

# CONTRIBUCIONES PARA MEJORAR LA EFICACIA DE LA CONDUCCIÓN DE GRUPOS MULTIFAMILIARES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

*Alejandro Martínez González*

*Dto. Trabajo Social y Educación Social (CSEU La Salle)*

*alejandromg@lasallecampus.es*

*Lars Bonell García*

*Dto. Trabajo Social y Educación Social (CSEU La Salle)*

*larsbonell@lasallecampus.es*

*Javier Sempere Pérez*

*Centre de Teràpia Interfamiliar CTI Elche*

*bsaselx@hotmail.com*

*Claudio Fuenzalida Muñoz*

*Centre de Teràpia Interfamiliar CTI Elche*

*fuenzalida.cl@gmail.com*

Recibido: 26.07.2021

Aceptado: 23.09.2021

## Resumen

---

La Terapia Multifamiliar es un tipo de intervención sociosanitaria con grupos que se ha mostrado especialmente efectiva para el trabajo con personas diagnosticadas de primeros episodios psicóticos y que la Asociación Americana de Psicología recomienda como modelo de excelencia en el tratamiento de enfermedades men-

tales graves. Aunque su uso está cada vez más acreditado, este trabajo pretende contribuir a sistematizar las claves de su eficacia identificando aspectos relativos a su adecuada conducción profesional. Aborda para ello una revisión sistemática de literatura científica en las bases de datos de la Web of Science Core Collection, MedLine y PsycINFO. Del conjunto de los quince artículos seleccionados y analizados, se han podido identificar facilitadores y barreras relativas a la acción de los profesionales conductores de Grupos Multifamiliares, tanto en su desarrollo, como en su planificación y organización. Respecto a las acciones que contribuyen al buen funcionamiento de estos grupos, destacan la promoción de la expresión de sentimientos, el cuidado del clima grupal, el fomento del apoyo mutuo, la atención a las habilidades de comunicación y a las estrategias para la resolución de problemas. Mientras que las que más lo dificultan se vinculan especialmente con la falta de capacitación de los profesionales. No obstante, la casi nula existencia de trabajos específicos sobre la temática investigada pone en evidencia la necesidad de nuevos estudios para corroborar los resultados obtenidos.

## **Palabras clave**

---

Terapia multifamiliar, grupos multifamiliares, conducción de grupos, terapia interfamiliar, salud mental.

# **CONTRIBUTIONS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF MULTI-FAMILY GROUP MANAGEMENT. A SYSTEMATIC REVIEW**

## **Abstract**

---

Multi-family therapy is a type of social healthcare group intervention, which has been shown to be particularly effective in treating patients newly diagnosed with psycho-

sis. The American Psychological Association recommends it as a model *par excellence* in treating severe mental illness. This article systematically presents the key elements in the method's use, identifying those aspects which are most important for running effective multi-family groups. The article offers a systematic review of literature drawn from the Web of Science Core Collection, MedLine and PsycINFO databases. The authors have identified actions that may be taken by professionals running Multi-Family Groups which facilitate or complicate the process. Actions which help groups to function properly include encouraging emotional expression, being attentive to the atmosphere in the group, fostering mutual support, and placing emphasis on communication skills and problem-solving strategies. Obstacles stem, primarily, from inadequate training of the professionals in charge of the sessions.

## **Keywords**

---

Multi-Family Therapy, multi-family groups, group sessions, inter-family therapy, mental health.

## **Introducción**

---

En los últimos años asistimos a una rápida expansión de la Terapia Multifamiliar, un modelo de atención sociosanitario que incorpora de forma simultánea a varias familias en un diálogo reflexivo conjunto en el contexto de los denominados grupos multifamiliares. La Terapia Multifamiliar aúna los mecanismos terapéuticos de la terapia familiar y de la terapia grupal, los cuales se potencian mutuamente en el espacio multifamiliar.

Sin embargo, las investigaciones científicas sobre la terapia multifamiliar siguen siendo escasas en comparación con otros métodos de intervención terapéutica. La mayor parte de estas investigaciones han ido encaminadas a valorar los cambios sintomáticos en los usuarios de la terapia multifamiliar (Cook-Darzens, 2007) así como a valorar los mecanismo terapéuticos promotores del cambio (McFarlane, 2002; Steinglass, 1998; Asen, 2002, Chambon et al, 2004 ; Almosnino, 2004; Asen

y Schuff, 2006; Bishop et al., 2002; Rolland, 1994; Salem, 2001).

Entre los autores que más investigaciones han publicado acerca de la terapia multifamiliar destaca McFarlane (1994, 1997, 2002, 2016), al que se atribuye el mérito de haber demostrado científicamente que este modelo de tratamiento psicosocial es efectivo en el tratamiento de personas diagnosticadas de primeros episodios psicóticos y también de otras problemáticas psiquiátricas y sociales (...). En función de sus resultados, la Asociación Americana de Psicología recomienda la terapia multifamiliar como un modelo de excelencia (a *Best Practice*) en el tratamiento de enfermedades mentales graves (Stuart y Schlosser, 2009). Otros autores tales como Chien y Wong (2007) y Hazel et al. (2004) han replicado su modelo, con resultados similares en el tratamiento de la esquizofrenia.

