



Project n. 2021-1-IT01-KA220-VET-000033303

CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS MULTIFAMILIARES EN SALUD MENTAL



Este volumen sobre las “**Características de los Grupos Multifamiliares en Salud Mental**” presenta un estudio de investigación integral centrado en grupos multifamiliares en Italia, Bélgica, España y Portugal. El texto resume los resultados de la fase inicial del proyecto 'Los Grupos Multifamiliares en Salud Mental' (FA.M.HE.), financiado por la Unión Europea a través del Programa Erasmus+.

Cinco socios del proyecto colaboraron en su desarrollo: la Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) de Lisboa, en calidad de coordinador de investigación, el Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare (LIPSIM) y la Azienda Sanitaria Locale Roma1 (ASLRoma1) de Roma, la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar de Bilbao (APyF), y la Z.ORG KU de Lovaina.

© 2021-2024 por FA.M.HE. Proyecto «El apoyo de la Comisión Europea a la producción de esta publicación no constituye una aprobación de los contenidos, que reflejan únicamente las opiniones de los autores, y la Comisión no podrá ser considerada responsable del uso que pueda hacerse de la información que contiene»

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	3
3. INFORME DE ITALIA.....	6
3.1. SITUACIÓN ITALIANA.....	6
3.2. ENCUESTA - CARACTERÍSTICAS DEL GMF	7
3.2.1. Contexto institucional/organizativo	7
3.2.2. Propiedades.....	7
3.2.3. Conducción	7
3.2.4. Participantes	8
3.2.5. Estructura y Funcionamiento	9
3.2.6. Derivación	9
3.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	10
3.3.1. Grupos de enfoque con conductores GMF	10
3.3.1.1. Participantes.....	10
3.3.1.2. Metodología	10
3.3.1.3. Resultados.....	10
3.3.2. Grupos de discusión con usuarios de GMF	12
3.3.2.1. Participantes.....	12
3.3.2.2. Metodología	12
3.3.2.3. Resultados.....	13
3.3.3. Conclusiones del grupo temático.....	14
3.4. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA	15
3.5. CONCLUSIONES	15
4. INFORME DE BÉLGICA	17
4.1. SITUACIÓN BELGA.....	17
4.2. ENCUESTA - CARACTERÍSTICAS DEL GMF	18
4.2.1. Contexto institucional/organizativo	18
4.2.2. Propiedades.....	19
4.2.3. Conducción	20
4.2.4. Participantes	20
4.2.5. Estructura y Funcionamiento	21
4.2.6. Derivación	22
4.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN	22
4.3.1. Grupos de enfoque con conductores GMF	22
4.3.1.1. Participantes.....	22
4.3.1.2. Metodología	22

4.3.1.3.	Resultados.....	23
4.3.2.	Gran grupo experimental con usuarios potenciales de GMF.....	27
4.3.2.1.	Participantes.....	27
4.3.2.2.	Metodología.....	27
4.3.2.3.	Resultados.....	27
4.3.3.	Conclusiones del grupo temático.....	28
4.4.	INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA	30
4.5.	CONCLUSIONES	31
5.	INFORME DE ESPAÑA	33
5.1.	SITUACIÓN ESPAÑOLA.....	33
5.2.	ENCUESTA - CARACTERÍSTICAS DE LOS GMF.....	33
5.2.1.	Contexto institucional/organizativo	33
5.2.2.	Propiedades del GMF	34
5.2.3.	Conducción	34
5.2.4.	Participantes	35
5.2.5.	Estructura y Funcionamiento	36
5.2.6.	Derivación	37
5.3.	GRUPOS DE DISCUSIÓN	37
5.3.1.	Grupo focal con conductores de GMF.....	37
5.3.1.1.	Participantes.....	37
5.3.1.2.	Metodología	37
5.3.1.3.	Resultados.....	38
5.3.2.	Grupos de discusión con usuarios de GMF	40
5.3.2.1.	Participantes.....	40
5.3.2.2.	Metodología	40
5.3.2.3.	Resultados.....	41
5.3.3.	Grupos de discusión Conclusiones	42
5.4.	INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA	42
5.5.	CONCLUSIONES	43
6.	INFORME DE PORTUGAL.....	44
6.1.	SITUACIÓN PORTUGUESA.....	44
6.2.	ENCUESTA	45
6.2.1.	Contexto institucional/organizativo	46
6.2.2.	Propiedades.....	47
6.2.3.	Conducción	47
6.2.4.	Participantes.....	47
6.2.5.	Estructura y Funcionamiento	48
6.2.6.	Derivación	48

6.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN	49
6.3.1. Grupo focal con conductores GMF.....	49
6.3.1.1. Participantes.....	49
6.3.1.2. Metodología	49
6.3.1.3. Resultados.....	49
6.3.2. Grupos focales con usuarios de GMF	51
6.3.2.1. Participantes.....	51
6.3.2.2. Metodología	51
6.3.2.3. Resultados.....	51
6.3.3. Grupos de discusión Conclusiones	53
6.4. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA	58
6.5. CONCLUSIONES	59
7. RESULTADOS GENERALES.....	61
7.1. ENCUESTA: ANÁLISIS.....	61
7.1.1. La investigación: propósito, objetivos cognitivos y metodología	63
7.1.2. Examen de los datos de investigación en los cuatro países de la UE	63
7.1.3. El perfil de los grupos multifamiliares (GMF)	64
7.1.4. Características de las personas que participan en los GMF	71
7.1.5. Características del Grupo Multifamiliar	75
7.1.6. Lectura comparativa entre los GMF de diferentes países	82
7.1.7. Algunas consideraciones finales.....	85
7.1.8. Marco de grupos de discusión.....	87
7.1.9. Planificación y metodologías de grupos de discusión.....	88
7.1.10. Grupos focales Resultados y conclusiones.....	92
7.2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA	93
7.2.1. Metodología Nacional e Internacional	93
7.2.2. Análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados en la lengua de los socios	94
7.2.3. Investigación Bibliográfica Internacional	98
7.2.3.1. Marco histórico.....	98
7.2.3.2. Resultados.....	100
7.3. CONCLUSIONES FINALES	100
APÉNDICES.....	104
APÉNDICE 1 - BIBLIOGRAFÍA ITALIANA Y BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL TRADUCIDO AL ITALIANO.....	104
APÉNDICE 2 - BIBLIOGRAFÍA BELGA (FRANCÉS).....	107
APÉNDICE 3 - BIBLIOGRAFIA BELGA (HOLANDES).....	111
APÉNDICE 4 - BIBLIOGRAFÍA DE ESPAÑA EN CASTELLANO	112

APÉNDICE 5 - BIBLIOGRAFÍA PORTUGUESA.....	115
APÉNDICE 6 - BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL	118
APÉNDICE 7 - CUESTIONARIO.....	122
APÉNDICE 8 - TABLAS DE CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	129
APÉNDICE 9 - TABLAS DE CLASIFICACIÓN DE GRUPOS FOCALES	130

1. INTRODUCCIÓN

El papel de las familias en el tratamiento de las personas que enfrentan problemas de salud mental es fundamental, pero a menudo carecen del apoyo suficiente de los servicios públicos y privados que operan en este campo. El estigma, el aislamiento y el autoaislamiento que experimentan quienes enfrentan problemas de salud mental también afectan a los miembros de la familia, impidiendo una inclusión real en la sociedad. Reconociendo esto, las intervenciones y los esfuerzos de rehabilitación no deben centrarse únicamente en la persona en dificultad sino extenderse a toda la unidad familiar.

El Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013-2020 ha subrayado la importancia del apoyo a las familias, al tiempo que destaca los obstáculos a los que se enfrentan los servicios públicos y privados para proporcionar una asistencia adecuada. El Plan describía las dificultades para apoyar a “las familias que brindan cuidados a largo plazo a sus seres queridos, a través de capacitación, servicios de apoyo y beneficios adecuados”. También destacamos la falta de información y difusión de intervenciones y metodologías dirigidas a apoyar a las familias. Para remediar este problema, el Plan pretende involucrar a personas, familias y diversas partes interesadas, organizaciones de salud mental y responsables políticos involucrados en las políticas sociales.

La influencia de la cultura y el contexto social ha ampliado el campo de estudio de la salud mental para incluir los Grupos Multifamiliares (GMF). Estos grupos reúnen a múltiples familias, incluidas varias generaciones (mínimo 2 generaciones), con un número variable de familias involucradas.

El inicio de este enfoque psicoterapéutico de la salud mental se remonta al trabajo pionero de Peter Laqueur quien, a mediados de la década de 1950, institucionalizó reuniones entre al menos 5 o 6 familias de pacientes esquizofrénicos en el Hospital Psiquiátrico del Estado de Nueva York. Este enfoque innovador, llamado “aprendizaje por analogía”, se desarrolló progresivamente en Estados Unidos, Argentina y posteriormente en Europa.

Jorge García Badaracco inició las reuniones multifamiliares a principios de la década de 1960 en el Hospital Psiquiátrico José T. Borda de Buenos Aires, empleando un modelo innovador llamado Psicoanálisis Multifamiliar. Desde finales de los años 1990, su metodología se ha extendido por Europa, particularmente en Italia, España, Portugal y, en los últimos cuatro años, Bélgica.

El enfoque sintomático no es suficiente para abordar las complejas necesidades de los pacientes y sus familias, ya que los problemas familiares suelen ser múltiples y estar interconectados. Los grupos multifamiliares brindan intervenciones abiertas que promueven la integración entre enfoques terapéuticos y son aplicables en diversos contextos clínicos, educativos y sociales: grupos comunitarios, programas de tratamiento de drogas, intervenciones sobre el comportamiento juvenil en contextos educativos, cuestiones relacionadas con la identidad de género, la maternidad y las dificultades en conducta alimentaria, así como diversas patologías orgánicas.

El proyecto “Grupos Multifamiliares en Salud Mental” (FA.M.HE) nace del compromiso de cinco socios expertos en intervenciones psicoterapéuticas grupales con familias y tiene como objetivo apoyar políticas y acciones desarrolladas a través de evidencia científica sólida, el conocimiento de “mejores prácticas” y la creación de herramientas para apoyar la difusión de grupos multifamiliares en el sector de la salud mental. Se esfuerza por difundir el conocimiento, combatir el estigma de la salud mental y aumentar la participación de los usuarios y las familias.

El producto inicial del proyecto FA.M.HE. es el presente volumen "Características de los grupos multifamiliares en salud mental", que proporciona información detallada sobre una muestra de GMF en los países involucrados, ilustrando el funcionamiento, características, aspectos organizativos y distribución territorial de los GMF, independientemente de la orientación teórica que los distingue. .

El principal requisito para ser incluido en la investigación fue la participación en el GMF de al menos dos generaciones, incluidas personas en tratamiento de salud; además, la intervención psicoterapéutica debía prevalecer en el grupo.

Los resultados de la investigación realizada por los socios del proyecto se elaboraron a partir del análisis de los datos obtenidos de las respuestas a un cuestionario destinado a los representantes públicos y privados de GMF que operan en los distintos países, de la posterior creación de grupos focales en los que participan los gestores, y familiares participantes en los grupos, así como una investigación bibliográfica sobre estos temas, realizada en seis idiomas.

El objetivo final de estas actividades, que en su conjunto pueden definirse como una investigación piloto sobre los GMF, fue la creación de este volumen, organizado como una especie de "guía práctica" dirigida a todos aquellos que por diversos motivos quieran profundizar en Conocimientos de metodología multifamiliar.

Este volumen, por tanto, se dirige a un público amplio (operadores y usuarios de Servicios de Salud Mental pero también estudiantes y profesores de cursos académicos, Asociaciones de Voluntariado, Servicios Sociales locales) que con el tiempo puede constituir redes de difusión y apoyo a las cultura multifamiliar, así como fomentar la creación y actividades de Comunidades de Práctica dedicadas, a través de las cuales intercambiar, profundizar y desarrollar la experiencia multifamiliar.

El volumen se compone de siete capítulos, así como de apéndices finales, estructurados de tal manera que proporcionen un panorama general complejo pero fácil de consultar.

En el capítulo 2 se realiza una breve presentación de la investigación que describe sintéticamente el contexto de referencia, las herramientas y metodología adoptadas y los tiempos de implementación.

Las actividades realizadas por cada socio en su propio país se presentan en los capítulos 3 al 6, según un índice común que permite su fácil lectura comparativa, incluyendo las diferentes realidades institucionales y sociales.

Los resultados se presentan en el capítulo 7. A partir de un análisis comparativo de los datos recopilados; su presentación en cuadros sintéticos favorece la descripción de un modelo de intervención efervescente y creciente, por la pluralidad de servicios que lo adoptan, la variedad de modelos teóricos de referencia, las tipologías organizativas pero también por el amplio consenso que recibe por parte de quienes han hecho. experiencia directa de ello.

El volumen finaliza con una serie de apéndices: del 1 al 5 se encuentran los resultados de la investigación bibliográfica sobre GMF realizada por los socios en su propia lengua mientras que el apéndice 6 recoge los resultados relativos a la bibliografía internacional. Los apéndices 7 a 9 presentan las herramientas utilizadas en la encuesta.

2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La expansión de los Grupos Multifamiliares (GMF) se considera una de las innovaciones más significativas en los servicios públicos y privados de salud mental. Surgida después de la década de 1950, la colaboración entre pacientes, familiares y operadores a través de reuniones recurrentes de grupos multifamiliares demostró progresivamente eficacia en términos de resultados. En el nuevo siglo ha ganado terreno, evolucionando en paralelo al desarrollo conjunto de la terapia familiar y el enfoque sistémico. Hoy incluye diversos modelos teóricos y constituye una práctica consolidada, sustentada en evidencias que confirman su validez.

El GMF abre una nueva etapa en el tratamiento de los trastornos mentales al promover una dinámica interactiva que sensibilice a los "usuarios" y a sus familiares sobre los vínculos de interdependencia en los que están involucrados. Esto les permite reflexionar y comparar sus situaciones con las de otros participantes.

Este proceso se lleva a cabo a través de reuniones colectivas basadas en algunas reglas: todos los individuos son "escuchados, comprendidos y respetados en la medida en que sienten que pueden contar con la ayuda mutua y, por tanto, con la opinión de los demás, incluso si son diferentes" de la otra. propios, todos de igual valor. Dentro del grupo "se construye una situación en la que todos pueden mirar desde fuera el papel que desempeñan en su propia vida y la forma en que lo desempeñan: niños, padres y cuidadores, sus propios hijos y/o padres". Los temas clave de participación en el GMF incluyen "compartir", "comparación", "intercambio", "apoyo" o "ayuda".

Se establece una relación basada en la confianza, la empatía, el respeto, la aceptación de uno mismo y de los demás y en la espontaneidad del contacto humano. Este clima está influenciado por las cualidades relacionales, especialmente empáticas, de los cuidadores, empezando por el conductor-facilitador del grupo.

Esta figura estimula y regula los diálogos dando la palabra a todos aquellos que lo soliciten, facilitando la rápida circulación de ideas y favoreciendo una sucesión de intervenciones basadas en 'asociaciones libres' para que todos puedan aprender, por analogía o imitación, de las experiencias de otros. Además, los participantes pueden reflejarse unos a otros en las experiencias que otros presentan al grupo.

El conductor puede ser asistido por otros profesionales que se abstienen de juzgar a las personas que sufren y a sus familias y abandonan sus "certidumbres cognitivas para sumergirse en el mundo de los afectos y de las emociones, aceptando flotar libremente junto con todos los demás"; luego podrán discutir en equipo qué sucede para que la experiencia de aprendizaje continuo en el Grupo una a operadores y familiares.

El GMF fortalece el responsabilización de la familia como ámbito del "paciente designado", la saca del aislamiento y la potencia en la cooperación terapéutica, como parte activa de los proyectos de recuperación. Al mismo tiempo estimula la búsqueda de "autoayuda" entre los miembros de la familia. No es casualidad que la mayoría de los miembros de la familia GMF también estén presentes en grupos de autoayuda; además, estos también pueden ser el resultado de un proceso de grupos multifamiliares que gradualmente se vuelven autónomos. Se ha dicho que "el arte del GMF es ayudar a las familias a ayudarse a sí mismas" para que "cuando esto suceda el grupo pueda funcionar por sí solo".

En cada uno de los cuatro países socios, la investigación "Grupos Multifamiliares en Salud Mental" se dividió en varios pasos: una encuesta dirigida a los conductores y facilitadores de los GMF, la

creación de dos o más Grupos Focales que incluyan conductores/facilitadores y usuarios/ familias y una encuesta web para analizar la bibliografía nacional e internacional relativa a la aplicación de los grupos multifamiliares en salud mental.

El socio AIDFM en Lisboa desarrolló el borrador del cuestionario para la encuesta de campo, cuya versión final es el resultado de las adiciones y modificaciones realizadas por todos los socios. Para ello, los socios tuvieron en cuenta revisiones bibliográficas y aportaciones recopiladas de intercambios con conductores de grupos multifamiliares, pero también los elementos y limitaciones requeridos por Google Forms, la plataforma elegida para difundir el cuestionario. Antes de la implementación, investigadores de los cuatro países revisaron y perfeccionaron el cuestionario.

El cuestionario consta de dos secciones principales:

La primera sección se centra en la identificación de los profesionales que realizan la encuesta, los detalles de la institución/organización y su ubicación geográfica.

La segunda sección profundiza en las características de los GMF, abarcando su marco teórico, tipos de intervención, calificaciones de los equipos de conducción, métodos de supervisión/ intervención, características de los participantes, características de los GMF (tipo y tamaño del grupo, uso de fases, impacto de COVID-19 en la continuidad, características de las instalaciones, etc.). El cuestionario concluye invitando a los encuestados a compartir sus comentarios sobre los GMF.

Posteriormente, cada socio tradujo el cuestionario a sus respectivas lenguas: italiano (Italia), francés y holandés (Bélgica), español (España) y portugués (Portugal), y lo adaptó al formato requerido por Google Forms. La participación a la encuesta fue voluntaria, ofreciendo a los encuestados la opción de permanecer en el anonimato.

Los socios presentaron el proyecto y la encuesta a través de cartas que solicitaban la participación de diferentes grupos: agencias gubernamentales, expertos en la conducción de GMF, autoridades de salud mental, organizaciones profesionales, grupos familiares reconocidos y asociaciones familiares. Cada socio identificó meticulosamente y enumeró a los relevantes participantes potenciales para la divulgación.

Al obtener los resultados de la encuesta, cada país realizó un análisis cualitativo y descriptivo. La Associação para la Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) de Lisboa se encargó del procesamiento de datos, codificando las respuestas obtenidas para traducir los porcentajes brutos de Google Forms. Además, los socios destacaron las intersecciones clave dentro de las respuestas, y AIDFM procesó estas intersecciones significativas identificadas.

Tras la conclusión de la investigación de campo, como se describe en el proyecto, cada socio llevó a cabo grupos focales que involucraron a participantes con objetivos específicos: conductores/facilitadores (terapeutas) y usuarios/familias de GMF. Los socios acordaron colectivamente una metodología unificada - el Análisis SWOT - que permite a los participantes articular sus puntos de vista sobre el enfoque designado. Este método analizaba los puntos fuertes y débiles, tanto internos como externos, en el contexto.

Al mismo tiempo que se elaboraba el cuestionario, los asociados iniciaron una revisión exhaustiva de la literatura relativa a la intervención multifamiliar en la salud mental. Esto permitió a los socios establecer investigaciones web focalizadas y definidas, alineadas con los objetivos de investigación. Se identificaron varias palabras clave como Grupos Multifamiliares, Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF), Psicoanálisis Multifamiliar, Terapia Multifamiliar, Terapia de Grupo

Multifamiliar y Tratamiento de Grupo Multifamiliar, traducidas a los idiomas respectivos y con términos específicos.

La investigación se llevó a cabo en diferentes idiomas nacionales y se extendió más allá de las fronteras nacionales para cada idioma, abarcando a otros países. Google, Google Scholar, PubMed, Hall y Cairn fueron utilizados como motores de búsqueda, y los hallazgos fueron recopilados utilizando el software de gestión de Zotero, adhiriéndose al estilo de citación de la edición VI de la APA (American Psychological Association).

La investigación bibliográfica internacional sobre grupos multifamiliares identificó tres subtipos de categorías:

- Grupos psicoeducativos y cognitivo-conductuales;
- Grupos sistémicos y dinámicos;
- Grupos psicoanalíticos.

La metodología de investigación se diseñó meticulosamente de acuerdo con las directrices del proyecto y las directrices metodológicas acordadas entre los asociados, que se explican en el capítulo 6.3.1.

Los cinco socios son responsables de los datos contenidos en su informe nacional.

Tras recopilar y analizar los datos facilitados por cada socio, AIDFM elaboró un informe de síntesis que resume todos los resultados y conclusiones.

3. INFORME DE ITALIA

3.1. SITUACIÓN ITALIANA

Tras el importante proceso de desinstitucionalización iniciado por el cierre de los manicomios de salud mental, la Unión Europea se ha dedicado a establecer redes sociales personalizadas para ayudar a las personas con problemas de salud mental. Este objetivo, esbozado en documentos como el Libro Verde sobre la salud mental (2005), subraya el papel fundamental de los miembros de la familia dentro de estas redes. Según el 'User empowerment in mental health' (2010) de la OMS, el 95% de los cuidadores son familiares de usuarios de servicios de salud mental.

El último Plan de Acción Europeo para la Salud Mental 2013-2020 hace hincapié en la participación crucial de las familias en los tratamientos de salud mental y recomienda intervenciones terapéuticas innovadoras, haciendo hincapié en la inclusión, la accesibilidad y el intercambio. A pesar de estos avances, las familias a menudo se enfrentan al aislamiento y el estigma. El Marco de Acción Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (2016) reconoce el papel fundamental que desempeñan las familias en estas redes sociales, haciendo hincapié en la necesidad de intervenciones específicas para fortalecerlas y apoyarlas.

A pesar de las metodologías innovadoras adaptadas para atender diversas necesidades y mejorar la integración social, los grupos multifamiliares todavía no están muy extendidos. En Italia, las intervenciones de los Servicios de Salud Mental parecen inadecuadamente definidas y uniformes, aunque, en varias ocasiones, las actividades continuas y de apoyo dirigidas a las familias afectadas por el sufrimiento mental han sido reconocidas como 'buenas prácticas'.

De hecho, del análisis de los datos relacionados con la Actividad Psiquiátrica Territorial, contenidos en el Informe de Salud Mental, publicado en 2021 por el Ministerio de Salud, se destaca que solo un 5% de las intervenciones se dirigen directamente a las familias, a pesar de que el 47% de los usuarios residen dentro de las familias o están relacionados con ellas (de origen o adquiridos). Del total del 5%, el 4,2% correspondió a entrevistas con familiares, el 0,7% a reuniones informativas/psicoeducativas y solo el 0,1% a psicoterapia familiar.

Cabe destacar que las intervenciones multifamiliares, en las que varias familias participan en intervenciones grupales, están ausentes de este informe, a pesar de su presencia de larga data en la literatura científica. Sin embargo, en los últimos años se ha observado una difusión gradual pero constante de la cultura multifamiliar, con la participación de diversos profesionales de la salud mental a nivel clínico y de capacitación. Por ejemplo, en 2022, cinco de los diez DSM de la región del Lacio iniciaron cursos de formación especializada centrados en intervenciones multifamiliares. Estos cursos estaban abiertos a todos los operadores de diversos servicios, y aproximadamente 200 personas participaron. Si bien estos avances son indicadores iniciales, ponen de relieve importantes desafíos derivados de las barreras institucionales, culturales e ideológicas que siguen obstaculizando la estabilización y el establecimiento formal de prácticas multifamiliares.

En respuesta a estas observaciones, el proyecto 'Grupos Multifamiliares en Salud Mental (F.A.M.HE.)' comenzó en marzo de 2022. Su fase inaugural implica la construcción de una Guía completa de Grupos Multifamiliares que abarca las diversas realidades presentes en los países socios: Bélgica, Italia, Portugal y España. El proyecto comenzó con una investigación de campo, que incluyó

la creación, distribución y análisis de un cuestionario dirigido a conductores de GMF activos en estos países.

La difusión del cuestionario buscó delinear la dinámica operativa de los GMF en los cuatro países participantes, independientemente de sus orientaciones teóricas o metodológicas. El énfasis se puso en delinear sus características, organización y difusión, siendo el criterio principal la participación de al menos dos generaciones, incluidas las personas sometidas a tratamiento de salud mental.

3.2. ENCUESTA - CARACTERÍSTICAS DEL GMF

3.2.1. Contexto institucional/organizativo

A pesar de haber iniciado un número considerable de contactos, sólo unos pocos técnicos de salud respondieron exhaustivamente. De los numerosos contactos realizados, se recibieron 38 cuestionarios, 35 de los cuales se consideraron válidos y completos. Si bien esta cifra merece un análisis exhaustivo (que se prevé comenzar en una etapa posterior), parece estar relacionada con una renuencia o indiferencia general hacia el intercambio activo de experiencias entre diversos servicios o ámbitos institucionales, al igual que en encuestas anteriores. Parece haber una subestimación de la importancia de la información en el campo de la salud mental.

La mayoría de las estructuras involucradas en la investigación son de propiedad pública, representando el 72% de la muestra, mientras que el 24% están afiliadas a entidades privadas, dejando el 4% restante representando al sector privado. El tipo de asistencia es principalmente ambulatoria, el 84,8% del total, dividido entre centros de salud mental (61%) y asociaciones/organizaciones sociales privadas (24%); El 9% de la asistencia residencial está representado por comunidades terapéuticas y el 6% por salas de hospital (servicios de diagnóstico y tratamiento psiquiátricos).

3.2.2. Propiedades

Los cuestionarios, en su conjunto, parecen representar las diversas orientaciones teórico-metodológicas en Italia, proporcionalmente a los resultados de otros estudios. Específicamente, el cuestionario reveló cuatro tipologías: 61% Psicoanálisis multifamiliar, 21% Psicoeducación, 12% Orientación sistémica, 9% Orientación psicodinámica, y 1 GMF categorizado como 'Otro.' La prevalencia notable de Psicoanálisis Multifamiliar refleja no solo su adopción efectiva en todo el país, sino que también subraya la mayor participación y motivación de investigación entre los conductores de GMF asociados con LIPsiM. Cabe destacar que LIPsiM se destaca como una de las pocas asociaciones nacionales que participan activamente en la difusión, el estudio y la formación dentro del contexto multifamiliar.

3.2.3. Conducción

En cuanto al método de gestión, el 97% de los grupos representados emplean un enfoque de equipo. Entre ellos, el 58% involucra a un conductor/facilitador de grupo, apoyado por varios co-conductores/facilitadores, constituyendo una configuración jerárquica, mientras que el 39% tiene una estructura de equipo no jerárquica con solo co-conductor/facilitador. Los psicoterapeutas

constituyen la mayoría en los equipos de gestión (93% psicólogos y 48% psiquiatras), y otros profesionales de la salud mental también son miembros integrales (39% enfermeras, 30% trabajadores sociales, 18% educadores y 6% terapeutas de rehabilitación psiquiátrica). La inclusión de varios profesionales pone de relieve la necesidad de cursos de formación a medida para los profesionales no psicoterapéuticos, previendo el reconocimiento de las cualificaciones especializadas.

La formación de psicoterapeutas dentro de estos equipos se alinea con las orientaciones teórico-metodológicas de los GMF representados. Enfatiza la complejidad, ya que los diferentes conductores poseen diversos antecedentes formativos: el 45% tiene formación psicoanalítica, el 52% en psicodinámica, el 24% en análisis grupal, el 54% en sistémica familiar y el 36% en psicoterapia cognitivo-conductual.

La supervisión, que implica reflexionar y evaluar el trabajo de un experto externo, se produce en el 55% de los GMF. La mayor parte de esta supervisión tiene lugar internamente, con la participación directa del supervisor en el grupo (10 GMF). Tres grupos utilizan supervisión externa (modelo clásico), mientras que cinco grupos emplean ambos enfoques. Casi todos los GMF examinados (93%) participan en intervalos/reuniones post-grupo, lo que representa un método adicional de supervisión derivado de la experiencia analítica y familiar-sistémica del grupo, diseñado para intercambiar impresiones, emociones y reflexiones dentro del equipo conductor. Estas respuestas subrayan la naturaleza multifacética del funcionamiento multifamiliar y la profundidad de los intercambios de grupo, que requieren espacios específicos para la meta-reflexión y la elaboración. También ponen de relieve la necesidad de armonizar e integrar las intervenciones realizadas por el equipo conductor en diversas formas.

3.2.4. Participantes

La mayoría de los participantes entran en el rango de edad adulta por nacimiento (86%), seguido por el rango adolescente (26%). En el 72% de los casos, hay dos generaciones presentes, y en el 27% hay tres generaciones involucradas. Las relaciones giran principalmente en torno a las conexiones hijo/padre en el 97% de los casos, seguidas de cerca por la dinámica padre/hijo en el 91%, y en el 66%, con otro miembro de la familia nuclear. Estos hallazgos sugieren un mayor énfasis en el vínculo hijo/padre en comparación con otras relaciones familiares (cónyuge, hermanos), de manera similar a lo que se expresa en las terapias familiares nucleares.

La mayoría de los GMF están involucrados en el tratamiento de patologías psiquiátricas (71%). Tanto los grupos heterogéneos como los homogéneos muestran un predominio significativo de trastornos psicóticos, con 81% y 90%, respectivamente. Además, los trastornos del estado de ánimo representan el 74%, mientras que los trastornos de la personalidad constituyen el 67% de los casos. Tradicionalmente utilizadas en patologías psiquiátricas graves, las intervenciones multifamiliares se han ampliado para abordar adicciones patológicas (35%), trastornos alimentarios (26%) y trastornos psicosomáticos (19%).

La mayoría de los GMF son grupos abiertos (79%), lo que permite a los participantes entrar o salir en cualquier momento con un tamaño de grupo variable. Hay menos grupos cerrados (15%), con puntos de inicio y fin predeterminados y sin cambios en la composición. Una porción más pequeña (6%) comprende grupos de apertura lenta, donde los cambios de composición ocurren solo en casos específicos. Estos porcentajes se alinean estrechamente con la presencia de fases en las reuniones de GMF: el 78% no incorpora fases, mientras que el 26% sí lo hace. Este probable vínculo con el

enfoque metodológico elegido, similar a las intervenciones psicoeducativas, que involucra fases específicas, que requieren la definición del inicio y final de la intervención, y una composición relativamente estable de los participantes. Sin embargo, la mayoría de estos grupos (86%) involucran a personas que reciben tratamiento en todas las fases de la intervención.

3.2.5. Estructura y Funcionamiento

En el 75% de las respuestas, los GMF suelen consistir en un grupo de tamaño mediano que oscila entre 10 y 30 participantes, y se requiere la participación cara a cara en el 78% de los casos. La mayoría celebra reuniones semanales (56%) o bimensuales (37,5%), mientras que solo el 6% se reúne mensualmente. La duración de estas reuniones suele ser de 90 minutos (58%) o 120 minutos (39%), con un solo grupo que dura una hora. Estas ideas cuantitativas podrían proporcionar directrices operacionales, destacando los factores en el contexto que pueden mejorar el funcionamiento óptimo de los GMF, constituyendo potencialmente un conjunto de 'buenas prácticas'.

En cuanto al entorno de las reuniones del GMF, las respuestas sugieren una adecuación general de los entornos físicos para dar cabida a la dimensión multifamiliar. Alrededor del 67% se producen en salas polivalentes y el 24% en salas de actividades, con el 97% reconociendo su idoneidad en términos de dimensiones y confort. La privacidad y la confidencialidad están garantizadas en el 94% de los casos, y el 96% utiliza una disposición circular de asientos, esencial para fomentar el intercambio y la inclusión en el contexto multifamiliar. La atención a estos aspectos tangibles del entorno físico parece crucial para establecer un clima de seguridad y comodidad dentro de las complejidades de la dinámica multifamiliar.

La duración de los GMF a lo largo del tiempo parece muy variable y solo está parcialmente vinculada a la metodología de referencia, como los GMF psicoeducativos. La mayoría de los grupos no parecen tener un final definitivo, y las interrupciones o suspensiones se asocian principalmente con restricciones pandémicas recientes (77%) y, en menor medida, limitaciones en los recursos humanos (32%). Estas causas externas no son necesariamente atribuibles a las elecciones metodológicas internas dentro de los propios GMF.

3.2.6. Derivación

El elemento final del cuestionario aborda un aspecto crucial con respecto a la funcionalidad de los Grupos Multifamiliares dentro de sus respectivos contextos. Se profundiza en el tema de la Referencia, un tema fundamental que surgió durante los dos grupos de discusión paralelos y que se ha destacado con frecuencia en la literatura. La mayoría de las derivaciones (82%) proceden de la institución, mientras que el 36% proceden de fuentes externas. Estos datos pueden sugerir un fuerte enraizamiento de los GMF dentro del contexto de pertenencia. Sin embargo, también podría significar una interacción limitada con la comunidad externa más amplia, lo que podría indicar una falta de conocimiento o reconocimiento de esta metodología de tratamiento más allá de los límites de la institución.

3.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN

3.3.1. Grupos de enfoque con conductores GMF

3.3.1.1. Participantes

De conformidad con el acuerdo del proyecto entre todos los asociados, tras la finalización de la difusión y recopilación de respuestas al cuestionario, se organizó un grupo de discusión. Este grupo de enfoque se dirigió a una selección representativa de conductores involucrados en la investigación. El proceso de selección de esta muestra se basó en la participación voluntaria, iniciada mediante el envío de un correo electrónico solicitando disponibilidad a todos los colegas que habían completado previamente el cuestionario.

3.3.1.2. Metodología

El Focus Group 1 tuvo lugar el 27 de enero de 2023, realizado en línea a través de la plataforma Zoom de 9:30 AM a 12:30 PM, y fue completamente grabado. Diez colegas de un grupo de 34 aceptaron la invitación y nueve asistieron a la sesión; un colega se enfrentó a una emergencia profesional y no pudo asistir en la fecha especificada. La muestra seleccionada representaba diversas orientaciones teórico-metodológicas y reflejaba la distribución geográfica del grupo general de participantes, abarcando experiencias de los sectores público y privado. La sesión fue facilitada por un coordinador e incluyó a dos observadores.

La metodología empleada fue el análisis FODA, permitiendo a cada participante identificar, en base a su propia experiencia, fortalezas y elementos/dificultades problemáticas dentro de su propia realidad y cruzarlas con oportunidades y posibles obstáculos generados por el contexto externo. El análisis se centró en tres elementos importantes comunes a la mayoría de las experiencias del GMF destacadas en los cuestionarios:

- Participación de al menos dos generaciones, incorporando a las personas sometidas a tratamiento de salud mental;
- Presencia de un equipo directivo;
- Activación de un espacio de intercambio entre conductores inmediatamente después de la reunión de GMF (Post-Grupo).

3.3.1.3. Resultados

Aquí hay un resumen de los hallazgos de cada enfoque:

Enfoque 1: Participación de al menos dos generaciones

Puntos fuertes:

- Superando oposiciones defensivas, nosotros/ustedes, padres/hijos, enfermos/sanos;
- Mejora de la comparación y la posibilidad de verse en los otros;
- Inclusión y sentido de pertenencia.

Puntos débiles:

- Discontinuidad en la participación de todo el núcleo;

- Dificultad para expresarse por sí mismo;
- Miedo al conflicto.

Oportunidades:

- Ahorro de recursos (humanos y económicos);
- Canalización y redefinición de solicitudes/reclamaciones familiares;
- Conocimiento e intercambio del modelo de intervención.

Amenazas:

- Dificultad en la derivación; preferencia por los padres sobre el núcleo familiar;
- Preocupaciones sobre la estimulación excesiva para el 'paciente';
- Persistencia de la perspectiva psiquiátrica clásica centrada en el individuo.

Enfoque 2: Presencia de un equipo conductor

Puntos fuertes:

- Mejor gestión de los intercambios y mayor contención;
- Apoyo mutuo, dividiendo la 'carga emocional';
- Continuidad de la intervención;
- Desglose de la proyección.

Puntos débiles:

- Riesgo de discordia o incoherencia;
- Delegación potencial a un único 'terapeuta'.

Oportunidades:

- Mayor participación en el proyecto terapéutico individualizado;
- Superar el aislamiento y la integración entre entornos;
- Integración entre profesionales.

Amenazas:

- Escasez de personal;
- Resistencia institucional;
- Falta de conocimiento sobre el método.

Enfoque 3: Después del Grupo (post-grupo)

Puntos fuertes:

- Meta-reflexión sobre la experiencia y el intercambio de temas críticos;
- Integración de diferentes puntos de vista;
- Verificación de la coherencia entre el modelo y la intervención.

Puntos débiles:

- Incapacidad de los participantes para reconocer elementos críticos.

Oportunidades:

- Formación y acreditación permanentes;

- Posibilidades de reorganización del equipo.

Amenazas:

- Dificultad para reconocer este momento como integrado en el trabajo de los GMF;
- Incumplimiento de la frontera, intrusiones institucionales y emergencias;
- Implementación limitada de la práctica reflexiva en otros espacios institucionales.

3.3.2. Grupos de discusión con usuarios de GMF

3.3.2.1. Participantes

Se llevó a cabo un grupo de enfoque integrado por 10 a 15 participantes que participan en los GMF por diversas razones (pacientes, padres, familiares, cuidadores). Durante esta sesión, se evaluaron temas similares a los tratados en el grupo de enfoque que involucra a los conductores de GMF. Además, la comparación y la posible alineación de las respuestas de ambos grupos podría utilizarse para validar los resultados de la investigación.

Para facilitar la asistencia en persona, se realizó una selección inicial, en la que participaron miembros de GMF de la investigación que opera en la provincia de Roma. Posteriormente, la muestra se constituyó mediante invitaciones directas de conductores a los usuarios habituales de estos grupos.

3.3.2.2. Metodología

El grupo tuvo lugar el 8 de febrero de 2023, de 09:30 a 12:30 en la sede de LIPsiM en un formato presencial. Dieciocho usuarios fueron invitados y doce asistieron a la reunión. La muestra fue representativa de las diferentes cifras de usuarios de GMF que operan tanto en el sector social público como en el privado. En la sesión participaron un coordinador y dos observadores.

Al igual que el grupo de discusión para conductores de GMF, la reunión empleó el método de análisis SWOT. El análisis se realizó utilizando dos de los tres temas definidos para la comparación entre conductores, considerados más evaluables por los usuarios:

- Participación de al menos dos generaciones, incorporando a las personas sometidas a tratamiento de salud mental;
- Presencia de un equipo directivo.

El tercer enfoque propuesto a la muestra de conductores/facilitadores, con respecto a la activación de una sesión posterior al grupo, resultó difícil para la evaluación de los usuarios, ya que normalmente implica un momento dentro de la reunión multifamiliar reservada para el equipo de gestión.

3.3.2.3. Resultados

Aquí hay un resumen de los hallazgos de cada enfoque:

Enfoque 1: Participación de al menos dos generaciones

Puntos fuertes:

- Mayor empatía entre los miembros de la familia;
- El diálogo es posible en circunstancias difíciles;
- Contención de las emociones expresadas;
- Identificación y reconocimiento mutuo;
- Posibilidad de reconocerse en diferentes roles;
- Ayuda a establecer los límites parentales.

Puntos débiles:

- Participación limitada de los hogares completos;
- Preocupación por posibles daños;
- Renuencia a exponerse delante de familiares.

Oportunidades:

- Atender y responder a las necesidades de la familia;
- Ofrece una oportunidad rentable.

Amenazas:

- Información limitada sobre GMF;
- Formación insuficiente de los operadores;
- Desafíos organizativos dentro del Servicio que puedan obstaculizar la eficacia del GMF.

Enfoque 2: Presencia de un equipo de conductores

Puntos fuertes:

- Facilitación de la circularidad de los intercambios;
- Menos directividad en la conducción;
- El equipo de conductores como modelo para todo el Grupo;
- Estímulo para el diálogo.

Puntos débiles:

- Riesgo de Discordia o incoherencia;
- Potencial delegación en un único terapeuta.

Oportunidades:

- Integración entre diferentes figuras profesionales;
- Menos 'personalización' de la intervención.

Amenazas:

- Escasez de personal;
- Dificultad para mantener el compromiso debido a la excesiva carga de trabajo.

Una nota adicional: Al final de la reunión, los participantes sugirieron organizar momentos similares de intercambio y comparación en el futuro, ya que les resultó beneficioso para profundizar sus propias experiencias y mejorar las prácticas multifamiliares.

3.3.3. Conclusiones del grupo temático

La comparación realizada entre los participantes permitió profundizar en diversos aspectos relacionados con los temas propuestos. Aunque se iniciaron a partir de la evidencia cuantitativa derivada del análisis de los resultados del cuestionario, estos aspectos no se evaluaron a fondo en su complejidad cualitativa.

Se llegó a un consenso entre los participantes en cuanto a la prevalencia de fortalezas, percibidas como potencial interno, en contraste con cuestiones críticas percibidas más como resistencia inicial a la intervención multifamiliar que como aspectos negativos reales. Específicamente, la presencia simultánea de varias generaciones, miembros de la familia y usuarios del Servicio de Salud Mental apareció como el aspecto más crítico durante los compromisos iniciales con los GMF. Se consideró que la presencia de varias generaciones era el elemento definitorio que influía en los intercambios y en la atmósfera imperante dentro del Grupo, lo que aumentaba la complejidad y facilitaba el logro de los objetivos. Se plantearon consideraciones similares con respecto a la presencia de un equipo de gestión, que parecía evolucionar gradualmente en lugar de ser un establecimiento oficial.

Incluso a través de diversas interpretaciones conductor principal con facilitadores, equipo de gestión conjunta, coordinador con observadores), las debilidades identificadas relacionadas con este enfoque parecían resolverse en el curso de la práctica, especialmente en lo que respecta a la distribución de las cargas emocionales y a la optimización de las compensaciones.

En cuanto al tercer enfoque dirigido a los conductores, los participantes reconocieron la importancia de compartir un momento de reflexión sobre la implementación de la intervención. Este momento programado, integrado en Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF), garantizaría la necesaria armonización/consistencia de la gestión implementada en forma plural. Cabe destacar que no se identificaron elementos críticos internos en relación con este aspecto.

