Cada caso puede ser reevaluado a nivel individual o remitido a alguno de los otros grupos que hay en marcha en nuestro centro.

1.e. Grupos multifamiliares con pacientes que sufren primer episodio psicótico.

Se trata del último grupo multifamiliar en incorporarse a nuestra Unidad, si bien se trata de un recurso compartido con la Unidad de Salud Mental de Adultos. Personas de cualquier edad con primeros episodios psicóticos y sus familias se reúnen en un grupo multifamiliar de dos horas de duración y periodicidad quincenal conducido por dos

¿Es posible la atención psicoterapéutica para todos en las instituciones públicas de Salud Mental Infanto-Juvenil? Experiencia a través de grupos multifamiliares en el Área de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela (Alicante, España)

psiquiatras (uno adscrito a la sección de infantil y otro a la de adultos). Se intercambian experiencias, modelos de comunicación familiar, tipos de afrontamiento y dudas acerca del trastorno y su tratamiento. Paralelamente se realiza una coordinación con los profesionales que realizan el seguimiento individual de cada paciente en sus respectivos centros de salud mental.

2. En la Unidad de Ingreso Hospitalario Infanto-Juvenil.

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 interfamiliar semanal de dos horas de duración con la participación de todos los pacientes ingresados así como de sus familias y de todos los profesionales de la unidad (psiquiatras y equipo de enfermería). 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. Junto a la intervención psicoterapéutica implícita a las sesiones, en estos grupos multifamiliares se dilucidan, entre otras cuestiones, las referidas al tratamiento, situaciones ocurridas en la convivencia con los otros niños o adolescentes y con los profesionales de la planta hospitalaria y se decide conjuntamente el alta de la unidad de ingreso.

DISCUSIÓN

La implantación de grupos de terapia interfamiliar en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Orihuela responde a la sensibilización de los profesionales adscritos por una atención psicoterapéutica accesible a todos los pacientes y sus familias. La utilización del enfoque multifamiliar en su modelo integrativo denominado “interfamiliar” como referente se justifica en:

1. Una base teórica comprensible.
2. La apertura del encuadre, capaz de integrar y hacer compatibles varios enfoques teóricos en psicoterapia.
3. La compatibilidad del modelo con el resto de actuaciones terapéuticas (terapias individuales, psicofarmacológicas, familiares y grupales) de las que pudiera beneficiarse el paciente.
4. La economía de medios que supone el encuadre

multifamiliar, donde varios pacientes y sus familias aúnan su tratamiento terapéutico en un mismo tiempo, espacio y con los mismos recursos profesionales.

5. 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.
6. 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.
7. Funciona como lugar privilegiado de formación y supervisión de profesionales, de forma que son numerosos los PIR, MIR y otros profesionales en formación que asisten de forma continuada a conocer en vivo la experiencia que llevamos a cabo en él área.

Para completar la discusión es necesario hacer referencia a puntos que siguen dificultando la aplicación del modelo en las instituciones del entorno, como la falta de estudios científicos acerca de su efectividad, eficacia y eficiencia y del impacto de su aplicación. Diversas investigaciones que algunos profesionales hemos iniciado podrían ofrecer próximamente datos al respecto.

CONCLUSIONES

En los últimos ocho años, el modelo de terapia interfamiliar inspirado en el psicoanálisis multifamiliar descrito por García Badaracco se ha implantando de forma progresiva en el Área de Salud mental Infanto-Juvenil de Orihuela, donde en la actualidad vertebra las actividades terapéuticas tanto en dispositivos ambulatorios como de ingreso hospitalario. La rápida asimilación del modelo por parte de los profesionales y de las familias atendidas 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. Los numerosos grupos multifamiliares que se realizan en el área de salud mental infanto-juvenil de Orihuela 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. 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

1. Sempere J (2012): Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. Teoría y práctica grupoanalítica 2 (1): 11-20.
2. García Badaracco JE (2000). Psicoanálisis multifamiliar. Buenos Aires: Paidós.
3. Bertrando P; Toffanetti D (2004). Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós.
4. Bowen M (1991). De la familia al individuo: diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós.
5. Asen E; Schuff H (2006). Psychosis and multiple family group therapy. Journal of Family Therapy 2006; 28: 58-72.
6. McFarlane WR; Dushay RA; Stastny P y cols (1996). A comparison of two levels of Family-aided Assertive Community Treatment. Psychiatric Services 1996; 47: 744-750.
7. Bolwy J (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 5ª edición. Madrid: Morata.
8. Miller A (1998). El drama del niño dotado. Barcelona: Tusquets.
9. Ferenczy (1997). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu.
10. Linares JL (1996). Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós.
11. Maturana (1996). La realidad: ¿objetiva o construida? Fundamentos biológicos de la realidad (1). Barcelona: Anthropos.
12. Balint M (1993). La falta básica. Barcelona: Paidós.
13. Lacan J (1998). Seminario 16. De un otro al otro. Buenos Aires: Paidós.
14. Sullivan H (1953). La entrevista psiquiátrica.

- <http://es.scribd.com/doc/47427737>.
15. Jung C (1991). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo*. Barcelona: Paidós.
 16. Freud S (1990). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (El pequeño Hans)*. Buenos Aires: Amorrortu.
 17. Eisenberg N (2006). *Handbook of child psychology (3)*. 6ª edición. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
 18. Fromm-Reichmann F (1994). *Psicoterapia Intensiva en la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos*. 4ª edición. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
 19. Mahler M (1984). *Psicosis Infantiles y otros trabajos*. Estudios 1. Buenos Aires: Paidós.
 20. Klein M. (1988). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Obras completas. Volumen 3. Barcelona: Paidós.
 21. Winnicott DW (2002). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
 22. Mitre ME (1998). *Las voces de la locura*. Buenos Aires: Emecé.
 23. Kohut H (1990): *la restauración del sí-mismo*. Barcelona: Paidós.
 24. Boszormeny-Nagy I; Spark G (1983): *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
 25. Haley J (1967). *Hacia una teoría de los sistemas patológicos*. En I. Boszormenyi- Nagy & H. Gerald Zuk (comp.). *Terapia Familiar y Familias en Conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica.
 26. Selvini M. (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
 27. Minuchin S; Fishman H (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
 28. Whitaker CA; Bumberry WM (1991). *Danzando con la familia: un enfoque simbólico-experencial*. Barcelona: Paidós.
 29. Boscolo L; Cecchin G; Hoffman L; Pen P (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
 30. Jackson D (1984). *Comunicación familiar y matrimonio*. Buenos Aires: Nueve Edición.
 31. Satir V (2005). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
 32. Watzlawick P (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
 33. Searles HF (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.
 34. Laing RD (1978). *El yo dividido*. Madrid: Fondo de cultura economica de España, S.L.
 35. RAE (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. 22 edición. Madrid: Real Academia Española.
 36. Gardner R (1999). *Family Therapy of the Moderate Type of Parental Alienation Syndrome*. *The American Journal of Family Therapy* 1999; 27: 195-212.
 37. Andersen T (1994). *Equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
 38. Seikkula J; Olson ME (2003). "The open dialogue approach to a acute psychosis: its poetics and micropolitics". *Family Process* 2003; 42 (3): 403-418.
 39. Foulkes SH; Anthony EJ (2006). *Psicoterapia de grupo. El enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Ceagop Press.
 40. Vinogradov S; Yalom I (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
 41. Rogers C; Rosenberg C (1989). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
 42. Borja G (2004). *La locura lo cura. Vitoria-Gasteiz: La llave*.
 43. Yalom ID (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
 44. Frankl V (1999). *El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*. Barcelona: Paidós.
 45. Hubble MA; Duncan BL; Millar SD (1999). *The heart and the soul of change. What Works in therapy*. Washington D.C: American Psychological Association.
 46. Sempere J.; Rodado MJ; 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.
 47. Sempere J; Rodado MJ; Fuenzalida C (2012). *Un modelo de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias. Experiencia grupal*. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* 20: 73-79.