En cuanto a los obstáculos en el contexto externo, parece surgir, como dato transversal, una dificultad cultural/ideológica para proponer una intervención clínica que reúna tanto a familiares como a usuarios. Este desafío se amplificó y apoyó por una falta de conocimiento de las experiencias multifamiliares. Por consiguiente, el diseño de intervenciones de formación multifamiliar debe abarcar acciones preparatorias específicas dirigidas a la cultura y el funcionamiento de los contextos institucionales.

Junto a las evidentes diferencias teórico-metodológicas que caracterizan diversas experiencias, parece significativa una fuerte convergencia sobre los temas propuestos, que pueden ser considerados como elementos comunes que caracterizan la experiencia multifamiliar. La participación simultánea de al menos dos generaciones, la presencia de un equipo directivo, y la activación de momentos reflexivos dedicados parecen asumir el papel de buenas prácticas y variables de proceso ineludibles en el establecimiento de intervenciones de Salud Mental denominadas Grupos Multifamiliares.

3.4. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

La investigación bibliográfica realizada por LIPsiM sobre el contexto italiano destacó las palabras clave que dieron un mejor índice de contenidos, tanto cuantitativa como cualitativamente: Grupos Multifamiliares, Psicoanálisis Multifamiliar y Terapia Multifamiliar. Esta investigación condujo a la selección de elementos bibliográficos recurrentes dentro de un primer índice, dividido posteriormente en dos listas (véase el apéndice 1).

1 - Bibliografía italiana: esta tarea específica de LIPsiM reveló la presencia de artículos, monografías, libros y capítulos de libros. La mayoría de las entradas pertenecen al Psicoanálisis Multifamiliar, siendo el único manual operativo un texto sobre la intervención psicoeducativa multifamiliar.

2 - Bibliografía en italiano: esta recopilación recoge publicaciones extranjeras traducidas al italiano, consideradas particularmente representativas de los modelos de intervención multifamiliar en Italia. Se consideró apropiado conservar estas entradas, que, en su versión original, aparecerán en la bibliografía internacional, con el objetivo de proporcionar información de fácil acceso para los destinatarios finales de la Guía de Grupos Multifamiliares.

Además, las búsquedas web identificaron asociaciones en Italia dedicadas al desarrollo, estudio, práctica y formación en el sector multifamiliar según diferentes modelos representados en la investigación. Aunque no es un objetivo específico, esta información se compilará en un directorio insertado como anexo en la Guía, que se considera útil para los usuarios, familiares u operadores interesados en el trabajo multifamiliar.

3.5. CONCLUSIONES

El objetivo principal de la investigación 'Grupos Multifamiliares en Salud Mental', la primera Producción Intelectual del proyecto FA.M.HE., es mejorar la comprensión de los diversos grupos multifamiliares en salud mental. Esto abarca su difusión territorial, modelos existentes y características. En este sentido, un primer hecho significativo que surgió de esta investigación se refiere a la confirmación de la diferenciación de la experiencia multifamiliar en dos áreas principales:

1 - Reuniones Psicoeducativas Multifamiliares, centradas en los problemas de salud mental, proporcionando información sobre su gestión.

2 - Encuentros Terapéuticos Multifamiliares, profundizando en el sufrimiento psíquico dentro del contexto familiar y no solo de la persona que manifiesta problemas de salud mental, tratando de profundizar y superar las dificultades que surgen a través de la contribución de cada participante.

Un porcentaje predominante dentro de la segunda línea corresponde a los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF), como se ha destacado previamente durante la fase de análisis de resultados. En la actualidad, es pertinente destacar no solo la mayor difusión efectiva de esta metodología en todo el territorio nacional (en la actualidad hay aproximadamente 60 GPMF activos en varias regiones), sino también el trabajo continuo de comparación, investigación y formación

La existencia de una estructura asociativa, que proporciona una red de apoyo, estímulo y análisis en profundidad de los GMF sobre el tratamiento del sufrimiento psíquico, surge como un factor fundamental en la difusión y el desarrollo adecuado de una herramienta de intervención tan compleja. Además, en cuanto a la organización de sesiones de formación adecuadas para los conductores/facilitadores de MFPG (de acuerdo con la Producción Intelectual del proyecto FA.M.HE.), una acción beneficiosa para los objetivos del proyecto podría implicar el establecimiento de una estructura asociativa europea. En paralelo con las prácticas de LIPsiM en Italia, este esfuerzo proporcionaría soporte y plataformas en línea para estos programas.

En cuanto al diseño de cursos de formación adecuados, debe tenerse en cuenta la forma en que los datos del cuestionario y las discusiones de los grupos focales destacan que los GMF son, en casi todos los casos, realizados por un equipo directivo, cuya composición es a menudo heterogénea, abarcando diversos antecedentes profesionales en formación académica, roles y experiencia clínica. Esta situación presenta un reto de compromiso en la elaboración de programas de formación que deben tener en cuenta no solo las diversas dimensiones de la gestión, sino también la integración creativa de diversas habilidades exhibidas por diferentes figuras profesionales. Por lo tanto, un aspecto crucial parece ser la definición de habilidades transversales esenciales para establecer un equipo de gestión sólido y coherente, junto con la construcción precisa de un marco de referencia teórico.

Una característica recurrente mencionada en el cuestionario sobre experiencias multifamiliares es la existencia de un espacio dedicado a la reflexión inmediatamente después de la reunión del GMF. Este espacio está destinado a discusiones entre conductores, como se destaca en el análisis de los datos recogidos. A pesar de ser considerado un momento fundamental por todos los inquilinos y un componente esencial del trabajo multifamiliar, este espacio se enfrenta a numerosos obstáculos para ser protegido y reconocido dentro del marco institucional. De hecho, el análisis de las respuestas proporcionadas por los conductores presentes en el grupo de enfoque dedicado a ellos destaca su perspectiva. Si bien los conductores no reconocen ninguna criticidad interna relacionada con esta práctica, señalando solo sus ventajas, informan de una serie de obstáculos externos atribuibles a la resistencia en el contexto institucional. Estas barreras abarcan una falta de respeto por los límites debido a intrusiones institucionales y emergencias clínicas, junto con una deficiencia en la disposición de los Servicios de Salud Mental para la práctica reflexiva.

Las discusiones de los grupos focales sobre la participación de al menos dos generaciones y la inclusión de individuos que enfrentan mayores dificultades - un prerrequisito para la participación en la investigación, permitieron obtener ideas consistentes. Independientemente de la orientación teórico-metodológica, estos elementos se perciben predominantemente a través de experiencias multifamiliares, a menudo significando aspectos significativos de la intervención. Las complejidades inherentes a la gestión de estos aspectos se consideran naturales, mientras que los obstáculos externos, a menudo organizativos o estructurales, se atribuyen a una verdadera resistencia institucional.

Para mejorar la comprensión y la difusión del trabajo multifamiliar, es crucial considerar estas dificultades culturales/ideológicas al diseñar intervenciones clínicas que unan a los miembros de la familia y los usuarios. Los cursos de capacitación multifamiliar deben integrar momentos preparatorios centrados en la cultura y el funcionamiento de la atención de salud mental y los contextos de apoyo.

Esta intervención multifacética de información/capacitación abarca múltiples niveles de capacitación que involucra a operadores individuales, grupos de trabajo y contextos institucionales.

4. INFORME DE BÉLGICA

4.1. SITUACIÓN BELGA

Belgiatiene tres idiomas oficiales (holandés, francés y alemán). El país está organizado en varios niveles de autoridad: el estado federal, los estados federados (tres regiones basadas en el territorio y tres comunidades basadas en el idioma), y las autoridades locales (provincias y municipios). La autoridad sobre el sistema de salud se divide entre el gobierno federal y los estados.

El Servicio Público Federal (FPS) de Salud Pública es responsable de la organización y planificación general del sistema de salud. En el plano federal, el Instituto Nacional del Seguro de Salud y de Discapacidad (NIHDI) administra el seguro médico obligatorio mediante contribuciones a la seguridad social.

Los Estados son las principales autoridades competentes en materia de salud mental, atención a las personas de edad, atención a los discapacitados, atención primaria y en el hogar, rehabilitación, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para la cooperación entre el gobierno federal y los estados, se organizan regularmente conferencias interministeriales.

El presupuesto para el seguro de salud y la política de salud se determina durante las negociaciones entre los representantes de las autoridades, los pacientes (a través de los fondos de seguro de salud), los empleadores, los empleados y los trabajadores por cuenta propia. Los proveedores de servicios de salud participan en las decisiones sobre tarifas y reembolsos de servicios médicos. Estas decisiones se establecen en acuerdos o acuerdos nacionales entre los representantes de los prestadores de servicios de salud y las cajas del seguro de enfermedad.

Organización de la atención de la salud mental

La atención de la salud mental en Bélgica se caracteriza principalmente por una estructura vertical con los siguientes actores principales:

- El Ministerio Federal de Salud Pública;
- La administración federal del NIHDI;
- Las administraciones estatales (Comunidades y Regiones).

Estos órganos - en cooperación con las Plataformas de Consulta de la Atención de Salud Mental - se encargan de gestionar la atención de salud psiquiátrica en estructuras principalmente residenciales:

- Los hospitales psiquiátricos (PZ);
- Los Departamentos de Psiquiatría de los Hospitales Generales (PAAZ);
- Los hogares de atención psiquiátrica (PVT);
- Las Iniciativas de Vida Protegida (IBW);
- Los Centros de Salud Mental (CGG).

Paralelamente a estas instituciones, existen bastantes estructuras de atención de la salud con un acuerdo del NIHDI, como centros de rehabilitación psicosocial y centros de crisis.

En Bélgica, la situación de la salud mental es bastante compleja. Por ejemplo, el gobierno federal es responsable de la financiación de psiquiatras y departamentos psiquiátricos en los hospitales, mientras que las comunidades y regiones son responsables de organizar y financiar la atención de salud mental ambulatoria.

Desinstitucionalización

Como en la mayoría de los países industrializados, el sector de la salud mental en Bélgica se ha reformado varias veces desde finales del siglo XX. El objetivo de estas reformas era tratar a las personas con problemas de salud mental lo más posible en su propio entorno y estructura social, permitiendo a los pacientes permanecer en su entorno familiar durante el mayor tiempo posible. Así pues, se hizo hincapié en una mayor integración de la atención en el entorno vital y no en las instituciones psiquiátricas (desinstitucionalización).

Iniciativas sanitarias innovadoras

El artículo 107 de la Ley de hospitales es una técnica de financiación que permite dismantelar las camas de los hospitales generales y psiquiátricos y autorizar así la inversión de fondos en iniciativas de atención innovadoras, como los equipos móviles. El personal liberado por el dismantelamiento de las camas puede ser desplegado en la provisión de cuidados alternativos. En la práctica, se trata de equipos móviles para la atención especializada en el hogar o la intensificación de la atención residencial.

4.2. ENCUESTA - CARACTERÍSTICAS DEL GMF

4.2.1. Contexto institucional/organizativo

El cuestionario se distribuyó entre cuatro grupos destinatarios:

Un primer grupo consistió en 'expertos' en GMF. 'Expertos' fueron definidos como investigadores que habían publicado en Grupos Multifamiliares en Bélgica. Sobre la base del estudio bibliográfico, se seleccionaron cuatro expertos para Flandes y tres para Valonia. Los expertos fueron contactados por correo con una invitación para reunirse por teléfono/zoom/en persona (en septiembre de 2022) y cinco de ellos aceptaron esta invitación. Posteriormente, el proyecto se presentó verbalmente, y se les pidió que distribuyeran una carta de presentación a su red, y se probó su voluntad de completar el cuestionario una vez que estuviera listo. Después de un mes, los expertos recibieron el enlace al cuestionario en Google Forms (en octubre de 2022). En Flandes, tres expertos dieron una respuesta y dos respuestas de su red. En Valonia se recibieron respuestas de dos expertos.

Un segundo grupo destinatario eran los hospitales psiquiátricos. Todos los hospitales psiquiátricos figuran en la lista, incluidos 32 hospitales de Flandes y 26 hospitales de Valonia. Los hospitales psiquiátricos fueron contactados por teléfono y pidieron al responsable/coordinador del servicio terapéutico/psicológico dentro del hospital (en septiembre de 2022). Estos gerentes/coordinadores fueron presentados verbalmente al proyecto y se les pidió que distribuyeran una carta de presentación

a su personal (en octubre de 2022). Después de un mes, los gerentes/ coordinadores fueron contactados nuevamente por correo electrónico, con un recordatorio para participar en el proyecto y un enlace al cuestionario en Google Forms (en noviembre de 2022). De los 32 hospitales contactados en Flandes, 12 no respondieron. Se descubrió que 11 hospitales carecían de experiencia o conocimiento sobre los GMF. Dos hospitales declararon que tenían un grupo en el pasado, pero no en el momento. Al final, se recibieron un total de 16 cuestionarios de 7 hospitales diferentes. Los grupos familiares de Flandes están repartidos por las cinco provincias. Todos los GMF (excepto uno en una consulta ambulatoria) se organizan desde un hospital psiquiátrico. Siete de cada dieciocho grupos flamencos tienen lugar en centros de atención residencial, mientras que seis grupos se encuentran en un departamento que ofrece tanto atención ambulatoria/hospital de día como atención residencial. Además, 4 grupos poseen solo atención ambulatoria/hospital de día. En Bruselas, se encontró 1 GMF en el Hospital General de la Universidad, que tiene lugar en un pabellón residencial donde también es posible la terapia ambulatoria. De los 26 hospitales de Valonia, 8 no recibieron respuesta. Además, 9 hospitales informaron no tener experiencia o conocimiento de GMF, y 2 hospitales indicaron que no tenían tiempo para cooperar - uno de estos últimos no especificó si tenían conocimiento de GMF mientras que el otro declaró que tenían experiencia. Al final, se identificaron 6 grupos multifamiliares en 6 hospitales diferentes. Todos los cuestionarios de Valonia proceden de centros psiquiátricos repartidos por las cinco provincias. Se observó que 3 de cada 6 grupos valones ofrecían atención ambulatoria y residencial, 1 grupo solo atención residencial y 2 grupos solo atención ambulatoria/ambulatoria.

En tercer lugar, se elaboró una lista de 44 organizaciones profesionales, asociaciones e instituciones a partir de una encuesta web. Las organizaciones profesionales recibieron un correo electrónico con una breve explicación del proyecto, la carta de presentación y el enlace al cuestionario en Google Forms (en octubre de 2022). Además, se les pidió que distribuyeran esta información a sus miembros. Ni en Flandes ni en Valonia se recibió respuesta a través de un organismo profesional.

Un cuarto grupo destinatario estaba formado por 29 organizaciones familiares, 16 de las cuales en Flandes, y 13 en Valonia, ambas a través de una encuesta web. Las organizaciones familiares fueron contactadas por teléfono o correo electrónico y se les dio una breve explicación del proyecto. Recibieron la carta introductoria y el enlace al cuestionario en Google Forms (en octubre de 2022) y se les pidió que difundieran esta información a sus miembros. Ni en Flandes ni en Valonia se recibieron respuestas de organizaciones familiares.

En conclusión, se identificaron 18 GMF de habla neerlandesa y 6 de habla francesa.

4.2.2. Propiedades

En Flandes, el 66,7% (12/18) de los grupos parte de una visión sistémica. Entre estos, el 27,8% (5/18) utiliza exclusivamente un fondo sistémico, mientras que el 27,8% (5/18) combina la terapia sistémica con una formación psicoeducativa (como la terapia conductual o el modelo de Maudsley). Además, el 11,1% (2/18) combina un enfoque sistémico con un fondo psicoanalítico (como psicodinámico o Badaracco). Además, el 11,1% (2/18) de los grupos se basan exclusivamente en el modelo de Maudsley, el 5,6% (1/18) solo aplica psicoeducación, el 5,6% (1/18) se basa exclusivamente en la terapia conductual y el 5,6% (1/18) sigue exclusivamente el modelo de Badaracco. En Flandes, el 83,3% (15/18) de los grupos tienen objetivos de psicoterapia y el 61,1% (11/18) quiere ofrecer psicoeducación. En el 55,6% (10/18) de los casos, el grupo espera ofrecerse apoyo mutuo.

En Valonia, el 83,3% (5/6) de los grupos parte de una visión terapéutica sistémica. En el 33,3% (2/6) de los casos, esto se combina con un fondo de terapia de grupo, en el 33,3% (2/6) con una visión psicoeducativa (una de las cuales según el modelo de Maudsley), y en el 16,7% (1/6) de los casos con una psicodinámica. Solo el 16,7% (1/6) trabaja exclusivamente según un modelo psicodinámico. En Valonia, todos los grupos indican que se centran en proporcionar apoyo y autoayuda a sus compañeros. La mayoría de los grupos tienen objetivos terapéuticos, excepto un grupo, que afirma explícitamente que no quiere ofrecer terapia. Además, el 66,7% (4/6) de los grupos quiere ofrecer psicoeducación.

4.2.3. Conducción

En Flandes, el 61,1% (11/18) de los grupos trabajan solo con co-terapeutas, mientras que en el 38,9% restante (7/18) hay uno (o dos) líderes de grupo. En todos los grupos flamencos hay un psicólogo (o pedagogo) que, en el 55,6% de los casos (10/18), trabaja con una enfermera. Además, en el 33,3% (6/18) de los grupos está presente un trabajador social, en el 27,8% de ellos (5/18) un psiquiatra, en el 22,2% (4/18) un psicomotricista, en el 11,1% (2/18) de los casos un dietista, un terapeuta creativo o dramaturgo, o un experto por experiencia. En un grupo (16%) participa un educador.

En Valonia, el 66,7% (4/6) de los grupos trabajan solo con co-terapeutas, mientras que en el otro 33,3% (2/6) hay un líder de grupo. En la mayoría de los GMF valones (83,3% o 5/6), el eje central es un médico-enfermera, complementado en un 50% por un psicólogo o un educador, y en un 16,7% (1/6) por un trabajador social. Solo un grupo (16,7% del total) es supervisado por un solo psicólogo.

En Flandes, hay 29 tipos de terapeutas, el 48,3% del total (14/29) son terapeutas de sistemas, el 20,7% (6/29) son terapeutas cognitivo-conductuales, el 10,3% (3/29) son terapeutas psicodinámicos, el 6,9% (2/29) son psicoanalistas, el 3,4% (1/29) son terapeutas de grupo, y el 10,3% de ellos (3/29) siendo otros tipos de terapeutas.

En Valonia, hay 15 tipos de terapeutas, el 33,3% del total (5/15) son terapeutas de sistemas, el 26,7% (4/15) son terapeutas cognitivo-conductuales, el 13,3% (2/15) son terapeutas psicodinámicos, el 13,3% (2/15) son terapeutas de grupo y el 13,3% de ellos (2/15) ser otros tipos de terapeutas.

4.2.4. Participantes

El cuestionario tenía por objeto asegurar que todos los grupos tuvieran cabida al menos en dos generaciones. En Flandes, los pacientes están ausentes en el 11,1% (2/18) de los grupos, mientras que en Valonia, esto ocurre en el 50% (3/6) de los grupos. La muestra de 24 GMF puede clasificarse en cinco grupos según la patología y el estadio de edad:

1. En cuanto a los trastornos alimentarios, todos los grupos, tanto en Valonia (1) como en Flandes (5), se centran en los adolescentes y los adultos jóvenes.
2. En cuanto a la atención de la adicción, en Flandes hay 2 grupos para adolescentes/adultos jóvenes y 2 grupos para adultos. En Valonia no se encontró ningún grupo específico dentro de la atención de la adicción.
3. En cuanto a la atención psicosis, dos de los tres grupos de Flandes se centran en la edad de transición (de 15 a 30 años). En Valonia, no se encontraron GMF en la atención psicosis.
4. Centrándose en los trastornos afectivos, se encontró 1 grupo familiar flamenco y 1 valón.

5. Mientras que en Valonia los grupos heterogéneos se dirigen principalmente a un público adulto (3, además de 1 grupo dirigido a adolescentes/adultos jóvenes), en Flandes 4 grupos heterogéneos se encuentran exclusivamente entre adolescentes/adultos jóvenes.

4.2.5. Estructura y Funcionamiento

Diferentes tipos de grupos pueden agruparse alrededor de una patología particular:

1. El 25% (6/24) de los grupos se centra en los trastornos alimentarios, con 5 en Flandes y 1 en Valonia. Estos son principalmente grupos cerrados, a excepción de un grupo lento-abierto. Entre ellos, 4 grupos (3 flamencos y valones) se inspiran en el modelo de Maudsley, basado en principios cognitivos. Estos grupos se reúnen de 8 a 10 veces al día, con una frecuencia decreciente a lo largo del año. A pesar de seguir el mismo modelo, cada grupo varía en frecuencia de sesión y distribución. Los dos grupos flamencos restantes que se ocupan de cuestiones alimentarias adoptan una perspectiva sistémica. Uno se reúne semanalmente durante dos meses, mientras que el otro se reúne quincenalmente durante 2 a 3 horas.
2. 16,7% (4/24) constituyen grupos cerrados dedicados al tratamiento de la adicción, estructurados en series recurrentes de 4 a 5 sesiones. Las sesiones duran de 1,5 a 2 horas cada dos semanas.
3. 12,5% (3/24) de los grupos se centran en la atención de la psicosis. Un grupo sigue el modelo psicoeducativo de McFarlane, llevado a cabo en un entorno cerrado con una serie predeterminada de seis sesiones. Estas sesiones comienzan quincenalmente, luego continúan mensualmente, seguidas de un intervalo de tres meses. Dos grupos están influenciados por el enfoque de Badaracco, cada uno con formatos distintos: uno opera con un grupo fijo a través de cuatro sesiones, reuniéndose cada tres semanas (las tres primeras en línea y la última reunión en persona). El otro grupo está abierto, reuniéndose durante 1,5 horas quincenales.
4. 8,3% (2/24) de los grupos se enfocan en el cuidado del trastorno afectivo. El grupo flamenco adopta un enfoque psicoeducativo en un entorno abierto y lento, permitiendo la participación en sesiones semanales basadas en indicaciones. Mientras tanto, el grupo valón está abierto, reuniéndose mensualmente durante dos horas.
5. 29,2% (7/24) de los grupos son heterogéneos y de naturaleza muy diversa. En Flandes, un grupo se reúne trimestralmente para 'veladas familiares' con un objetivo psicoeducativo. Otro grupo de apertura lenta, dirigido a diagnósticos duales de adicción y trastornos de personalidad, se reúne quincenalmente durante 1,75 horas. Además, un tercer grupo está cerrado por seis sesiones, se reúne quincenalmente, y un cuarto grupo está abierto y se reúne quincenalmente. En Valonia, tres grupos abiertos comparten un perfil similar inspirado en el trabajo de Serge Mertens de Wilmars. Estos grupos se dirigen a los adultos, reuniéndose mensualmente durante 2 horas. Otro grupo heterogéneo en Valonia se encuentra en fase de formación, con la intención de establecer un grupo mensual cerrado.

En Flandes y Valonia, dos tercios de los grupos son de tamaño medio, mientras que el 33,3% restante son pequeños. Sin embargo, un grupo en Flandes destaca con más de 30 participantes. Independientemente del tamaño, los lugares están diseñados para acomodar al grupo y garantizar la confidencialidad. Los participantes suelen organizarse en un círculo concéntrico, excepto en cuatro grupos de adicción flamenca y el grupo afectivo psicoeducativo donde se sientan a una mesa.

El más antiguo de los grupos es el grupo afectivo psicoeducativo flamenco, creado en 2000. A raíz de esto, se produjo un notable aumento de los grupos que se ocupan de los problemas alimentarios, con el primero en 2003, seguido de dos en 2007 (uno valón y uno flamenco). Posteriormente, ha

habido un surgimiento gradual, con un grupo que comienza anualmente en la última década, y actualmente, tres grupos están en sus fases iniciales.

En cuanto a las interrupciones, el 44,4% (8/18) de los grupos de Flandes y el 33,3% (2/6) de Valonia nunca han sufrido interrupciones. Por el contrario, debido a la pandemia, el 33,3% (6/18) de los grupos de Flandes y el 66,6% (4/6) de Valonia tuvieron que suspender sus actividades. Además, el 22,2% (4/18) de los grupos flamencos sufrieron interrupciones debido a la escasez de personal.

Después de la pausa, la mayoría de los grupos reanudaron las reuniones in situ. Sin embargo, un grupo solicitó la preinscripción de los participantes y otro continuó utilizando el medio en línea. Una pequeña proporción, el 8,3% (2/24) de los grupos, todavía no ha podido reiniciar.

4.2.6. Derivación

En los grupos flamencos, las derivaciones internas son la norma exclusiva, excepto para el grupo ambulatorio. Sin embargo, en los grupos valones, hay un patrón distinto: solo un grupo se basa únicamente en referencias internas, mientras que los otros cuatro grupos dan la bienvenida a participantes internos y externos.

4.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN

4.3.1. Grupos de enfoque con conductores GMF

4.3.1.1. Participantes

Una vez completada la difusión y compilación del cuestionario, según lo acordado en la fase de definición del proyecto, se organizó un grupo de discusión, dirigido a una muestra representativa de conductores que participan en la investigación. Los expertos de cada región (francés y holandés) fueron contactados por correo electrónico, y las fechas se programaron en función de su disponibilidad. El grupo de enfoque inicial para los participantes francófonos ocurrió el 10 de enero, y para los participantes de habla holandesa el 13 de enero de 2023, cada sesión duró 90 minutos. Posteriormente se enviaron invitaciones por correo a todos los encuestados: 18 de Flandes y 9 de Valonia. Los encuestados tuvieron la libertad de invitar a sus colegas del GMF, lo que dio lugar a un grupo de 14 participantes para Flandes y 16 para Valonia, incluido el moderador y dos observadores.

Para el posterior grupo de enfoque en profundidad que involucró a los terapeutas de GMF, tanto los expertos como los encuestados recibieron invitaciones nuevamente. La sesión de habla francesa fue programada para el 20 de febrero, y la sesión de habla holandesa para el 21 de febrero de 2023, también con una duración de 90 minutos. Se alentó a los encuestados a que invitaran a sus colegas del GMF. Además, se invitó a un experto francés adicional para el grupo valón y a un terapeuta GMF experimentado para el grupo flamenco. En consecuencia, el grupo flamenco estaba integrado por 13 participantes, y el grupo valón por 10 participantes, incluido el moderador y dos observadores.

4.3.1.2. Metodología

Se organizaron dos grupos de discusión en cada región, con un intervalo de aproximadamente un mes entre ellos, lo que dio lugar a un total de cuatro reuniones en las que participaron terapeutas de

GMF (dos en neerlandés y dos en francés). Durante la primera reunión, se realizó un análisis DAFO basado en los resultados del cuestionario. En la segunda reunión se profundizó en las conclusiones del primer grupo de discusión. Cada grupo de discusión estuvo dirigido por un moderador externo, acompañado por dos observadores. Las reuniones se realizaron a través de Zoom y se grabaron. Una transcripción anónima de las grabaciones fue creada y enviada a los participantes.

4.3.1.3. Resultados

Aquí hay un resumen de los hallazgos de cada enfoque:

Grupo de discusión 1: Francófono, análisis SWOT:

Puntos fuertes:

- Los GMF se alinean con un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, donde las familias reciben la máxima atención, junto con los pacientes y los cuidadores;
- Ayuda a la desestigmatización, facilitando las conexiones dentro y fuera de la psiquiatría para los miembros de la familia y otros trabajadores sociales involucrados;
- GMF se origina de una ética relacional, abordando las preocupaciones en relación con el otro;
- Adopta un enfoque comunitario, creando un microcosmos que moviliza el apoyo colectivo;
- Los participantes experimentan apoyo mutuo y solidaridad dentro del grupo;
- Los compañeros a menudo muestran una mayor apertura hacia los demás que hacia los consejeros, lo que resulta en menos barreras defensivas y una mayor receptividad al aprendizaje emocional;
- Involucrarse en un rol de 'ayudante' para otros dentro del grupo a menudo conduce a nuevas percepciones sobre la propia situación;
- La multiplicidad de perspectivas permite a los individuos reconocerse en los demás y diferenciarse de los demás. A través del proceso de identificación y diferenciación, se obtiene una visión de sus situaciones únicas;
- Facilita la división intergeneracional de responsabilidades: los padres se centran en sus competencias parentales, mientras que los niños se dedican a sus tareas de desarrollo de separación/individuación;
- Hace hincapié en el diálogo trans e intergeneracional, fomentando la comunicación en tiempo real;
- Ofrece una amplia gama de metodologías dentro de los GMF:
 - Dinámica de grupo: cerrado a la seguridad, abierto a la diversidad;
 - Enfoque patológico: homogéneo para la cohesión, heterogéneo para la libertad;
 - evolución del proceso: paralelo para la esperanza (evolución colectiva similar), divergente para la fecundación cruzada (punto diferente en la evolución);
 - Objetivos terapéuticos: directos y claramente establecidos, o indirectamente generados a partir del marco de efectos terapéuticos.
- Complementa otras formas terapéuticas como la terapia individual, la terapia familiar individual y la terapia de grupo;
- Proporciona valiosas oportunidades de aprendizaje para los trabajadores humanitarios.

Puntos débiles:

- No todo se puede trabajar en grupo: a veces es necesario organizar reuniones familiares individuales en paralelo;
- Dificultad para gestionar la indicación en grupos potencialmente grandes y diversos;
- Potencial de amplificación o actuación por culpa dentro de la dinámica de grupo;

- Las variaciones en el progreso de los participantes, como las recaídas o los acontecimientos negativos, pueden afectar negativamente a otros.

Oportunidades:

- Explorar el papel potencial de los GMF en la atención primaria.

Amenazas:

- Proceso lento para integrar la cultura GMF en una organización;
- Desafíos organizativos como encontrar lugares adecuados, terapeutas GMF adicionales y programación;
- Requiere esfuerzos atentos para involucrar efectivamente a las familias dentro de la configuración de GMF.

Grupo de discusión 2: neerlandés, análisis SWOT:

Puntos fuertes:

- Se alinea con la tendencia actual de centrarse tanto en el paciente como en el sistema de asesoramiento, situando el asesoramiento como un 'puente' en lugar de un 'muro';
- Contrarresta los sentimientos de impotencia de los miembros de la familia en medio de la enfermedad fomentando un sentido de tratamiento colectivo;
- Actúa como una forma de empoderamiento que permite a las familias destacar atributos positivos dentro de las demás;
- Alienta el apoyo mutuo entre los pares, otorgándoles más autoridad para proporcionar asesoramiento que a los consejeros;
- Facilita la curación a través de la unión, del reconocimiento, y el intercambio de experiencias dentro del entorno GMF;
- Ofrece oportunidades de aprendizaje indirecto mediante la observación de otras familias, lo que provoca la introspección y el aprendizaje de la propia situación a un ritmo cómodo;
- Fomenta el autocuidado y el establecimiento de límites dentro de la estructura familiar, mejorando la alineación intergeneracional;
- Proporciona una plataforma para abordar la dinámica familiar estancada, permitiendo a las personas sentirse escuchadas y comprendidas de maneras novedosas por otros padres/jóvenes;
- Abarca la diversidad en la participación del paciente/segunda generación:
 - Paciente invitado pero ausente;
 - Paciente como la fiesta de invitación;
 - La participación de la familia vinculada a la participación del paciente;
 - Paciente aliviado de que la familia tiene un espacio separado donde no es necesario participar.

Puntos débiles:

- La oportunidad es crucial para la participación en el GMF, potencialmente inadecuada durante las limitaciones de capacidad personal (por ejemplo, durante crisis o situaciones abrumadoras, exposición a historias pesadas de otros);
- Requiere una indicación cuidadosa y una demarcación de grupo distinta (edad, etapa de la enfermedad) para el reconocimiento, la cohesión, evitar las imágenes crónicas para los participantes más jóvenes y evitar que los participantes mayores se enfrenten al duelo relacionado con la pérdida;

- Los GMF podrían fomentar la comparación entre pares, lo que lleva a una mayor emoción expresada;
- Plantea el riesgo de exacerbar los conflictos subyacentes.

Oportunidades:

- Integración de los GMF en la convención de psicólogos;
- Ofrece una rentabilidad sustancial para las instituciones.

Amenazas:

- Conflictos potenciales para los terapeutas que también se involucran con pacientes o familias individualmente;
- Requiere al menos dos terapeutas, potencialmente un tercero basado en el tamaño del grupo;
- Riesgo asociado con grupos demasiado grandes;
- Consecuencias financieras: incapacidad para cobrar al sistema si el paciente no participa;
- Importancia de vincular los GMF con un contexto de salud mental más amplio para prevenir el aislamiento.

Grupo de discusión 3: Análisis en profundidad de habla neerlandesa:

Enfoque 1: Tratar con diferentes solicitudes de ayuda dentro de 1 sistema:

- Algunos lugares requieren el acuerdo del paciente para invitar a las redes de admisión;
- Modelos específicos utilizados:
 - Psicoeducación: proporciona estructura y fases para atender diversas consultas.
 - Modelo de terapia familiar basada en el apego: enfoque inicial en la vinculación/ conexión/ restauración de la confianza, antes de trabajar en los síntomas;
 - Fase inicial: hacer explícitas varias preguntas de ayuda personal; segunda fase: elegir 1 pregunta de ayuda en la que se centra el grupo;
 - Uso de un 'cuadro de preocupación': envío anónimo de temas, dibujado al azar para la discusión.
- Terapia individual (familiar) como complemento:
 - Se prepara para la participación de GMF, eliminando la resistencia de familiares y pacientes, y alineando las solicitudes de ayuda conjunta;
 - Se ejecuta en paralelo a los GMF para atender solicitudes de ayuda demasiado específicas de la familia.
- Sesiones de información para las redes que interpretan el marco del GMF;
- Discusiones dentro de los GMF sobre los efectos de los compromisos de los participantes.

Enfoque 2: Resistencia al compromiso GMF:

- De los pacientes/familiares:
 - Póngase al día con: preparación motivacional en discusiones familiares individuales, uso de técnicas no verbales durante los GMF, solicitud de retroalimentación durante las discusiones familiares individuales.
- El diálogo directo puede generar tensiones:
 - Específico para los GMF es el uso de la comunicación indirecta: los compañeros de edad/rol/grupo pueden ayudar a responder preguntas sobre qué comunicación directa aún no es posible dentro de la familia.
- De los terapeutas:

- Si ciertos temas no pertenecen a los GMF, considerados demasiado personales o íntimos para la discusión.

Enfoque 3: Necesidad de supervisión/intervalo:

- Evaluación con los participantes:
 - Cuestionamiento en el GMF: '¿Cómo todos experimentaron esto?';
 - Utilización de los formularios de comentarios, cumplimentados por los usuarios al final de la sesión.
- 'Debriefing' entre los co-terapeutas:
 - Discutir los ajustes y reajustes necesarios para el futuro;
 - Alineación entre los co-terapeutas;
 - Reconocimiento de los aspectos personales familiares y vulnerables.

Foco 4: Necesidades actuales de GMF:

- Intercambio de ejemplos prácticos, buenas prácticas, técnicas y ejercicios;
- Cómo reunir suficientes participantes - entrada estable;
- Cómo tratar con niños adultos.

Grupo de discusión 4: Análisis en profundidad de habla francesa:

Enfoque 1: Tratar con diferentes solicitudes de ayuda dentro de 1 sistema:

- Libertad para trabajar con diferentes solicitudes de ayuda de diferentes miembros de un sistema;
- No se requiere que dos generaciones estén presentes dentro de un sistema, sino que dos generaciones estén presentes dentro del grupo en aras de la importancia del 'sistema de cruce'/identificaciones ínter y trans-generacionales: edad/rol/compañeros pueden ayudar a distinguir entre los sentimientos propios y los de los miembros de la familia;
- El grupo como un lugar para hablar sobre el significado de los miembros ausentes de la familia.

Enfoque 2: Resistencia al compromiso en los GMF:

- De los pacientes/familiares:
 - Enfermedad psiquiátrica/estigma hospitalario, creando vergüenza y culpa:
 - La regla de la 'confidencialidad' del grupo ('lo que se dice dentro del grupo se queda en el grupo') es la reducción del umbral: pone a la gente a gusto más rápido;
 - Enfatizar la horizontalidad/equivalencia entre paciente - familia - cuidador: ¡reunirse aquí como 'seres humanos'!
 - Temor de que un miembro de la familia 'use' los GMF en función de tener razón: temor de que los GMF refuercen la dinámica familiar enferma;
 - Temor a revelar tabúes o secretos familiares;
 - Ansiedad cuando no se da inmediata, manijas de hormigón.
- De los terapeutas:

- Miedo a las fuerzas destructivas:
 - Intensificación de la agresión o el conflicto que no pueda soportar el grupo;
 - Uso de sustancias antes de los GMF para que baje la emocionalidad.

Enfoque 3: Necesidad de supervisión/intervisión:

- Interrogantes entre los co-terapeutas:
 - ¿Cómo te sentiste al principio de la sesión y cómo te sientes ahora?
 - ¿Qué te ha tocado? ¿Qué ha sido difícil?
 - ¿Has encontrado tu lugar en tu grupo?
 - ¿Con qué te vas?
- Pasar de la 'reunión informativa' siguiendo al grupo a 'en' el grupo: cerrando la sesión con una breve reflexión sobre las preguntas anteriores;
- Impacto del GMF en el contexto más amplio (equipo, hospital, comunidad);
- Intervalo como una oportunidad de aprendizaje con terapeutas de diferentes GMF.

Foco 4: Necesidades actuales de GMF:

- Demanda de intervalo para terapeutas GMF de diferentes GMF;
- Modelo de entrenamiento Badaracco:
 - Los GMF no son parte de un currículo universitario, siendo enseñados como un módulo corto en el curso de Terapia Sistémica.
- Marco para dar la bienvenida a los terapeutas de GMF en formación:
 - Crear una red de pasantías;
 - Grupo abierto a recibir terapeutas GMF en formación;
 - Compromiso mínimo: participación de 3 GMF consecutivos.

4.3.2. Gran grupo experimental con usuarios potenciales de GMF

4.3.2.1. Participantes

El gran grupo de pacientes, familiares y terapeutas fue reunido por los participantes en el Día de Estudio de los Países Bajos del ISPS (el 27 de enero de 2023). El grupo estaba formado por 2 moderadores y 94 participantes. Este gran grupo estaba solo en holandés.

4.3.2.2. Metodología

El gran grupo estaba compuesto por una audiencia mixta donde todos los participantes fueron invitados a compartir preguntas, comentarios, experiencias sobre los GMF, sin preguntas para guiarlos. Fue dirigido por los dos investigadores. La reunión fue híbrida, a través de Zoom y en persona, y fue grabada. Se hizo una transcripción anónima de la grabación.

4.3.2.3. Resultados

Estos temas aparecen espontáneamente:

- Cambio de mentalidad en la atención de la salud mental: la pregunta ya no es: '¿cómo podemos lograr que la familia participe', sino más bien: '¿cómo podemos participar en algo que ya existe?'
- Es importante partir de la persona que tiene la demanda, que a menudo es la familia (mientras que el paciente con psicosis es a menudo un refuser atención):
 - La familia también tiene derecho al cuidado;
 - La familia puede hablar de su propio nombre (sobre sí mismos) - esto garantiza la seguridad del paciente;
 - El paciente también tiene derecho a los límites: si la psicosis se entiende como la absorción de piezas generacionales no procesadas, entonces la distancia es necesaria para convertirse en ti mismo;
 - A partir del contacto con los familiares, una pregunta puede surgir indirectamente con los usuarios de cuidados.
- Es importante involucrar a la familia desde el principio, o dicho de otro modo, es evidente que el consejero, como 'ajeno a la familia', trabaja con el sistema en su conjunto, tanto con la familia como con el paciente:
 - En función de prevenir una crisis/escalada/ruptura de la confianza;
 - Función de la confianza en la familia (no es necesario violar el secreto profesional);
 - Ser atento/de alcance;
 - A menudo desde un ángulo no terapéutico:
 - Enfermera: visita de barrio, visita domiciliaria;
 - Actividades: hacer cosas juntos;
 - Psicoeducación;
 - Contacto entre pares: símiles o grupo familiar centralizado (sin pacientes);
 - Casa Soteria.
- ¿Cuál podría ser la resistencia de las familias a participar en actividades terapéuticas (Diálogo abierto, Grupo multifamiliar)?
 - Vergüenza;
 - Miedo a la confrontación, a enfrentar algo;
 - Temer en ser vulnerable.
- Rotura, distancia y límites no necesitan ser radicales:
 - Temporal: para que una crisis pueda desaparecer;
 - Al mismo tiempo, distanciarse físicamente por un lado, y mantener una línea abierta por otro;
 - Uso de diferentes funciones/roles dentro de un equipo interdisciplinario.
- Importancia de estar en contacto con su propia vulnerabilidad/ piezas generacionales sin procesar como consejero.

4.3.3. Conclusiones del grupo temático

Durante cuatro grupos focales y un grupo grande experimental con usuarios potencias de GMF, en dos idiomas nacionales (holandés y francés), se contactaron a 5 expertos en GMF, además de 22 profesionales sanitarios con experiencia en GMF, y un grupo de 94 stakeholders entre profesionales, pacientes y familiares interesados. Se llevó a cabo un análisis FODA, así como un análisis en profundidad sobre algunas cuestiones clave de los GMF. Los grupos multifamiliares se alinean con un cambio de paradigma dentro de la asistencia sanitaria para la salud mental, donde las familias reciben la máxima atención, junto con los pacientes y los profesionales sanitarios.

La técnica terapéutica de GMF demuestra amplia aplicabilidad a través de diversos marcos terapéuticos, metodologías, grupos objetivo y contextos de tratamiento. Su potencial es prometedor debido a las siguientes oportunidades que ofrece:

- Eficiencia de costes significativa para las instituciones;
- Viabilidad de la aplicación de los servicios de microfinanciación en la atención primaria (artículo 107);
- Viabilidad de integrar los GMF en las convenciones de los psicólogos.

Sin embargo, la aplicación del GMF se enfrenta a varios desafíos externos:

- Establecer una cultura GMF dentro de una organización requiere tiempo;
- Los desafíos organizativos incluyen asegurar lugares adecuados, reclutar terapeutas GMF adicionales y programar horarios convenientes para todos los participantes;
- La participación de las familias requiere una atención específica;
- Las implicaciones financieras surgen cuando el paciente no participa, afectando la capacidad del sistema para ser cargado.

Los GMF operan desde una metapsicología relacional y ética, abordando la psicopatología dentro de su contexto relacional. Fomenta un espacio comunitario donde las personas pueden reunirse, fomentando el apoyo mutuo y la solidaridad. Este entorno contribuye a la destigmatización, extendiendo su impacto más allá del GMF para afectar al barrio, la institución y la comunidad en general.

El diálogo trans e intergeneracional es fundamental para los GMF. El marco da lugar a diferentes tipos de relaciones (transmisiones): conexiones horizontales entre los participantes (multigeneracionales y trans-generacionales), interacciones verticales hacia los terapeutas y un compromiso holístico dirigido hacia el grupo en su conjunto.

El aprendizaje experiencial dentro de los GPMF se caracteriza por:

- Una situación de aprendizaje in vivo, en la que el aprendizaje para comunicarse es fundamental;
- Un proceso de aprendizaje indirecto: en lugar de confrontación o comunicación directa, a menudo se ofrecen perspectivas y experiencias alternativas a través de otros compañeros de edad/rol/potencial. Por un lado, la multiplicidad de perspectivas permite a los participantes reconocerse en los demás. Por otro lado, otorga a los individuos la capacidad de diferenciarse de los demás. A través de este proceso de identificación y diferenciación, uno obtiene más información sobre la singularidad de su situación personal. Debido a que cada participante puede desarrollar y apropiarse de estas percepciones a su propio ritmo, esto puede resultar en una mayor apertura y receptividad al aprendizaje emocional;
- El proceso de aprendizaje involucra a todos los participantes: paciente, familia y cuidador.

Sin embargo, las dificultades inherentes a los GMF merecen atención:

- Umbral: dificultad en la participación debido a la vergüenza, la culpa y el estigma entre los pacientes y los miembros de la familia;

- Diversas preguntas de ayuda dentro del mismo sistema, planteando preguntas sobre el consentimiento o rechazo del paciente con respecto a la participación familiar;
- Contenido sensible: las situaciones de crisis o los temas desafiantes pueden ser difíciles de abordar en un entorno de grupo más amplio, lo que puede generar problemas como secretos familiares o tabúes;
- Dinámica: los patrones familiares destructivos pueden reforzarse dentro del grupo (aumento de la EE); las diferencias en la evolución de los participantes (p. ej., debido a recaídas, evolución negativa) pueden afectar negativamente a otros participantes;
- Desafíos organizativos: los GMF abiertos pueden conducir a grupos grandes y diversos que carecen de cohesión (p. ej., los participantes jóvenes pueden ser postergados por una imagen crónica, o los participantes mayores pueden enfrentar el duelo por lo que se pierde).

Estos escollos pueden evitarse desarrollando y reforzando competencias específicas de GMF:

- Mediante el uso de técnicas terapéuticas específicas y un marco claro, se puede crear un clima seguro y abierto, en el que se pueden conceder varias solicitudes de ayuda. Estas técnicas pueden situarse en un continuo: pasar de un marco altamente estructurado (aplicación de la psicoeducación, sesiones de información, etc.), en el que el terapeuta ocupa una posición vertical como experto, a un marco centrado en la diversidad. Este último abarca la libertad de participación de los miembros de la familia en función de la regulación de la distancia/proximidad, y la audiencia heterogénea, entre otros, con el terapeuta en una posición horizontal como un participante igual;
- Al aumentar la capacidad de carga de los GMF, las sesiones individuales de familia son menos necesarias: el grupo puede llevar y trabajar en situaciones de crisis y temas difíciles. Como resultado, el terapeuta GMF se mete menos en la confusión de roles, mientras que al mismo tiempo es un terapeuta individual (familiar);
- El potencial de un GMF grande y diverso puede desarrollarse a través de un equipo suficientemente grande de terapeutas GMF.

Para el desarrollo de competencias del terapeuta GMF, se destacan las siguientes necesidades:

- Necesidad de educación y capacitación teóricas;
- Necesidad de prácticas clínicas, con un marco claro para los terapeutas de GMF en formación;
- En lugar de supervisión, se cita la necesidad y el valor añadido del intervalo, en el que se reúnen los terapeutas de diferentes GMF;
- La reunión informativa entre los terapeutas después de los GMF es una práctica común, en la que se examinan las experiencias personales de los terapeutas;
- En algunos GMF, la sesión termina con una reflexión sobre el proceso y/o la oportunidad de retroalimentación individual (a través de un formulario). Esto puede dar a los terapeutas de GMF herramientas para refinar aún más las técnicas y metodologías.

4.4. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

En Bélgica, la atención se centró en las lenguas francesa y neerlandesa (véanse el apéndice 2 para el francés y el apéndice 3 para el neerlandés), excluido el alemán.

Para la lengua francesa, el ámbito de aplicación incluía Valonia (Bélgica) y Francia, con exclusión de otros países de habla francesa. En neerlandés, se hizo hincapié en Flandes (Bélgica) y los Países Bajos, con exclusión de otros países de habla neerlandesa.

En la investigación francesa, se utilizaron términos como 'Thérapie Multi-Famille (TMF)', 'Thérapie Multi-Familiale', 'Le Groupe Mutifamilial (GMF)', 'La Consultation Multi-Familiale (CMF)', and 'La Thérapie Sociale Multi-Familiale (TSM)'. Se recogieron artículos, monografías, libros y capítulos de libros, y tesis doctorales de Bélgica, Francia, Canadá y Suiza.

Para la investigación holandesa, se emplearon términos como 'Multiloog', 'Meergezinsbehandeling', 'Groepsgezinstherapie' y 'Familediscussiegroep'. Artículos, monografías, libros y capítulos de libros, y tesis doctorales se reunieron en Bélgica y los Países Bajos. Cabe destacar que muchas publicaciones de investigadores holandeses se publicaron en inglés, y estas referencias se incluyeron en la investigación bibliográfica internacional realizada por nuestros colegas italianos (véase el apéndice 6).

4.5. CONCLUSIONES

El objetivo principal de la investigación 'Grupos Multifamiliares en Salud Mental', el primer Producto Intelectual del proyecto FA.M.HE. es aumentar el conocimiento de los diversos Grupos Multifamiliares dentro del campo de la salud mental. La atención se centra en su difusión territorial, los diferentes modelos existentes y sus características específicas.

En Bélgica, 24 grupos multifamiliares están distribuidos en todas las provincias, principalmente afiliados a hospitales psiquiátricos. Los terapeutas de GMF adoptan predominantemente un enfoque de terapia sistémica. Regularmente, esto se complementa con perspectivas cognitivas o psicoeducativas, mientras que una fracción más pequeña incorpora un punto de vista psicoanalítico. Aunque todos los grupos mencionan la organización de la supervisión por pares, la supervisión real no se implementa.

Las diferencias entre Flandes y Valonia son notables. En Flandes, las sesiones de GMF siempre son conducidas por un psicólogo, a menudo en conjunto con una enfermera. Por el contrario, en Valonia, las sesiones de GMF suelen estar dirigidas por un dúo médico-enfermero. Además, en Flandes, el trabajo se realiza a menudo en torno a una patología homogénea, y a menudo con una participación adolescente. Por ejemplo, los grupos que se ocupan de trastornos alimentarios aplican el modelo de Maudsley, mientras que la atención psicosis emplea el modelo de McFarlane o Badaracco, y la atención de la adicción implementa el modelo psicoeducativo. Por el contrario, Valonia tiende a tener grupos más heterogéneos que atienden a adultos, siguiendo la metodología descrita por Serge Mertens. Una observación interesante es que todos los grupos flamencos dependen exclusivamente de remisiones internas, mientras que en Valonia, la mayoría de los grupos aceptan derivaciones internas y externas de participantes.

El consenso común entre los conductores, los pacientes y los miembros de la familia destaca que los GMF se alinean con un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, donde las familias reciben la máxima atención, junto con los pacientes y los cuidadores. Los GMF parten de una metapsicología relacional y ética: la psicopatología se aborda dentro de su contexto relacional. Los Grupos Multifamiliares crean una comunidad donde la gente puede reunirse, experimentar apoyo mutuo y solidaridad. Este lugar tiene un efecto anti-estigmatización, extendiendo su influencia más allá de la esfera GMF inmediata a las salas de impacto, instituciones y la comunidad en general.

Los grupos multifamiliares, como técnica terapéutica, exhiben amplia aplicabilidad a través de diversos marcos terapéuticos, metodologías, grupos objetivo y contextos de tratamiento. Curiosamente, las sesiones de GMF a menudo son conducidas por cuidadores con diversos antecedentes profesionales. Las dificultades externas a las que se enfrenta la aplicación de los encuentros GMF giran principalmente en torno a los niveles organizativos.

A pesar de las diversas prácticas, hay muchas competencias que todos los terapeutas de GMF parecen compartir. Para el desarrollo de competencias del terapeuta, se destacan las siguientes necesidades:

- Necesidad de educación y capacitación teóricas;
- Necesidad de prácticas clínicas, con un marco claro para los terapeutas GMF en formación;
- En lugar de supervisión, se cita la necesidad y el valor añadido del encuentro, en el que se reúnen los terapeutas de diferentes GMF;
- La reunión (post-grupo) entre los terapeutas del GMF después del grupo es una práctica común, en la que se examinan las experiencias personales de los terapeutas;
- En algunos GMF, la sesión termina en grupo con una reflexión sobre el proceso y/o la oportunidad de retroalimentación individual (a través de un formulario). Esto puede dar a los terapeutas herramientas para refinar aún más las técnicas y metodologías.

5. INFORME DE ESPAÑA

5.1. SITUACIÓN ESPAÑOLA

Los Grupos Multifamiliares (GMF) se introdujeron en España a finales de 1984 en el municipio de Guecho, cerca de Bilbao, dentro de la provincia de Vizcaya. Esta iniciativa tuvo lugar en un Hospital de Día de un Centro Experimental (Consortio Uribe Costa de Salud Mental), donde se realizaron¹ tratamientos innovadores, especialmente los diseñados por García Badaracco para instituciones de salud mental (Comunidad de Estructura Psicoanalítica Terapéutica Multifamiliar y Psicoanálisis Multifamiliar), fueron implementados. Gracias a la colaboración entre la Fundación Vasca de Investigación en Salud Mental (OMIE) de Bilbao y el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires, este enfoque se difundió en España y reunió a numerosas familias. En los últimos años, ha habido una proliferación de tales grupos con diversas orientaciones teóricas en diferentes países europeos. El proyecto 'Grupos Multifamiliares en Salud Mental (FA.M.HE.)' participa activamente en la construcción de una 'Guía de Grupos Multifamiliares' basada en las experiencias de los países socios del proyecto: Italia, Bélgica, Portugal y España.

5.2. ENCUESTA - CARACTERÍSTICAS DE LOS GMF

5.2.1. Contexto institucional/organizativo

El cuestionario se distribuyó a diversas asociaciones relevantes con experiencia en GMF, como la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, el Grupo Familia y Multifamiliar (APyF), el Centro de Estudios Jorge García Badaracco, la Asociación Vasca de Salud Mental (OME-AEN), el Grupo Multifamiliar de Google y 38 coordinadores GMF de instituciones públicas y privadas.

Una segunda esfera abarcaba 5 asociaciones profesionales (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, etc.), 14 asociaciones sociales y 424 asociaciones de familiares de enfermos mentales. Por último, el cuestionario también se distribuyó en hospitales públicos y privados y en centros de atención ambulatoria (hospitales diurnos, comunidades terapéuticas, centros de salud mental, clínicas ambulatorias con atención psiquiátrica).

Después de numerosos contactos con conductores/coordinadores de GMF, se recibieron 28 formularios, algunos de los cuales fueron completados por profesionales que supervisaron varios GMF. Tras la revisión de formularios individuales, se observaron errores en la comprensión de algunas preguntas, afectando los resultados porcentuales. Para hacer frente a esta situación, se hicieron correcciones ajustándose a las nuevas respuestas proporcionadas por los coordinadores/conductores mediante comunicaciones telefónicas. En resumen, se recogieron 28 cuestionarios en España. En cuanto a la distribución geográfica, hubo una concentración irregular de GMF, con una alta concentración en algunas provincias y ausencia en la mayoría. Encontramos 9 GMF en Madrid (4 en la comunidad y 5 en la ciudad de Madrid), 9 GMF en Vizcay (6 en Bilbao y 3 en Guecho), 2 GMF en Granada (1 en la provincia y 1 en la capital), 2 GMF en Barcelona (ciudad), 2 GMF en Elche (1 en la ciudad y 1 en línea para la comunidad), 1 GMF en Málaga (Marbella), 1 en Navarra (Pamplona), y 1 en Alicante (ciudad).

¹ Jorge García Badaracco (1990) Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones. Madrid. España.

La observación significativa en España es que, de 50 provincias y 2 ciudades autónomas, los GMF se encuentran en solo 8 provincias, a pesar de las pruebas de que los GMF también se llevan a cabo en otras provincias. El desequilibrio territorial se atribuye, según los profesionales, al limitado interés de las instituciones en incorporar este recurso terapéutico por razones ideológicas. La mayoría de las instituciones tienden a favorecer una orientación biomédica, apoyada por la psicología cognitivo-conductual, que excluye el pensamiento psicoanalítico. Además, durante la reunión informativa del grupo de enfoque, los participantes señalaron que el número real de GMF existentes es mucho mayor que los 28 que respondieron al cuestionario, estimando alrededor de 50 GMF. No estaban seguros de las razones de la ausencia de muchos colegas, ya que la mayoría participa en el Grupo de Google sobre GMF, donde se compartió la información.

En cuanto a la estructura administrativa de las instituciones/organizaciones que llevan a cabo GMF, existe un equilibrio entre entidades públicas (46%) y privadas (54%). En cuanto a los tipos de servicios y atención, la mayoría son instituciones que ofrecen atención ambulatoria (26 de 28), como centros de salud mental, centros sociales, hospitales de día y consultas privadas. Sólo se informó de dos instituciones que ofrecían servicios residenciales (hospitales).

5.2.2. Propiedades del GMF

En España, la orientación teórica y metodológica de los GMF se alinea principalmente con el marco de Psicoanálisis Multifamiliar desarrollado por J. García Badaracco (89%). En el 64% de los casos (18 de 25), este modelo es la referencia exclusiva, mientras que en el 25% (7 de 25), se combina con otras orientaciones, como grupo operativo sistémico, psicodinámico, interfamiliar, etc. El marco teórico de Interfamily se mencionó como la única opción en 3 respuestas. Cabe señalar que, aunque el psicoanálisis multifamiliar es el modelo dominante, puede incorporar implícitamente elementos de otros enfoques psicoanalíticos y otras disciplinas.

5.2.3. Conducción

En cuanto a las calificaciones académicas de los encuestados, el 57% tiene calificaciones en psiquiatría, el 43% en psicología y el 7% en trabajo social. Todos los grupos incorporan intervenciones psicoterapéuticas, combinadas con otros tipos de intervenciones, como grupos de apoyo (50%), psicoeducativos (21%), de asesoramiento (21%) y de autoayuda (11%). Estas proporciones pueden atribuirse al enfoque predominante de la mayoría de las instituciones/organizaciones dentro del campo de la Salud Mental.

El equipo encargado de dirigir las sesiones está integrado por varios miembros de equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud mental. El liderazgo puede ser asumido por uno o dos individuos e incluir co-terapia. Algunos grupos incluyen 'observadores' que documentan las actividades de las sesiones y luego comparten sus observaciones durante las reuniones posteriores al grupo, sirviendo como una valiosa herramienta de aprendizaje. En cuanto a las calificaciones académicas de los profesionales que participan en GMF, hay una presencia predominante de psicólogos (85%) y psiquiatras (79%). Le siguen otras especialidades de salud, con un 35% de enfermeras, un 28% de trabajadores sociales y un 35% de diversas especialidades educativas y sociales.

En cuanto a la formación del equipo conductor, se evidencia una variada gama de experiencias psicoterapéuticas, con una notable prevalencia de terapias derivadas del psicoanálisis (80%). Estos

incluyen psicoanálisis multifamiliar, análisis grupal, terapias psicodinámicas, grupos operativos, etc. Adicionalmente, se observa un marco teórico familiar sistémico en 12 grupos, y enfoques cognitivo-conductuales están presentes en 4 GMF. Este patrón subraya la efectividad de las terapias psicoanalíticas para comprender los fenómenos familiares y de grupo.

En cuanto a la composición del equipo de dirección, cabe señalar que el 35% de los equipos operan con un líder de grupo junto con los co-terapeutas, el 21% colaboran con diferentes líderes de grupo en la co-terapia y el 35% participan en la co-terapia sin un líder de grupo designado. En cuanto a la supervisión, prevalece la preferencia por la supervisión interna, que representa el 43%, en comparación con la supervisión externa, que es del 25%. En algunos casos, ambos procedimientos de supervisión se emplean (10%), mientras que un 43% sustancial no se somete a ninguna forma de supervisión. Casi todos los grupos realizan intervisión (96%), con la excepción de un GMF en la muestra. Este tipo de supervisión se alinea con una tradición en la co-terapia psicoanalítica de grupos y familias, donde los profesionales involucrados en la sesión se reúnen después del grupo para intercambiar impresiones sobre el procedimiento. Sirve como un método alternativo de supervisión de tareas.

5.2.4. Participantes

En el 64% de los GMF, no hay un rango de edad específico, que abarca a los participantes de 16 años a la edad avanzada. Por el contrario, el 36% de los grupos definen un rango de edad específico para los participantes, con una porción sustancial compuesta por grupos adultos (32%) y el 8% por grupos de adolescentes y niños. Cabe señalar que algunas respuestas indican posibles interpretaciones erróneas con respecto al rango de edad especificado de los participantes.

En cuanto a la composición generacional de estos grupos, una mayoría involucra a dos generaciones presentes (70%), mientras que el 30% involucra a tres generaciones, caracterizando la diversidad de los participantes.

La conexión entre las personas sometidas a tratamiento y sus familiares destaca la prevalencia de vínculos paternales filiales (100%), seguidos de cerca por relaciones fraternas (93%). En menor medida, participan otros miembros de la familia nuclear (57%), junto con participantes de la familia extensa (64%) y familiares cercanos (37%). Esta sección subraya la profunda dedicación familiar a las personas en tratamiento. Estos vínculos afectivos, caracterizados por interdependencias, impiden con frecuencia la autonomía y el desarrollo de los niños. Sin embargo, la participación de las familias en el proceso de tratamiento es crucial para abordar las situaciones que han atrapado a los niños y han generado un sufrimiento intenso.

En cuanto a los grupos heterogéneos, se evidencia una diversidad de patologías, con casos destacados de trastornos afectivos (85%) y trastornos de personalidad (81%). Siguen de cerca los trastornos psicóticos (73%), los trastornos de ansiedad (73%), los trastornos psicosomáticos (61%), los trastornos alimentarios (58%), los trastornos de estrés postraumático (50%), los trastornos adictivos (39%), los trastornos obsesivo-compulsivos (69%) y las patologías no psiquiátricas (27%). Además, se incluyen otras patologías (27%). El compromiso con un amplio espectro de condiciones clínicas, que abarca toda la gama de enfermedades psiquiátricas, subraya el reconocimiento de que los problemas subyacentes, relacionados con las conexiones interpersonales (interdependencias), existen en cualquier patología. Abordar estas cuestiones es esencial para mejorar el bienestar de las familias, más allá de los diagnósticos psicopatológicos.

En cuanto a la composición homogénea de los GMF, se observa que es limitada, ya que incluso los grupos clasificados por la edad del paciente (por ejemplo, las familias con adolescentes o niños) presentan diversas patologías. Se observa la identificación de dos grupos centrados específicamente en la patología (1 GMF centrado en la psicosis y 1 en el comportamiento violento).

5.2.5. Estructura y Funcionamiento

Continuando con las características del GMF, respecto al tipo de grupo, se observa una distribución casi igual entre grupos abiertos (50%) y grupos de apertura lenta (46%), con solo un grupo cerrado (4%). Esta distribución se atribuye al tamaño mediano y grande de estos grupos, que tienden a persistir a lo largo del tiempo, permitiendo a las familias entrar y salir según sus necesidades. Los grupos semiabiertos también se ajustan a estas condiciones, presentando una incorporación más medida y regulada de las familias. Sobre la base de la encuesta y la aclaración posterior, se aclara que la duración de todos los grupos es indefinida (100%). Una vez establecidos, estos grupos se institucionalizan y perduran con el tiempo, sostenidos por el compromiso continuo de las familias participantes.

En cuanto a la frecuencia de estos grupos, la mayoría se reúne quincenalmente (39%), seguida por semanal (32%) y mensual (29%). En general, la frecuencia depende de la disponibilidad de profesionales y de las políticas de la institución. En la encuesta, el 30% de los encuestados indicó inicialmente que trabajan con fases de desarrollo. Sin embargo, una aclaración durante un contacto telefónico posterior reveló que solo un grupo opera realmente en fases. En cuanto a la duración de las sesiones de GMF, el rango abarca de 60 a 120 minutos. La duración más común es de 90 minutos (71%), seguido por el 14% de los grupos que operan durante 75 minutos, el 11% durante 120 minutos y un grupo que realiza sesiones durante 60 minutos. La duración de la sesión suele estar influenciada por la disponibilidad de terapeutas.

Los grupos se realizan durante la jornada de trabajo de los profesionales en el 82% de los casos y fuera del horario laboral en el 18%. Esto último se atribuye a los diversos calendarios de los miembros del equipo. En el 94% de los GMF, al menos dos generaciones están representadas. Los casos de no participación están vinculados a la asistencia gratuita y a situaciones específicas que impiden la asistencia. En cuanto al tamaño del grupo, el 64% cae en la categoría media (con hasta 30 participantes), mientras que el 36% se considera grande (con más de 30 participantes). Esta distribución está influenciada principalmente por el tamaño de los locales donde se encuentran estos grupos y el flujo de familias participantes.

En cuanto a la sala de grupos, el 70% utiliza salas polivalentes, mientras que otros hacen uso de varios espacios disponibles, como una sala de psicoterapia (14%), una sala de actividades (1%) y 1 grupo se lleva a cabo en línea. La mayoría afirma la adecuación de las salas respecto a los niveles sonoros (96%) y la capacidad en función del número de participantes (100%). Sólo una habitación no es adecuada. Las condiciones de privacidad y confidencialidad se consideran ideales en todas las respuestas, garantizando la protección de la privacidad de los participantes. La disposición de asientos predominante es en un solo círculo (85%), mientras que en algunos casos, los asientos se organizan en círculos concéntricos en función del tamaño de la habitación y el número de participantes (19%). Otras disposiciones se consideran irrelevantes.

Antes de la pandemia, todos los GMF se realizaban en persona (100%). En la era post-COVID, con el alivio de las restricciones relacionadas con pandemias, el 82% de los grupos reanudó las sesiones en persona, marcando una disminución en la modalidad en línea para el 19% de los grupos que

habían reemplazado temporalmente numerosas sesiones presenciales. Además, el 11% de los grupos continúan con una modalidad mixta. En cuanto a la existencia y continuidad de estos grupos a lo largo de los años, cabe señalar que operan sin una fecha de finalización predeterminada. La duración va desde los 38 años (desde el primer grupo de esta naturaleza en Guecho en 1984) hasta 1 año (para el grupo más reciente). El importante número de años y la experiencia acumulada sirven para validar la eficacia de este recurso terapéutico.

A lo largo de su extensa residencia, la mayoría de los grupos experimentaron interrupciones (64%), mientras que el 35% logró mantener la continuidad mediante la adopción de la modalidad en línea. Las razones principales de las interrupciones se atribuyeron principalmente a la pandemia (89%), o ocasionalmente por razones institucionales (1%). La duración de las interrupciones se ajustó en líneas generales al tiempo de las restricciones pandémicas, variando entre instituciones de 7 meses a aproximadamente 2 años. Aquellos que continuaron en línea experimentaron una breve pausa de 2 meses durante el verano.

5.2.6. Derivación

La mayoría de los pacientes y familias (93%) son referidos desde dentro de la organización. Algunos GMF reciben exclusivamente participantes de fuera de la organización, mientras que otros tienen una mezcla de referencias internas y externas. Este patrón indica una recepción positiva dentro del contexto organizativo y un reconocimiento relativo fuera de la institución.

Como observación final sobre la encuesta, se observa una similitud en las respuestas cualitativas y una variación en los aspectos formales de las acciones de estos grupos (respuestas cuantitativas). Las similitudes en los métodos de trabajo pueden atribuirse a la influencia fundacional de las ideas de García Badaracco en el desarrollo de este enfoque en España. A partir de las experiencias iniciales en Guecho (Vizcaya) y Elche, estos métodos se difundieron en un área significativa.

Las variaciones en los aspectos formales se alinean con las características de las instituciones y las posibilidades prácticas para la realización de estos grupos (como ubicación, disponibilidad de profesionales, etc.). Sin duda, la pandemia ha alterado significativamente la forma en que estos grupos operan, pasando de la participación en persona a la participación en línea. La tendencia actual indica un retroceso hacia el restablecimiento de la participación directa.

5.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN

5.3.1. Grupo focal con conductores de GMF

5.3.1.1. Participantes

Una vez completados los cuestionarios, se organizó un grupo de discusión centrado en las respuestas. Catorce de los 23 profesionales invitados participaron en esta fase de la investigación, con el resto de personas excusadas debido a compromisos profesionales.

5.3.1.2. Metodología

El grupo de enfoque se llevó a cabo a través de una videoconferencia el 6 de febrero de 2023, de 4 pm a 6:30 pm, utilizando la plataforma Zoom. La sesión se grabó con el consentimiento explícito de todos los participantes. La reunión fue facilitada por un coordinador y un observador.

La muestra estuvo integrada por profesionales comprometidos con GMF, apoyándose en las ideas y experiencias defendidas por el Psicoanálisis Multifamiliar (J. García Badaracco). Estos profesionales han enriquecido su práctica con otras aportaciones teóricas (análisis de grupo, teoría general de sistemas, teoría del apego, diálogo abierto, etc.). La uniformidad en el marco teórico básico se atribuye a la extensión de grupos multifamiliares en España, originada en la experiencia inaugural en Bilbao (Vizcaya) en noviembre de 1984. Esta expansión continuó con la difusión de cursos impartidos por la Fundación Vasca de Investigación en Salud Mental (OMIE) y el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires. En las últimas dos décadas, más de 600 profesionales españoles (Mires y Pires) han recibido formación en este enfoque.

Para la evaluación de nuestra actividad, incluyendo sus fortalezas y debilidades, así como oportunidades y amenazas potenciales, empleamos un análisis FODA. Este análisis se basa en la amplia experiencia de los conductores/coordinadores sobre el terreno.

La discusión se centró en tres temas principales, alineados con las respuestas cualitativas del cuestionario:

- Participación de dos o más generaciones, abarcando a las personas sometidas a tratamiento psiquiátrico.
- El funcionamiento del equipo de conducción del Grupo Multifamiliar.
- El intercambio entre conductores después de la sesión (post-grupo).

Una nota preliminar: Los participantes se refieren a la importancia del clima emocional, un aspecto no abordado explícitamente en el cuestionario y el tipo de intervenciones, enfatizando la 'conversación' sobre las interpretaciones destinadas a develar el inconsciente.

5.3.1.3. Resultados

Hemos recopilado los siguientes hallazgos:

Enfoque 1: La participación de al menos dos generaciones.

Puntos fuertes:

En cuanto a la participación de dos o más generaciones, la mayoría de los conductores/coordinadores coinciden en que una fuerza notable reside en la dinámica distinta y enriquecida de los Grupos Multifamiliares en comparación con los grupos exclusivamente integrados por familiares sin pacientes. En estos grupos, que suelen ser psicoeducativos, la atención tiende a centrarse en la enfermedad de los 'ausentes', es decir, de los pacientes designados, contribuyendo inadvertidamente a la estigmatización de la enfermedad mental. En contraste, en el caso de dos o más generaciones, las relaciones tóxicas (interdependencias patogénicas) en las que los miembros de la familia están 'atrapados' se hacen evidentes en el momento presente del encuentro. Esto permite una exploración en profundidad y el trabajo en estas dinámicas familiares complejas.

La participación de múltiples generaciones también se destaca por generar una diversidad de modelos familiares, contribuyendo a la ruptura de los estereotipos establecidos. Se observa que los grupos medianos y grandes exhiben una mayor resiliencia emocional, facilitando el abordaje de situaciones más desafiantes y traumáticas.

Puntos débiles:

En cuanto a las debilidades, los profesionales destacan la discontinuidad en la participación de toda la familia y los comportamientos disruptivos exhibidos por ciertos miembros, que asustan a otros participantes.

Oportunidades:

En cuanto a las oportunidades, los profesionales identifican el potencial para ahorrar recursos humanos y económicos. Además, destacan que la difusión más amplia de los Grupos Multifamiliares podría extender los beneficios a un mayor número de individuos.

Amenazas:

Las amenazas identificadas giran en torno a la falta de conciencia sobre el potencial terapéutico de este recurso entre colegas y administradores de salud mental. Esta falta de conciencia se atribuye a una influencia predominante de otros modelos que se centran en el individuo, particularmente en el ámbito de la psiquiatría clásica.

Enfoque 2: Presencia de un equipo conductor

Puntos fuertes:

En cuanto al rendimiento de la conducción GMF, los profesionales coinciden en que la fuerza radica en el trabajo en equipo y la co-terapia. Este enfoque colaborativo permite compartir la 'carga emocional' que surge de situaciones desafiantes dentro del grupo, particularmente cuando surgen situaciones traumáticas. El apoyo mutuo entre los miembros del equipo contribuye a mejorar la contención de las ansiedades y fomenta la creación de un clima emocional caracterizado por la confianza y la seguridad.

Puntos débiles:

Los equipos pueden experimentar una pérdida de coherencia, lo que lleva a rivalidades y luchas internas. Otro factor negativo identificado es la dependencia de un enfoque de liderazgo singular.

Oportunidades:

En cuanto a las oportunidades que ofrece el liderazgo compartido, se reconoce la diversidad de perspectivas que aportan los profesionales. Esta diversidad puede integrarse en un todo cohesivo, contribuyendo al proceso terapéutico y potencialmente superando las controversias asociadas con las diferentes orientaciones psicoterapéuticas.

Amenazas:

La amenaza a este modo de trabajo a menudo surge de desafíos como la escasez de personal, la comprensión inadecuada de este recurso terapéutico y la falta de investigación en este campo. Estos factores contribuyen a la resistencia entre profesionales e instituciones.

Enfoque 3: Después del Grupo

Puntos fuertes:

La fuerza del intercambio post-grupo es resaltada por profesionales que están de acuerdo en la importancia del intervalo o la supervisión interna/externa. La sesión post-grupo facilita una reflexión inmediata y 'caliente' sobre varios aspectos, incluyendo la dinámica de grupo, el clima emocional, los

temas emergentes, la participación del equipo de liderazgo y la naturaleza de las intervenciones. Este intercambio también permite la integración de diversos puntos de vista de los miembros del equipo y proporciona una plataforma para abordar las emociones sentidas por los miembros del equipo.

Puntos débiles:

Las debilidades observadas en el entorno post-grupo incluyen la presencia de diferentes puntos de vista y un posible malentendido de los temas discutidos. Concretamente, las deficiencias detectadas incluyen la falta de un modelo de integración unificado y la ausencia de críticas constructivas.

Oportunidades:

En cuanto a las oportunidades presentadas por la sesión posterior al grupo, los profesionales reconocen el potencial de una reflexión continua sobre la tarea, haciendo hincapié en la necesidad de una formación continua. Además, el entorno post-grupo ofrece una oportunidad para un trabajo especial en el equipo de conducción.

Amenazas:

Las amenazas a menudo corresponden a la presión de la asistencia y la falta de una práctica reflexiva habitual dentro de las instituciones.

5.3.2. Grupos de discusión con usuarios de GMF

5.3.2.1. Participantes

La reunión presencial tuvo lugar con el Grupo Multifamiliar del Hospital de Día del Centro de Salud Mental Uribe Costa, en el Aula de Cultura de la Ciudad de Guecho. Este GMF fue iniciado por un equipo de 5 miembros (3 psiquiatras, 1 psicólogo y 1 enfermera) en noviembre de 1984 en el Centro de Salud Mental y, debido al gran número de participantes, fue trasladado hace unos años al Aula de Cultura. El grupo continúa reuniéndose los lunes de 12:30 pm a 2:00 pm. Cabe destacar que este grupo tiene un significado histórico, siendo el primero de su tipo realizado en España y Europa, según algunos autores, siguiendo el modelo de García Badaracco (Psicoanálisis Multifamiliar).

5.3.2.2. Metodología

Consideramos apropiado llevar a cabo este grupo de enfoque dentro de un Grupo Multifamiliar operativo. La sesión tuvo lugar el 6 de febrero de 2023, en su lugar habitual, en el día y hora señalados anteriormente. Se pidió a los participantes que dieran su consentimiento para responder a las preguntas. Aproximadamente de 60 a 70 personas asisten regularmente a este grupo, facilitado por un conductor, un copiloto y varios psicólogos en ejercicio. Todas las sesiones del grupo se registraron con el consentimiento explícito de todos los participantes.

Se formularon tres preguntas:

- ¿Qué expectativas tenía cuando se le ofreció participar en el GMF y qué beneficios obtuvo de asistir?
- ¿Cómo entiendes la enfermedad mental? ¿Cómo pueden contribuir los GMF a mejorar la salud mental?
- ¿Los cambios dentro del grupo multifamiliar se relacionan con mejoras en la situación familiar?

5.3.2.3. Resultados

Enfoque 1: ¿Qué expectativas tenía cuando se le ofreció participar en el GMF y qué beneficios obtuvo de asistir?

Los 10 participantes que respondieron a esta pregunta expresaron que se acercaron al grupo con una sensación de desesperanza influenciada por tratamientos anteriores que transmitían la noción de incurabilidad y enfatizaban principalmente la medicación. Estos individuos tenían ideas erróneas sobre la enfermedad, carecían de conciencia del papel fundamental de la familia - tanto en sus aspectos negativos, como un contribuyente a la mala comprensión del miembro enfermo y un contribuyente a su aparente estancamiento, y en los aspectos positivos, como participante activo en el proceso de tratamiento al reconocer los desafíos y obtener una perspectiva diferente sobre su situación actual.

Los participantes destacaron los beneficios que obtenían, incluida una mejor comprensión de los comportamientos considerados 'enfermos', una mayor tolerancia a la diversidad y una mayor conciencia de su participación en situaciones relacionales. La perspectiva de curación también se mencionó como un resultado positivo. Por el contrario, la no participación se atribuyó a cuestiones de programación relacionadas con el trabajo y a problemas personales que les impedían hacer frente a situaciones difíciles.

Enfoque 2: ¿Cómo se entiende la enfermedad mental? ¿Cómo pueden contribuir los GMF a mejorar la salud mental?

En cuanto a la segunda pregunta, los participantes discutieron el 'tabú' que rodea la enfermedad mental y el estigma social que conlleva. Un participante expresó: 'El diagnóstico es una piedra'. El proceso de universalización de los problemas y el intercambio de preocupaciones y ansiedades les permitió navegar por situaciones muy difíciles, proporcionando alivio del sufrimiento familiar. Algunos participantes señalaron que el grupo contribuyó a su crecimiento personal, convirtiéndolos en individuos más compasivos, fomentando la tolerancia hacia diversas perspectivas y aumentando su apoyo a otros que experimentan angustia. También consideraron el acceso a este recurso público como un 'privilegio'. Sin embargo, destacaron aspectos negativos, incluida la percepción de 'pérdida de tiempo' al descubrir este tratamiento después de un sufrimiento prolongado y la diseminación limitada del método, que podría beneficiar a un mayor número de personas.

Enfoque 3: ¿Los cambios dentro de la familia se relacionan con mejoras en la situación familiar?

La tercera pregunta investigaba si los participantes percibían cambios en las relaciones familiares que contribuyeran a mejorar tanto la situación familiar como la del paciente designado. La mayoría de los participantes que compartieron sus puntos de vista destacaron que, sin esta ayuda, sería imposible que las familias se transformaran. Inicialmente, a menudo se atribuye al paciente

designado como la fuente de la 'desgracia' de la familia, y nadie se siente responsable de la situación imperante. A medida que pasa el tiempo, los participantes se dan cuenta de que lo que se desarrolla dentro de la familia preocupa a todos. Un participante mencionó que el grupo lo impulsó a él y a su familia a ver las cosas de manera diferente, lo que llevó a una vida mejorada y armoniosa. Varios participantes expresaron que adquirieron la habilidad de escuchar: 'Escuchar también se aprende', dijo la madre de una paciente del Hospital de Día, quien agrega que había venido con ideas preconcebidas que se modificaron a medida que prestaba atención a los otros padres. Muchos expresaron su pesar por no haber conocido antes esta experiencia de 'gran familia', reconociendo sus contribuciones, la solidaridad y la esperanza que transmite.

5.3.3. Grupos de discusión Conclusiones

En los grupos focales con conductores de GMF, la mayoría de los coordinadores coincidieron en que trabajar con 2 o más generaciones genera una dinámica rica y diferente en comparación con las situaciones en las que los familiares están ausentes del tratamiento. Afirmaron que este entorno permite la observación y exploración de relaciones tóxicas (interdependencias patogénicas) en las que los miembros de la familia están 'atrapados'. Además, destacaron el costoeficacia en términos de recursos humanos y económicos para atender las necesidades de numerosas personas, incluidos los pacientes y sus familiares. Los coordinadores destacaron el trabajo en equipo y el contrainterrogatorio como los enfoques más eficaces para hacer frente a la situación. Subrayan la importancia de que los profesionales que se cuidan compartan experiencias de 'alto voltaje' (contención), creando así un clima de seguridad y confianza. Las reuniones post-grupo (intervisión) se identifican como el método más efectivo para captar las diversas opiniones y puntos de vista de los miembros del equipo sobre la tarea realizada y para compartir la movilización emocional producida por la tarea.

En los grupos de discusión con usuarios de GMF, se observó una sensación de desesperanza a través de las preguntas cuando los familiares asistieron por primera vez. Esta perspectiva fue apoyada por experiencias previas en el campo de la salud mental, donde se transmitió la idea de incurabilidad y la dependencia de la medicación como único medio de mejora. Se mencionó la falta de conciencia sobre la importancia de la familia, tanto en la génesis de los problemas como en su resolución. Se destacó el tabú asociado con las enfermedades mentales y su estigma social. El diagnóstico fue descrito como 'una losa difícil de soportar.' El grupo multifamiliar fue reconocido por permitir a los participantes ser más tolerantes hacia los demás, promover el respeto por las diferencias y cultivar la solidaridad con el sufrimiento de los demás. Los usuarios se refirieron al privilegio de formar parte de esa 'gran familia', lo que les permitió mejorar sus relaciones familiares, haciendo más satisfactoria la convivencia. El recurso terapéutico fue lamentablemente reconocido por la mayoría de los participantes por no haber sido descubierto antes.

5.4. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la investigación bibliográfica en lengua castellana se utilizaron dos plataformas: Google General y Google Scholar, y se consultó el portal bibliográfico Dialnet. Las palabras clave fueron:

- Grupo Multifamiliar (GMF);
- Psicoanálisis multifamiliar (PMF);
- Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF);
- Terapia multifamiliar (TMF);

- Grupo de terapia multifamiliar (GTMF);
- Grupo de Tratamiento multifamiliar en (GTMF).

Se recogieron un total de 68 citas de más de cien fuentes de información. La selección se basó en diferentes secciones: teoría y experiencia clínica. Se excluyeron las tesis y los posgrados. Se excluyeron disertaciones y trabajos de posgrado, y no se encontraron trabajos de investigación ni estudios comparativos con otros recursos terapéuticos. La mayoría de los estudios son exploratorios, dada la falta de investigación previa que respalde el trabajo con estos grupos. Su trabajo tiene como objetivo analizar este tipo de grupos, formando hipótesis a partir de observaciones y percepciones de los participantes, tanto familiares como profesionales. También se describen las características de la población participante, como tipos de familias, patologías, edades, niveles socioeconómicos, etc. Algunos trabajos intentaron analizar y explicar los fenómenos observados desde una perspectiva teórica específica, llevando a conclusiones y predicciones que mejoran nuestra comprensión y práctica. La mayoría de los trabajos fueron influenciados por las ideas de García Badaracco (Psicoanálisis Multifamiliar). Esta influencia ha sido predominante tanto en América Latina como en España desde la década de 1960 en lengua castellana. Actualmente, un número significativo de desarrolladores de Grupos Multifamiliares (GMF) continúa construyendo y profundizando este influyente cuerpo de trabajo.

La bibliografía recoge trabajos que abarcan diversos temas, incluyendo los primeros días de los GMF y su desarrollo, la variedad de patologías tratadas, la competencia de los conductores/coordinadores, los aspectos teóricos que apoyan la actividad, etc (véase el Apéndice 4).

5.5. CONCLUSIONES

En España, según los datos disponibles, los grupos multifamiliares constan exclusivamente de un mínimo de 2 generaciones, incorporando a la persona que recibe tratamiento. Estos grupos siguen principalmente la orientación del psicoanálisis multifamiliar, complementado por otros enfoques psicoterapéuticos (sistémicos, análisis grupal, dinámicos, cognitivo-conductuales, interfamiliares, etc.). Se excluyó a los grupos psicoeducativos, ya que no incluían a personas sometidas a tratamiento.

Como se destaca en otras secciones del informe, no creemos que casi todos estos grupos dependan del psicoanálisis multifamiliar. Esta situación se remonta a la primera experiencia realizada en territorio español en Bilbao en 1984, que posteriormente se difundió a través de cursos ofrecidos por la Fundación Vasca de Investigación en Salud Mental (OMIE) en Bilbao a partir de 1985. Además, el Instituto de Psicoanálisis Multifamiliar de Buenos Aires desempeñó un papel importante, habiendo recibido más de 600 residentes en psiquiatría y psicología de España desde 2000. Muchos profesionales con diversas orientaciones han adoptado el enfoque del psicoanálisis multifamiliar y lo han enriquecido con su propia experiencia.

En cuanto a la formación de profesionales, existe una uniformidad en que derivan del psicoanálisis multifamiliar. Sin embargo, observamos diferentes formas operativas, haciendo hincapié en la necesidad de una formación integral que priorice el desarrollo individual de los conductores, el trabajo en equipo y el contexto sociocultural en el que se llevan a cabo los GMF.

6. INFORME DE PORTUGAL

6.1. SITUACIÓN PORTUGUESA

En Portugal, los fundamentos de la política nacional y la organización de la salud mental se definen en la Ley No. 36/98, de 24 de julio, que se afirma posteriormente en el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). De conformidad con la Orden núm. 1605/2018, de 30 de enero, el PNSM se encarga de:

- Promover y facilitar el seguimiento de la salud mental de la población portuguesa, centrándose en indicadores clave de morbilidad y utilización de los servicios.
- Impulsar la implementación de programas para mejorar el bienestar y la salud mental de la población, así como la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales.
- Facilitar la coordinación de la atención especializada de la salud mental con la atención primaria de la salud y otros sectores pertinentes para la aplicación efectiva del Plan Nacional de Salud Mental.
- Desarrollo de la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (*RNCCI*) (*Red Nacional de Atención Continuada Integrada*) para la Salud Mental en alineación con la Coordinación Nacional para la Reforma del Servicio Nacional de Salud en *RNCCI*.
- Fomentar la participación activa de los usuarios y cuidadores en la rehabilitación e integración social de las personas que enfrentan graves problemas de salud mental.

Las implicaciones prácticas de su aplicación incluyen:

- La promoción de la atención integral continua de salud mental y el establecimiento de los servicios iniciales y programas residenciales en este sector.
- La creación de nuevas dependencias y una red ampliada de remisión en el ámbito de la salud mental de los niños y los adolescentes.
- La puesta en marcha de programas innovadores que faciliten la integración de la salud mental en los esfuerzos contra la violencia doméstica, proporcionen apoyo a las personas sin hogar y ayuden a los jóvenes que se enfrentan a problemas de adaptación e inclusión social en colaboración con los justicia, educación y empleo.

Para mejorar el acceso a la atención de salud mental, la intervención en sus determinantes es crucial, abordando cuestiones como:

- Estigma e ignorancia en torno a la enfermedad mental.
- Escasez de recursos humanos y estructurales.
- Organización inadecuada de los servicios psiquiátricos concentrados en grandes instituciones centralizadas con escasa integración en la atención primaria de la salud.
- Formación continua para profesionales de la salud mental.

Portugal ha seguido mejorando la atención de la salud mental mediante varias iniciativas, entre ellas la descentralización de los servicios, el establecimiento de centros de salud mental en todos los distritos, la integración con la atención primaria de la salud, la inclusión de la salud mental en el sistema general de salud, trasladar la atención especializada a los hospitales generales y comunitarios, y el desarrollo de programas y estructuras de rehabilitación psicosocial. Un artículo

publicado en el *International Review of Psychiatry* ofrece un análisis histórico-descriptivo y crítico de la situación de la asistencia psiquiátrica en Portugal, detallando su aparición y evolución hasta la actualidad. En 2006 se establecieron oficialmente programas de rehabilitación y se creó la Red Nacional de Atención Integrada Continua (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI), que contribuye a la modernización de la salud mental en Portugal. El 9 de octubre de 2019 se lanzó el Plan Nacional de Salud 2021-2030, con los siguientes objetivos:

- Fomentar una predisposición positiva a ver la salud pública como un compromiso social.
- Crear redes de colaboración y relaciones de confianza.
- Movilizar recursos internos y externos.
- Promover prácticas de comunicación participativa y colaborativa.
- Co-crear e involucrar a múltiples partes interesadas.
- Activar y fomentar un sentido de pertenencia.
- Compartir conocimiento para la resiliencia comunitaria.

En abril de 2001, Portugal acogió su primer Grupo Multifamiliar (Badaracco, 2000) en el Hospital de Día del Servicio Psiquiátrico de CHULN-HSM (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria), un hospital público general y universitario en Lisboa. Este evento marcó un hito terapéutico significativo y desde entonces ha sido un componente integral del marco del Hospital de Día Psiquiátrico. El Hospital de Día tiene un significado histórico, siendo la primera Unidad de Hospitalización establecida en el Servicio Psiquiátrico de HSM (Hospital de Santa María) en 1957. A partir de mayo de 2023, el actual Hospital de Día de HSM, distinguido por su modelo psicoanalítico y de análisis de grupo, ha celebrado 46 años de funcionamiento. A lo largo de los años, el Hospital de Día ha surgido como una unidad terapéutica y de formación prominente en Portugal, particularmente conocida por su aplicación de principios analíticos y psicoanalíticos de grupo en las intervenciones psiquiátricas y de salud mental. El Hospital de Día atrae a personas e instituciones de todo el país con fines terapéuticos y de formación.

6.2. ENCUESTA

Recopilamos una lista de instituciones, asociaciones y comunidades terapéuticas portuguesas en salud mental para enviar la carta de presentación del proyecto y proporcionar el enlace del cuestionario. Tras un dictamen positivo del Comité de Ética de la Salud del Centro Académico de Medicina de Lisboa, se inició el estudio. El Presidente del Comité de Ética de la *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)*² (Administración Regional de Salud de Lisboa y el Valle del Tajo) proporcionó orientación sobre la legislación vigente en Portugal. Esto condujo a la investigación de nuevos casos y a la solicitud de nuevas opiniones de la Comisión de Ética para a Saúde (CES) (Comités de Ética para la Salud). Estos Comités de Ética abarcan la totalidad de Portugal y están asociados con las Administraciones Regionales de Salud de Portugal.

1. *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP*
2. *Administração Regional de Saúde do Centro IP*
3. *Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP*
4. *Administração Regional de Saúde do Algarve, IP*
5. *Administração Regional de Saúde do Norte, IP* (no ha respondido todavía)
6. *Administração Regional de Saúde do Alentejo* (no ha respondido todavía)

²ARSLVT - a collegial and multidisciplinary body that functions as an advisory committee to the Board of Directors of ARSLVT, IP, particularly in matters related to care and research ethics.

7. *Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira* (este servicio respondió que no hay GFM en el territorio)

8. *Direção Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores* (respondió que no hay GFM en el territorio)

El proceso fue largo, ya que cada uno de estos comités requería documentos diversos y diferentes. También fueron necesarias reuniones para aclarar dudas y detallar todos los procedimientos del proyecto. Finalmente, hemos recibido algunas respuestas, pero no todas las Comisiones de Ética Sanitaria han respondido. La falta de respuesta de algunos Comités de Ética nos impidió incluir estas regiones en nuestro estudio. Afortunadamente, los grupos multifamiliares que conocemos forman parte de las regiones cuyos comités de ética respondieron. Tras las aprobaciones necesarias, se establecieron contactos (105), por teléfono/correo electrónico, con instituciones públicas y privadas de todo el país. Hemos recibido cinco respuestas:

- Tres instituciones en Lisboa
- Una institución en Fátima (región central de Portugal)
- Una institución en Estremoz (Alentejo, región sureste de Portugal).

Se presume que hay varios grupos multifamiliares psicoeducativos en Portugal dentro de varias instituciones públicas y privadas (IPS)³. Sin embargo, aún no está claro si estos grupos involucran solo a una o dos generaciones. Cabe destacar que actualmente solo hay dos grupos activos de psicoanálisis multifamiliar. Específicamente en lo que respecta a los grupos de psicoanálisis multifamiliar (GPMF) en Portugal, hay dos grupos ubicados en Lisboa, que operan dentro de dos hospitales de día afiliados a servicios psiquiátricos distintos en hospitales públicos. Los tres GPMF restantes reúnen a dos generaciones, incorporando a individuos sometidos a tratamiento. Sin embargo, estos grupos se desvían del marco del grupo de psicoanálisis multifamiliar. 1) Una sala psiquiátrica en un hospital público; 2) una comunidad terapéutica para las adicciones (IPSS) en Fátima (región central de Portugal); y 3) una institución privada (IPSS) en Estremoz (región sureste de Alentejo). Los marcos de estos grupos consisten, respectivamente, en dos grupos psicoeducativos cognitivo-conductuales y un grupo de psicoterapia integradora con base dialógica y relacional.

Los problemas con que se tropezó en la difusión del cuestionario, principalmente debido a la larga duración de la obtención de permisos de diversos comités de ética sanitaria, impidieron obtener resultados más oportunos y amplios.

6.2.1. Contexto institucional/organizativo

En cuanto a la estructura administrativa de las instituciones/organizaciones que acogen a estos grupos, dos pertenecen a instituciones privadas/IPSS y tres a instituciones públicas (hospitales públicos). En cuanto a los tipos de servicios y atención, todas las instituciones ofrecen atención ambulatoria, que incluye centros de salud mental, centros sociales, hospitales de día y consultas privadas. Además, dos de estas instituciones admiten pacientes de centros residenciales (hospitales). En cuanto a la distribución geográfica, se observa una prevalencia notable de grupos en el sur del

³ IPSS (Instituição Privada de Solidariedade Social) - Private Social Solidarity Institutions are institutions or organisations established exclusively on a private, non-profit basis, which aim to promote equality and social justice. IPSSs operate within the framework of the social economy and their main objective is social solidarity, with a focus on areas such as social security, education and health. These institutions work closely with the population and in cooperation with the state to address emerging social problems within the communities they serve.

país. Concretamente, hay un grupo situado en Fátima (región central), tres en Lisboa y uno en Estremoz (región del Alentejo).

6.2.2. Propiedades

En cuanto a la orientación teórica y metodológica de los GMF, la mayoría de los grupos informaron que utilizaron más de un marco. Dos grupos mencionaron específicamente la utilización del marco de Psicoanálisis Multifamiliar desarrollado por J. García Badaracco. Además, tres grupos indicaron la aplicación de marcos alternativos, como sistémicos, psicodinámicos, interfamiliares, grupos operativos, etc. Además, dos grupos informaron de que empleaban marcos de psicoeducación y de comportamiento cognitivo. En cuanto a las calificaciones académicas, los encuestados presentaron antecedentes diversos. Dos (40%) eran psiquiatras, dos eran psicólogos (40%) y dos eran enfermeras (20%).

En cuanto a los objetivos de las intervenciones, los GMF suelen perseguir objetivos combinados. Tres grupos mencionaron la realización de intervenciones psicoterapéuticas, dos informaron centrarse en intervenciones psicoeducativas, dos destacaron la prestación de apoyo, dos mencionaron el asesoramiento, y un grupo especificó que el objetivo principal era promover la autoayuda.

6.2.3. Conducción

En cuanto a las características de los grupos de conductores/co-terapeuta, consisten en equipos multidisciplinares. Tres de los grupos reportaron tener un conductor y co-terapeutas, mientras que dos grupos mencionaron designar solo co-terapeutas.

Al examinar las calificaciones académicas de los profesionales que participan en los GMF, se observa que tres grupos reportaron tener psiquiatras, tres psicólogos reportados y tres enfermeras en el equipo. Además, se mencionaron trabajadores sociales (2), terapeutas ocupacionales (1), educadores (1) y otros profesionales con especialidades educativas y sociales (1).

En cuanto a la formación del equipo conductor, existe una amplia gama de experiencias psicoterapéuticas, con una prevalencia de terapias derivadas del psicoanálisis, como el análisis grupal (1), las terapias psicodinámicas (4), grupos operativos, etc. Dos grupos informaron seguir la teoría de la familia sistémica, y un grupo mencionó la terapia cognitivo-conductual.

En cuanto a la calificación del conductor (cuando fue designado), solo dos grupos proporcionaron información: uno tenía un psiquiatra y otro tenía un psicólogo.

En cuanto a la supervisión, cabe señalar que la mayoría de los grupos no informaron de supervisión (4), y un grupo mencionó la supervisión directa/interna e indirecta/externa. Casi todos los grupos participan en intervalos (4), con un solo grupo no participando.

6.2.4. Participantes

En cuanto a la edad de los participantes, todos los grupos aceptan adultos, y tres grupos también incluyen adultos mayores (más de 65 años).

En cuanto a las generaciones que participaron en estos grupos, caracterizándolas, cuatro GMF informaron de la presencia de dos generaciones, y un grupo incluyó más de dos.

Las relaciones entre las personas sometidas a tratamiento y sus familiares revelaron que todos los grupos incluían personas con vínculos paternos (5) y otros miembros de la familia nuclear que vivían con el paciente (5). Cuatro grupos incluían hijos, cuatro incluían a otros miembros de la familia extensa y cuatro también aceptaban a otras personas que no pertenecían a la familia.

6.2.5. Estructura y Funcionamiento

Todos los grupos reportaron heterogeneidad en el diagnóstico de sus participantes, con todos incluyendo Trastornos Afectivos, Trastornos de la Personalidad, Trastornos Psicóticos y Trastornos de Ansiedad. Otras patologías también estuvieron presentes, a saber, Trastorno Psicossomático (2), Trastorno Alimenticio (1), Trastorno de Estrés Postraumático (2), Trastorno Adictivo (3), y Trastorno Obsesivo-Compulsivo (3).

En cuanto al tipo de grupo, la mayoría (3) estaban abiertos, 1 estaba cerrado y 1 estaba abierto lentamente. La duración de los grupos oscilaba entre un mínimo de 60 minutos y un máximo de 120 minutos.

En cuanto al uso de las fases de desarrollo, todos los grupos declararon que no seguían este método. Considerando el tamaño de los grupos, 1 tenía una dimensión pequeña (menos de 10 participantes), 3 tenían un tamaño mediano (hasta 30 participantes), y 2 informaron más de 30 participantes.

La frecuencia de los grupos varió de quincenal (2) a mensual (3). La mayoría de las sesiones tuvieron lugar durante las horas de trabajo (4), y solo una se llevó a cabo fuera de las horas de trabajo.

La mayoría de los GMF funcionaban en una sala de grupos, mientras que solo uno usaba una sala multiusos. Cuatro participantes respondieron que las condiciones de la sala se consideraban apropiadas.

Cuatro de los encuestados consideraron apropiadas la privacidad y la confidencialidad, y ninguno de los grupos respondió.

En la mayoría de los grupos, los asientos están dispuestos en un círculo (3), mientras que solo un grupo se sienta alrededor de una mesa. Otras disposiciones se consideraron irrelevantes.

En cuanto a la existencia y continuidad de los grupos en años, varió de 1,5 a 22, con un tiempo medio de 8,5 años. Todos los grupos informaron de alguna interrupción, con 4 grupos interrumpidos debido a la pandemia y 1 grupo debido a limitaciones de recursos humanos. Tres grupos informaron de un cambio en la modalidad de los grupos, pasando del modo presencial al modo en línea. Dos grupos no informaron de ningún cambio después de la interrupción, aunque uno mencionó la adición de la opción de participar en línea al modo en persona.

El tiempo de interrupción varió de 3 meses a 18 meses, principalmente durante la etapa más crítica de la pandemia.

6.2.6. Derivación

En cuanto a la remisión de participantes a los GMF, todos los grupos aceptaron participantes de dentro de la organización, 3 también aceptaron participantes de instituciones externas y 2 recibieron personas que se pusieron a sí mismas.

6.3. GRUPOS DE DISCUSIÓN

Se llevaron a cabo dos grupos de discusión, siguiendo las recomendaciones del programa y utilizando la metodología compartida con los socios. El primer grupo objetivo estaba formado por conductores y co-terapeutas con experiencia en GPMF. El segundo grupo objetivo incluyó a familiares de antiguos pacientes del Hospital de Día, junto con terapeutas familiarizados con el GMF pero sin experiencia en GPMF. Se aplicó un análisis FODA, y el mismo conjunto de cuatro preguntas fueron dirigidas a los participantes en ambos grupos.

6.3.1. Grupo focal con conductores GMF

6.3.1.1. Participantes

Las invitaciones fueron extendidas vía correo electrónico y teléfono a doce (12) conductores y co-terapeutas experimentados en GPMF. Sin embargo, solo seis (6) pudieron asistir al grupo, compuesto por cuatro psiquiatras, un psicólogo y un profesor universitario capacitado en psicoterapia con un período de prácticas de dos años en el GPMF del Hospital de Día. El grupo estaba moderado por una persona y tenía dos observadores.

6.3.1.2. Metodología

Modalidad: Sesión realizada (y grabada) a través de la plataforma Zoom

Tiempo de sesión: 90 minutos - 09:00H a 10:30H

La sesión comenzó con una breve bienvenida, expresando agradecimiento a los presentes, seguida de una presentación concisa del proyecto F.A.M.H.E y sus objetivos generales. Posteriormente, el grupo recibió información sobre la metodología y los objetivos de la sesión del Grupo Temático, junto con una explicación de las funciones del moderador y los observadores. Se aclaró que se plantearían cuatro preguntas sobre los objetivos programáticos múltiples, basadas en la metodología DAFO. El moderador solicitó el acuerdo de los participantes y obtuvo su consentimiento para que se registrara la sesión. Con el consentimiento unánime, la sesión comenzó, y los participantes se presentaron al grupo. A continuación se formulan las siguientes preguntas.

6.3.1.3. Resultados

Pregunta 1: Fortalezas (Ventajas): Qué características de un GMF lo convierten en un dispositivo psicoterapéutico ventajoso en comparación con otras intervenciones psicoterapéuticas (interno - familias/ equipo/ servicio; y externo - institución/comunidad)?

- 1) Extensión de los problemas del paciente a toda la familia - presencia de más de una generación.
- 2) Rapidez de diagnóstico.
- 3) Observación directa de la psicopatología relacional - intergeneracionalidad y transgeneracionalidad.
- 4) Mejora rápida del paciente en tratamiento.
- 5) Aprendizaje entre iguales.

- 6) Cambio en el concepto de enfermedad: el individuo no se desorganiza solo, él/ella se desorganiza en el entorno familiar.
- 7) Posibilidad de observar los patrones de relación y comunicación de los distintos miembros de la familia.
- 8) Protección del Paciente: Terapeuta como ego auxiliar del paciente; la posibilidad de probarse a sí mismo en un entorno protegido - los MMFP son como una antecámara de la realidad social.
- 9) Facilitar una comunicación abierta entre la familia, el paciente y el equipo, evitando que la familia hable a espaldas del paciente.
- 10) Educación y formación de profesionales de la salud.
- 11) Costo/beneficio para el sistema de salud - reduce la hospitalización y las visitas a las salas de emergencia.
- 12) Eficacia a largo plazo - mejoras de mayor duración.
- 13) Disminución de la cronicidad - trata el problema en su origen en lugar de camuflarlo.

Pregunta 2: Debilidades (Desventajas): ¿Qué características ponen a GPMF en desventaja en comparación con otros dispositivos psicoterapéuticos? (Interno - familias/equipo/servicio; y Externo - institución/comunidad).

- 1) No es suficiente como dispositivo terapéutico - necesita otros dispositivos para complementarlo (psicoterapia individual en algunos casos).
- 2) La dificultad que a veces surge cuando es necesario compartir el tiempo de uso de la palabra más o menos equitativamente.
- 3) Logística: necesidad de más de un terapeuta; necesidad de una habitación con suficiente espacio y condiciones de privacidad.
- 4) Necesidad de una formación adecuada de los terapeutas - GPMF es un grupo que implica conocimientos técnicos específicos/ experiencia.
- 5) Necesidad de disponibilidad, constancia y continuidad de los terapeutas en las sesiones - en las instituciones, puede ser difícil mantener esta continuidad.

Pregunta 3: Oportunidades: ¿Qué aspectos deben ser enfatizados en GPMF, como un enfoque psicoterapéutico en salud mental, para hacer más fácil adherirse a él? O, en qué medida puede contribuir el trabajo con GPMF a la transformación de: familias/equipo/servicio; e institución/comunidad?

- 1) Debe destacarse la importancia de los efectos positivos de los GMF en la sanidad pública y otras instituciones sociales.
- 2) Numerosas oportunidades para desarrollar identificaciones nuevas y más estructurantes/saludables, permitiendo el crecimiento personal de pacientes, familias y terapeutas.
- 3) Oportunidades de formación para técnicos: nuevas experiencias profesionales y una nueva mirada a la psiquiatría.
- 4) La posibilidad de utilizar medios de comunicación a distancia - llegar a más personas (distancia y tiempo).
- 5) La posibilidad de ampliar la comprensión de los problemas del paciente: abarcando diversas etapas del ciclo vital del paciente y de la familia (transgeneracionalidad) - a través de las narrativas de los distintos miembros de la familia.
- 6) La oportunidad de mejorar la relación costo-eficacia a largo plazo: mejoras duraderas, menos crisis, menos ausentismo del trabajo.

Pregunta 4: Amenazas: ¿De qué manera puede GPMF ser una amenaza (interna/externa)?

- 1) Resistencias culturales y psicológicas - para muchos, lo desconocido o inusual es amenazante.
- 2) Las dificultades que plantean las instituciones que consideran que el número de técnicos implica un desperdicio de recursos.
- 3) Falta de profesionales especializados.
- 4) Agotamiento de los técnicos de salud en el tratamiento de las obstrucciones planteadas por las instituciones.
- 5) Dificultad para asegurar que el contenido expresado en el grupo siga siendo privado.

6.3.2. Grupos focales con usuarios de GPMF

6.3.2.1. *Participantes*

Dieciséis (16) invitaciones por teléfono y correo electrónico enviadas a psicoterapeutas y profesionales de la salud con conocimientos de GPMF pero sin experiencia, así como a familiares de antiguos pacientes de los GPMF. Solo siete (7) personas pudieron asistir al grupo: dos psicólogos que también son psicoterapeutas, tres internos psiquiátricos sin experiencia en psicoterapia (todos sin experiencia en GPMF), y dos ex madres de pacientes. El grupo fue moderado por una persona y dos observadores estuvieron presentes.

6.3.2.2. *Metodología*

Modalidad: La sesión se realizó (y grabó) a través de la plataforma Zoom.

Tiempo de sesión: 90 minutos - 09:00H - 10:30H

Al igual que el Grupo Temático 1, el moderador dio la bienvenida y agradeció a los presentes. Se hizo una breve presentación del proyecto F.A.M.H.E y sus objetivos generales, junto con los objetivos de la sesión e información sobre la metodología de la reunión. Se explicó la función del moderador y los observadores. En segundo lugar, se aclaró que se aplicaría la metodología de análisis FODA, involucrando cuatro preguntas sobre las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas de los GPMF. Al igual que en el Grupo de Enfoque 1, el moderador preguntó a los participantes si estaban de acuerdo y dieron su consentimiento para que se grabara la sesión. Con el consentimiento de todos, la sesión comenzó, con los participantes presentándose al grupo. Luego, se hicieron las siguientes preguntas.

6.3.2.3. *Resultados*

Pregunta 1: Fortalezas (Ventajas): ¿Cuáles son las características de GPMF que lo convierten en un dispositivo psicoterapéutico ventajoso en comparación con otras intervenciones psicoterapéuticas (interna - familias/ equipo/ servicio; y externo - institución/comunidad)?

- 1) El papel del terapeuta como factor estabilizador: superación de dificultades de comunicación, conflictos y variaciones lingüísticas.
- 2) Posibilidad de superar miedos, inhibiciones y tabúes después de adaptarse al grupo.
- 3) Transgeneracionalidad - La presencia de más de una generación permite identificar patrones transgeneracionales, abordar actores de conflicto y resolver malentendidos.

- 4) Posibilidad de rectificar/transformar la comunicación - aclaración de la comunicación, resolución de malentendidos y comprensión de los comportamientos.
- 5) Desarrollo del pensamiento y el sentimiento - aprender a pensar en uno mismo a través de los demás.
- 6) Ampliación de la mente: Muchos individuos solo pueden comenzar a reflexionar sobre sí mismos cuando escuchan descripciones de otros participantes, fomentando la creatividad y nuevas perspectivas.
- 7) La universalidad de los problemas psicológicos y relacionales y la posibilidad de encontrar soluciones: escuchar al otro rompe el aislamiento familiar, facilitando la superación de los problemas.
- 8) Desarrollo de la empatía, inicialmente con los demás y luego con los miembros de la propia familia.
- 9) Posibilidad de entender los problemas desde una nueva perspectiva, buscar soluciones innovadoras y contribuir activamente a la recuperación de los miembros de la familia.
- 10) Jerarquía de la gravedad del problema: capacidad para identificar qué situaciones deben ser priorizadas, determinando su importancia.

Pregunta 2: Debilidades (Desventajas): ¿Qué características ponen a los GPMF en desventaja en comparación con otros dispositivos psicoterapéuticos? (Interno - familias/equipo/servicio; y Externo - institución/comunidad)

- 1) Diferencias generacionales: la diversidad de problemas entre generaciones puede obstaculizar la comunicación y la empatía.
- 2) Necesidad de terapeutas bien entrenados.
- 3) Dificultad para abordar situaciones traumáticas en un grupo grande.
- 4) Duración del grupo y gestión del tiempo en un grupo grande.
- 5) La adherencia inicial a la terapia de grupo no siempre es fácil.
- 6) Cohesión de grupo - por ejemplo, alianza terapéutica: la participación irregular de miembros en un grupo terapéutico no es propicia para el desarrollo de una alianza terapéutica/cohesión de grupo. Si hay objetivos terapéuticos, es crucial comprometerse con la asistencia, ya que los vínculos y la intimidad que se forman entre los participantes deben basarse en la continuidad.

Pregunta 3: Oportunidades: ¿Qué aspectos deben ser enfatizados en los GPMF, como un enfoque psicoterapéutico en salud mental, para hacer más fácil adherirse a él? Por otro lado, en qué medida el trabajo con los GPMF puede contribuir a la transformación de: familias/equipo/servicio; e institución/comunidad?

- 1) Conocimiento del impacto sobre los demás: oportunidades para mejorar la comunicación y la empatía.
- 2) GPMF cura las relaciones y desajustes entre padres e hijos; fomenta la paz y la comprensión. Las personas en tratamiento sienten la presencia de sus familiares en el GPMF como una demostración de cuidado y amor.
- 3) Adherencia a la medicación y mejora de la enfermedad
- 4) Esperanza: El progreso de otros muestra cómo la recuperación es posible.
- 5) Autoconocimiento: Es una oportunidad para que los miembros de la familia se conozcan a sí mismos a través de lo que experimentan en el grupo.

Pregunta 4: Amenazas: ¿De qué manera pueden los GPMF ser una amenaza (interna/externa)?

- 1) Desconfianza y resistencia al tratamiento en un grupo numeroso.
- 2) Dado el tamaño del grupo, no hay tiempo suficiente para que todos puedan hablar.
- 3) Los conflictos que surjan en el grupo no podrán resolverse plenamente en el tiempo disponible.
- 4) Las ausencias del grupo pueden ser percibidas como debilidad, lo que lleva a una sensación de no ser integrado por aquellos que están ausentes. Podría alentar a otros a ausentarse, y la ausencia de familiares puede percibirse como una amenaza para el tratamiento.
- 5) Temor a fugas/violaciones de confidencialidad.

6.3.3. Grupos de discusión Conclusiones

Analizando el contenido de las respuestas recibidas a las cuatro preguntas planteadas en los grupos focales 1 y 2, encontramos que algunas respuestas eran similares, mientras que otras eran diferentes. El objetivo fue comparar las respuestas de terapeutas con experiencia en GMF con las respuestas de terapeutas sin experiencia en GMF y familiares de pacientes anteriores. Para facilitar la síntesis y extraer conclusiones de este análisis FODA, se crearon varias categorías basadas en el tipo de respuestas recibidas.

(Véase el cuadro 1)

Para la pregunta 1 se crearon las siguientes categorías:

- Transgeneracionalidad/presencia de más de una generación;
- Beneficios para familias y terapeutas;
- Posibilidades de transformación;
- Ventajas clínicas e institucionales.

Para la pregunta 2 se crearon las siguientes categorías:

- Posibles dificultades generadas por las diferencias de generación;
- Problemas de espacio y capacitación;
- Dificultades para ser un grupo (grande);
- Cohesión del Grupo/ Alianza Terapéutica.

Para la pregunta 3 se crearon las siguientes categorías:

- Oportunidades para pacientes y familias;
- Oportunidades para cuidadores e instituciones de salud.

Para la pregunta 4 se crearon las siguientes categorías:

- Resistencias de las familias;
- Las dificultades de las instituciones;
- Problemas con ser un grupo (grande).

Las respuestas a la primera pregunta fueron muy similares en los dos grupos de discusión: ambos destacaron la importancia de la presencia de más de una generación en la resolución de los problemas actuales, así como la relevancia de la transgeneracionalidad. Ambos grupos destacaron los múltiples beneficios de los GMF para las familias, los técnicos de salud y las instituciones.

La segunda pregunta señalaba la necesidad de formación específica de los terapeutas y la importancia de otros dispositivos terapéuticos para complementar los GMF; algunas dificultades

relacionadas con el tamaño del grupo y la brecha de generaciones; y también se destacó la importancia de la constancia en las presencias, tanto de los terapeutas como de las familias.

En cuanto a las oportunidades, el grupo de enfoque 1 destaca las oportunidades para que los técnicos e instituciones reduzcan los tiempos de tratamiento con ventajas de costo-beneficio, mientras que el grupo de enfoque 2 destaca las oportunidades para el crecimiento y desarrollo familiar.

Finalmente, en la pregunta 4, como amenazas a los GPMF, ambos grupos destacan las resistencias y dificultades planteadas por los participantes e instituciones, y la necesidad urgente de una cultura grupal para combatir la resistencia psicológica a lo desconocido o inusual.

A continuación figura un cuadro que resume los resultados obtenidos de los dos grupos de discusión.

Tabla 1. Preguntas/Categorías FODA.

SWOT - PREGUNTAS		
Pregunta 1: Fortalezas (Ventajas): ¿Qué características de MFPG hacen que sea un dispositivo psicoterapéutico ventajoso sobre otras intervenciones psicoterapéuticas (interno - familias/ equipo/ servicio; y externo - institución/comunidad)?		
CATEGORÍAS	GRUPO TEMÁTICO 1	GRUPO TEMÁTICO 2
Transgenerationalidad/presencia de más de una generación	1) Extensión de los problemas del paciente a toda la familia - presencia de más de una generación. 3) Observación directa de la psicopatología relacional - intergeneracionalidad y transgeneracionalidad.	3) Transgeneracionalidad - La presencia de más de una generación permite identificar patrones transgeneracionales, abordar actores de conflicto y resolver malentendidos.
Beneficios para familias y terapeutas	5) Aprendizaje entre iguales. 6) Cambio en el concepto de enfermedad: el individuo no se desorganiza solo, él/ella se desorganiza en el entorno familiar. 10) Educación y formación de profesionales de la salud.	5) Desarrollo del pensamiento y el sentimiento - aprender a pensar en uno mismo a través de los demás. 6) Ampliación de la mente: muchos individuos solo pueden empezar a reflexionar sobre sí mismos cuando escuchan descripciones de otros participantes, fomentando la creatividad y nuevas perspectivas. 8) Desarrollo de la empatía, inicialmente con los demás y luego con los miembros de la propia familia.
Posibilidades de transformación	7) Posibilidad de observar los patrones de relación y comunicación de los distintos miembros de la familia.	1) El papel del terapeuta como factor estabilizador: superación de dificultades de comunicación, conflictos y

	<p>8) Protección del Paciente: Terapeuta como ego auxiliar del paciente; la posibilidad de probarse a sí mismo en un entorno protegido - los MMFP son como una antecámara de la realidad social.</p> <p>9) Facilitar la comunicación abierta entre la familia, el paciente y el equipo, evitando que la familia hable a espaldas del paciente.</p>	<p>variaciones lingüísticas.</p> <p>2) Posibilidad de superar miedos, inhibiciones y tabúes después de adaptarse al grupo.</p> <p>4) Posibilidad de rectificar/transformar la comunicación - aclaración de la comunicación, resolución de malentendidos y comprensión de comportamientos.</p> <p>7) La universalidad de los problemas psicológicos y relacionales y la posibilidad de encontrar soluciones: escuchar al otro rompe el aislamiento familiar, facilitando la superación de los problemas.</p> <p>9) Posibilidad de entender los problemas desde una nueva perspectiva, buscar soluciones innovadoras y contribuir activamente a la recuperación de los miembros de la familia.</p> <p>10) Jerarquía de la gravedad del problema: capacidad para identificar qué situaciones deben ser priorizadas, determinando su importancia.</p>
<p>Ventajas clínicas e institucionales</p>	<p>2) Rapidez de diagnóstico.</p> <p>4) Mejora rápida del paciente en tratamiento.</p> <p>11) Costo/beneficio para el sistema de salud - reduce la hospitalización y las visitas a las salas de emergencia.</p> <p>12) Eficacia a largo plazo - mejoras de mayor duración.</p> <p>13) Disminución de la cronicidad - trata el problema en su origen en lugar de camuflarlo.</p>	
<p>Pregunta 2: Debilidades (Desventajas): ¿Qué características ponen a MFPG en desventaja en comparación con otros dispositivos psicoterapéuticos? (Interno - familias/equipo/servicio; y Externo - institución/comunidad)</p>		
<p>Posibles dificultades generadas por las diferencias</p>		<p>1) Diferencias generacionales: Los problemas variados entre</p>

de generación		diferentes generaciones pueden dificultar la comunicación y la empatía.
Problemas de espacio y formación	3) Logística: necesidad de más de un terapeuta; necesidad de una habitación con suficiente espacio y condiciones de privacidad. 4) Necesidad de una formación adecuada de los terapeutas - MFPG es un grupo que implica conocimientos técnicos específicos/ experiencia.	2) Necesidad de terapeutas bien entrenados.
Dificultades para ser un grupo (grande)	1) No es suficiente como dispositivo terapéutico - necesita otros dispositivos para complementarlo (psicoterapia individual en algunos casos). 2) A veces puede ser difícil dividir el tiempo de uso de la palabra por igual.	3) Dificultad para abordar situaciones traumáticas en un grupo grande.
Cohesión del Grupo/ Alianza Terapéutica	5) Necesidad de disponibilidad, constancia y continuidad de los terapeutas en las sesiones - en las instituciones, puede ser difícil mantener esta continuidad.	6) Cohesión de grupo - por ejemplo, alianza terapéutica: la participación irregular de miembros en un grupo terapéutico no es propicia para el desarrollo de una alianza terapéutica/cohesión de grupo. Si hay objetivos terapéuticos, es crucial comprometerse con la asistencia, ya que los vínculos y la intimidad que se forman entre los participantes deben basarse en la continuidad.
Pregunta 3: Oportunidades: ¿Qué aspectos deben ser enfatizados en MFPG, como un enfoque psicoterapéutico en salud mental, para hacer más fácil adherirse a él? O, en qué medida puede contribuir el trabajo con MFPG a la transformación de: familias/equipo/servicio; e institución/comunidad?		
Oportunidades para pacientes y familias	2) Numerosas oportunidades para desarrollar identificaciones nuevas y más estructurantes/saludables, permitiendo el crecimiento	1) Conocimiento del impacto sobre los demás: Oportunidades para mejorar la comunicación y la empatía. 2) MFPG cura las relaciones y

	<p>personal de pacientes, familias y terapeutas.</p> <p>4) La posibilidad de utilizar medios de comunicación a distancia - llegar a más personas (distancia y tiempo).</p>	<p>desajustes entre padres e hijos; fomenta la paz y la comprensión. Las personas en tratamiento sienten la presencia de sus familiares en el MFPG como una demostración de cuidado y amor.</p> <p>3) Adherencia a la medicación y mejora de la enfermedad</p> <p>4) Esperanza: El progreso de otros muestra cómo la recuperación es posible.</p> <p>5) Autoconocimiento: Es una oportunidad para que los miembros de la familia se conozcan a sí mismos a través de lo que experimentan en el grupo.</p>
Oportunidades para cuidadores e instituciones de salud	<p>1) Debe destacarse la importancia de los efectos positivos de los GMF en la sanidad pública y otras instituciones sociales.</p> <p>3) Oportunidades de formación para técnicos: nuevas experiencias profesionales y una nueva mirada a la psiquiatría.</p> <p>5) La posibilidad de ampliar la comprensión de los problemas del paciente: abarcando diversas etapas del ciclo vital del paciente y de la familia (transgeneracionalidad) - a través de las narrativas de los distintos miembros de la familia.</p> <p>6) La oportunidad de mejorar la relación costo-eficacia a largo plazo: mejoras duraderas, menos crisis, menos ausentismo del trabajo.</p>	
Pregunta 4: Amenazas: ¿De qué manera puede MFPG ser una amenaza (interna/externa)?		
Resistencias de las familias	<p>1) Resistencias culturales y psicológicas - para muchos, lo desconocido o inusual es amenazante.</p>	<p>1) Desconfianza y resistencia al tratamiento en un grupo numeroso.</p> <p>4) Las ausencias del grupo</p>

		pueden ser percibidas como debilidad, lo que lleva a una sensación de no ser integrado por aquellos que están ausentes. Podría alentar a otros a ausentarse, y la ausencia de familiares puede percibirse como una amenaza para el tratamiento.
Dificultades de las instituciones	<p>2) Las dificultades que plantean las instituciones que consideran que el número de técnicos implica un desperdicio de recursos.</p> <p>3) Falta de profesionales especializados.</p> <p>4) Agotamiento de los técnicos de salud en el tratamiento de las obstrucciones planteadas por las instituciones.</p>	
Problemas para ser un grupo (grande)	5) Dificultad para asegurar que el contenido expresado en el grupo siga siendo privado.	<p>2) Dado el tamaño del grupo, no hay tiempo para hablar.</p> <p>3) Conflictos que surjan en el grupo y se resuelvan dentro del tiempo disponible para el grupo.</p> <p>5) Temor a fugas/violaciones de confidencialidad.</p>

6.4. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Paralelamente al desarrollo del cuestionario, se inició una revisión exhaustiva de la literatura sobre la intervención multifamiliar en salud mental. Esta revisión permitió a los socios del proyecto refinar y enfocar su investigación basada en la web en línea con los objetivos de investigación y el Primer Producto Intelectual del proyecto. Se utilizaron múltiples motores de búsqueda, incluyendo Google, Google Scholar, PubMed, Hall y Cairn, con resultados organizados utilizando el software de gestión Zotero. Se aplicó el estilo de citación de la edición APA VI.

Las palabras clave acordadas, establecidas durante las reuniones transnacionales, incluyen:

- Psicoanálisis multifamiliar
- Terapia multifamiliar
- Grupo Multifamiliar
- Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar

- Terapia de grupo multifamiliar
- Tratamiento en grupo multifamiliar

Estos términos de búsqueda se tradujeron a los idiomas de los países pertinentes y se complementaron con términos específicos de cada país. El consenso entre los asociados dio lugar a búsquedas en varios idiomas nacionales, más allá de las fronteras nacionales para cada idioma y abarcando a otros países.

La búsqueda bibliográfica realizada en Portugal reveló que palabras clave como Multifamily Group, Multifamily Psychoanalysis y Multifamily Therapy produjeron un índice de contenido más completo y cualitativo. La bibliografía en lengua portuguesa destacaba artículos, monografías, libros y capítulos de libros. (Consulte el Apéndice 5 para más detalles.)

6.5. CONCLUSIONES

El objetivo principal del proyecto 'Grupos multifamiliares en salud mental', que consiste en caracterizar los modelos y cartografiar los grupos multifamiliares existentes en salud mental en Portugal, no se cumplió plenamente debido a las limitaciones descritas en el capítulo anterior (5.2), lo que provoca retrasos en la entrega de los resultados de los cuestionarios y los grupos de discusión.

Sólo se obtuvieron cinco cuestionarios, que representaban a cinco instituciones. Estos resultados abarcan ambos tipos de GMF descritos en los objetivos del proyecto: 1) Grupos Multifamiliares Psicoeducativos, que abordan los problemas de salud mental y proporcionan información sobre su manejo; y 2) Grupos Multifamiliares Psicoterapéuticos, que incluyen Grupos Psicoanalíticos Multifamiliares. Este último tipo incluye el Hospital de Día del Servicio Psiquiátrico de CHULN-HSM, establecido desde 2001 y que sirve como pionero en Portugal (Lisboa), y el Hospital de Día del Servicio Psiquiátrico de CHLO, en existencia desde 2016.

Como se explicó anteriormente, el Hospital de Día, que forma parte de un Hospital Universitario afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa (FMUL), ha incluido sistemáticamente un componente de formación. Esto ha facilitado la capacitación de numerosos técnicos de salud a través de programas de pasantías institucionales. Además de los pasantes institucionales, el Hospital de Día también ha acomodado a otros técnicos de salud - psiquiatras, psiquiatras infantiles, psicólogos y enfermeras - que, aunque no sean aprendices oficiales, expresó interés en aprender el modelo psicoanalítico y analítico de grupo del Hospital de Día. Este interés creció significativamente después del inicio de los GMF en 2001. Hasta hace unos años, al enterarse de la existencia del GMF, muchos colegas solicitaron la autorización de la administración de CHULN-HSM para realizar prácticas de observación/formación voluntarias y no remuneradas de varios meses de duración. Algunos de estos psicoterapeutas de salud posteriormente replicaron el modelo de GMF del Hospital de Día en las instituciones donde fueron empleados⁴. Sin embargo, en los últimos años, las nuevas normas implementadas por la administración de CHULN-HSM han impedido que los técnicos de salud que no forman parte del sistema de pasantías se capaciten en el Hospital de Día de CHULN-HSM.

⁴ 1) Day Hospital of the Psychiatric Service of the Hospital Fernando da Fonseca in Amadora, Lisbon district; 2) Day Hospital of the Psychiatric Service of the CHLO; 3) Day Centre of the Institute of Drugs and Drug Addiction (IDT), currently the Service for Intervention in Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD); the first and the latter group ended some years ago.

Varios factores contribuyen a la limitada difusión de los grupos de psicoanálisis multifamiliar en Portugal. Las resistencias institucionales y la necesidad pragmática de condiciones adecuadas, como el espacio físico y los psicoterapeutas capacitados, son desafíos importantes. Las resistencias institucionales provienen de prejuicios culturales y psicológicos, desinformación y prejuicios con respecto a ciertos enfoques psicoterapéuticos, especialmente psicoterapias de grupo basadas en dinámicas. Esta resistencia puede atribuirse a dudas, inseguridades, preferencias por enfoques clásicos/farmacológicos, falsas creencias sobre la rentabilidad y preocupaciones sobre la utilización de los recursos. Las reclamaciones económicas y relacionadas con los recursos, como el desperdicio percibido de recursos humanos debido al número de técnicos involucrados en psicoterapias de grupo, fueron identificadas como amenazas para los Grupos Multifamiliares por los conductores de GMF en los Grupos Focales.

Abordar estos desafíos requiere el desarrollo de una 'cultura de grupo' para contrarrestar las resistencias psicológicas a lo desconocido o no convencional. Además, la naturaleza burocrática de las instituciones portuguesas plantea obstáculos adicionales, lo que dificulta la aplicación de enfoques nuevos y diferentes debido a diversos procedimientos y limitaciones.

Aunque algunos participantes del Grupo de Enfoque reconocieron el potencial de los Grupos Multifamiliares como un entorno valioso para la formación de profesionales de la salud, también hicieron hincapié en la necesidad de una formación específica para los terapeutas de GMF. Con respecto al valor agregado de los GMF, los participantes destacaron la importancia de tener más de una generación presente como una ventaja en la resolución de conflictos actuales. Ambos Grupos de Enfoque enfatizaron los numerosos beneficios de los GMF para las familias, técnicos de salud e instituciones.

7. RESULTADOS GENERALES

7.1. ENCUESTA: ANÁLISIS

ADIFM (Portugal) asumió la responsabilidad de presentar los resultados del proyecto Producto Intelectual I para los cuatro países involucrados. Después de compilar su informe y recibir informes de socios en Italia, Bélgica y España, produjo el Informe Final para los cuatro países, como se presenta a continuación.

La difusión de psicoterapias de grupo, especialmente de Grupos Multifamiliares (GMF), es considerada como una de las innovaciones más significativas en los servicios de salud mental. Si bien la psicoterapia de grupo tiene una larga historia,⁵ la práctica de la psicoterapia multifamiliar surgió en la década de 1970, principalmente siguiendo el enfoque psicoanalítico introducido por el psiquiatra argentino García Badaracco. La adoptó por primera vez en la década de 1960 en el Hospital Psiquiátrico de Buenos Aires, donde el trabajo colaborativo con pacientes internos y familiares demostró la posibilidad de despedir a las personas de la estructura de asilo.

Los GMF comenzó a ganar tracción en el nuevo siglo, evolucionando junto con el desarrollo conjunto de la terapia familiar y el enfoque sistémico. Hoy en día, abarca varios modelos teóricos y sirve como una práctica psicoterapéutica bien establecida apoyada por la evidencia que confirma su eficacia en términos de resultados.⁶

Los GMF facilita la creación de un clima terapéutico, a menudo caracterizado por una fuerte intensidad emocional, que involucra a individuos con sufrimiento mental, sus familiares/ parientes o asociados cercanos, y profesionales de diversos orígenes. Típicamente, involucra a un gran número de personas (30 a 90) que representan al menos dos generaciones.

Con su enfoque psicodinámico, el grupo está marcado como una experiencia transformadora para todos los involucrados, tanto por la riqueza de la experiencia humana como por la calidad del aprendizaje mutuo que se experimenta.⁷

Los GMF anuncia una nueva fase en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos al fomentar una dinámica interactiva que hace que los 'usuarios', especialmente los que sufren psicosis, y sus familiares sean conscientes de los vínculos de interdependencia patológica en los que están involucrados. Esto les permite reflexionar y comparar sus situaciones con las de otros participantes.

Este proceso se desarrolla a través de reuniones colectivas basadas en unas pocas reglas: todos los individuos son escuchados, entendidos y respetados en la medida en que sientan que pueden

⁵ This designation originated in the 1930s, credited to J. L. Moreno.

⁶ Literature and testimonials in this research highlight various benefits, including improved family relationships, and reductions in TSO (MANDATORY MEDICAL TREATMENT) admissions and drug therapy. As noted, 'To the extent that the competence of the family and between families increases, drug therapy can be reduced by 3 or 4 times in a gradual and consistent manner and the improvement of family relationships'. Cf. Canevaro A., Bonifazi S. (2011), *Il gruppo multifamiliare. An experiential approach*, Armando Editore, Rome, p. 49.

⁷ Cf. by G. Villa (2016), *Il Gruppo Multifamiliare tra funzione migrante e apprendimento*, 'In Gruppo: omogeneità e differenze, rivista online Argo6.

comenzar a contar con la ayuda de los demás y, por lo tanto, con la opinión de los demás, incluso si es diferente de la suya', todos de igual valor.

Este proceso se lleva a cabo a través de reuniones colectivas basadas en unas pocas reglas: todas las personas son escuchadas, comprendidas y respetadas en la medida en que sientan que pueden empezar a contar con la ayuda de los demás y, por lo tanto, con la opinión de los demás, aunque sea diferente de la suya', pero del mismo valor.

Dentro del grupo, se construye una situación en la que todos pueden llegar a ver desde el exterior el papel que desempeñan y la forma en que lo hacen: niños, padres y cuidadores, ellos mismos hijos y/o padres en sus propias vidas'. Además del valor intrínseco de la dimensión interior, existe la dimensión relacional de un encuentro entre las personas: 'uno ya no es un niño, padre o psiquiatra. Uno se siente en igualdad de condiciones con el otro, mientras que el diálogo entre los usuarios y los miembros de la familia no puede prescindir de 'mirarse a los ojos' y fomentar el contacto emocional en el 'espacio dramático' del encuentro.

Los temas clave de la participación en el GMF incluyen 'compartir', 'confrontar', 'intercambiar', 'apoyar' o 'ayudar',⁸ establecer un clima terapéutico basado en la confianza, la empatía, el respeto, la auto-aceptación y la espontaneidad del contacto humano. Esta atmósfera está influenciada por las cualidades relacionales, especialmente la empatía, de los cuidadores, comenzando con el conductor/coordinador. Esta figura estimula y regula los diálogos dando la palabra a todos los que la solicitan, facilitando la rápida circulación de ideas y fomentando una sucesión de intervenciones basadas en 'asociaciones libres' para que todos puedan aprender, por analogía o imitación, de las experiencias de otros. Además, los participantes pueden reflejarse entre sí.

El conductor, asistido por otros co-terapeutas, debe abstenerse de cualquier juicio de las personas que sufren y los miembros de la familia. También deben renunciar a sus 'certezas cognitivas para sumergirse en el mundo de los afectos y las emociones; aceptar flotar libremente junto con todos los demás,⁹ y luego pueden discutir en equipo lo que sucede en los grupos. Esta experiencia de aprendizaje continuo en el grupo reúne a cuidadores y familiares.

Los GMF refuerzan el reconocimiento de la familia como la esfera del paciente designado, eliminándola del aislamiento y elevándola en la cooperación terapéutica como participante activo en los proyectos de recuperación. Simultáneamente, fomentan la exploración de la 'autoayuda' entre los miembros de la familia. Cabe destacar que la mayoría de los miembros de la familia GMF también participan en grupos de autoayuda¹⁰ que, a su vez, pueden evolucionar a partir de grupos multifamiliares que gradualmente se vuelven autónomos. Como se ha expresado, 'el arte del GMF es ayudar a las familias a ayudarse a sí mismas' de modo que 'cuando esto sucede, el grupo puede funcionar por sí solo.¹¹

⁸ See (ed.) R. Frisanco (2016), *Reti di cura e disagio psichico. Utenti, famiglie e servizi di salute mentale a Roma*, Palombi Editori, Roma.

⁹ Cf. Narraci A. (2015), *Psicanalisi Multifamiliare come Esperanto*, Antigone Edizioni, Torino.

¹⁰ See (ed.) Frisanco R., *op. cit.*

¹¹ *Op. cit.*, Canevaro A and Bonifazi S. (2011), p. 31.

7.1.1. La investigación: propósito, objetivos cognitivos y metodología

El objetivo principal de esta investigación exploratoria inicial fue mejorar la comprensión de las experiencias y el funcionamiento de los GMF en cuatro países europeos, cada uno con historias y trayectorias distintas en el cambio de la psiquiatría a la salud mental. Aunque estas experiencias son relativamente recientes, aún no se han generalizado ni son uniformes y siguen evolucionando, representan una vía convincente para abordar el sufrimiento desde una perspectiva sistémica, familiar y comunitaria, que va más allá de los servicios especializados y las terapias individuales.

La investigación se desarrolló en dos fases secuenciales:

1) Una encuesta inicial que tenía como objetivo recopilar información sobre las características generales, organizativas y operativas de los GMF, mediante la cumplimentación de un cuestionario por parte de los participantes. Los objetivos cognitivos específicos abarcan los siguientes conjuntos de indicadores:

- Aspectos generales: tiempo de nacimiento, promoción corporal y servicio activador, orientación teórico-metodológica.
- Elementos logísticos y organizativos: idoneidad de la sala de reuniones y organización de los espacios, métodos de reunión, frecuencia, duración y horario.
- Recursos humanos: entidad, cualificaciones, formación específica y composición del equipo.
- Aspectos operativos del grupo: tamaño, apertura-cierre, fases y sesiones, supervisión e intervalo, interrupciones, cambios en el tiempo e impactos de la pandemia COVID-19.
- Características de los participantes: canal de envío, grupo de edad y trastornos prevalentes.

2) Un estudio cualitativo en profundidad sobre los GMF realizado en cada país, con dos entrevistas de grupos de discusión: El primer grupo de enfoque involucró una representación de conductores de grupo, mientras que el segundo involucró una pequeña muestra de usuarios. En conjunto, facilitaron una evaluación subjetiva inicial del fenómeno observado, identificando fortalezas y debilidades, oportunidades y obstáculos.

El 'valor añadido' de esta encuesta consistió en comparar experiencias en los cuatro países, destacando las disparidades y los aspectos originales, complementados con reflexiones de los directamente involucrados.

Desde una perspectiva metodológica, el estudio mostró predominantemente las características (y limitaciones) de una encuesta exploratoria: La primera fase inicial utilizó un cuestionario estructurado de 36 preguntas cerradas y respuestas alternativas, administradas en línea a través de Google Forms. La fase cualitativa subsiguiente incluyó entrevistas con pequeños grupos de conductores y usuarios (Focus Groups), guiadas por preguntas específicas para facilitar discusiones colectivas en profundidad sobre los aspectos clave de los GMF (enfoques).

7.1.2. Examen de los datos de investigación en los cuatro países de la UE

En los cuatro países, examinamos 92 Grupos Multifamiliares, lo que es menos de lo esperado. Esta situación es notable, especialmente si se tiene en cuenta que, excepto en el caso de Portugal, la adopción generalizada de GMF podría haber permitido la exploración de una muestra más amplia de casos. Es evidente que estas experiencias aún no están bien establecidas ni son estables, dada su integración relativamente reciente en el sistema de servicios de salud mental. Cabe destacar que,

incluso en lugares con un sistema de información de salud mental, como Italia, no se recopilan datos sobre este enfoque terapéutico, lo que refleja una falta de reconocimiento como un aspecto innovador.

7.1.3. El perfil de los grupos multifamiliares (GMF)

Los Grupos Multifamiliares examinados en las cuatro áreas nacionales tienen diferentes duraciones de actividad. Su 'antigüedad' promedio es de 8,5 años en general, pero el valor medio de tiempo más preciso es de poco más de 6 años.

Los GFM más establecidos se encuentran en España, con una media de 10,6 años de actividad, seguidos de Italia y Portugal (8,6 años). La aparición en los servicios de salud mental en Bélgica es relativamente reciente, con una media de 6,1 años. Italia tiene la experiencia más larga, con GMF activos desde hace 45 años, mientras que en España, 9 grupos han estado activos durante al menos 15 años, con el más antiguo establecido hace 38 años. En Bélgica, el grupo más antiguo tiene una trayectoria de 23 años.

Es evidente que los GMF que llevan más tiempo activos han adoptado el modelo de psicoanálisis multifamiliar de G. Badaracco, presente principalmente en España e Italia. Estos grupos han estado activos durante 9 años, especialmente en España, donde la antigüedad media de los GMF con huella psicoanalítica es de casi 11 años.

En cuanto a quién cumplimentó el cuestionario, los psicólogos (53,3%) asumieron predominantemente esta responsabilidad, especialmente en Italia y Bélgica (más en Flandes), mientras que en España los psiquiatras desempeñaron un papel más destacado. La prevalencia de psicólogos sobre otros roles indica tanto su diferente presencia numérica en los grupos como su participación desigual en la conducta terapéutica de los GMF. Las enfermeras y los trabajadores sociales, figuras auxiliares en los servicios de salud mental, tuvieron un papel marginal en la cumplimentación del cuestionario (

Tabla 2

Tabla 2 . Funciones ocupacionales de los encuestados.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Psicóloga	49	53,3	18	11	18	2
Psiquiatra	37	40,2	15	15	5	2
Enfermera	1	1,1	0	0	0	1
Trabajador de la seguridad social	2	2,2	0	2	0	0
Otros	3	3,2	2	0	1	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Las estructuras que inician el GMF son predominantemente públicas (57,6%), con distribuciones variables en diferentes países. En Italia y Portugal, la participación de las instituciones sanitarias es más pronunciada, mientras que en España predominan ligeramente las iniciativas de los organismos administrativos privados (o del tercer sector), similar a la situación en Bélgica (

Tabla 3

Tabla 3 . Tipo de estructura administrativa. *Estructuras privadas del mundo asociativo y del lucro privado; **10 pertenecen al sector de los beneficios privados y 5 son entidades del tercer sector afiliadas al sector público; *Organizaciones sin ánimo de lucro.**

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Público	53	57,6	26	13	11	3
Privado	38	41,3	9*	15**	13***	1
Asociación público-privada	1	1,1	0	0	0	1
Total	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

El tipo de servicio que más aboga y utiliza el GMF es el servicio territorial de salud mental (34,8%). Este modelo prevalece en Italia y España, donde la red de tales servicios es más extensa. En Bélgica, el hospital psiquiátrico tradicional sigue desempeñando un papel importante, a pesar de que tiene la capacidad de adoptar enfoques innovadores como los GMF. El aspecto notable de la experiencia belga radica en la capacidad de medir la eficacia del grupo en el proceso de ir más allá de estas estructuras más tradicionales. Sin embargo, tanto en Flandes como en Valonia, los centros de salud mental están totalmente desconectados de la gestión de los GMF, lo que pone de relieve una situación caracterizada por la fragmentación de las responsabilidades de los servicios de salud mental entre los gobiernos federal y locales. La experiencia portuguesa es algo similar, con los pocos grupos analizados presentes exclusivamente en los centros psiquiátricos de internamiento del Hospital General y en los centros residenciales (Comunidad Terapéutica, Tabla 4 4).

Tabla 4 . Configuración de tipo/entorno donde se realizaron las sesiones.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Centro Comunitario de Salud	32	34,8	19	13	0	0
Hospital Psiquiátrico	23	25,0	0	1	22	0
Hospital general/pabellón psiquiátrico	7	7,6	2	1	1	3
Communitary organisation	12	13,0	7	5	0	0
Comunidad terapéutica	6	6,5	2	2	0	2
Day hospital	5	5,4	0	5	0	0
Otros	7	7,6	5	1	1	0
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Sin embargo, los GMF con enfoque territorial, de tipo no exclusivamente médico, constituyen la mayoría de los casos examinados (53,3%). Esta proporción aumenta al 74,3% entre los examinados en Italia, lo que indica un creciente énfasis en la concepción y la práctica relacionales en el enfoque terapéutico de la salud mental. El enfoque sistémico-familiar introducido por los grupos de microfinanciación, dondequiera que operen, significa un alejamiento del enfoque psiquiátrico tradicional centrado en las drogas y las camas. En cambio, afirma un nuevo paradigma operativo en los servicios de salud mental.

En resumen, se observa que los GMF se consideran un recurso indispensable para la actividad terapéutica en cualquier tipo de servicio, ya sea territorial, hospitalario, residencial o diurno, cada uno con sus entornos y objetivos únicos. En otras palabras, en cualquier tipo de organización

terapéutica, el GMF tiene una misión distinta, especialmente cuando está abierto e invertido en su continuidad a lo largo del tiempo.

En cuanto al tipo de atención predominante en establecimientos con un grupo multifamiliar, la atención ambulatoria-territorial es la más común (57,6%). Sin embargo, esta prevalencia se concentra en Italia y España, donde casi 8 de cada 10 casos pertenecen a esta categoría. Por el contrario, en las dos regiones de Bélgica y Portugal, los GMF atienden principalmente a pacientes internados en los pabellones psiquiátricos del Hospital General o del Hospital de Día (que constituyen el 69% de los tipos de atención) (Tabla 5)

Tabla 5 . Tipo de asistencia.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Paciente externo	53	57,6	22	20	10	1
Hospital de día	25	27,2	2	8	13	2
Sala de hospitalización	21	22,8	1	1	18	1
Atención residencial	8	8,7	4	1	2	1
Otros	14	15,2	9	3	2	0
Total de respuestas	121	131,5	38	33	45	5
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Entre los objetivos de la intervención dentro del GMF, el principal se alinea con la meta psicoterapéutica, constituyendo casi 9 de cada 10 unidades. En promedio, este objetivo psicoterapéutico se acompaña de otro, más comúnmente ya sea proporcionar apoyo a los participantes o tener un enfoque psicoeducativo. El 'apoyo' está estrechamente vinculado con las intervenciones psicoterapéuticas o psicoeducativas, facilitando estos objetivos mediante la creación de un entorno de aceptación, comprensión de las experiencias y el intercambio del sufrimiento. Los pocos grupos que no priorizan el objetivo psicoterapéutico son aquellos orientados hacia la autoayuda, asesoramiento y/o apoyo simple, o una acción psicoeducativa que probablemente opera en la periferia de una intervención terapéutica. Por término medio, los GMF belgas aplican más objetivos de intervención (2,9), con algunas variaciones entre Flandes y Valonia (donde se hace más hincapié en la autoayuda y el asesoramiento), a diferencia de los GMF italianos (1,8) (Tabla 6)

Tabla 6 . Objetivos de la intervención GMF.

DESCRIPCIÓN	Total v(%)	(%)	I	S	B	P	
Psicoterapéutico	79	39,9	85,9	27	28	20	4
Apoyo	42	21,2	45,6	12	14	16	0
Psicoeducativo	36	18,2	39,1	13	6	15	2
Autoayuda	20	10,1	21,7	8	3	9	0
Asesoramiento	15	7,6	16,3	2	6	7	0
Otros	6	3,0	6,5	1	2	2	1
Total de encuestados	92	100	?	63	59	69	7
Total de respuestas	198	-	215,1	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023 av = valor absoluto; % 1 = valor relativo considerando el total de entrevistados; % 2 = valor relativo considerando el número total de respuestas.

La distribución de los GMF con respecto al marco teórico de referencia que adoptan revela una preferencia predominante por una de las cuatro teorías principales: psicoanalítica, psicoeducativa, psicodinámica y sistémica. Sin embargo, estos enfoques no son estrictamente exclusivos, a menudo con puntos de contacto, hibridaciones y un procedimiento técnico-operativo compartido.

En la muestra de los cuatro países europeos, el enfoque teórico más prevalente es el psicoanálisis multifamiliar (52%), introducido por G. Badaracco. Este enfoque es casi exclusivo de las experiencias de grupo en Italia y España, constituyendo el 92% del total. Siguiendo en orden de frecuencia están la teoría de la familia sistémica y el enfoque psicoeducativo, ambos notablemente presentes en la experiencia belga. Finalmente, solo el 15% de los grupos, limitados a Italia y Bélgica, adoptan el enfoque psicodinámico.

Es esencial notar las 'otras' respuestas, indicando experiencias locales (como grupos de terapia) o una mezcla de diferentes teorías y técnicas. Un ejemplo ilustrativo es Javier Sempere en España, que inició el Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar y desarrolló su propio modelo de Terapia Familiar, incorporando la teoría del apego (Bowlby) y el enfoque del diálogo abierto (Seikkula). Otros ejemplos de experimentación se pueden encontrar en Bélgica (el modelo de Maudsley basado en principios cognitivos y el modelo psicoeducativo de McFarlane) y en Italia con el Grupo Multifamiliar de Psicoanálisis Integrador (Mandelbaum). Este panorama diverso refleja la vitalidad en la formación de técnicas terapéuticas aplicadas a las familias (Tabla 7)

Tabla 7 . Antecedentes teóricos de los GMF.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Psicoanálisis Multifamiliar	48	52,2	21	23	2	2
Psicoeducación	18	19,6	7	0	9	2
Teoría sistémica	24	26,1	4	4	16	0
Teoría Dinámica	14	15,2	4	6	4	0
Otros antecedentes teóricos	17	18,5	3	8	5	1
Total de respuestas	121	131,5	37	41	36	5
Más de un fondo	27	29,4	2	13	12	0
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

En total, hay 261 miembros del equipo en los 92 GMF, con un promedio de 2,8 profesionales por unidad, sin que se observe ninguna diferencia significativa entre los cuatro países.

Al examinar sus calificaciones educativas, los datos subrayan una presencia predominante de graduados de psicología, que se encuentran en 9 de cada 10 GMF, con una representación consistente en los cuatro países. Las personas con título de psiquiatra también están bien representadas en la mayoría de los grupos, ligeramente por detrás de los psicólogos, excepto en España, donde están presentes en 8 de cada 10 casos. Las enfermeras son el tercer grupo profesional más frecuente, especialmente en Bélgica, donde los grupos son más activos en contextos psiquiátricos-hospitalarios. Siguen los trabajadores sociales, con menor presencia de educadores. Estas dos últimas cifras son relativamente más comunes en los GMF italianos, a menudo complementando la experiencia de

psicólogos o psiquiatras, ocasionalmente con la inclusión de terapeutas de rehabilitación. En Bélgica también se observan cifras similares, incluidos 17 cuidadores (¹²cuadroTabla 8

Tabla 8. Cualificaciones educativas de los miembros del GMF. *Terapeutas de rehabilitación ** Otros terapeutas (11), Profesional por experiencia (2), Otros (4).

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Psicóloga	82	89,1	33	24	22	3
Psiquiatras	52	56,5	17	22	10	3
Enfermeras	41	44,6	13	10	15	3
Asistente social	29	31,5	12	8	7	2
Educativo	12	13,0	6	1	4	1
Terapeutas ocupacionales	10	10,9	2	7	0	1
Otros	35	38,0	13*	4	17**	1
Total de respuestas	261	283,7	96	76	75	14
Valor medio	2.8	?	2.7	2.7	2.8	2.8
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Una investigación pertinente se refiere a la formación psicoterapéutica de los miembros del equipo, complementaria tanto a la formación universitaria, donde se hace especial hincapié en el individuo, y a la formación especializada, que, como máximo, incluye el tratamiento familiar nuclear. Trabajar con un grupo grande puede inducir a un cuidador a 'experimentar habitualmente la sensación de pérdida de control terapéutico con la consecuente aparición de ansiedad y comportamiento de evitación.'¹³. En consecuencia, se considera esencial que la formación de los involucrados en GMF, particularmente los que los dirigen, abarca la psicoterapia individual, grupal y sistémico-familiar, junto con la familiaridad con el psicodrama y los grupos gestalt, independientemente de la orientación teórica del grupo.

En cuanto a las técnicas de capacitación y habilidades impartidas a los grupos del estudio, se identificaron seis áreas principales: psicoterapia cognitivo-conductual, terapia familiar sistémica, psicoanálisis, análisis grupal, otras terapias grupales y terapia psicodinámica. Hay un notable énfasis en la formación en 'terapia familiar sistémica' (citado por el 57,5% de los cuidadores) y, en segundo lugar, en 'terapia psicodinámica' (46,7%). Cuatro de cada diez facilitadores de GMF reconocen la importancia de la capacitación en psicoanálisis, alineada con el enfoque teórico de un número significativo de grupos.

Por término medio, se mencionan 2,5 temas específicos de formación, y España notifica una media superior de 3,1, donde también se reconocen campos de formación adicionales. Bélgica, por su parte, registra una media inferior de 1,8, con un enfoque específico en estudios a fondo en los ámbitos sistémico y cognitivo-conductual (Tabla 9

¹² A distinction can be made in Belgium, between Flanders, where more psychologists and social workers work, and Wallonia, which has a higher proportion of psychiatrists and nurses; these situations seem to characterise two models of therapeutic approach in mental health.

¹³ See Canevaro A. and Bonifazi S. (2011), Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale, Roma, Armando Editore.

Tabla 9 . Tipo de formación psicoterapéutica de los miembros del equipo de GMF.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Terapia sistémica	53	57,5	20	12	19	2
Terapia psicodinámica	43	46,7	18	16	5	4
Psicoanálisis	36	39,1	16	16	2	2
Análisis de grupo	29	31,5	8	20	0	1
Psicoterapia cognitivo-conductual	27	29,3	12	4	10	1
Otras terapias de grupo	22	23,9	7	12	3	0
Otros	22	23,9	7	8	5	2
Total de respuestas	232	252,2	88	88	44	12
Valor medio	2.5	-	2.5	3.1	1.8	2.4
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Otro aspecto distintivo del perfil operativo del grupo es su conducción - la asunción de la coordinación terapéutica con la responsabilidad de mantener la funcionalidad del GMF. Los autores que estudian los GMF confirman que un grupo debe tener al menos un par de terapeutas, uno dirigiendo el grupo y el otro (u otros) actuando como co-terapeuta(s), jugando un papel complementario y participando en la observación participante de la dinámica del grupo. Particularmente en grupos más grandes, es aconsejable tener más de un conductor y varios co-terapeutas. Las funciones de los conductores y terapeutas tienen importancia estratégica, en particular durante las reuniones iniciales y las fases de transición dentro del grupo, con el objetivo de fomentar la interacción entre todos los miembros, establecer un ambiente propicio, y contener las manifestaciones emocionales y psicológicas de las ansiedades familiares. También intervienen consistentemente con un enfoque cohesivo para vincular narrativas y sucesos, atribuyendo así significado y perspectiva a las experiencias de los participantes.

En la mayoría de los 92 grupos encuestados (54,3%), existe una conducción estructurada que involucra la coordinación conjunta a un nivel más terapéutico, que puede ser realizada por diversas figuras profesionales (en 42 GMF). Algunas variaciones son notables en los cuatro países: la prevalencia de conductores es más alta entre los GMF italianos (63 de 100) y los pocos GMF portugueses, disminuyendo en España (57 de 100) y reduciéndose significativamente en Bélgica (37,5%), donde los GMF están dirigidos por el psicólogo/pareja de enfermeras (en Flandes) o la pareja de psiquiatras y enfermeras (en Valonia, Tabla 10 10).

Tabla 10 . Composición del equipo GMF.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
1 conductor y co-terapeutas	42	45,6	21	10	8	3
Solo co-terapeutas (sin conductor)	42	45,6	13	12	15	2
2 o 3 conductores o más co-terapeutas	8	8,7	1	6	1	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Los profesionales y los equipos que participan en todas las actividades psicoterapéuticas deben supervisar la conducta y el progreso del grupo mediante una metodología de control específica. Inicialmente, se emplea la supervisión, que, en el caso del GMF, puede ocurrir en diferentes momentos y de diversas maneras: con la supervisión continua realizada por el mismo equipo después de cada sesión; mediante reuniones periódicas del equipo de servicio, incluidos debates sobre el tratamiento de casos individuales; y mediante una evaluación externa del progreso del grupo. La supervisión externa puede complementar la supervisión interna.

En total, poco menos de la mitad de los grupos (49%) incorporan supervisión interna y/o externa. Los italianos muestran la mayor inclinación hacia esta práctica (57,1%), seguidos por los españoles y belgas (50%), mientras que uno de cada cinco grupos en Portugal se dedica a dicha supervisión. En algunos casos, como se indica en los informes nacionales, parece que se lleva a cabo una supervisión por pares, que implica una comparación entre los terapeutas que dirigen o participan en el grupo. Por el contrario, el intervalo se practica ampliamente casi universalmente, con variaciones insignificantes. Este enfoque facilita el seguimiento de los usuarios individuales de los servicios que también participan en grupos; los casos se debaten en colaboración, y se intercambian ideas y sugerencias. En esencia, funciona como un método de "aprender haciendo", permitiendo el establecimiento de enfoques eficaces para trabajar en casos individuales y prácticas de información para manejar situaciones similares (Tabla 11)

Tabla 11 . Supervisión e intervisión de GMF.

SUPERVISIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
- Interna	23	25,0	12	9	2	0
- Externo	12	13,0	3	4	5	0
- Interno y externo	9	9,8	5	3	0	1
- Sin supervisión	47	51,1	15	12	16	4
- Omitido	1	1,1	0	0	1	0
- Total de respuestas	92	100	35	28	24	5
INTERVISION						
- Sí	88	95,7	33	27	24	4
- No	4	4,3	2	1	0	1
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

7.1.4. Características de las personas que participan en los GMF

Un conjunto de consultas se refiere al perfil de los participantes, abarcando su origen, grupo de edad, datos generacionales, relaciones y diagnóstico.

En el 70% de los casos, los participantes en los grupos son de dos generaciones, condición exigida por la definición de investigación, mientras que en el 30% restante hay casos de tres generaciones (verTabla 12 12).

Tabla 12 . Número de generaciones que participan en los GMF.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
2 generaciones	64	69,6	25	19	16	4
más de 2 generaciones	28	30,4	10	9	8	1
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Cada familia participante, por lo tanto, comprende dos o más miembros que representan al menos dos generaciones, y típicamente involucra parientes adicionales como hermanos, tías, tíos o abuelos de los usuarios o personas bajo cuidado.

En cuanto al origen de los usuarios que participan en GMF, se observa que, en 7 de cada 10 casos, están compuestos exclusivamente por personas a cargo de la misma institución o servicio que estableció el GMF. Por el contrario, en sólo 1 de cada 10 casos las personas son enviadas por otros servicios, organismos u organizaciones o proceden de fuentes externas. El 20% restante de los grupos presenta una composición híbrida, incluyendo usuarios tanto del servicio que gestiona el GMF como de fuentes externas. Se puede inferir que estos grupos son relativamente reconocidos y valorados dentro de su contexto, abordando principalmente las necesidades de cobertura terapéutica de los servicios que los inician, fomentando así la continuidad de la atención a sus usuarios (verTabla 13 13).

Tabla 13 . Fuente de remisión de los pacientes.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Referencias internas	64	69,6	22	22	15	5
Referencias externas	9	9,8	7	1	1	0
Tanto interno/externo	19	20,6	6	5	8	0
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Los grupos examinados muestran una característica predominante de ser predominantemente homogéneos en relación con el grupo de edad de los individuos bajo su cuidado. Sesenta y tres por ciento de estos grupos están dedicados a una categoría de edad específica, siendo la demografía 'adulta' el foco principal en la mayoría de los casos (53.4%). Cabe destacar que este grupo demográfico constituye un tercio de los GMF, con una mayor prevalencia en Italia (40%), frente a Bélgica (25%). No faltan los grupos relacionados con los niños adolescentes y los jóvenes de corta edad (alrededor del 22%, especialmente en Bélgica), mientras que el grupo de personas de edad es casi marginal, que, si son pocos, encajan en grupos de adultos. Por otra parte, la representación de las personas de edad es mínima, y las pocas personas de este grupo de edad se alojan en grupos de adultos (véase elTabla 14 14).

Tabla 14 . Espectro de edad de los pacientes que participan en las sesiones de GMF. *Hay 2 grupos de 0 a 18 años.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Hasta 12 años de edad	3	3,3	2	1	0	0
13-18 años (adolescentes)	16	17,4	5	5	6*	0
Adultos	31	33,7	14	9	6	2
Adultos mayores (más de 65 años)	3	3,3	1	2	0	0
Otros (p.ej. menores de 25 o 15-25)	5	5,4	1	1	3	0
Total de respuestas	58	63,0	23	18	15	2
Diferentes grupos de edad	34	37,0	12	10	9	3
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Resulta interesante examinar a los participantes en los grupos en relación con su función familiar o su proximidad a la familia del paciente. La presencia de los padres del paciente es notable en prácticamente todos los grupos, predominando en la gran mayoría (93,5%). Además, cabe destacar la participación de otros parientes, como hermanos o abuelos que cohabitan, y miembros de la familia extensa, que representan 49 de cada 100 casos. Cabe destacar que más de un tercio de los participantes son personas que no están relacionadas con la familia.

Es significativo que, en el 65,2% de los grupos, tanto los parientes cercanos que residen con la persona con un trastorno mental como los parientes no compatibles y las personas externas a la familia están presentes simultáneamente. En promedio, cada GMF representa 3,4 componentes diferentes de las categorías antes mencionadas, aumentando a 4,4 en los cinco grupos encuestados en Portugal (Tabla 15)

Tabla 15 . Tipo de relaciones familiares en los GMF.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Padres	91	98,9	34	28	24	5
Hijos	86	93,5	32	26	24	4
Otros miembros que viven con el paciente	64	69,6	23	16	20	5
Otros miembros de la familia extensa	45	48,9	11	18	12	4
Personas que no pertenecen a la familia	32	34,8	7	10	11	4
Total de respuestas	318	345,6	107	98	91	22
Miembros de dentro y fuera de la familia	60	65,2	33	10	12	5
Valor medio	3.4		3.1	3.5	3.8	4.4
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Al examinar los diagnósticos de los participantes, una observación notable es la prevalencia de grupos con una membresía diversa basada en el tipo de trastorno, que asciende a 73, en contraste con 19 GMF que se adaptan exclusivamente para un solo trastorno.

Los grupos que abarcan un espectro más amplio de diagnósticos ocupan un lugar destacado en todos los países, con un mínimo de 9 de cada 10 grupos que presentan esta característica, excepto en Bélgica, en particular en Flandes.

En esta región de Bélgica predominan los GMF que atienden a una clientela homogénea, centrándose específicamente en los diagnósticos relacionados con la drogadicción y los trastornos alimentarios, que a menudo afectan a una población más joven, en particular a los adolescentes (10 grupos en Flandes).

Valonia, por su parte, destaca por tener grupos más heterogéneos en cuanto a diagnósticos.

Los diagnósticos prevalentes que caracterizan a los usuarios de GMF en general son los más graves¹⁴, incluyendo psicosis, trastornos afectivos graves y trastornos de personalidad, todos con frecuencias comparables¹⁵.

Siguiendo de cerca en el ranking de valores cuantitativos se encuentran los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos y el trastorno de estrés postraumático, ocupando una posición intermedia (ver tabla 16).

¹⁴ Wallonia exhibits the highest coefficient among the categories of group participants, standing at 4.7. Additionally, it demonstrates a heightened presence of both internal and external family members.

¹⁵ According to MacFarlane W.R. (2002) in "Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders", The Guilford, New York-London, MFG is deemed the most effective long-term psychotherapeutic intervention for schizophrenia. MacFarlane argues that the restoration of family ties is a challenging yet essential task, particularly with chronic psychotics.

Tabla 16 . Composición de los participantes del grupo multifamiliar: heterogeneidad (Ht) y homogeneidad (Hm) en los diagnósticos.

DESCRIPCIÓN	Total		I		S		B		P	
	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm
No psiquiátrico	21	2	11	2	7	0	3	0	0	0
Psicótico	54	13	26	9	19	1	4	3	5	0
Trastornos afectivos	57	11	23	9	22	0	7	2	5	0
Trastornos de ansiedad	46	3	15	3	19	0	7	0	5	0
Traumas y trastornos relacionados con el estrés	33	4	11	4	13	0	7	0	2	0
Trastornos de personalidad	55	6	22	6	21	0	7	0	5	0
Trastorno obsesivo-compulsivo	38	3	11	3	18	0	6	0	3	0
Consumo de sustancias trastornos	28	9	12	5	10	0	3	4	3	0
Trastornos alimentarios	28	9	8	3	15	0	4	6	1	0
Psicosomático Desorden	28	2	6	2	16	0	4	0	2	0
Otros	10	0	1	0	7	1	2	0	0	0
Total de respuestas	398	62	146	46	167	2	54	15	31	0
Solo un solo trastorno	73		33		26		9		5	
Más de un tipo de trastorno		19		2		2		15		0
Total de encuestados	92		35		28		24		5	

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

7.1.5. Características del Grupo Multifamiliar

Una característica primordial del GMF es su dinámica de cierre abierto en relación con la posibilidad de entrada y/o salida en cualquier momento de la existencia del grupo. El GMF puede ser abierto, permitiendo a los usuarios y familias entrar libremente a lo largo de su duración. En este escenario, también se considera permanente, facilitando la evolución de los usuarios y del equipo a lo largo del tiempo y a través de varias sesiones, a la vez que se mantiene como un componente estable de una organización terapéutica.

Alternativamente, un grupo puede adoptar un estado cerrado, restringiendo las entradas a las acordadas al comienzo de la experiencia. En este caso, tiende a ser temporal, concluyendo al final de una fase particular. Los ejemplos incluyen los GMF con el objetivo preestablecido de transformarse en un grupo de autoayuda o aquellos que operan en un corto período de tiempo (15-20 sesiones) con un grupo homogéneo en términos de diagnóstico, como una anorexia o un grupo límite.

Algunos grupos presentan diversas características, como se observa en esta encuesta, a partir de diversos modelos y orientaciones relacionadas con escuelas terapéuticas específicas, contextos operativos o las diversas características de los participantes dentro de este marco terapéutico. Estos grupos pueden operar al margen o fuera del sistema de servicios de salud mental (por ejemplo, abordando la dependencia de sustancias o el juego patológico bajo servicios apropiados) mientras contribuyen a la búsqueda de la salud mental como parte integral de la salud y el bienestar general de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la mayoría de los casos examinados, el GMF adopta un modelo abierto, más frecuente en las experiencias italiana (80%) y portuguesa (4 de 5) en comparación con la española (50%) y, en particular, belga (29%), principalmente observada en Flandes. España se distingue por la prevalencia de muchas entidades 'slow-open' (62%) (consultar Tabla 17 17).

Tabla 17 . Configuraciones de GMF respecto a dinámicas abiertas o cerradas.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Abrir	53	57,6	28	14	7	4
Cerrado	18	19,6	5	1	12	0
Semiabierto	21	22,8	2	13	5	1
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Por el contrario, no más de un tercio de todos los GMF incorporan fases en las que se producen alteraciones en la participación, los métodos operativos u otros aspectos. Entre estos casos, la mitad (15) esboza un número predeterminado de sesiones para cada fase. Cabe destacar que, en la mayoría de estos casos (67%), los usuarios participaron activamente en todas las etapas (Tabla 17 Tabla 18. 1 Tabla 18. 2 2).

Tabla 18. Etapas de grupo.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Sí	30	32,6	8	7	15	0
No	50	54,3	19	17	9	5
Omitido	12	13,0	8	4	0	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 18. 1 . (En caso afirmativo) ¿Hay un número fijo de sesiones?

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Sí	15	50,0	3	0	12	0
No	15	50,0	5	7	3	0
Total	30	100	8	7	15	0

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 18. 2 . (En caso afirmativo) ¿Están presentes los pacientes en cada estadio?

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Sí	20	66,7	8	0	12	0
No	10	33,3	0	7	3	0
Total	30	100	8	7	15	0

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

¿Cuál es el modo operativo actual del grupo tras la emergencia de Covid? Hay una notable preferencia por las reuniones presenciales en persona (74%), lo que indica una ligera desviación del período precolombino (76%), sin variaciones significativas observadas entre los diferentes países. Sin duda, la experimentación con nuevos métodos de encuentro facilitados por la tecnología digital ha traído algunos cambios en comparación con la era pre-pandémica. Actualmente, 19 GMF utilizan herramientas en línea o alternan entre los modos en línea y en persona. Si bien el modo en línea resulta valioso en emergencias, puede no ser la opción óptima para este tipo de reuniones, donde las expresiones no verbales y las reacciones emocionales de los individuos probablemente se vean comprometidas (consulte laTabla 19 19).

Tabla 19 . Modalidad de las reuniones del GMF, después y antes del Covid.

DESCRIPCIÓN	In totale		Italia		Spagna		Belgio		Portogallo	
	After Pre	Covid	After Pre	Covid	After Pre	Covid	After Pre	Covid	After Pre	Covid
En persona (cara a cara)	68	70	25	26	20	24	23	17	0	3*
En línea	9	5	4	4	5	0	0	1	0	0
Mixto	10	1	6	1	3	0	1	0	0	0
Omitido	5	16	0	4	0	4	0	6	5	2
Total de encuestados	92		35		28		24*		5	

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

¿Cuál es el tamaño del grupo en términos de número de participantes? GMF con menos de 10 personas son infrecuentes, y aquellos con más de 30 usuarios son aún más escasos (constituyendo menos del 20%). El tamaño medio predominante, que oscila entre 10 y 30 participantes, es evidente en todos los grupos de cada país (65%). Este tamaño logra un equilibrio, siendo lo suficientemente

pequeño como para fomentar una atmósfera positiva de espontaneidad y confidencialidad entre los presentes, pero lo suficientemente grande como para soportar el potencial, incluso momentáneo, ausencia de algunos participantes. Los grupos más grandes se encuentran en la experiencia española, que también cuenta con una historia más larga. La situación italiana ocupa una posición media, mientras que Bélgica (con una contribución significativa de los Grupos valones) se encuentra en una posición media-baja. Los 5 GMF portugueses están comprendidos en un rango medio-alto (Tabla 20

Tabla 20 . Número de participantes por GMF.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Menos del 10	17	18,5	8	0	8	1
10 a 30	60	65,2	25	18	15	2
Más del 30	15	16,3	2	10	1	2
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

La frecuencia y la duración de las reuniones representan otro aspecto de variabilidad significativa entre los diferentes grupos multifamiliares. Predomina la periodicidad corta, con reuniones semanales o, como máximo, quincenales en 7 de cada 10 grupos. Dos de cada diez GMF siguen calendarios de reuniones relativamente más frecuentes, particularmente sobre una base mensual. Las diferencias entre países son evidentes en este sentido: Italia abarca los grupos que se reúnen con mayor frecuencia, ya sea semanal (54%) o quincenal (34%), seguido de España. Por el contrario, Bélgica (especialmente Valonia) y Portugal presentan encuentros menos frecuentes (véase elTabla 21).

Tabla 21 . Frecuencia de las sesiones y duración media (en minutos). *Excepto 5 grupos que organizan reuniones con una duración de un día.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Semanal	30	32,6	19	9	2	0
Quincenal	34	37,0	12	11	9	2
Cada 3 semanas	3	3,3	0	1	2	0
Mensual	19	20,6	3	7	6	3
Otros	5	5,4	0	0	5	0
Omitido	1	1,1	1	0	0	0
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5
Sesión de duración (promedio en minutos)	100		98	91	106*	90

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Se pueden atribuir diversas frecuencias de reunión a los modelos teórico-operativos de referencia. Los que adoptan una perspectiva sistémico-relacional generalmente se reúnen mensualmente,

mientras que los que emplean un enfoque psicoeducativo optan por reuniones quincenales y los grupos de psicoanálisis multifamiliares se reúnen semanalmente.

Igualmente intrigantes son las conclusiones relativas a la duración de las reuniones del GMF. La literatura existente sugiere que las reuniones suelen durar de una hora y media a dos horas, alineadas con los tiempos promedio registrados en esta investigación, alrededor de 100 minutos con pequeñas variaciones en los cuatro países. Los GMF de Portugal tienen la duración más corta, mientras que los grupos de Bélgica tienen las reuniones más largas.

En cuanto a los tiempos de reunión, una mayoría significativa (68,5%) programa reuniones durante la jornada laboral, con España a la cabeza en este aspecto (82%). Esto contrasta con la celebración de reuniones en varias horas posteriores al trabajo, que podrían atraer a una gama más amplia de participantes. Bélgica, en particular la región valona, se ajusta estrechamente a este enfoque (véase elTabla 22 22).

Tabla 22 . Horarios de reunión de los GFM.

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Jornada laboral	63	68,5	25	23	11	4
Horas posteriores al trabajo	28	30,4	10	5	12	1
Omitido	1	1,1	0	0	1	0
Total	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Un aspecto esencial para los GMF es tener un lugar de encuentro espacioso, cómodo y adaptable a las dinámicas que surgen en el espacio 'emocional' de las sesiones colectivas.

Las consultas dirigidas a los representantes de GMF giran en torno a las características de su espacio de reunión: ¿Está lo suficientemente dimensionado y equipado para garantizar la comodidad y la participación de todos? ¿Puede garantizar la confidencialidad?

Las respuestas en general indican una situación favorable: la sala de reuniones es polivalente para 6 de cada 10 grupos de donantes múltiples - un entorno típicamente libre de cuestiones relacionadas con la salud, de tamaño adecuado y cómodo, con asientos amplios y propicios para proporcionar condiciones de privacidad y confidencialidad.

Bélgica, especialmente la región de Flandes, destaca en este sentido, con muchos casos con una sala especializada en psicoterapia para estas reuniones (véase elTabla 23 23).

Tabla 23 . Atributos del espacio de reunión: lugar, adecuación, capacidad y condiciones de privacidad.

DESCRIPCIÓN DE LA HABITACIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Sala de grupo/sala psicoterapéutica	19	20,7	1	4	12	2
Consultorio médico	2	2,2	0	0	0	2
Sala de actividades	12	13,0	9	2	0	1
Sala polivalente	54	58,7	23	21	10	0
Otros	5	5,4	2	1	2	0
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5
ADECUACIÓN						
Sí	88	95,6	33	26	24	5
No	4	4,4	2	2	0	0
CAPACIDAD						
Sí	91	98,9	35	27	24	5
No	1	1,1	0	1	0	0
CONDICIONES DE PRIVACIDAD ADECUADAS						
Sí	89	96,7	33	27	24	5
No	3	3,3	2	1	0	0

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Igualmente importante es una disposición de asientos que facilite la comunicación entre todos los participantes. Independientemente del tamaño del grupo, hay una estrecha colaboración con una o dos familias a la vez, aprovechando el 'poder emocional' colectivo de los participantes que, incluso cuando no participan activamente, transmiten emociones no verbalmente. Además, pueden interiorizar situaciones y experiencias ajenas, fomentando un proceso reflexivo.

En el 78% de los casos, las sillas están dispuestas en un círculo, y a veces en dos o más círculos concéntricos (15%). Con menos frecuencia, los individuos se sientan alrededor de una mesa, y las filas de sillas casi nunca se utilizan (consulte la Tabla 24 24).

Tabla 24 . ¿Cómo se colocan las sillas?

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Un círculo	72	78,3	28	23	17	4
Dos o más círculos concéntricos	14	15,2	7	5	2	0
Alrededor de una mesa	11	12,0	4	1	5	1
Otros	3	3,3	2	1	0	0
Total de respuestas	100	108,7	41	30	24	5
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Los GMF presentan una edad promedio ligeramente superior a 8 años, pero la mediana de datos en la distribución de la antigüedad sugiere una historia que no excede de 6 años. Por lo tanto, esta

experiencia todavía está en proceso de consolidación. Por otro lado, el 65% de estos grupos reporta haber experimentado una interrupción en algún momento de su historia (ver Tabla 25.25).

Tabla 25 . ¿Hubo alguna interrupción desde el principio?

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Sí	60	65,2	23	18	14	5
No	32	34,8	12	10	10	0
Total de encuestados	92	100	35	28	24	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Si bien la razón predominante de estas interrupciones forzadas se atribuye al período de emergencia de Covid (80%), un tercio de las respuestas apuntan a otras causas, siendo los recursos humanos limitados los más significativos. Estas interrupciones también han impactado el contexto o las características de los grupos en el 63% de los casos. De los 34 representantes que explicaron los cambios causados por las interrupciones, 16 citan el efecto Covid. Este efecto dio lugar a alteraciones en los métodos de interacción, pasando de las interacciones cara a cara a las interacciones remotas, que también tuvieron un impacto en la disminución de la participación. En algunos casos, dos o más grupos se unificaron, y en un caso, el grupo pasó a un formato en línea permanente.

Otras razones de menor importancia para las interrupciones incluyen una reducción de los participantes, lo que lleva a su salida del grupo (7 respuestas), indicativo de estabilidad precaria. Cambios en las salas de reuniones para salas más espaciosas y cómodas, rotaciones de conductores, transiciones de cerrado a semigrupos abiertos, o la evolución de un grupo antiguo cerrando efectivamente su actividad para dar paso a un grupo juvenil rejuvenecido son factores adicionales que contribuyen a las interrupciones (consulte Tabla 25.1 y Tabla 25.2).

Tabla 25.1 . En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las razones?

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
Limitaciones de espacio físico	0	0	0	0	0	0
Limitaciones de recursos humanos	12	20,0	7	0	4	1
Pandemia	48	80,0	17	16	11	4
Otros	7	11,7	4	2	1	0
Total de respuestas	67	111,7	28	18	16	5
Total de encuestados	60	100	23	18	14	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 25. 2 . ¿Han cambiado estas interrupciones el contexto/características del grupo?

DESCRIPCIÓN	Total	Total (%)	I	S	B	P
- Sí	38	63,3	12	15	8	3
- No	22	36,7	11	3	6	2
Total de encuestados	60	100	23	18	14	5

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

7.1.6. Lectura comparativa entre los GMF de diferentes países

En un cuadro completo final se esboza el perfil del GMF para cada uno de los cuatro países y se resumen las respuestas predominantes para la comparación (Tabla 26)

Tabla 26 . Comparación entre los GMF de diferentes países.

DESCRIPCIÓN	ITALIA	ESPAÑA	BÉLGICA	PORTUGAL
Años de actividad (promedio)	8.6	10.6	6.1	8.6
Structure (administrative)	Público	Privado	?	3 Público (2 privado)
Tipo de estructura	Centro Comunitario de Salud	?	Hospital Psiquiátrico	3 Hospital General-Servicio Psiquiátrico
Tipo de asistencia de servicio	paciente externo	paciente externo	Sala de hospitalización Hospital de día	Sala de hospitalización Hospital de día
Objetivos de GMF	Psicoterapéutico	Psicoterapéutico	Apoyo Psicoeducación	Psicoterapéutico
Cualificaciones educativas	Psicóloga Trabajadores de servicios sociales	Psiquiatra	Enfermeras	Psicólogo, Psiquiatra, Psicólogo, Psiquiatra, Enfermeras
Número promedio de terapeutas/ cifras presentes en los MF	2.7	2.7	3.1	2.8
Antecedentes teóricos de la GMF	Psicoanálisis Multifamiliar	Psicoanálisis Multifamiliar	Teoría sistémica Psicoeducación	Psicoanálisis multifamiliar y otros
Tipo de formación psicoterapéutica de los miembros del equipo	Terapia sistémica, terapia psicodinámica y psicoanálisis	Análisis de grupo, psicoanálisis y otras terapias de grupo	Terapia sistémica y psicoterapia cognitiva conductual	Terapia psicodinámica

Composición del equipo de GMF	1 conductor y co-terapeutas	2-3 conductores o más co-terapeutas	Solo co-terapeutas	Conductores y co-terapeutas
Supervisión	Interno y/o externo	Interno y/o externo	Sin supervisión	Supervisión (1) e intervalo (4)
Categoría de edad de los pacientes	Adultos	Adultos	Adultos y adolescentes	Adultos
Tipo de relación familiar	Padres, hijos y miembros que viven con el paciente.	Miembros de la familia extensa	Miembros que viven con el paciente Personas que no pertenecen a la familia	Miembros que viven con el paciente
Número de miembros de la familia, familiares y no familiares	3.1	3.5	3.8	4.4
Tipo de grupo	Abrir	De apertura lenta	Cerrado	Cerrado, abierto y de apertura lenta
¿El grupo tiene etapas?	No	No	Sí	No
Número de pacientes por grupo	10 a 30	Más del 30	?	30 o más
Frecuencia de sesión	Semanal	Quincenal	Cada 3 semanas o mensualmente	2 quincenales y 3 mensuales
Duración de la sesión (promedio, en minutos)	98	91	106	120-60
Período del día	Durante las horas de trabajo	Durante las horas de trabajo	Después del trabajo	Durante las horas de trabajo
Lugar o habitación del grupo	Sala polivalente	Sala polivalente	Sala de psicoterapia	Sala psicoterapéutica o sala polivalente
¿Cómo se colocan las sillas?	Círculo	Círculo	Círculo	Círculo
¿Hubo alguna interrupción desde el principio?	Sí	Sí	Sí	Sí
Fuente de remisión de los participantes	Referencias internas	Referencias internas	Referencias internas (solo en Vallonia)	Referencias internas y externas

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Italia

El GMF funciona como una extensión del Centro de Salud Mental dentro de la institución pública, proporcionando asistencia ambulatoria territorial con un fuerte énfasis en la intervención psicoterapéutica. La inclusión de los psicólogos es fundamental y su presencia es más pronunciada, en particular con el apoyo de los trabajadores de los servicios sociales. En promedio, el GMF italiano involucra a 2,7 figuras profesionales, más que en los otros países, y está dirigido por al menos un facilitador/conductor además de co-terapeutas, sujetos a supervisión interna y/o externa.

Si bien el enfoque teórico del GMF es principalmente psicoanalítico, los terapeutas también incorporan elementos terapéuticos sistémicos y psicodinámicos en su práctica. La base de usuarios se compone principalmente de adultos con trastornos mentales graves, lo que refleja la demografía del servicio local de salud mental. El GMF italiano presenta heterogeneidad en la composición del diagnóstico del usuario, adoptando una estructura abierta y generalmente permanente sin fases específicas. Celebra reuniones semanales cerradas, una frecuencia más alta en comparación con otros países, con una duración promedio de 98 minutos.

La participación de los miembros de la familia en estos grupos proviene principalmente de los miembros que conviven. En cuanto al número de participantes, el grupo italiano se sitúa dentro de un rango claramente 'mediano', con capacidad para 10 a 30 unidades. Las reuniones se realizan durante las horas de trabajo en una sala espaciosa y cómoda, con una disposición de asientos que fomenta la comunicación circular. El grupo ha experimentado interrupciones inevitables debido a limitaciones pandémicas y, ligeramente más que en otros contextos, se ha visto afectado por una reducción de los recursos humanos.

España

En promedio, España destaca como el país donde el GMF se ha establecido más tiempo, con una duración media de casi 11 años. Administradas por entidades jurídicas privadas, a menudo con fines de lucro, estas entidades participan activamente en centros ambulatorios dentro de la región, dando prioridad a las respuestas psicoterapéuticas. La figura central en el GMF es el psiquiatra, colaborando con otros dos profesionales. El enfoque teórico guía se alinea con el psicoanálisis multifamiliar, compartiendo un terreno común con la experiencia italiana. La formación de fondo abarca el análisis de grupo, psicoanálisis, y varios otros enfoques teóricos.

Los GMF españoles son facilitados por múltiples conductores y/o co-terapeutas, empleando supervisión interna y/o externa. Los usuarios dentro de los grupos son internos al servicio, comprendiendo adultos que lidian con patologías graves, participando junto a miembros de la familia extendida. Los GMF españoles adoptan una estructura semiabierta, carente de ciclos diferenciados, y son notablemente los mayores en cuanto a participantes medios, sin que ningún grupo tenga menos de 10.

Las reuniones se celebran a una frecuencia relativamente cercana, generalmente quincenal, con una duración ligeramente inferior al promedio general de 91 minutos. Las sesiones se programan durante las horas de trabajo, teniendo lugar en una cómoda sala de reuniones con asientos circulares.

Bélgica

En este país, los datos abarcan dos zonas geográficas distintas, Flandes y Valonia, cada una regida por políticas de salud mental diferentes, lo que da lugar a diferencias notables en la organización y gestión de los GMF. Estas variaciones se desarrollan en los comentarios asociados con cada indicador individual. Bélgica, en general, representa el establecimiento más reciente de unidades de

grupo, lo que podría reflejar la prevalencia histórica de las estructuras hospitalarias diurnas o de hospitalización en su psiquiatría. El GMF, integrado en las estructuras psiquiátricas tradicionales, presta una asistencia similar a la de un pabellón hospitalario, con un objetivo de intervención primaria de psicoeducación, más pronunciado que en otras regiones. La enfermera juega un papel crucial en el grupo, colaborando con otras dos figuras, con el psicólogo más prominente que el psiquiatra.

Los grupos de Bélgica operan con una visión terapéutica sistémica, un componente importante de la formación del personal junto con la psicoterapia cognitivo-conductual. Cabe destacar que estos grupos son dirigidos por parejas de co-terapeutas sin un conductor designado, y no se someten a ninguna forma de supervisión, excepto ocasionalmente.

Estos grupos belgas se caracterizan especialmente por la homogeneidad de sus usuarios, que a menudo se enfrentan a adicciones, trastornos alimentarios (siguiendo un modelo psicoeducativo) o problemas de humor. A diferencia de otras regiones, sus usuarios no son exclusivamente adultos. Operando como grupos 'cerrados', mantienen una base de usuarios estable, participando en ciclos y afiliados con el organismo que administra el grupo. Si bien estos grupos han sufrido interrupciones, estaban fundamentalmente vinculados a la emergencia pandémica. La frecuencia temporal de las reuniones tiende a ampliarse (cada tres semanas o un mes), con una duración media de más de 100 minutos. Las reuniones se programan después del horario de trabajo para facilitar la participación de los familiares y otros parientes cercanos de los usuarios. Teniendo lugar en salas de psicoterapia dedicadas, estas sesiones adoptan un ambiente más profesional, fomentando el diálogo cara a cara entre todos los participantes.

Portugal

En este país, solo hay cinco GMF, lo que genera desafíos en la comparabilidad con otros y una visibilidad limitada de las peculiaridades. Activos por poco menos de 9 años en promedio, estos grupos están situados en instalaciones públicas, principalmente dentro del departamento psiquiátrico de los hospitales generales, y persiguen exclusivamente objetivos psicoterapéuticos. En consonancia con el contexto belga, estos GMF cuentan con casi tres figuras profesionales y no incorporan supervisión. Funcionan como grupos de apertura lenta sin ciclos diferenciados, que comprenden usuarios de los servicios en los que se basan, todos ellos haciendo frente a trastornos graves.

Estos grupos se extienden más allá de los miembros de la familia que cohabitan, abarcando todo el círculo parental, con un promedio de 4,4 participantes diferentes. Las reuniones se celebran mensualmente y quincenalmente, duran un promedio de 90 minutos y están programadas durante las horas de trabajo. Las sesiones tienen lugar en un entorno propicio donde los participantes pueden participar en la comunicación directa y hacer contacto visual.

7.1.7. Algunas consideraciones finales

Al final de esta revisión de los datos relativos a las experiencias de los 92 Grupos Multifamiliares, Podemos intentar una evaluación inicial de un fenómeno reciente que aún no se ha explorado a fondo a través de una investigación exhaustiva y representativa en diversas áreas geográficas y modelos. Sin lugar a dudas, es necesario comprender más a fondo este fenómeno para formular posteriormente directrices que definan los límites y las normas internas de los grupos, ayudándoles a superar una fase de experimentación. Además, los fundamentos de tal investigación existen hoy en día, dada la diversidad de experiencias que surgen de esta encuesta inicial.

Los datos examinados retratan a los Grupos Multifamiliares (GMF) como un fenómeno dinámico y en expansión en los últimos años. Este crecimiento se atribuye a la multitud de servicios que lo adoptan, los diversos modelos teóricos de referencia, tipologías organizativas y especializaciones en trastornos específicos. Estas entidades terapéuticas están presentes en diversos centros de salud mental, que abarcan los servicios locales, diurnos, residenciales e internados, derivados de organizaciones públicas y privadas, con fines de lucro y sin fines de lucro. El GMF sirve como un dispositivo integrador e innovador, transformando los tratamientos tradicionales basados en el cuidado individual o dual (niño y padre), considerando al individuo que sufre dentro del contexto de su vida y relaciones. Este enfoque tiene como objetivo abordar la dinámica familiar, las tensiones emocionales, los bloques de desarrollo y fomentar los recursos de 'auto-ayuda mutua' entre todos los participantes, guiados por un marco terapéutico y arraigados en la comunicación circular.

Los modelos teóricos que sustentan estos grupos son diversos y a menudo híbridos, permeables entre sí. Los antecedentes de entrenamiento de los terapeutas también abarcan una variedad ecléctica de técnicas y modelos terapéuticos.

Los modelos teóricos que sustentan estos grupos son diversos y a menudo híbridos, permeables entre sí. Los antecedentes de entrenamiento de los terapeutas también abarcan una variedad ecléctica de técnicas y modelos terapéuticos. A pesar de los variados métodos operativos de los grupos, existen algunos puntos en común: la psicoterapia como intervención central, el papel omnipresente de los psicólogos (presente en 9 de cada 10 GMF), la gestión colectiva por al menos dos figuras profesionales, un tamaño medio de grupo manejable (hasta 30 personas, terapeutas excluidos), y el uso de amplias salas de reuniones para facilitar la comunicación. Además, la agregación de tres figuras familiares (usuarias, convivientes y no cohabitantes), la regularidad de las reuniones (en su mayoría semanales o quincenales) y la apertura o semiapertura de los grupos los caracterizan como grupos permanentes. Los grupos cerrados suelen dirigirse a usuarios con problemas específicos, mostrando homogeneidad en el diagnóstico y/o grupo de edad, a menudo centrándose en los jóvenes. Algunos grupos experimentaron interrupciones, especialmente debido a la pandemia. La supervisión interna o externa sigue siendo menos generalizada, principalmente entre los terapeutas. El grupo de edad de los usuarios se alinea con los servicios que buscan predominantemente, principalmente los adultos con diagnósticos graves. La satisfacción de la demanda terapéutica de los usuarios internos indica que el Grupo se considera un elemento terapéutico integrador más que alternativo en el tratamiento.

La investigación revela variaciones entre grupos en diferentes países y dentro del mismo país (como en Bélgica, entre Flandes y Valonia), haciendo hincapié en el impacto de las experiencias locales en la composición, las estrategias de intervención, y perfiles de usuario, que reflejen las necesidades contextuales. Estas diferencias representan matices o variaciones dentro de un modelo GMF generalmente compartido a través de diversas experiencias.

En resumen, esta primera encuesta sobre los GMF, combinada con un estudio cualitativo en profundidad de los grupos focales, no solo proporciona una visión preliminar del fenómeno, sino que también sienta las bases para la investigación posterior. Esta futura investigación, basada en una muestra estadísticamente representativa y guiada por un diseño metodológicamente riguroso con objetivos e indicadores predefinidos, utilizaría instrumentos previamente probados y sería realizada por una organización de investigación de renombre. Es evidente que este esfuerzo de investigación debe examinar a fondo las opciones y evaluaciones de los promotores y organizadores del GMF, y promover la reflexión sobre los resultados y sus indicadores de impacto, en términos de respuestas a las necesidades y la influencia en el sistema de servicios de salud mental.

GRUPOS DE DISCUSIÓN

Después de difundir y compilar los resultados del cuestionario, los cuatro socios llevaron a cabo dos tipos de Grupos Focales (FGs): uno involucrando a terapeutas y el otro involucrando a usuarios de GMF (pacientes y familias).

7.1.8. Marco de grupos de discusión

El grupo de enfoque es una entrevista realizada por un moderador, a veces acompañado por un observador, que suele durar un promedio de dos horas. El número de participantes puede variar; Cuanto más grande es el grupo (por ejemplo, alrededor de diez a doce participantes), más diversas opiniones surgen, lo que resulta en una mayor riqueza de ideas. Por el contrario, en los grupos más pequeños hay un mayor potencial para el análisis en profundidad y la apertura, en particular cuando se abordan cuestiones delicadas. Un grupo de enfoque presenta ventajas y desventajas:

Beneficios:

- Rapidez y rentabilidad;
- Estimulación mutua entre los participantes;
- Interacción entre los participantes.

Desventajas:

- Creación potencial de inhibiciones entre los participantes;
- Recopilación de datos más numerosos pero menos detallados en comparación con las entrevistas individuales;
- La necesidad de garantizar que todos tengan la oportunidad de hablar.

El grupo debe ser homogéneo en términos de estratificación social y cultural, y los participantes no deben trabajar juntos. Preguntas de estímulo específicas guían la conversación, permitiendo una inmersión profunda en temas específicos y manteniendo la discusión dentro de los temas de investigación. Un grupo de discusión está dirigido por un moderador e implica la participación de dos observadores, cada uno con funciones específicas:

Función del moderador:

- Dirigir la conversación;
- Alentar el debate entre todos los participantes;
- Facilitar la participación de todos;
- Evitar que el debate esté dominado por un líder;
- Mantener una posición de neutralidad;
- Abstenerse de expresar opiniones y evaluaciones personales .

Función del observador:

- Gestionar la recepción de los participantes;
- Grabación de la reunión;
- Redactar notas sobre las cuestiones pertinentes que surjan;
- Apoyar al moderador según sea necesario.

Cada socio planificó y preparó los Grupos de Enfoque en sus respectivos países, determinando fechas, horas, ubicaciones/modalidades, y estableciendo objetivos y metodología. Las invitaciones se extendieron a un número mayor de lo necesario para dar cuenta de posibles ausencias.

7.1.9. Planificación y metodologías de grupos de discusión

Los cuatro socios decidieron por unanimidad adoptar una metodología común, a saber, el análisis DAFO. Este enfoque permitió a cada participante articular sus perspectivas, analizando los puntos fuertes y débiles de los GMF, tanto interna como externamente al contexto. Dentro del marco SWOT y basándose en las conclusiones principales del cuestionario, cada socio formuló declaraciones/temas para servir de guía a lo largo de la conversación.

Las sesiones de los diferentes Focus Groups (FG) se desarrollaron en tres modalidades: presencial, online (a través de la plataforma Zoom) y híbrida (únicamente por el socio belga). Las sesiones de Zoom se grabaron con el conocimiento y consentimiento de todos los participantes.

Los GF de Italia y Portugal tuvieron un moderador y dos observadores cada uno. Los grupos de trabajo de Bélgica estuvieron dirigidos por moderadores externos e incluyeron dos observadores. El FG1 español tenía un conductor y un observador, mientras que el FG2 español tenía un conductor y un co-conductor como moderadores, con varios psicólogos en ejercicio que servían como observadores.

Italia y Portugal organizaron dos grupos de discusión, uno para terapeutas y otro para usuarios. El FG2 portugués, dirigido a los usuarios de GMF, no incluyó a pacientes, pero involucró a terapeutas y familiares de antiguos pacientes.

Tanto en Flandes como en Valonia, se organizaron dos sesiones de grupos focales con un intervalo de aproximadamente un mes, con una audiencia mixta (pacientes, familiares y terapeutas) de FG2, con un total de cinco grupos focales realizados en dos lenguas nacionales (neerlandés y francés). Durante la reunión inicial, se realizó un análisis DAFO basado en los resultados del cuestionario. En la segunda reunión se llevó a cabo un examen más a fondo de las conclusiones del primer Grupo Temático. Se creó una transcripción anónima a partir de las sesiones grabadas.

A continuación se presentan dos tablas, respectivamente: Planificación de Grupos Focales (Tabla 27) y Tabla 28

Tabla 27. Planificación de grupos focales. *El FG2 español fue moderado por un conductor y un co-conductor y los observadores fueron varios psicólogos en ejercicio.

País	FG	Modalidad	Longitud (min.)	Participantes/Invitaciones	Invitado	Presentar	Moderador/Observadores
Italia	FG1	Online (plataforma de zoom)	180	Conductores GMF que habían completado el cuestionario.	34	9	1 Moderador 2 Observadores
	FG2	En persona (sede de LIPsiM)	180	Usuarios de MFPG (pacientes, padres, familiares y cuidadores de los sectores público y privado).	18	12	1 Externo Moderador 2 Observadores
Bélgica	FG1	Online (plataforma de zoom)	90	Expertos (los que han publicado) y encuestados. FG1 se subdividió en 4 grupos: FG 1.1 - Flandes FG 1.2 - Valonia FG 1.3 - Valonia (análisis en profundidad) FG 1.4 - Flandes (análisis en profundidad)	18 (Flandes) + 9 (Valonia)	11 (Flandes) + 13 (Valonia)	1 Moderador 2 Observadores
España	FG1	Online (plataforma de zoom)	180	Profesionales que trabajan en GPMF, apoyándose en las ideas y experiencias aportadas por el Psicoanálisis Multifamiliar (J. García Badaracco) y otras aportaciones teóricas (Análisis de Grupo, Teoría General de Sistemas, Teoría del Apego, Diálogo Abierto, etc).	23	14	1 Moderador 1 Observador
	FG2	En persona (Hospital)		FGs con usuarios de GMF - un conductor, un co-conductor,		60 - 70	2 Moderadores

		de Día del Centro de Salud Mental Uribe (Costa)		varios psicólogos en la práctica y las familias.			Varios observadores*
Portugal	FG1	Online (plataforma de zoom)	90	Conductores GMF con experiencia en GPMF	12	6	1 moderador 2 observadores
	FG2	Online (plataforma de zoom)	90	Miembros de la familia de GPMF y terapeutas con conocimiento de GPMF, pero sin experiencia de GPMF	16	7	1 moderador 2 observadores

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 28 . Metodología de los grupos focales y puntos focales.

País	FG	Metodología	Temas
Italia	FG1	Análisis FODA - Tres temas surgieron como elementos significativos y definitorios de la mayoría de las experiencias MFPG representadas en los cuestionarios.	1. Participación de al menos dos generaciones, incluidas las personas que actualmente reciben tratamiento por problemas de salud mental. 2. Presencia de un equipo de dirección. 3. Activación de un espacio de intercambio entre conductores inmediatamente después de la reunión del GMF (Post-Group).
	FG2	Análisis FODA - El examen se llevó a cabo utilizando doscientos de los temas, que se consideraron más evaluables por los usuarios. El tercer tema propuesto a la muestra de conductor/facilitador (activación de un Post-grupo) parecía difícil de evaluar por los usuarios ya que se refiere a un momento de la reunión multifamiliar generalmente reservado para el equipo de gestión.	1. Participación de al menos dos generaciones, incluidas las personas que actualmente reciben tratamiento por problemas de salud mental. 2. Presencia de un equipo de dirección.
Bélgica	FG1	Se llevaron a cabo dos grupos de discusión, con un intervalo de aproximadamente un mes, en las regiones de Flandes y Valonia. Se celebraron cuatro reuniones con	1. Tramitación de diferentes solicitudes de ayuda en un único sistema. 2. Resistencias para trabajar con un GPMF. 3. Necesidad de

		<p>terapeutas de GPMF (2 en neerlandés y 2 en francés).</p> <p>Durante la primera reunión, correspondiente al FG1 (FG1.1; FG 1.2; FG 1.3; FG 1.4), se realizó un análisis FODA, basado en los resultados del cuestionario. En la segunda reunión, FG2, se llevó a cabo un examen exhaustivo de los resultados del primer grupo de enfoque (FG1). Se generó una transcripción anónima a partir de la sesión grabada.</p>	<p>supervisión/Intervisión.</p> <p>4. Necesidades actuales en torno a GPMF.</p>
España	FG1	<p>Análisis FODA basado en la amplia experiencia de conductores/coordinadores.</p> <p>El debate se centró en tres temas clave, que corresponden a las respuestas cualitativas del cuestionario.</p> <p>Nota preliminar: Los participantes se refieren a la importancia del clima emocional, un factor no abordado explícitamente en el cuestionario, y el tipo de intervenciones, enfatizando la 'conversación' sobre las interpretaciones dirigidas a revelar el inconsciente.</p>	<p>1. Participación de al menos dos generaciones, incluidas las personas que actualmente reciben tratamiento por problemas de salud mental.</p> <p>2. Funcionamiento del equipo de conducción GMF.</p> <p>3. El intercambio entre los conductores tras la reunión (post-grupo)</p>
	FG2	<p>En su espacio habitual (GPMF) y en el día y hora preestablecidos, se pidió a los participantes que tomaran decisiones sobre tres temas.</p>	<p>1. ¿Cuáles eran sus expectativas cuando fue invitado a participar en el GMF, y qué beneficios ha obtenido al asistir?</p> <p>2. ¿Cómo se concibe la enfermedad mental y qué contribuciones puede aportar GMF a la mejora?</p> <p>3. ¿Se correlacionan las alteraciones de la dinámica familiar con la mejora de la situación familiar?</p>
Portugal	FG1	<p>Tras el análisis SWOT, se formularon cuatro preguntas a los participantes.</p>	<p>1. Fortalezas (Ventajas): ¿Qué características de GPMF hacen que sea un dispositivo psicoterapéutico ventajoso sobre otras intervenciones psicoterapéuticas (interno - familias/equipo/ servicio; y externo - institución/comunidad)?</p> <p>2. Debilidades (desventajas): ¿Qué características ponen a GPMF en desventaja en comparación con otros dispositivos psicoterapéuticos? (Interno - familias/equipo/servicio; y Externo - institución/comunidad).</p> <p>3. Oportunidades: ¿Qué aspectos deben destacarse en el GPMF, como enfoque</p>

		psicoterapéutico en salud mental, para facilitar su cumplimiento? O, en qué medida puede contribuir el trabajo con GPMF a la transformación de: familias/equipo/servicio; e institución/comunidad?
		4._Amenazas: ¿De qué manera puede GPMF ser una amenaza (interna/externa)?
FG2	Tras el análisis SWOT, se formularon cuatro preguntas a los participantes.	A los participantes en el FG2 se les hicieron las mismas preguntas que a los participantes en el FG1.

Fuente: investigación F.A.M.HE 2023

7.1.10. Grupos focales Resultados y conclusiones

En todos los países, los Grupos de Enfoque (GF) produjeron un consenso en que los Grupos Multifamiliares ofrecen beneficios pero también presentan desafíos que requieren resolución. Estos hallazgos se aplican a todos los participantes en los GMF, incluidos los cuidadores, las familias y las personas que reciben tratamiento.

Un hallazgo común fue la importancia percibida de tener más de una generación involucrada en los GMF, identificada como la principal ventaja de estos grupos debido a su papel fundamental en facilitar el acceso a los nudos transgeneracionales.

Además, existe un acuerdo unánime sobre los diversos beneficios experimentados por los participantes, incluidas las familias (incluidos los pacientes), los terapeutas y las instituciones. España destaca la contribución de los GMF a la mejora de la tolerancia, el respeto a la diversidad y la solidaridad con los que sufren. Italia destaca el desarrollo de la empatía, la capacidad de establecer y mantener límites saludables y de expresar emociones. Bélgica y Portugal destacan el potencial transformador de los GMF, en particular en el desarrollo de identificaciones nuevas y más saludables, en particular, el desarrollo y la transformación de patrones patológicos en las relaciones intrafamiliares y la comunicación. Los cuatro países afirman que los GMF ofrecen claras ventajas clínicas desde un punto de vista clínico, tanto en términos de diagnóstico como de tiempo de recuperación, lo que los hace más rentables para las instituciones.

En cuanto a los problemas encontrados, Bélgica y Portugal mencionan dificultades potenciales como la falta de espacio adecuado para las sesiones de grupo y la insuficiente formación de los terapeutas. Italia añade su preocupación por la información inadecuada sobre los GMF, la limitada formación específica de los operadores (técnicos/terapeutas/cuidadores) y los posibles impedimentos o resistencias de las instituciones.

Los participantes de Bélgica y Portugal también mencionaron que, al tratarse de grandes grupos, los GMF podían crear dificultades para algunas personas, especialmente para las que tienen dificultades para expresarse a sí mismas o para abordar cuestiones que desencadenan vergüenza, culpa y estigma. Abordar los secretos familiares y los tabúes puede plantear desafíos, debido al temor de exponerse a la propia familia, como lo demuestran las observaciones de Italia.

Pueden surgir diversas formas de resistencia tanto de los participantes como de las instituciones, lo que refleja un escepticismo constante hacia las psicoterapias de grupo. En cuanto a los grupos abiertos, cerrados o de apertura lenta, Bélgica y Portugal subrayan que un grupo abierto podría conducir a la formación de subgrupos grandes y diversos, lo que dificulta garantizar la presencia constante de los participantes.

La coherencia de la presencia de los participantes influye en la cohesión del grupo. Dado que la cohesión del grupo es análoga a la alianza terapéutica en la psicoterapia individual, establecer una fuerte cohesión es deseable para crear un clima de confianza que facilite la adhesión de los participantes, el apego y la comunicación efectiva.

En resumen, los participantes en los Grupos Focales en todos los países coinciden en que los Grupos Multifamiliares ofrecen más beneficios, ventajas y fortalezas que inconvenientes o amenazas percibidas.

7.2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

7.2.1. Metodología Nacional e Internacional

Se realizó una revisión crítica de la literatura relacionada con la intervención multifamiliar en salud mental, para guiar a los socios en la definición y delimitación de la investigación web, alineando con los objetivos de investigación y el Primer Producto Intelectual del proyecto.

Se identificaron y utilizaron palabras clave comunes, aplicables a todos los socios, incluyendo grupos multifamiliares, grupo de psicoanálisis multifamiliar, psicoanálisis multifamiliar, terapia multifamiliar, terapia grupal multifamiliar y tratamiento grupal multifamiliar. Estos términos de búsqueda se tradujeron a los idiomas respectivos de cada país y se complementaron con términos pertinentes y específicos de cada país. Los socios decidieron colectivamente realizar búsquedas en sus lenguas nacionales, extendiendo la búsqueda más allá de las fronteras nacionales para cada idioma. La investigación bibliográfica internacional abarcó múltiples países, empleando palabras clave en inglés para la búsqueda. En el apéndice 6 figura un extracto de la búsqueda bibliográfica.

Motores de búsqueda como Google, Google Scholar, PubMed, Hall y Cairn fueron utilizados para la investigación. En España también se consultó el portal bibliográfico Dialnet (Tabla 29)

Los elementos bibliográficos recurrentes comunes a todos los socios comprenden artículos, libros y capítulos de libros. La bibliografía de España excluye las tesis y el trabajo de posgrado. Por el contrario, la bibliografía de Bélgica, Francia, Canadá y Suiza, y Portugal abarcan monografías y tesis de Ph.D. .

Tabla 29. Metodología.

País	Palabras clave comunes	Palabras clave específicas	Motores de búsqueda
Bélgica	Grupos multifamiliares (GMF); Psicoanálisis multifamiliar (MFP); Terapia multifamiliar (TMF).	Consultation Multi-Familiale (CMF); Thérapie Sociale Multi-Familiale (TSM).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall y Cairn.
Italia	Grupos multifamiliares (GMF); Psicoanálisis multifamiliar (PMF); Terapia multifamiliar (TMF).		Google; Google Scholar; PubMed; Hall y Cairn.
Portugal	Grupos multifamiliares (GMF); Psicoanálisis multifamiliar (PMF); Terapia multifamiliar (TMF).	Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF); Grupo de terapia multifamiliar (GTMF); Tratamiento multifamiliar en grupo (TGMF).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall y Cairn.
España	Grupos multifamiliares (GMF); Psicoanálisis multifamiliar (PMF); Terapia multifamiliar (TMF).	Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF); Grupo de terapia multifamiliar (GTMF); Tratamiento multifamiliar en grupo (TGMF).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall Cairn; Dialnet.
Internacional	Grupos multifamiliares (GMF); Psicoanálisis multifamiliar (PMF); Terapia multifamiliar (TMF).	Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar (GPMF); Grupo de terapia multifamiliar (GTMF); Tratamiento multifamiliar en grupo (TMFG).	Google; Google Scholar; PubMed; Hall y Cairn.

7.2.2. Análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados en la lengua de los socios

Tras la encuesta bibliográfica realizada por cada país, se realizó un examen exhaustivo del contenido de cada entrada, para categorizar la información en función de la orientación teórica y la aplicación práctica. La bibliografía combinada de los cuatro socios arrojó 177 entradas para las palabras clave seleccionadas. Alrededor del 70% de estas entradas consisten en artículos publicados en revistas, boletines, periódicos, periódicos y publicaciones en línea, mientras que las entradas restantes se componen de libros, capítulos de libros y monografías. Los temas tratados en la bibliografía son diversos y se clasificaron en Orientación teórica (Tabla 30tabla 30.Tabla 30. 1

Tabla 30 . Temas tratados en la bibliografía - Orientación teórica.

Psicoanálisis Multifamiliar
Terapia multifamiliar, aspectos teóricos y técnicos influenciados por las ideas de García Badaracco
Explicación exhaustiva de los fenómenos observados en el marco teórico del modelo García Badaracco y del Psicoanálisis Multifamiliar.
Terapia de grupo multifamiliar, aspectos teóricos y técnicos
El grupo como agente terapéutico
Intergeneracionalidad
Perspectivas de pacientes, familiares, parejas, terapeutas y observadores que participaron en grupos multifamiliares.

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 30. 1 . Temas tratados en la bibliografía - Aplicación práctica.

Experiencias representativas en la implementación del modelo de intervención con grupos multifamiliares.
Enfoque psicoeducativo familiar
Rehabilitación psicosocial
Rehabilitación sistémica y Grupos Multifamiliares.
Aplicaciones clínicas de terapias y enfoques multifamiliares
Base de evidencia para la terapia multifamiliar
Función terapéutica y formación
Sesión de psicoterapia multifamiliar en línea

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Las intervenciones se refieren a los contextos de justicia, educación, comunidad y salud (Tabla 31cuadro

Tabla 32tabla 32.Tabla 32. 1tabla

Tabla 33 La bibliografía correspondiente figura en el apéndice 6. Además, en el *apéndice 7 se puede consultar parte de la bibliografía citada en el texto introductorio, que se refiere a obras no ampliamente indexadas en los motores de búsqueda.*

Tabla 31. Contexto de intervención.

Contexto de justicia	
Contexto educativo	
Contexto comunitario	
Contexto sanitario	Hospitales generales, servicios de salud mental y hospitales psiquiátricos.

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 32 . Población en las intervenciones-I

Adultos

Adolescents

Hijos

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 32. 1 . Población en las intervenciones - II.

Población general, condiciones no psiquiátricas y problemas

Población en tratamiento de trastornos psiquiátricos: hospitalizados y hospitalizados de día, consultas.

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

Tabla 33 . Grupos dirigidos por intervenciones terapéuticas.

Niños con dificultades psicológicas

Adolescentes con trastornos alimenticios

Rechazo escolar ansioso en adolescentes

Adolescentes transgénero

Delincuentes sexuales adolescentes

Depresión grave

Anorexia nervosa

Enfermedad crónica

Dolor crónico

Maternidad

Psicosis crónica

Esquizofrenia

Trastorno bipolar

Dependencia del alcohol y familia

Los pacientes con abuso de sustancias y sus hijos

Familias y abuso sexual

Fuente: investigación FA.M.HE 2023

En conclusión, nuestra investigación bibliográfica en el país de cada socio reveló un creciente interés por los grupos multifamiliares. Esta evolución se atribuye a la traducción de la obra de Jorge García Badaracco, llevando al estudio y desarrollo de sus modelos teóricos y prácticos basados en la experiencia colectiva de trabajar con las familias en cada país respectivo. Simultáneamente, la aplicabilidad del modelo se expandió a diversos grupos de población, diversos contextos sociales y comunitarios, y diferentes entornos en salud y enfermedad. Esta inclusividad abarca intervenciones relacionadas con enfermedades psiquiátricas, patología orgánica y psicopatología relacional, fomentando nuevos avances en su implementación.

7.2.3. Investigación Bibliográfica Internacional

7.2.3.1. Marco histórico

Al proporcionar un panorama internacional de la bibliografía relacionada con los grupos multifamiliares, se pueden distinguir tres categorías generales:

- MMG de carácter psicoeducativo y cognitivo-conductual
- MMG de origen sistémico y dinámico
- Objetivos de financiación plurianuales psicoanalíticos

En cuanto a los grupos psicoeducativos, estos presentan una amplia difusión mundial, con la mayoría de los trabajos científicos publicados disponibles en inglés.

Eia Asen, profesora del Centro Nacional Anna Freud, es considerada la creadora de grupos sistémicos y dinámicos. Sus contribuciones incluyen el desarrollo de 'Tratamiento basado en la mentalización con las familias', un enfoque empírico basado en estudios de eficacia realizados en colaboración con Peter Fonagy.

Los contextos culturales donde más se han desarrollado los GMFs psicoanalíticos, siguiendo el modelo argentino, son Europa (Italia, España, Portugal y, más recientemente, Bélgica) y Sudamérica, particularmente en Argentina y Uruguay.

En cuanto a los campos de aplicación, podemos identificar grupos predominantemente homogéneos, orientados hacia diagnósticos específicos, el curso de la patología, los grupos de edad y el contexto del tratamiento. Esta categoría se asocia principalmente con los GMF psicoeducativos. En cuanto a los grupos sistémicos, dinámicos y psicoanalíticos, existen enfoques orientados al diagnóstico y enfoques menos selectivos, a los que se accede en pacientes con trastornos predominantemente graves.

GMF sistémico y dinámico y GMF psicoanalítico para trastornos graves

Los GMF sistémicos y dinámicos, así como la GMF psicoanalíticos, tienen sus raíces en dos ramas originales. La evolución inicial de ambas ramas se remonta a la década de 1960, a partir de experiencias en instituciones psiquiátricas específicamente diseñadas para el tratamiento de pacientes psicóticos graves.

Buenos Aires

El trabajo de Jorge García Badaracco comenzó en el Hospital Borda en 1960, con sus orígenes arraigados en el departamento que dirigió al regresar de su período de formación en París en 1958. Si bien algunas biografías datan de la fundación del primer grupo de psicoanálisis multifamiliar en 1962, el propio García Badaracco relató el impacto transformador del grupo de las 12:00 en el clima de la sala, a partir de 1964: 'la sala común de mi sala se convirtió en la más ruidosa, a diferencia de los otros departamentos del hospital psiquiátrico, que se caracterizaban por el autismo y el aislamiento .

García Badaracco identificó una fase de resistencia significativa entre los pacientes. Luego, observó que las situaciones típicamente infantiles comenzaron a aparecer tan pronto como se creó un clima de confianza básica y seguridad emocional, es decir, cuando la comunidad se convirtió en un contenedor psicológico adecuado para los pacientes que dejan actitudes defensivas, renunciando a la omnipotencia patológica y aceptando participar, de alguna manera, en la nueva experiencia .

Durante esta fase, se produjo la llamada 'inclusión de la familia en el contexto del tratamiento, integrando también el trabajo y las experiencias que habían dado lugar a la terapia familiar y sistémica desde la década de 1950. 'Descubrimos que las familias de los pacientes, incluso si tenían suficientes capacidades de adaptación, lo que los hacía parecer adecuados para la vida social, eran seres inmaduros, que en situaciones de grupo presentaban importantes dificultades psicológicas a nivel emocional, particularmente en las relaciones interpersonales .

Todas las observaciones posteriores y desarrollos teóricos culminaron en la primera monografía de García Badaracco en 1989, más tarde traducida al italiano en 1997 por la editorial Franco Angeli. Los grupos de psicoanálisis multifamiliar descritos por García Badaracco se caracterizan por su enfoque específico en el tratamiento de trastornos graves como la psicosis y los trastornos de personalidad, abarcando diversos diagnósticos y sufrimiento humano, y la heterogeneidad de los pacientes y familiares involucrados. Los numerosos casos clínicos detallados por García Badaracco dan testimonio de la eficacia de sus grupos y del proceso terapéutico iniciado durante las sesiones de psicoanálisis multifamiliar.

Nueva York

Peter Laqueur, en sus obras publicadas entre 1964 y 1980, hace referencia a su grupo inaugural de terapia multifamiliar. Su descripción de los orígenes es la siguiente: En 1951, cuando yo era el director de un departamento para el tratamiento clínico de pacientes esquizofrénicos, entre las edades de 12 y 52 años, en un gran hospital en el área de Nueva York, cada domingo los padres, y a veces los hermanos y hermanas, tíos, tías, etc., de estos pacientes visitaron el hospital y durante las horas de visita me vieron, cada uno a su vez, durante unos minutos para que pudiera tranquilizarlos, darles esperanza, y tratar de explicar las técnicas y medicamentos utilizados para cambiar el estado psicótico de los pacientes.'. 'Cuando descubrimos estos sentimientos en el grupo, decidimos hacer algo que era totalmente tabú en el período: Hicimos que todos los pacientes y todos sus visitantes nos acompañaran durante dos horas y media en una discusión abierta de todas las cuestiones relacionadas con la esquizofrenia, los métodos de tratamiento, los problemas durante la estancia de los pacientes en el hospital, y las del futuro cuando los pacientes volvieran a casa, su empleo, sus posibilidades de matrimonio y de tener hijos, etc.'. Percibimos que a veces los llamados miembros 'sanos' de las familias estaban casi tan enfermos como los propios pacientes, la principal diferencia era que los pacientes habían sido los primeros en ser enviados al hospital. Para evitar el retorno frecuente de nuestros pacientes al hospital después de haber ido a casa, se hizo necesario tratar a sus familias, así como a ellos. '. Formamos grupos de cuatro de cinco pacientes hospitalizados y sus familias y nos reunimos con ellos semanalmente en sesiones terapéuticas durante la estancia de los pacientes en el hospital. Durante 17 años de este trabajo con pacientes hospitalizados y sus familias, pudimos reducir el número de reingresos en el hospital en un 80%. '. 'A veces, los pacientes dados de alta y sus familias continúan participando en estas sesiones de terapia familiar múltiple y gradualmente, a medida que nuestro método se hizo más conocido, se formaron múltiples grupos de terapia familiar en clínicas y oficinas con pacientes ambulatorios y sus familias.'

Es a partir de los primeros movimientos de Laqueur que se desarrolla la terapia multifamiliar, integrando sus observaciones con las de los familiares, como Bateson (en 'Pasos a una ecología de la mente', 1973) y el enfoque psicoeducativo de Mc Farlane. El modelo intensivo de terapia multifamiliar se sometió a varias adaptaciones, incluyendo la desarrollada por Alain Cookling en 1982 en el Marlborough Family Service de Londres. Otros avances conducen a especializaciones del método en el campo de los trastornos alimentarios (Scholz y Asen, 2002; Dare y Eisler, 2000; Scholz y Asen, 2001; Slagerman y Yager, 1989; Wooley y Lewis, 1987), abuso de alcohol y sustancias (Kaufman y Kaufman, 1979), enfermedades sistémicas crónicas (Gonzalez *et al.* 1989; Steinglass, 1998), en la enfermedad de Huntington (Murburg *et al.* 1988) y en el abuso infantil (Asen *et al.* 1989).

7.2.3.2. Resultados

De esta amplia investigación internacional surge un patrón claro: el enfoque multifamiliar ha generado un interés significativo entre investigadores y profesionales. Estas personas han incorporado sus experiencias personales y su formación en este método para abordar los trastornos mentales y el sufrimiento psicológico.

Con el tiempo, la dimensión grupal ha ido ganando importancia en términos de eficacia terapéutica, evolucionando hacia un método de trabajo dinámico y progresivo. El concepto de grupalidad, centrado en torno a la familia como miembro constitutivo en lugar de centrarse únicamente en el individuo, tiene un significado innovador. Introduce la idea de que el sufrimiento, la angustia mental y el desorden no se limitan a un individuo, sino que existen dentro de un sistema de relaciones, a menudo encapsuladas por la familia, que, a su vez, está interconectada con su entorno e historia.

A pesar de 70 años de experiencia en el campo, lo que resulta en diversas metodologías de trabajo que son difíciles de sistematizar e integrar entre sí, este enfoque todavía se considera innovador.

El análisis de la literatura científica y de los libros publicados condujo a la categorización de los resultados en tres secciones principales:

- a) Bibliografía comentada sobre el psicoanálisis multifamiliar:
- b) Bibliografía anotada sobre Grupos Multifamiliares sistémicos y dinámicos:
Esta sección incorpora una amplia gama de trabajos científicos y monografías debido a la falta de diferencias entre los trabajos basados en un modelo puramente psicoanalítico, aquellos arraigados en un modelo psicodinámico y aquellos alineados con un enfoque sistémico.
- c) Estudios sobre grupos multifamiliares psicoeducativos (2020-2022):
La decisión de centrarse en los dos últimos años se atribuye a la naturaleza amplia y diversa de la bibliografía internacional. Al buscar en la web encuestas sobre GMF, se encontraron siete resultados.

7.3. CONCLUSIONES FINALES

Este estudio marca la conclusión de la primera fase del proyecto FaMHe (IO1), realizado por los cuatro socios. El documento se centró principalmente en mejorar la comprensión sobre los Grupos Multifamiliares (GMF) existentes en el campo de la salud mental. La investigación incluyó un

examen minucioso de diversos modelos que funcionan en distintas regiones y a nivel internacional, con el fin de difundir la información reunida.

Para el proyecto actual, se consideraron dos tipos de grupos multifamiliares, abarcando al menos dos generaciones, independientemente de las metodologías empleadas: grupos de Psicoeducación Multifamiliar y grupos de Psicoanálisis Multifamiliar, estos últimos arraigados en las teorías de J.G. Badaracco. Estos grupos están diseñados para abordar los problemas de salud mental concentrándose en el contexto familiar en lugar de centrarse únicamente en el individuo que manifiesta más claramente los problemas de salud mental.

Sobre la base de los informes de los socios, se puede concluir que se lograron los principales objetivos para el primer Producto Intelectual. Todos los países realizaron una encuesta que incluyó el desarrollo, distribución y análisis de un cuestionario diseñado para explorar las características de los GMF. Además, cada país organizó dos tipos de grupos de discusión, uno con conductores y otro con usuarios de GMF. Los cuatro países llevaron a cabo investigaciones bibliográficas a nivel nacional, e Italia se encargó específicamente de dirigir investigaciones bibliográficas internacionales. Los detalles de esta investigación se pueden encontrar en los informes anteriores.

En el debate posterior, destacamos las conclusiones más relevantes de los cuatro países. En cuanto a la tipología del grupo existente en cada país:

- Italia confirmó la presencia de dos tipos de GMF (psicoeducación y psicoanálisis), con un porcentaje predominante atribuido a los Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar (aproximadamente 60 GPMF activos en varias regiones). La adopción generalizada de esta metodología en todo el país puede atribuirse a los continuos esfuerzos de comparación, investigación y capacitación realizados por el LIPsiM. Como una estructura asociativa, el LIPsiM sirve como una red de apoyo, estímulo y análisis en profundidad en la aplicación de GMF en el tratamiento del sufrimiento psicológico.
- Según el informe de Bélgica, hay 24 hospitales psiquiátricos distribuidos en todas las provincias del país, principalmente asociados con hospitales psiquiátricos. Estos grupos suelen operar dentro de un marco sistémico, complementado por un enfoque cognitivo o psicoeducativo, con menos énfasis en una perspectiva psicoanalítica.
- España informó de la existencia de 28 GMF en el país. Sin embargo, había una distribución geográfica desigual, lo que indicaba una concentración de GMF en algunas provincias, mientras que en otras no existía. Cabe destacar que solo se identificaron GMF en 8 de las 50 provincias y 2 ciudades autónomas de España, a pesar de la evidencia que sugiere la existencia de GMF en otras provincias. Una posible explicación de este desequilibrio territorial podría ser la falta de interés de algunas instituciones, donde un enfoque predominantemente farmacológico y cognitivo-conductual puede excluir un enfoque más dinámico. Los GMF mencionados en el cuestionario involucraron un mínimo de 2 generaciones, incluyendo la persona en tratamiento. Para estos grupos, el marco se basó esencialmente en el psicoanálisis multifamiliar, enriquecido por otros enfoques psicoterapéuticos (sistémico, análisis de grupo, dinámico, cognitivo-conductual, interfamiliar, etc.). Se excluyó de esta encuesta a los grupos psicoeducativos, ya que no incluían a personas sometidas a tratamiento.

- Portugal informó de un número limitado de Grupos Multifamiliares, con un total de 5 identificados. Entre estos, 3 eran grupos de Psicoeducación asociados con otros marcos, y solo 2 eran grupos de Psicoanálisis Multifamiliar. Esta cifra es notablemente pequeña teniendo en cuenta la dimensión territorial del país y comparándola con los demás países participantes. Las razones de este bajo número, como se indica en el informe de Portugal, se atribuyen principalmente a las dificultades para difundir el cuestionario. Además, la resistencia institucional a los enfoques terapéuticos que se desvían de la perspectiva psiquiátrica/ortodoxa convencional, a menudo estrechamente vinculada a la farmacología, puede contribuir a la falta de respuestas a los cuestionarios. Si bien se reconoce la existencia de GMF psicoeducativos en varias instituciones portuguesas, no está claro si estos grupos incluyen más de una generación.

En cuanto a las resistencias institucionales, Italia informó de que había tropezado con obstáculos externos y señaló una serie de problemas en el contexto institucional. Además, Bélgica destaca que las dificultades externas para implementar los Grupos Multifamiliares se encuentran principalmente a nivel organizativo. Por lo tanto, es esencial tener en cuenta estos retos institucionales culturales e ideológicos. Invertir en una formación adecuada, que aborde la cultura y el funcionamiento de los contextos de atención y apoyo a la salud mental, puede ayudar a superar las 'mentes cerradas' (Badaracco 2009). Estos esfuerzos tienen el potencial de ampliar las perspectivas y facilitar la aceptación del enfoque innovador de los grupos de psicoanálisis multifamiliares.

En cuanto a las características de los grupos, Bélgica observa diferencias significativas entre las regiones de Flandes y Valonia. Estas diferencias abarcan marcos terapéuticos, metodologías, poblaciones objetivo, entornos y formas de derivación. A pesar de estas distinciones regionales, todos los participantes en el GMF, tanto el equipo técnico como los miembros de la familia, coinciden en que el GMF representa un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, donde la familia asume un papel destacado y la psicopatología se gestiona dentro de un contexto relacional/familiar.

La formación de conductores surgió como un aspecto muy significativo reconocido unánimemente por todos los socios. Si bien existe un terreno común en los grupos de psicoanálisis multifamiliar de los cuatro países, se observaron distintos enfoques operacionales. Esta divergencia subraya la necesidad de una formación integral que dé prioridad a la formación individual de los conductores, fomente el trabajo en equipo y considere el contexto sociocultural en el que operan los GMF.

Hubo consenso sobre la necesidad urgente de establecer programas de capacitación específicos y sólidos para los conductores de GMF. Esto se alinea con otro objetivo clave del proyecto: fortalecer el papel y la figura de los facilitadores de dentro de los sectores laboral y de salud mental. El objetivo es diseñar un currículo de formación europeo basado en competencias y habilidades esenciales, a partir de las experiencias colectivas de los socios. Un curso de formación para conductores de GMF debe abarcar no solo las habilidades esenciales, sino también la adaptación de los cursos a los diversos antecedentes académicos y experiencias clínicas de los profesionales de la salud que constituyen el equipo. Al desarrollar programas de entrenamiento, es crucial considerar no solo el perfil deseable de un conductor sino también las diferentes habilidades de los candidatos. Todos los socios coincidieron en la importancia de capacitar a los conductores de GMF, destacando que el desarrollo de sus competencias debe basarse en una sólida formación teórica y técnica, incorporando un componente clínico experiencial. En las fases posteriores del proyecto se seguirá estudiando este tema.

La práctica de reunión entre terapeutas que participan en Grupos Multifamiliares después de las sesiones de grupo, fue identificada como una práctica común en todos los países. Este informe sirve como una herramienta para el análisis y la reflexión, contribuyendo al perfeccionamiento continuo de las técnicas y metodologías. Además, se reconoce como un valioso complemento de aprendizaje para los terapeutas en formación. En cuanto al valor añadido de los GMF, hay un claro énfasis en la importancia de la presencia de más de una generación. Esto se considera una ventaja de estos grupos y una estrategia eficaz para resolver los conflictos familiares. La inclusión de múltiples generaciones trae los elementos involucrados cara a cara en presencia del grupo, que sirve como una entidad segura, empática y de apoyo.

En un Grupo Multifamiliar, todos pueden beneficiarse, incluyendo familias, profesionales de la salud y de las instituciones. El GMF sirve como puente que conecta la institución con la comunidad, estableciendo un lugar comunitario donde los individuos pueden reunirse, compartir apoyo mutuo y experimentar la solidaridad. Todos los participantes y miembros de la familia estuvieron de acuerdo en que los GMF se alinean con un cambio de paradigma en el campo de la atención de la salud mental, en el que la familia asume una posición prominente, junto con el paciente y los cuidadores. Este cambio contribuye a minimizar el estigma y a expandir el potencial saludable de cada persona.

La información reunida hasta la fecha indica una amplia aplicación de los GMF en los cuatro países. Esto brinda una oportunidad para avanzar en la metodología y ampliar el alcance de esta intervención en salud familiar a una población aún mayor. Para ello, es necesario difundir información sobre la existencia de Grupos Multifamiliares y formar técnicos especializados en la materia.

APÉNDICES

APÉNDICE 1 - BIBLIOGRAFÍA ITALIANA Y BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL TRADUCIDO AL ITALIANO

Bibliografía italiana

AA.VV., (2017) *Tra il Dire e il Fare, esercizi di Psicoanalisi Multifamiliare*, Il Vaso di Pandora, Vol XXV , Erga Edizioni.

<https://erga.it/catalogo/il-vaso-di-pandora-vol-xxv-n-2-2017/>

AA.VV. (2008) *Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo –coppia – famiglia, Interazioni* , Franco Angeli 29,1. - <https://doi.org/10.3280/INT2008-001001>

Badaracco J.G.(2004), *Psicoanalisi Multifamiliare*, Bollati Boringhieri.

<https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>
<https://libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

Badaracco, J.G. (2007). *La virtualità sana nella psicosi*. Interazioni, Franco Angeli

<https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

Badaracco J.G. (1997) *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli.

<https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Badaracco J.G. - A. Narracci (2011), *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*, Antigone.

<https://www.ibs.it/psicoanalisi-multifamiliare-in-italia-libro-jorge-e-garcia-badaracco-andrea-narracci/e/9788895283692>

Barone R.(2020) *Teorie e pratiche mentale di comunità dialogiche Benessere e democratiche*, Franco Angeli .

Bello F., Tombolini L., (2018) *Essere in gruppo*, FrancoAngeli.

<https://www.francoangeli.it/Libro/Essere-in-gruppo.-Modelli-e-interventi?Id=24402>

Boccaro, P., *Psicoanalisi nelle Istituzioni. Intervista ad Andrea Narracci.*, *Psiche*, 7(2), 579–592.

Bruschetta,S., Barone. R. (2014). *Gruppi di psicoanalisi multifamiliare per l'età pre-adolescenziale (GPMF/10-13 anni). Rivista Plexus, 8 años.*

Bruschetta S. (2014). *Il Gruppo di psicoanalisi multifamiliare per il trattamento di minori con grave patologia mentale in Comunità Terapeutica, Rivista Plexus, 9.*

Canevaro, A., Bonifazi, S. (2011). *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*. Armando Editore.

https://www.ibs.it/gruppo-multifamiliare-approccio-esperienziale-libro-alfredo-canevaro-stefano-bonifazi/e/9788860818713?lgw_code=1122-

[B9788860818713&gclid=EAIaIQobChMIwL_4z4bj_QIVUguiAx2NzgAZEAYASABEgKM1fD_BwE](https://www.ibs.it/gruppo-multifamiliare-approccio-esperienziale-libro-alfredo-canevaro-stefano-bonifazi/e/9788860818713?gclid=EAIaIQobChMIwL_4z4bj_QIVUguiAx2NzgAZEAYASABEgKM1fD_BwE)

Coderoni G.,*Il Gruppo Psicoanalitico Multifamiliare per l'Età Evolutiva come garante meta nella prevenzione del malessere sociale in adolescenza* ,Psicoanalisi sociale.

<https://www.psicoanalisiiesociale.it/il-gruppo-psicoanalitico-multifamiliare-per-leta-evolutiva-come-garante-meta-nella-prevenzione-del-malessere-sociale-in-adolescenza-giovanni-coderoni/> Falloon

Falloon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, Erickson

https://www.ibs.it/intervento-psychoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?gclid=EAIaIQobChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAAYAiAAEgLClfD_BwE

- Gargano, M.T., Serantoni, G., Ceppi, F., D'Alema, M., Ferraris, L., Innocente, P., Lanzi, F., Narracci, A., Russo, F., & Venier, M. (2016). *Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico: Risultati preliminari di uno studio empirico*. *Rivista di Psichiatria*, 51(4), 135–142.
- Grossi, L., Gómez, F. (2018) *Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3*.
- Lampronti, L., Domenichetti, S.. *Relazioni di cura: Dal rapporto individuale ai gruppi terapeutici e multifamiliari. L'esperienza in un Servizio di Salute Mentale*, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici 16-2018.
- Mondelbaum E., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017.
<https://www.libreriauniversitaria.it/teoria-pratica-gruppi-multifamiliari-punto/libro/9788897142843>
- Narracci, A., Antonucci A., (2022). *I principali punti di riferimento teorici della Psicoanalisi Multifamiliare*, Interazioni , Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/INT2022-001004>
- Narracci, A., Cammarota, A., Fiori, G., & Rainer, M. L. (2021). *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione. Per un coinvolgimento attivo di tutti i protagonisti della salute mentale: Pazienti, familiari e operatori*. Mondadori Bruno.
- Narracci, A., Ceppi F. (2011). *In ricordo di Jorge E. Garcia Badaracco, Terapia Familiare*, Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/TF2011-095009>
- Narracci A., *La Psicoanalisi Multifamiliare e il cambiamento: Istituzioni, operatori, persone*, Interazioni, 46/2017.
<https://www.psicoanalisi Coppia e famiglia.it/interazioni/826-2/>
- Narracci, A. (2009). *L'uso della psicoanalisi multifamiliare con i pazienti in diversi contesti di cura: Interazioni*, 2008/1. <https://doi.org/10.3280/INT2008-001005>
- Narracci A. (2015) *Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto, Antigone* , <https://www.libroco.it/dl/aa.vv/Antigone-Edizioni/9788898205240/Psicoanalisi-multifamiliare-come-esperanto/cw590123056747868.html>
- Neri C., (2021) *Il gruppo come cura - Raffaello Cortina*
<https://www.raffaellocortina.it/scheda-libro/claudio-neri/il-gruppo-come-cura-9788832853148-3473.html>
- Tirelli M, Mosconi A, Gonzo M, (2016) *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo*, Franco Angeli.
<https://www.libraccio.it/libro/9788891729262/manuela-tirelli-andrea-mosconi-mauro-gonzo/manuale-di-psicoterapia-sistemica-di-gruppo.html>
- Veltro F. e coll.,(2014) *Manuale per l'intervento psicoeducativo multifamiliare basato sul problem solving'*, Alpes ed.
<https://www.riabilitazionepsicosociale.it/manuale-per-lintervento-psicoeducativo-multifamiliare-basato-sul-problem-solving-di-franco-veltro-e-coll-alpes-ed-2014/>
- Patussi, V., Ceccanti, M., Codenotti, T., Fanucchi, T., & Magri, G. (s.d.). *Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute*.
- Tabasso, C., Franco, L. D., Neri, G., Paciucci, G., & Vaccaro, M. V. (2017). *Dialoghi tra istituzioni, Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare e stanza d'analisi*. Interazioni, Franco Angeli, 2017/2,
<https://doi.org/10.3280/INT2017-002005>

Bibliografia Internacional traducida al italiano

- Badaracco J.G.(2004), *Psicoanalisi Multifamiliare*, Bollati Boringhieri.
<https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>
<https://libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

Badaracco, J.G. (2007). *La virtualità sana nella psicosi*. Interazioni, Franco Angeli

<https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

Badaracco J.G. (1997) *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli.

<https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Fallon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, Erickson

https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?gclid=EAIaIQobChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAAYAiAAEgLclfD_BwE

Grossi, L., Gómez, F. (2018) *Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3.*

Mondelbaum E., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017.

APÉNDICE 2 - BIBLIOGRAFÍA BELGA (FRANCÉS)

- Almosnino, A. (2003, Mai). *La thérapie multifamiliale (TMF)*. 6ième congrès du GREPFA, Annecy, France. <https://www.grepfa.fr/download.php?lng=fr&pg=65&prt=1>
- Almosnino, A. (2004). Thérapie multifamiliale. In *Guérir les souffrances: 50 spécialistes répondent* (pp. 806-813). PUF Paris.
- Bacqué, M.-F., Bertschy, G., Nicot, C., Beraldin, R., Thévenot, A., & Metz, C. (z.d.). Un dispositif multi-groupe original en France. Articulation d'un grand groupe de partage d'expériences et de petits groupes thérapeutiques. Fonction thérapeutique et de formation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 72(1), 163-175.
- Badaracco, J. G. (1999). *Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple*. PUF Paris.
- Badaracco, J. G. (2003). *Psychanalyse multifamiliale*. In Press.
- Badaracco, J. G. (2007). Psychanalyse multifamiliale: Comment soigner à partir de la 'virtualité saine'? In *Thérapies multifamiliales* (pp. 81-112). Erès.
- Benoit, J. C., Daigremont, A., Kossmann, L., Pruss, P., & Roume, D. (1980). Groupe de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques. *Annales Médico-psychologiques*, 192(10), 1253-1259.
- Bonneton, S. (z.d.). Partenariats écoles-secteur infanto-juvénile: Quel impact sur la trajectoire d'enfants qui présentent des difficultés psychiques? *Enfances & Psy*, 84(4), 56-60.
- Bromet-Camou, M. (1996). Approche systémique du désir d'enfant: Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité. *Thérapie familiale*, 17(1), 69-76.
- Brunaux, F., & Cook-Darzens, S. (z.d.). La thérapie multifamiliale Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent? *Thérapie familiale*, 29(1), 87-102.
- Carpentier, L., Bardou, D., & Urbain, J. (z.d.). «Savate bien?», mise en place d'un atelier thérapeutique parents-adolescents dans deux structures de soins du Grand Ouest. *Thérapie familiale*, 43(1), 65-78.
- Cassen, M., & Delile, J.-M. (z.d.). Thérapies familiales et addictions: Nouvelles perspectives. *Psicosis*, 13(3-4), 229-249.
- Castano Blanco, A. (z.d.). Thérapie multifamiliale psychanalytique Variations sur un thème de García Badaracco. *Le divan familial*, 46(1), 145-158.
- Cazas, O. (1994). Groupe de parole avec les familles en pratique psychiatrique. *Annales de psychiatrie*, 9(3).
- Chambon, O., Deleu, G., & Marie-Cardine, M. (2004). Approche psychoéducative de la famille dans la psychose chronique. In *Guérir les souffrances familiales: 50 spécialistes répondent* (pp. 705-728). PUF Paris.
- Cook-Darzens, S. (2007a). *Thérapies multifamiliales*. Erès. <https://www.cairn.info/therapies-multifamiliales-9782749207094.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (2007b). *Thérapies multifamiliales, des groupes comme agents thérapeutiques*. Erès.
- Cook-Darzens, S. (2014). Groupes multifamiliaux et groupes de parents. In *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 233-256). Erès.
- Cook-Darzens, S. (2016). Les thérapies multifamiliales (TMF). In *Les thérapies de couple et de famille Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Mardaga. <https://www.cairn.info/les-therapies-de-couple-et-de-famille--9782804703158.htm>
- Cook-Darzens, S. (2022). *Approches multifamiliales*. Erès. <https://www.cairn.info/approches-multifamiliales-9782749274720.htm?contenu=sommaire>

- Cook-Darzens, S. (z.d.). Nouvelles tendances dans l'approche familiale de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent: Un modèle thérapeutique basé sur les ressources de la famille. *Générations - Revue de la Société française de la thérapie familiale*, 29, 51-57.
- Cook-Darzens, S., & Criquillion-Doulet, S. (2022). *Les Thérapies multifamiliales appliquées aux troubles des conduites alimentaires*. Elsevier.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.-J., Bergametti, F., & Mouren, M.-C. (z.d.). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26(3), 223-245.
- Criquillion-Doulet, S., y Laugier, F. (z.d.). LES GROUPES DE FAMILLES DE PATIENTS AYANT UN TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES. *Générations - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. <http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Criquillion-Doulet-S-les-groupes-de-familles-de-patients-ayant-un-trouble-des-conduites-alimentaires.pdf>
- Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A., & Antoine, C. (z.d.). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches: Une revue de la littérature. *Psychotropes*, 15(3), 93-111.
- Diatquina, G. (z.d.). 'Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple ' de Jorge García Badaracco. *Revue française de psychanalyse*, 65(1), 279-288.
- Diatquina, G. (z.d.). L'équipe thérapeutique. *Perspectives Psy*, 51(3), 256-262.
- Doba, K., & Nandrino, J.-L. (2015). Les thérapies familiales systémiques dans l'accompagnement de l'anorexie mentale: Évaluation du fonctionnement familial et de l'efficacité des thérapies familiales. In *L'Anorexie mentale* (pp. 285-321). Dunod.
- El Farricha, M. (2001). La thérapie sociale multifamiliale. *Générations*, 24, 17-21.
- Elkaïm, M. (1979). Thérapie multifamiliale avec des familles présentant des problèmes communs et appartenant au même milieu socio-économique et culturel. In *Thérapies familiales, institutions, quartiers*. Gamma.
- Framo, J. L. (1979). Thérapie de couple en groupe. In *Techniques de base en thérapie familiale* (pp. 153-170). Delarge.
- Frankhauser, A. (2015). *Thérapie multifamiliale et schizophrénie: Comment complexifier les représentations* [Médecine Lyon]. https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/bbdda2b6-a251-4076-92cd-df575eddb931/blobholder:0/THm_2015_FRANKHAUSER_Adeline_Elisabeth.pdf
- Gammer, C. (z.d.). Revue des livres—Titre recensé: 'Thérapies multifamiliales: Des groupes comme agents thérapeutiques', Solange Cook-Darzens (sous la dir. De), Éditions Érès, Ramonville St-Agne (2007). *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 261-268.
- García Menéndez, J., Bossuroy, M., & Moro, M. R. (z.d.). Le pont des langues. Le groupe multifamilial « Langues ». *Cliniques Méditerranéennes*, 103(1), 107-120.
- Gelin, Z. (2016). *La Thérapie Multifamiliale Basée sur la Famille comme traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent Etude d'un processus thérapeutique* [UMons]. https://www.researchgate.net/profile/Zoe-Gelin/publication/315837790_La_therapie_multifamiliale_basee_sur_la_famille_comme_traitement_de_l'anorexie_mentale_de_l'adolescent_Etude_d'un_processus_therapeutique/links/58eb558ba6fdcc96576754ac/La-therapie-multifamiliale-basee-sur-la-famille-comme-traitement-de-lanorexie-mentale-de-ladolescent-Etude-dun-processus-therapeutique.pdf
- Gelin, Z., Bzurovski, J., Simon, Y., & Hendrick, S. (z.d.). Thérapie multifamiliale et rite de passage: Quand l'appartenance à une communauté sociale soigne le lien familial. *Thérapie familiale*, 35(4), 463-473.
- Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (z.d.). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? *Thérapie familiale*, 36(1), 133-147.
- Harf, A., Sibeoni, J., Genis, C., Crandclerc, S., Hellier, E., Minassian, S., Roué, A., Snegaroff, C., Skandrani, S., & Moro, M. R. (z.d.). Une nouvelle proposition de soins pour les refus scolaires anxieux à l'adolescence: La thérapie multifamiliale. *La psychiatria de l'enfant*, 65(1), 37-51.

- Hiers, S. (z.d.). L'enfant en crise et la fonction du groupe multifamilial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 76(1), 89-101.
- Hiers, S. (z.d.). Présence à distance et coprésence. Une séance de psychothérapie multifamiliale animée par Skype. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70(1), 115-126.
- Igodt, P. (1983). La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur. *Thérapie familiale*, 4(1), 81-97.
- La Belle, F. (z.d.). Vue d'ailleurs et autrement Le comment. *Psicópatas*, 13(3-4), 267-274.
- Lafaye, G. (2014). Les approches familiales. En *Adicciones y comorbidades*. Dunod. <https://www.cairn.info/addictions-et-comorbidites--9782100713011-page-385.htm?contenu=plan>
- Laqueur, H. P. (1973). Thérapie multifamiliale: Questions et réponses. In *Techniques de base en thérapie familiale*. Delarge.
- M'Bailara, K., & Gard, S. (z.d.). Un groupe de psychoéducation pour les patients bipolaires et leur entourage. *Le journal des psychologues*, 313(10), 42-45.
- Marchand, D. (z.d.). « À propos de la parution de l'ouvrage Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Èrès, coll. 'Relations', 2007. : Entretien avec Solange Cook-Darzens ». *Santé mentale au Québec*, 33(1), 157-167.
- Martin, B., Rochet, C., Félus, D., & Félus, M. (2014). Réhabilitation et groupes multifamiliaux à orientation systémique. *L'information psychiatrique*, 90(6), 477-484.
- Mascaro Masri, N. (z.d.). Hommage à Jorge García Badaracco. *Le divan familial*, 26(1), 165-168.
- Miermont, J. (2002). L'approche psycho-éducative et multifamiliale de William R. MacFarlane Introduction et commentaires. *Thérapie familiale*, 23(2), 105-120.
- Miermont, J. (z.d.). Thérapies familiales et psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(1), 75-83.
- Migerode, L., Lemmens, G., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Meynckens-Fourez, M. (2005). Groupes de discussion de jeunes adultes dépressifs hospitalisés avec leurs familles. *Thérapie familiale*, 4(26), 365-390.
- Mille, C., Boudailliez, B., & Naepels, B. (z.d.). Groupes d'anorexiques, groupes de parents: Penser le trouble ensemble et autrement ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 417-426.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Narraci, A. (2012). Le groupe de psychanalyse multifamiliale (GPMF). In *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* (pp. 115-123). Èrès. <https://www.cairn.info/quels-toits-pour-soigner-les-personnes-souffrant--9782749216218-page-115.htm?contenu=plan>
- Onderwater, K., & Molders, H. (2001). Multiloog une initiative néerlandaise pour une meilleure communication. *Dirección general*, 23 años.
- Podlipski, M.-A., Laviolle, J., Gonzales, B., Georgin, C., Leclerc, S., Lasfar, M., Dubos, C., Bazin, K., Gayet, C., Marguet, C., & Gerardin, P. (z.d.). Le repas familial thérapeutique Un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles. *Perspectives Psy*, 54(1), 20-29.
- Rabain, N. (2014). *Scarifications à l'adolescence et groupes thérapeutiques multifamiliaux*. Colloque international d'Athènes, Athènes, Grèce. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01445730>
- Rabain, N. (2015). *L'adolescent, ses parents et la psychanalyse multifamiliale* [Sorbonne Paris Cité]. <https://www.theses.fr/2015USPCC019>
- Rabain, N. (2018). *Psychanalyse multifamiliale et roman familial de l'adolescent*. VIIIe Congrès International de l'AIPCF, J, Lyon. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02533827/document>
- Rabain, N. (2019). *GROUPES THÉRAPEUTIQUES MULTIFAMILIAUX Expériences internationales Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03776868>

- Rabain, N. (z.d.). Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France. *Le divan familial*, 46(1), 159-171.
- Rabain, N. (z.d.). La psychanalyse multifamiliale pour adolescents à Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146-1153.
- Rabain, N. (z.d.). Les adolescent·e·s transgenres et leurs parents Abord groupal de la transition. *Recherches en psychanalyse*, 30(2), 140-146.
- Rabain, N. (z.d.). Pourquoi la psychanalyse multifamiliale? *Enfances & Psy*, 79(3), 32-39.
- Rabain, N., Bourvis, N., & Cohen, D. (z.d.). Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(5), 317-323.
- Rabain, N., Briancesco, M. E., Ragatke, S., & Toporosi, S. (z.d.). De la mise en scène à la mise en récit: Confrontation intergénérationnelle et psychanalyse multifamiliale. *Diálogo*, 236(2), 31-47.
- Roques, M., Rousselet, C., & Sinanian, A. (z.d.). Théâtre de l'opprimé et groupe multifamille: Un dispositif de prise en charge original. *Le journal des psychologues*, 382(10), 31-37.
- Salem, G. (1985). L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 136(6), 67-71.
- Salem, G. (2001). EXPOSITION, CONFRONTATION, LEGITIMATION, APPRENTISSAGE : QUATRE MOTS-CLEFS POUR LA THERAPIE MULTIFAMILIALE. *Générations - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Salem-G.TMF_.pdf
- Sauvaget, O., & Smaniotto, B. (z.d.). Anorexie et relations incestuelles. *Bulletin de psychologie*, 524(2), 159-165.
- Schiavone, A. (z.d.). *La thérapie multifamiliale: En quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale?* [UCLouvain]. <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis:3087>
- Sciffet, D. (2020). *Intérêt de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale*. [Université de Lille - faculté de médecine]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM211.pdf
- Sheffield, M. (z.d.). Groupes multifamilles avec des patients abuseurs de substances et leurs enfants: Programme de développement et résultats. *Générations*, 23, 17-20.
- Tamian, I. (2017). Famille et alcool. In *Le conjugal et le familial face à la problématique alcoolique Approche centrée sur l'entourage et l'alcoolodépendance*. Chronique sociale. <https://www.cairn.info/le-conjugal-et-le-familial-face-a-la-problematique--9782367171067.htm>
- Woodbury, M. A., & Woodbury, M. (1969). Psychiatrie communautaire à Paris: Création d'un service pilote d'urgence, d'hospitalisation à domicile, et de thérapie familiale dans le treizième arrondissement. *L'information psychiatrique*, 45(10).
- Zanouy, L., M'Bailara, K., & Minois, I. (2013). Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte. *Le journal des psychologues*, 313(10), 37-41.

APÉNDICE 3 - BIBLIOGRAFIA BELGA (HOLANDES)

- Cornelis, E., & Lemmens, G. (2016). *De effectiviteit van groepsgezinstherapie bij psychiatrische aandoeningen: Een review* [Ugent]. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/773/RUG01-002272773_2016_0001_AC.pdf
- Hilliger, E. (z.d.). Meergezinsbehandeling voor veteranengezinnen. *Guía del sistema*, 25(2). https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-25-2-57/Meergezinsbehandeling-voor-veteranengezinnen
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland De Tijdstroom; https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:528924?i=17&q=%22M+Heireman%22&search_field=autor.
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2014). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland De Tijdstroom; https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:5848811?i=5&q=%22M+Heireman%22&search_field=autor.
- Lemmens, G., Heireman, M., Naeyaert, E., & Sabbe, B. (1999). Familiediscussiegroep: Een netwerk van verbindingen. *Tijdschrift voor familietherapie*, 6(2), 21-34. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522306?i=15&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Lemmens, G., Heireman, M., & Sabbe, B. (2001). Familiediscussiegroepen: Methodiek en processen. *Systeemtherapie*, 13(2), 72-85. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523056?i=11&q=%22M+Heireman%22&search_field=autor.
- Lemmens, G., Migerode, L., Heireman, M., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2006). Therapeutische factoren in groepsgezinstherapie bij depressieve patiënten en hun partners. In *Als liefde niet volstaat*. Campus de Leuven Lannoo; https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523654?i=9&q=%22M+Heireman%22&search_field=autor.
- Migerode, L., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Lemmens, G. (2006). Groepsgezinstherapie met opgenomen depressieve jongvolwassenen en hun gezin. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32, 150-160.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familiediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Overbeek, M., Gudde, L., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multiprobleemgezinnen in intensieve specialistische meergezinstherapie: Een theoretische beschrijving en verslag van een casestudy. *Gezinstherapie wereldwijd*, 32, 409-424.
- Van Tricht, K., Lemmens, G., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie bij verslaafden binnen een urgentiepsychiatrische dienst'. *Systeemtherapie*, 20(1), 5-19.
- Vanhooren, F., Simons, A., Janssens, A., Glazemakers, I., & Deboutte, D. (z.d.). Multi Familie Dagbehandeling (MFD) bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa: Een pilootstudie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 38(1), 14-30.

APÉNDICE 4 - BIBLIOGRAFÍA DE ESPAÑA EN CASTELLANO

- Arroyo Guillamón, R. (s. f.). Los poderes del trabajo multifamiliar. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Ayerra, José María. (2019). El Grupo Multifamiliar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136).
- Ayerra, José María y López Atienza, José L. (s. f.). *El Grupo Multifamiliar: Un espacio sociomental*. Bar, Graciela. (s. f.). Multifamiliar por sistema de video-conferencia. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Berardinis, Massimo. (2019). Los Grupos Multifamiliares. *Área 3*, 23, 1-12.
- Blanqué, Joan Manel. (2005). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis*, 10, 25.
- Dobner, Gabriel. (2014). *Repensando el psicoanálisis. Multifamiliares* (Vol. 1-1). Compañía editora de La Matanza.
- Domínguez Vázquez, Iría. (2020). La mente ampliada: Descripción y análisis de un grupo multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 19.
- Estrada, Anna. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: Un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Inf. psiquiátr.*
- García Badaracco, J. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-73.
- García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar* (1ª). Tecnicpublicaciones S. A. Colección Continente/Contenido84-86104-30-0.
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo* (1ª). Paidós. Psicología Profunda.
- García Badaracco, Jorge. (2005). Psicoanálisis Multifamiliar para curar la enfermedad mental desde la Virtualidad Sana. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, LXII, 919-936.
- García Badaracco, Jorge. (2012a). ¿Cómo se comienza un grupo multifamiliar? *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 21 a 24.
- García Badaracco, Jorge. (2012b). Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 25 a 34.
- García de Bustamante, Esther. (2012). La función por hacer. Comedia da fare. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 137-146.
- Girau Valero, Gely, Martín Barahona, Paula y Muñoz González, Raul. (2019). EL EQUIPO DE CONDUCCIÓN Y SU INCIDENCIA EN EL CLIMA EMOCIONAL DEL GRUPO MULTIFAMILIAR. *Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales*, 23, 9.
- Godinho, P. Centeno M. J. Fialho, T. Neto, I M. (2012). El grupo multifamiliar y el síndrome de puertas abiertas: Del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 123 a 136.
- Jáñez Álvarez, M. (2021). Análisis de un grupo multifamiliar, desde la perspectiva sociodramática. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 15(2), 419-435.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I. (s. f.). *Los GMF: una mirada para la reconstrucción humana del sufrimiento mental*.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I.B. (2003). Tratamiento Multigrupal en la Adolescencia. Exposición y reflexiones de una experiencia clínica realizada a partir de la integración de un grupo pequeño y un grupo multifamiliar. *Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 29.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I.B. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: Su construcción y contribución al cambio. *Iniciativas grupales*, 2(1).

- Manchado Flores, Miguel Angel. (2021). Los grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental desde la mirada del Trabajo Social con grupos multi-family. *Trabajo social hoy*, 94, 49-73.
- Mandelbaum, Eduardo. (2015). *Teoría y práctica del grupo multifamiliar. Desde el psicoanálisis integrativo* (Vol. 1-1). Ediciones del Candil.
- Marín Arévalo, Arturo. (2016). Explorando el Psicoanálisis Multifamiliar. Reflexiones en torno a la forma de entender el sufrimiento de los pacientes. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 10(1).
- Markez, Iñaki. (2009). Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco. *Revista Norte de Salud Mental*, 34, 85-93.
- Martínez García de Castro, M. Fernández Gil, J. Perles Rosselló, F. (2020). Vínculos y Palabras en un GMF. *Psicoterapia y meditación. Revista on line*. <psicoterapia y meditación.com>.
- Martínez González Alejandro, Bonnel García, Lars, Sempere Pérez, Javier y Fuenzalida Muñoz, Claudio. (2021). Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares. Una revisión sistemática. *LASALLE, centro universitario*, 21, 33-60.
- Maruottolo Sardella, C. (2009). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo hipercomplejo. *Avances en salud mental relacional*, 8(2).
- Mascaró Landolfi, Andrés, Juan Mendivil y otros. (2006). El GMF en el contexto de una Escuela de Padres de una Ikastola. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 105 a 115.
- Mascaró Masri, Norberto. (s. f.). Homenaje a Jorge García Badaracco. Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Sainte Anne. París. Octubre de 2020. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Mascaró Masri, Norberto. (2008). Crisis y Contensión: El GMF. En *CRISIS Y CONTENCIÓN. Del estrés al equilibrio psíquico. Autores José Guimón, Ricardo Dávila, Antonio Andreoli (Eds.)* (Ediciones Eneida. Puntos de Vista/12, p. 252). Eneida.
- Mascaró Masri, Norberto. (2011). La transferencia: Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 10(3).
- Mascaró Masri, Norberto. (2012). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 35 a 43.
- Mascaró Masri, Norberto. (2015). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. Contextualizando la experiencia. En *Un cuarto de siglo de Psiquiatría Dinámica. Coordinador José Guimón* (p. 222). Eneida.
- Mascaró Masri, Norberto. (2018). El Grupo Multifamiliar: Un campo dinámico interactivo. En *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Autoras: De Castro Oller, M. J.; Gómez Esteban, R.; De La Hoz Martínez, A.* (pp. 155-162). Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios-61.
- Matthews, S. Spector, C. Suarez Johnson, L. (s. f.). GMF intercultural (MIC): Migración e interculturalidad, encuentros de experiencias subjetivas. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Mitre, María Elisa. (s. f.). *Intervenir en los GPMF: cómo, cuándo, porqué y para qué*.
- Mitre, María Elisa. (2016). *Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan* (Vol. 1-1). Sudamericana.
- Moneo Martín, Florencio. (2008). El Grupo Multifamiliar: Un análisis antropológico. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 3, 41 a 48.
- Murelaga, María Jesús y Barrenetxea, Olatz. (2006). El GMF, instrumento facilitador de la dinámica adolescente. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 127 a 133.
- Narracci, Andrea. (s. f.). *El poder de la vivencia*.
- Palleiro, Eva. (2012). Psicoanálisis Multifamiliar, asambleas y rehabilitación. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 95 a 108.

- Rabin Lebovici, Nicolás, D'Agostino Ermacora, Sebastián, Benaym, Liza y Mascaró Masri, Norberto. (2018). Grupos multifamiliares: Un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente*, 65.
- Rabin Nicolás. (s. f.). Contribución al despliegue del psicoanálisis multifamiliar en Francia. *Le Divan Familiar*, 46(1), 159-1712021.
- Ramos, L. De Miguel, S. (2017). Grupo multifamiliar en un hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria. *Avances en salud mental relacional*, 16(1).
- Salomón Martínez, Jesús y Simond Hernán. (2013). *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?* (Vol. 1-1). Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios-52.
- Sempere, Javier. (2012). Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 11 a 20.
- Sempere, Javier y Fuenzalida, Claudio. (2017). *Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: La terapia hecha por todos* (Vol. 1-1). Psimática Editorial, S.L.
- Sempere Pérez, J. (2018). Terapia interfamiliar: Potenciando la terapia multifamiliar a través del grupo multifamiliar. En *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental* (María Jesús de Castro Oller, Rosa Gómez Esteban y Angela de la Hoz Martínez (editoras), Vol. 1, p. 279). Asociación Española de Neuropsiquiatría-.
- Sempere Pérez, Javier. (2016). *Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar* [Tesis (proyecto de investigación)]. de Murcia (Facultad de Medicina).
- Sempere Pérez, Javier, y F., Claudio. (2022). *Terapia Interfamiliar. El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos*. (Vol. 1-1). Editorial Desclée De Brouwer.
- Sempere Pérez, Javier, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 5, 93-101.
- Simond, Hernán. (2012). El «Esquema de Articulaciones» de Jorge García Badaracco y su relación con el esquema reversible de la mente. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 45 a 63.
- Soler Sánchez. M.M. (2018). Los grupos multifamiliares en España. En *La Psicoterapia de Grupos en los Servicios de Salud Mental*. (pp. 173-186). Asociación Española de Neuropsiquiatría- Estudios-61.
- Toporosi, S. Regatke, S. Rabin, N. Briancesco, ME. (2015). Grupo terapéutico multifamiliar con adolescentes: Un dispositivo para que se despliegue la confrontación generacional. *Revista Topía*.
- Vilariño Besteiro, p. Unzueta Conde, B. Uría Rivera, T. Pérez Franco, C. Guerra Gomez, E. (2019). Aunando esfuerzos: GMF en el abordaje de los trastornos de alimentación. *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud Mental. Colegio de Psicólogos de Madrid*, 10(2), 1-18.
- Visona, Federica. (2017). El grupo de psicoanálisis multifamiliar. Una experiencia formativa en un contexto terapéutico de hospitalización. *Revista de Sistemas Psicosociales (Revista on line de Sistemas Sociales)*.

APÉNDICE 5 - BIBLIOGRAFIA PORTUGUESA

- Narvaz, M. G. (2010). Grupos multifamiliares: história e conceitos. *Contextos clínicos*, 3(1), 1-9.
- Costa, L. F., Almeida, M. C. D., Ribeiro, M. A., & Penso, M. A. (2009). Grupo multifamiliar: espaço para a escuta das famílias em situação de abuso sexual. *Psicologia em Estudo*, 14, 21-30.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Almeida, T. M. C. D. (2005). O grupo multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia Usp*, 16, 121-146.
- Ponciano, E. L. T., Cavalcanti, M. T., & Féres-Carneiro, T. (2010). Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. *Archivos de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 37, 43-47.
- Jaeger, M. A. D. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 20-27.
- Costa, L. F. (2011). Participação de famílias no Grupo Multifamiliar de adolescentes ofensores sexuais: vergonha e confiança. *Psicologia clínica*, 23, 185-201.
- Santos, M. A., Leonidas, C., & de Souza Costa, L. R. (2016). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(68), 43-58.
- Costa, L. F. (1999). Possibilidade de criação de um contexto educativo: grupos multifamiliares. *Linhas Críticas*, 4(7-8), 159-174.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. D. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 483-492.
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. D. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21, 363-378.
- Ribeiro, M. A., Costa, L. F., Penso, M. A., de Almeida, T. M. C., & Nogueira, H. F. (2010). O grupo multifamiliar em parceria com a ação psicossocial forense. *Interação em Psicologia*, 14(1).
- Tavares, A. S., Mesquita, N., & Montenegro, S. (2019). Intervenção psicossocial com adolescentes que cometeram ofensa sexual e suas famílias: o grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistemica*, 28(64), 82-104.
- Brito, M. L. D. S. (2011). Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia.
- Pozzobon, M., & Marin, A. H. (2021). Recursos expressivos e desempenho escolar: intervenção em grupo multifamiliar. *Revista de psicologia (Santiago)*, 30(2), 10-24.
- Costa, L. F., & Mejias, N. P. (1998). Reuniões multifamiliares: uma proposta de intervenção em psicologia clínica na comunidade.
- Tommasi, M. C. F. (1996). Uma experiência institucional com grupos multifamiliares no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 33-40.
- Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em estudo*, 15, 217-223.
- Soares, L. V., & Penso, M. A. (2014). Proposta de intervenção com grupo multifamiliar com famílias nomeadas pela escola como violentas. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(2), 15-24.
- Centeno, M. J., Godinho, P., Fialho, T., Teixeira, A. L., & Neto, I. M. (2010). A 'síndrome das portas abertas'-um diagnóstico a partir do grupo multifamiliar. *Enlace-Revista do NESME*, 7(2), 15-22.
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Cavalcante, A. B., & da Silva, M. M. (2013, March). Obesidade e família: o Grupo Multifamiliar na pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes obesos. In *Trabalho publicado nos anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental* <http://www.PsicopatologiaFundamental.org/pagina-mesasredondas-712>. Acesso em (Vol. 20)

- Da costa, R. F., & de Souza, j. A. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Unifunec científica multidisciplinar*, 2(3).
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Melo, V. D. A. A., & Valadares, F. S. A. (2013). Pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes com obesidade utilizando a metodologia do Grupo Multifamiliar. *Relações interpessoais e saúde*, 55.
- Valentin, F. (2018). ‘Não é porque eu sou pobre que eu não posso sonhar’: contribuições da musicoterapia em um grupo multifamiliar vulnerado pela pobreza.
- Berwanger, C., Rosa, M. I., & Narvaz, M. (1999). Abuso sexual infantil: compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Texto & contexto enferm*, 330-333.
- de Figueiredo, M. S. (2017). Tecendo histórias, fortalecendo vínculos: a experiência com genogramas em um grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(59), 87-99.
- Contel, J. O. B., & Villas-Boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 225-230.
- de Lima, h. G. D. (2006) Grupos multifamiliares como uma possibilidade de intervenção na justiça. Construindo caminhos para a intervenção psicossocial no contexto da justiça. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, 106.
- De Souza, j. A., & da Costa, r. F. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Anais do fórum de iniciação científica do unifunec*, 3(3).
- Holzmann, M. E. F. (2006). Jogos espontâneo-criativos nos processos de desenvolvimento da comunicação, autonomia e integração: uma proposta de intervenção sistêmica para grupo multifamiliar em situação de risco.
- Valentin, F., do Nascimento, S. R., Ferreira, E. A. D. B. F., & Teixeira, C. M. F. S. (2015). Grupo Multifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola. *ABRAMD: Compartilhando Saberes*, 72.
- Maria, A. M. F. P. A., & Pincolini, F. (2017). Grupos multifamiliares para responsáveis de adolescentes em conflito com a lei: Relato de experiência e proposta de intervenção. *Revista SocioEducação*, 1(01), 49-65.
- Costa, L. F., Penso, M. A., Rufini, B. R., de Alcântara Mendes, J. A., & Borba, N. F. (2007). Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 245-255.
- Santos, L. A. (2014). Terapia cognitivo-comportamental familiar por meio de grupos multifamiliares no tratamento para o transtorno relacionado a substâncias.
- Moreira, M. S. S. (2004). A dependência familiar. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 83-88.
- Vilela, L., dos Santos, M. A., de Andrade Moura, F. E. G., Brustelo, T. N. C., & Saviolli, C. M. G. (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPAGESP*, 11(2), 41-50.
- Costa, L. F., & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicología y Sociedad*, 17, 33-41.
- Saraiva, L. F. D. O. (2018). O atendimento a queixas escolares no CRAS. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22, 215-217.
- Bastos, K. R. P., Mesquita, N., Montenegro, S., Siqueira, G. M., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., ... & Costa, L. F. (2019). Grupo multifamiliar: uma proposta de intervenção psicossocial com adolescentes autores de violência sexual. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019* (Vol. 16, No. 1).
- Penso, M. A., Costa, L. F., de Almeida, T. M. C., & Ribeiro, M. A. (2009). Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia*, (30), 142-157.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & de Almeida, T. M. C. (2006). Nos bastidores da pesquisa: Dificuldades no procedimento metodológico em situações-limite. *Psico*, 37(2).

- Nery, M. D. P., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16, 305-313.
- Cavalcante, A. B. (2018). Adolescentes com bulimia nervosa e suas famílias: pesquisa e intervenção por meio do grupo multifamiliar.
- da Silva Brito, M. L. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: Uma Forma De Aprender a Viver Com a Esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa (Portugal))
- Nogueira, H. F. (2017). Intervenção psicossocial com famílias de crianças obesas por meio do grupo multifamiliar: vivências e percepções dos participantes.
- Penso, M. A., Legnani, V., Costa, L. F., & Antunes, C. (2005). O grupo multifamiliar com famílias de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no contexto da crise. *LF Costa & TMC de Almeida, Violência no cotidiano: do risco à proteção*, 87-105.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta médica portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Almeida, T. M. C. D., Penso, M. A., & Costa, L. F. (2009). Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino?. *Estilos clin*, 46-67.
- Seadi, S. M. S. (2007). *A terapia multifamiliar e a dependência química* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Caetano, L. A. O., da Silva, F. S., & Silveira, C. A. B. (2017). Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. *Enlace-Revista do NESME*, 14(2), 84-93.
- Patrão, I., & Rita, J. S. (2013). Intervenção Multifamiliar com Adolescentes com Alterações de Comportamento: Proposta de um Programa de Intervenção. *Psicología, Comunidad y Salud*, 2(3).
- Cabral, R. R. F., & Chaves, A. C. (2005). Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 32-38.
- Costa, L. F. (2004). Grupos multifamiliares: construindo uma metodologia para a psicologia clínica na comunidade. *Família e problemas na contemporaneidade: reflexões e intervenções do Grupo Socius*, 123-156.
- Cobelo, A. W., & Nicoletti, M. (2019). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos Transtornos Alimentares. *Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar*.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Conceição, M. I. G. (2015). Manual de grupos multifamiliares. *Brasília, DF: Central de Produções Gráficas e Editora*.
- Penso, M. A., Costa, L. F., Conceição, M. I. G., & Carreteiro, T. C. O. C. (2013). As mães dos adolescentes que cometeram ato infracional social e de natureza sexual. *Interacções*, 9(25).
- Zaranza, N. I. D. C. (2008). Autismo e família: estudo dos aspectos familiares e sociais.
- FERRARINI, A. (1998). A construção social da terapia: Uma experiência com redes sociais e grupos multifamiliares. *Porto Alegre: Metrópole*.
- Tapia, L. E. R., Ribeiro, B. D. O. L., & Contel, J. O. B. (2000). Grupo de apoio multifamiliar e avaliação do funcionamento social de pacientes em hospital-dia psiquiátrico universitário. *J. bras. psiquiatr*, 395-398.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Archivos de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 31, 184-187.
- Costa, L. F., & Penso, M. A. (2013). A percepção de profissionais sobre o atendimento a adolescentes ofensores sexuais. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 227-240.
- Narvaz, M., Berwanger, C., Moraes, R., & Rosa, M. I. (2000). Abuso sexual infantil: Compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 18(9), 31-38.

APÉNDICE 6 - BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL

Bibliografía Internacional (normas APA)

1. «Una intervención grupal multifamiliar para facilitar la comunicación abierta entre los adolescentes adoptados y sus padres adoptivos - ProQuest». Consultado el 10 de febrero de 2023. <https://www.proquest.com/openview/0777a7b6ff42e2dbeb0de13fc55222a8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=50&diss=y>.
2. APA PsycNET. «Family and Multifamily Therapy.» Consultado el 10 de febrero de 2023. <https://doi.org/10.1002/9781118328910.ch18>.
3. APA PsycNET. «Grupos multifamiliares psicoeducativos: adaptaciones y resultados. - PsycNET». Consultado el 1 de febrero de 2023. <https://psycnet.apa.org/record/2000-02231-003>.
4. Asen, Eia. «Terapia familiar múltiple: una visión general». *Journal of Family Therapy* 24, fasci. 1 (febrero de 2002): 3-16. <https://doi.org/10.11/1467-6427.00197>.
5. Asen, Eia, Neil Dawson, y Brenda McHugh, ed. de. *Terapia familiar múltiple: El modelo de Marlborough y sus aplicaciones más amplias*. Londres: Routledge, 2019. <https://doi.org/10.4324/9780429477386>.
6. Asen, Eia y Heiner Schuff. «Psicosis y terapia de grupo familiar múltiple». *Journal of Family Therapy* 28, número. 1 (febrero de 2006): 58-72. <https://doi.org/10.11/j.1467-6427.2006.00337.x>.
7. Barbagelata, Norberto. «El grupo multifamiliar en patologías psiquiátricas graves». En *Intervenciones clínicas en terapia sistémica de pareja y familiar*, editado por Roberto Pereira y Juan Luis Linares, 177-90. Serie de la Asociación Europea de Terapia Familiar. Cham: Springer International Publishing, 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78521-9_12.
8. Borgogno, Francesca Viola. «Trabajar con pacientes 'difíciles': entrevista con Jorge García Badaracco». *The American Journal of Psychoanalysis* 70, fasc. 4 (1 de diciembre de 2010): 341-60. <https://doi.org/10.1057/ajp.2010.24>.
9. Borgogno, Francesca Viola, Isabella Giulia Franzoi, Chiara Paola Barbasio, Fanny Guglielmucci y Antonella Granieri. «Trauma masivo en una comunidad expuesta al asbesto: pensamiento y disociación entre los habitantes de Casale Monferrato». *Revista Británica de Psicoterapia* 31, fasc. 4 (2015): 419-32. <https://doi.org/10.11/bjp.12170>.
10. Brady, Pamela, María Kangas y Katherine McGill. «'Asuntos familiares': Una revisión sistemática de la evidencia para la psicoeducación familiar para el trastorno depresivo mayor». *Journal of Marital and Family Therapy* 43, fasc. 2 (abril de 2017): 245-63. <https://doi.org/10.1111/jmft.12204>.
11. Buckmaster, Ruth, Suzanne Guerin, Tess O'Leary y Muireann McNulty. «Exploración de la dinámica familiar en adultos que se autolesionan: un enfoque de múltiples perspectivas». *Journal of Family Therapy* 43, fasci. 4 (noviembre de 2021): 665-86. <https://doi.org/10.11/1467-6427.12314>.
12. Castillo, I. García Del, S. López García, y A. Pérez Balaguer. «Terapia multifamiliar en primeros episodios de psicosis: un estudio piloto». *European Psychiatry* 65, fasci. S1 (junio de 2022): S783-84. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2024>.
13. Domínguez Vázquez, Iría, Laura Nuño Gómez, Neus Freixa Fontanals, Carmen Hidalgo Arjona, Gemma Cervera, Antoni Corominas Díaz y Mercè Balcells-Oliveró. «Terapia multifamiliar en la red comunitaria de salud mental: un estudio pragmático aleatorizado y controlado». *Journal of Marital and Family Therapy* 49, fasc. 1 (2023): 205-21. <https://doi.org/10.1111/jmft.12617>.
14. «FRPM PFA - Documentos: Grupos multifamiliares». Consultado el 10 de febrero de 2023. <http://programme.exordo.com/isps2017/delegates/session/60/>.
15. Gale, John, Alba Realpe y Enrico Pedriali. *Comunidades terapéuticas para la psicosis: filosofía, historia y práctica clínica*. Routledge, 2013.

16. García Badaracco, Jorge. *comunidad terapéutica de construcción multifamiliar*, sd
17. García Badaracco, Jorge E. «Ferenczi: Su posición en el ámbito de la psiquiatría». *Foro Internacional de Psicoanálisis* 13, fasci. 1-2 (1 de abril de 2004): 93-104. <https://doi.org/10.1080/08037060410027093>.
18. García del Castillo, Inés, Saioa López García, Ana Pérez-Balaguer, David Varillas Delgado, Claudio Fuenzalida Muñoz, and Javier Sempere Pérez. «Multifamily therapy in first psychotic episodes: a pilot study». *Psicosis* 0, fasci. 0 (2 de marzo de 2022): 1-9. <https://doi.org/10.1080/17522439.2022.2037693>.
19. García, María Pérez, José Antonio Jiménez Barbero, Silvia Torregrosa García y Javier Sempere. «TERAPIA GRUPAL MULTIFAMILIAR EN EL PROBLEMA CONDUCTUAL Y EMOCIONAL ADOLESCENTE», 2016.
20. Gelin, Zoé, Solange Cook-Darzens y Stéphan Hendrick. «La base de evidencia para la terapia familiar múltiple en los trastornos psiquiátricos: una revisión (Parte 1): Base de evidencia para el MFT psiquiátrico». *Revista de Terapia Familiar* 40, fasci. 3 (agosto 2018): 302-25. <https://doi.org/10.11/1467-6427.12178>.
21. Guglielmucci, Fanny, Isabella G. Franzoi, Chiara P. Barbasio, Francesca V. Borgogno y Antonella Granieri. «Ayudar a las personas traumatizadas a sobrevivir: una intervención psicoanalítica en un sitio contaminado». *Frontiers in Psychology* 5 (8 de diciembre de 2014). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01419>.
22. Guim, José. «Superar el declive del psicoanálisis en las instituciones psiquiátricas». *Foro Internacional de Psicoanálisis* 25, fasci. 3 (2 de julio de 2016): 169-78. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2014.953578>.
23. Hellemans, S., J. De Mol, A. Buisse, I. Eisler, K. Demyttenaere y G. M. D. Lemmens. «Procesos terapéuticos en grupos multifamiliares para depresión mayor: resultados de un estudio fenomenológico interpretativo». *Revista de Trastornos Afectivos* 134, fasc. 1-3 (noviembre 2011): 226-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.050>.
24. Jewell, Thomas David y Gilbert M.D. Lemmens. «Terapia familiar múltiple: ¿Siempre prometedor? Comentario sobre Gelin et al. (2018) y Cook-Darzens et al. (2018), la evidencia básica para la terapia familiar múltiple en condiciones psiquiátricas y no psiquiátricas: Una revisión (partes 1 y 2)». *Revista de Terapia Familiar* 40, fasci. 3 (2018): 344-48.
25. Kaufman, Edward y Pauline Kaufmann. «Terapia familiar múltiple con toxicómanos». En *Dependencia de Drogas y Alcoholismo: Volumen 1 Temas Biomédicos*, editado por Arnold J. Schechter, 107-18. Boston, MA: Springer US, 1981. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-3614-3_14.
26. Kuppersmith, Judith, Rima Blair, y Robert Slotnick. «Formación de estudiantes como Co-Leaders de grupos de asesoramiento multifamiliar». *Enseñanza de la Psicología*, 20 de noviembre de 2009. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15328023top0401_1.
27. Laqueur, HP «Terapia familiar múltiple y teoría general de sistemas». *Clínicas Internacionales de Psiquiatría* 7, fasc. 4 (1970): 99-124.
28. ---. «Terapia familiar múltiple: preguntas y respuestas». *Seminarios de Psiquiatría* 5, fasc. 2 (mayo de 1973): 195-205.
29. Laqueur, H. P., y H. A. Laburt. «FAMILIA EN UN HOSPITAL ESTATAL MODERNO». *Higiene mental* 48 (octubre de 1964): 544-51.
30. Laqueur, H. P., H. A. Laburt, y E. Morong. «TERAPIA FAMILIAR MÚLTIPLE». *Terapias Psiquiátricas Actuales* 4 (1964): 150-54.
31. Laqueur, H. P., y D. Lebovic. «Correlación entre terapia familiar múltiple, crisis agudas en una comunidad terapéutica y niveles de fármacos». *Enfermedades del sistema nervioso* 29, fasc. 5 (mayo de 1968): Suppl:188-192.
32. Laqueur, H. P., C. F. Wells, y M. Agresti. «Terapia multifamiliar en un hospital estatal». *Hospital y Psiquiatría Comunitaria* 20, fasc. 1 (enero de 1969): 13-20. <https://doi.org/10.1176/ps.20.1.13>.

33. Leichter, Elsa y Gerda L. Schulman. «Interacción de técnicas de tratamiento grupal y familiar en terapia grupal multifamiliar». *Revista Internacional de Psicoterapia de Grupo*, 29 de octubre de 2015. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207284.1972.11492155>.
34. Manso Neto, Isaura, Teresa Fialho, Paula Godinho y Maria João Centeno. «Tratamiento y formación: una experiencia de 30 años de un equipo con un marco de análisis de grupo: Parte I». *Group Analysis* 43, edición. 1 (marzo de 2010): 50-64. <https://doi.org/10.1177/0533316409357133>.
35. Maone, Antonio, Barbara D'Avanzo, Federico Russo, Rita Maria Esposito, Bozena Lucyna Goldos, Alessandro Antonucci, Giuseppe Ducci y Andrea Narracci. «Implementación de grupos multifamiliares psicodinámicos para enfermedades mentales graves: un enfoque orientado a la recuperación». *Fronteras en Psiquiatría* 12 (2021). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.646925>.
36. McClendon, Ruth. «Terapia de grupo familiar múltiple con adolescentes en un hospital estatal». *Revista Clínica de Trabajo Social* 4, fasc. 1 (1 de marzo de 1976): 14-24. <https://doi.org/10.1007/BF02142634>.
37. McFarlane, William R. *Grupos multifamiliares en el tratamiento de trastornos psiquiátricos graves*. Prensa de Guilford, 2004.
38. Mehl, A., J. Tomanov á, A. Kuběna y H. Papežová. «Adaptar la terapia multifamiliar a las familias que cuidan a un ser querido con un trastorno alimenticio en la República Checa combinada con un estudio piloto de seguimiento de la eficacia». *Journal of Family Therapy* 35, fasci. S1 (2013): 82–101. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00579.x>.
39. Millard, Joel y John R. McLagan. «Trabajo en grupo multifamiliar: un enfoque esperanzador hacia el delincuente institucionalizado y su familia». *Estudios comparativos de grupo* 3, número. 1 (1 de febrero de 1972): 117-27. <https://doi.org/10.1177/104649647200300109>.
40. «Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar: un enfoque exitoso para el tratamiento de trastornos mentales graves». Consultado el 10 de febrero de 2023. <http://programme.exordo.com/isps2017/delegates/presentation/207/>.
41. «Terapia multifamiliar para la bulimia nerviosa: un estudio piloto cualitativo de las experiencias de adolescentes y familiares | Journal of Eating Disorders | Texto completo'. Consultado el 1 de febrero de 2023. <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00606-w>.
42. Narracci, Andrea. «Un 'puente' entre psicoanálisis y psiquiatría». En *Psicoanálisis y Psiquiatría*. Routledge, 2018.
43. «Proyecto de resultados.docx», sd
44. Pérez-García, María, Javier Sempere-Pérez, Juan Vicente Rodado-Martínez, David Pina López, Bartolomé Llor-Esteban y José Antonio Jiménez-Barbero. «Efectividad de la terapia multifamiliar para el comportamiento disruptivo adolescente en una institución pública: un ensayo clínico aleatorizado». *Servicios para Niños y Jóvenes* 117, fasc. C (2020). <https://ideas.repec.org//a/eee/cysrev/v117y2020ics0190740920310938.html>.
45. --. «Efectividad de la terapia multifamiliar para el comportamiento disruptivo de los adolescentes en una institución pública: un ensayo clínico aleatorizado». *Servicios para niños y jóvenes* 117 (1 de octubre de 2020): 105289. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105289>.
46. «PSICOTERAPIA DE GRUPO: Psicoanálisis multifamiliar: una historia de crimen». Consultado el 10 de febrero de 2023. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/psicoterapia-grupo-multi-family-psychoanalysis-a-story-of-crime>.
47. Raasoch, J., y H. P. Laqueur. «Aprender la terapia familiar múltiple a través de talleres simulados». *Family Process* 18, archivo. 1 (marzo de 1979): 95-98. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00095.x>.
48. Rabain, Nicolas. «Psicoanálisis multifamiliar para adolescentes en Buenos Aires». *Revue française de psychanalyse* 81, fasc. 4 (8 de noviembre de 2017): 1146-53.

49. ---. «Dinámica de transferencia y contratransferencia en un grupo multifamiliar para adolescentes transgénero». Artículo de investigación. <https://doi.org/10.1521/prev.2021.1084.457>. Guilford, 1 de diciembre de 2021. World. <https://doi.org/10.1521/prev.2021.1084.457>.
50. Rao, Sam. «Psicoanálisis en Buenos Aires: un enfoque etnográfico», sd
51. Leído por QxMD. «Tratamiento multifamiliar en grupo para la esquizofrenia.» Consultado el 10 de febrero de 2023. <https://read.qxmd.com/read/19548790/multifamily-group-treatment-for-schizophrenia>.
52. Rhodes, Rosetta M., y Arthur B. Zelman. «Un grupo multifamiliar permanente en un refugio de mujeres». *American Journal of Orthopsychiatry* 56, fasc. 1 (1986): 120-30. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1986.tb01548.x>.
53. Ruiz-Íñiguez, Raquel, Ana Carralero-Montero, Alejandro Martínez-González, Elizabeth Méndez-Parra, Yudith Valdés-Díaz y Javier Sempere. «Terapia interfamiliar, un modelo de terapia multifamiliar instalado en los servicios de salud mental infantil-juvenil de La Habana (Cuba): un estudio cualitativo desde la perspectiva de los participantes». *Journal of Marital and Family Therapy* 47, fasc. 4 (2021): 843-63. <https://doi.org/10.1111/jmft.12542>.
54. Sempere, Javier y Claudio Fuenzalida. «Terapia interfamiliar: aplicación de prácticas dialógicas en el grupo multifamiliar». En *diálogo abierto para la psicosis*. Routledge, en el 2021.
55. Stuart, Barbara K., y Danielle A. Schlosser. «Tratamiento grupal multifamiliar para la esquizofrenia». *Revista Internacional de Psicoterapia de Grupo* 59, fasc. 3 (1 de julio de 2009): 435-40. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2009.59.3.435>.
56. Tantillo, Mary, Jennifer L. Sanftner McGraw y Daniel Le Grange. *Grupo de Terapia Multifamiliar para Adultos Jóvenes con Anorexia Nerviosa: Reconexión para la Recuperación*. Nueva York: Routledge, 2020. <https://doi.org/10.4324/9780429460364>.
57. Tarallo Federica, Adriana Matarrese, Maria D'Alessandro, Serena Griffio, Giovanni Marino, Michela Marazzi, Francesco Riggio, Loredana Sangiovanni, Maria Ilaria Scardigli, and Giuseppe Nicolò. «[Cognitive-Behavioral group interventions and Multifamily Psychoanalysis group in a Psychiatric Ward]». *Revista de psiquiatría* 55, fasc. 4 (1 de julio de 2020): 222-26. <https://doi.org/10.1708/3417.33998>.

APÉNDICE 7 - CUESTIONARIO

CUESTIONARIO - GRUPOS MULTIFAMILIARES EN SALUD MENTAL

I - PRIMERA PARTE - DATOS GENERALES

1. INTERVIEW DETAILS

1.1. Código de entrevista _____

1.2. Socio/país _____

1.3. Entrevista Fecha _____

1.4. Identificación del entrevistador _____

1.4.1 Nombre (acrónimo) _____

1.4.2. Formación profesional

1.4.2.1. Psiquiatra

1.4.2.2. Psicólogo

1.4.2.3. Enfermera

1.4.2.4. Trabajador social

1.4.2.5. Los demás

1.5. Identificación del proveedor de datos

1.5.1. Nombre (acrónimo) _____

1.5.2. Formación profesional

1.5.2.1. Psiquiatra

1.5.2.2. Psicólogo

1.5.2.3. Enfermera

1.5.2.4. Trabajador social

1.5.2.5. Los demás

1.6. Datos recopilados a través de

1.6.1. Cara a cara

1.6.2. Teléfono

1.6.3. Videoconferencia

1.6.4. E-mail

1.6.5. Los demás

2. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN

2.1. Ubicación de la institución/organización

2.1.1. País: _____

2.1.2. Ciudad: _____

2.2. Nombre de la institución/organización

2.3. Contactos institución/organización

2.3.1. Teléfono(s) _____

2.3.2. E-mail(s) _____

2.4. Estructura administrativa de la institución/organización

- 2.4.1. Público
- 2.4.2. Privado

2.5. Institution/Organisation Type

- 2.5.1. Hospital General (Servicio Psiquiátrico):
- 2.5.1.1. Ambulatorio
 - 2.5.1.2. Sala
 - 2.5.2.3. Hospital de día
- 2.5.2. Hospital General (Otros Servicios)
- 2.5.3. Hospital psiquiátrico:
- 2.5.3.1. Ambulatorio
 - 2.5.3.2. Sala
 - 2.5.3.3. Hospital de día
- 2.5.4. Centro de Salud Mental
- 2.5.5. Institución Educativa/ Organización
- 2.5.6. Social/ Institución/organización comunitaria
- 2.5.7. Los demás
- Cuál? _____

II - SEGUNDA PARTE - GRUPOS MULTIFAMILIARES

3. IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS MULTIFAMILIARES Y MARCO

3.1. Nombre/Designación del Grupo Multifamiliar (si procede)

3.2. Marco teórico del Grupo Multifamiliar

- 3.2.1. Psicoeducación
- Cuál? _____
- 3.2.2. Psicodinámica
- Cuál? _____
- 3.2.4. Psicoanálisis multifamiliar (J.G.Badaracco)
- 3.2.5. Los demás
- Cuál? _____

3.3. Intervención de grupos multifamiliares:

- 3.3.1. Psicoterapia
- 3.3.2. Psicoeducación
- 3.3.3. Autoayuda
- 3.3.4. Apoyo
- 3.3.5. Asesoramiento
- 3.3.6. Los demás

4. COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS MULTIFAMILIARES

4.1. ¿Está el grupo diseñado para un grupo de edad en particular?

- 4.1.1. No
- 4.1.2. Sí

4.2. Si usted contesta 'Sí' ¿cuál?

- 4.2.1. Niños (menores de 12 años)
- 4.2.2. Adolescentes (de 12 a 18 años)
- 4.2.3. Adultos
- 4.2.4. Adultos mayores (hasta 65)
- 4.2.5. Los demás

Si usted respondió 'Otro' por favor aclare _____

4.3. Número de generaciones presentes en el grupo

- 4.3.1. Dos
- 4.3.2. Más de dos

4.4. Relación entre las personas en tratamiento y sus familiares (Por favor, compruebe todos los que se aplican)

- 4.4.1. Padres
- 4.4.2. Hijos (hijos/hijas)
- 4.4.3. Otros parientes
- 4.4.4. Círculos cercanos (no familiar)
- 4.4.5. Los demás

4.5. ¿Qué es el Grado Académico de Terapeutas?

- 4.5.1. Psicólogos Cuántos _____
 - 4.5.2. Médicos (Psiquiatra/ otros) Cuántos _____
 - 4.5.3. Terapeutas ocupacionales ¿Cuántos _____
 - 4.5.4. Enfermeras Cuántas enfermeras _____
 - 4.5.5. Trabajadores sociales _____
 - 4.5.6. Educadores Cuántos _____
 - 4.5.7. Otros Cuántos _____
- Quién? _____

4.5.8. Participantes no profesionales de la salud: elementos familiares/ otras personas con experiencia en enfermedades mentales

¿Cuántos? _____
Quién? _____

4.6. ¿Qué es el Entrenamiento Psicoterapéutico de Terapeutas?

- 4.6.1. Psicoanálisis Cuántos _____
- 4.6.2. Análisis de grupo Cuántos _____
- 4.6.3. Otras psicoterapias dinámicas Cuántos _____

Cuál? _____

- 4.6.4. Terapia sistémica Cuántos _____
- 4.6.5. Psicoterapia cognitivo-conductual Cuántos _____

4.6.6. Los demás
Cuál? _____

Cuántos _____

4.7. Conductor/Co-terapeutas:

4.7.1. Un Conductor de Grupo + Co-terapeutas

4.7.2. Solo Co-terapeutas (sin Conductor de Grupo)

4.7.3. (Generalmente) Cuántos Co-terapeutas están presentes? _____

5. CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO MULTIFAMILIAR

5.1. Grupo heterogéneo (miembros con diferentes diagnósticos/patologías):

5.1.1. Patologías psiquiátricas

5.1.2. Patologías no sintomáticas

5.2. Grupo homogéneo (miembros tienen el mismo diagnóstico/ patología)

Por favor, indique el diagnóstico principal/ patología

5.2.1. Trastornos psicóticos

5.2.2. Trastornos afectivos

5.2.3. Trastornos de ansiedad

5.2.4. Trauma + trastornos de estrés

5.2.5. Trastornos de la personalidad

5.2.6. Trastornos obsesivo-compulsivos

5.2.7. Trastornos adictivos

5.2.8. Trastornos de la alimentación

5.2.9. Trastornos somáticos

5.2.10. Los demás

5.2.11. Patologías no sintomáticas

5.3. Tipo de grupo

5.3.1. Grupo abierto

(Los miembros pueden unirse o abandonar el grupo en cualquier momento; la composición del grupo suele variar con el tiempo y puede variar a lo largo de las sesiones)

5.3.2. **Grupo cerrado**

(Los nuevos miembros no son admitidos en el grupo después de haber comenzado)

5.3.3. **Grupo abierto lento**

(Ausencia de fechas firmes de inicio o finalización; los nuevos miembros sustituyen a los que han abandonado el grupo; el número de miembros del grupo puede permanecer sin cambios durante algún tiempo).

5.4. Tamaño del grupo

5.4.1. Pequeño (menos de 10 participantes)

5.4.2. Medio (hasta 30 participantes)

5.4.3. Grande (más de 30 participantes)

5.5. Modalidad de grupo

5.5.1. Cara a cara

5.5.2. Online

5.5.3. Presencial + Online (algunas sesiones son presenciales y otras online)

5.6. Frecuencia de grupo

- 5.6.1. Semanal
- 5.6.2. Quincenal
- 5.6.3. Mensual
- 5.6.4. Los demás

Cuál _____

5.7. Tiempo de grupo/Duración

- 5.7.1. Tiempo de la sesión (en minutos) _____
- 5.7.2. Duración del grupo (si se trata de un grupo cerrado, ¿cuántos años/meses/sesiones están previstas?) _____

5.8. Hora del día

- 5.8.1. Durante el tiempo de trabajo
- 5.8.2. Tiempo después del trabajo

5.9. Lugar/Habitación para grupos

- 5.9.1. Sala de actividades
- 5.9.2. Sala de Medicina/Psicoterapia
- 5.9.3. Sala polivalente
- 5.9.4. Los demás

5.10. ¿Se garantizan las condiciones necesarias de privacidad y confidencialidad?

- 5.10.1. Sí
- 5.10.2. No

Observaciones _____

5.11. Grupo Idoneidad de la habitación (dimensiones satisfactorias de la habitación/ insonorización/confort)

- 5.11.1. Sí
- 3.11.2. No

Observaciones _____

5.12. Capacidad de la habitación (¿hay asientos para todos?)

- 5.12.1 Sí

Si respondiste 'sí' cuántos lugares para sentarse? _____

- 5.12.2 No

5.13. Disposición de los asientos

- 5.13.1. Un círculo
- 5.13.2. Círculos concéntricos

5.13.3. Otros (explíquese) _____

5.14. Fases de grupo

5.14.1. ¿Se organiza el grupo multifamiliar en fases (en las que hay cambios, p. ej., la presencia o ausencia de determinados participantes)?

- 5.14.1.1. Sí
- 5.14.1.2. No

5.14.2. Si respondiste 'Sí', ¿hay un número fijo/previsto de sesiones para cada fase?

- 5.14.2.1. Yes
- 5.14.2.2. No

En caso afirmativo, cuántos? _____
Observaciones _____

5.14.3. Los pacientes estarán presentes en todas las fases?

- 5.14.3.1. Si
- 5.14.3.2. No

5.14.4. Si usted respondió 'No', en qué fases se espera que los pacientes estén presentes?

6. EXISTENCIA/CONTINUIDAD/DISCOTINUIDAD DEL GRUPO MULTIFAMILIAR

6.1. Existencia del grupo (¿desde cuándo?/¿cuánto tiempo?) _____

6.2. ¿Ha habido interrupciones a lo largo de la historia del grupo? _____

6.3. En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las razones de estas interrupciones?

- 6.3.1. Limitaciones de espacio físico?
- 6.3.2. ¿Limitaciones en términos de recursos humanos?
- 6.3.3. ¿Limitaciones pandémicas?
- 6.3.4. ¿Otros?
- ¿Cual? _____

6.4. ¿Cuánto tiempo?

6.5. Estas interrupciones cambiaron configuraciones/características/etc. ¿del grupo? (por ejemplo, pasar de un grupo presencial a un grupo en línea)? Por favor explique

6.6. Modo de configuración del grupo anterior a Covid:

- 6.6.1. Cara a cara
- 6.6.2. en línea
- 6.6.3. Presencial + Online

6.7. Modo de configuración de grupo actual (post-Covid).

- 6.7.1. Cara a cara
- 6.7.2. en línea
- 6.7.3. Presencial + Online

Observaciones _____

7. ENVÍO AL GRUPO

7.1. Interno (desde dentro de la institución/organización)

7.2. Externos (de otros organismos, tanto públicos como privados)

8. SUPERVISIÓN/INTERVISIÓN

8.1. Supervisión

8.1.1. Directo/Interno: (reunión con un supervisor que esté presente en el grupo)

8.1.2 Indirecto/Externo: (supervisión 'clásica' - reunión con un supervisor externo)

8.2 Intervisión: (reunión post-grupo entre conductores y coterapeutas presentes en el grupo)

Consideraciones

finales

APÉNDICE 8 - TABLAS DE CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Temas cubiertos - Orientación teórica
Orientación Teórica Principal

Temas cubiertos - Aplicación práctica de los grupos multifamiliares

Contexto de intervención

Tipos de contextos: educativo, de justicia, de salud, etc

Población-I

Grupo de Edad

Population-II

Población psiquiátrica o sin condiciones psiquiátricas

Grupos de Patologías

APÉNDICE 9 - TABLAS DE CLASIFICACIÓN DE GRUPOS FOCALES

TABLAS DE CLASIFICACIÓN DE GRUPOS FOCALES

Focus Group Planning

Países	FGs	Modalidad	Duración	Participantes/Invitaciones	Invitaciones	Regalos	Moderator /Observadores

Metodología y temas de los grupos de discusión

Países	FGs (1, 2, 3, 4)	Metodología - Análisis SWAT	Temas/Puntos de enfoque (Preguntas)