Los estudios empíricos rastreados vienen a indicar que la terapia multifamiliar es efectiva en mejorar las relaciones familiares, la comunicación, las habilidades para la resolución de problemas, la satisfacción marital, la toma de conciencia de los roles familiares, la sensibilidad a la fuerza de la familia, la expresión de emociones y la participación y potenciación de las capacidades de la familia. Redundan además en que la terapia multifamiliar crea un sentido de esperanza y disminuye el aislamiento de las familias a la vez que desarrolla sistemas de apoyo y provee a las familias de nuevas oportunidades de modelaje, apoyo y mejora de la comunicación al favorecer que cada miembro de la familia pueda poner palabras a sus experiencias subjetivas.

Entre los escasos trabajos científicos de los que partimos, en los que es posible encontrar alguna referencia tangencial al tema de objeto de la investigación, destaca un interesante estudio Delphi realizado por Edwards (2001) que exploró las opiniones de un grupo de nueve expertos en terapia multifamiliar con el fin de identificar los elementos esenciales para el éxito de la aplicación del modelo, sirviendo éstos como guía para el futuro desarrollo de programas multifamiliares. En el panel de expertos de este trabajo se destacaron 35 elementos esenciales, de los que tres figuraban como fundamentales: Una fuerte estructura grupal, con adhesión a las reglas, asiduidad, confidencialidad y respeto al tiempo de palabra; un buen conocimiento de los procesos de grupo y de sistemas familiares y experiencia en ambos terrenos; y flexibilidad teórica y práctica, con una buena capacidad de atención a los diversos niveles del proceso y diferentes perspectivas en el grupo, así como flexibilidad en el grado y calidad de las intervenciones.

También contábamos con el estudio de Rosenblum et al. (2017), publicado en alemán, donde se da cuenta de las técnicas que emplean en el Grupo Multifamiliar (GMF en adelante) para la mejora de la crianza, y cuyo éxito atribuyen al hacer de los líderes de grupo, con acciones tales como: facilitar la interacción entre las familias para que busquen juntas soluciones creativas a sus dificultades y actúen como un equipo; usar técnicas psicodramáticas con roles invertidos (los hijos son los padres y los padres son los hijos); y potenciar la cooperación entre las familias y las instituciones y recursos externos (como la escuela).

Por su parte, Vinogradov y Yalom (1996) realizaron en su momento una interesante contribución para orientar la práctica de los profesionales en la psicoterapia de grupo, donde subrayaban la importancia de incidir en el aquí y ahora, la relevancia de la transparencia en la conducción o la práctica limitada de ejercicios estructurados que puedan contribuir a evitar situaciones iniciales incómodas o a acelerar y favorecer las interacciones.

Campos Vidal (2000) identificó en un detallado trabajo diez factores terapéuticos que los grupos son capaces de generar y que podrían orientar la práctica de su conducción, como son: infundir y mantener la esperanza; la universalidad que ayuda a pensar que uno no está solo, que hay más como yo; la transmisión de información; la experimentación del altruismo; el cambio de pautas rígidas de comportamiento; el aprendizaje social; la conducta imitativa; la expresión de emociones; la vivencia de la cohesión grupal; y el aprendizaje interpersonal.

Sin embargo, hasta el momento, no hay constancia de ningún estudio científico que se haya centrado en valorar específicamente los factores relativos a la *conducción* eficaz del grupo multifamiliar. Como consecuencia de ello, los profesionales que se lanzan a conducir grupos multifamiliares siguen careciendo de elementos de referencia esenciales para resultar más eficaces en su modo de intervenir. Con el fin de valorar estos elementos relativos a la conducción de GMF, hemos abordado esta investigación, cuyos resultados entendemos que pueden ser útiles para optimizar la formación de los profesionales de cara a contribuir a la mejora de los efectos terapéuticos de sus intervenciones multifamiliares.

Este trabajo tiene por objeto, por tanto, identificar los aspectos relacionados con la conducción de grupos multifamiliares que contribuyen a la consecución de sus fi-

nes terapéuticos. Para ello, aborda una revisión sistemática de la literatura científica alusiva a este modo de intervención socioterapéutica, en la que se han procurado identificar aspectos que podrían considerarse como facilitadores de su conducción, así como los que constituirían barreras para su operatividad.

## **Metodología**

La finalidad de esta revisión sistemática (Gough & Richardson, 2019) es recoger una serie de datos empíricos procedentes de investigaciones sobre terapia multifamiliar, en base a unos criterios de selección previamente establecidos, con el objeto de responder a la pregunta de partida (Liberati et al., 2009): ¿Cuáles son los factores que dificultan o facilitan la conducción de grupos en terapias multifamiliares? La respuesta a esta pregunta permitirá lograr el objetivo general de esta investigación: describir los aspectos de la conducción de grupos multifamiliares que contribuyen a la consecución de sus fines terapéuticos y aquellos que la obstaculizan.

La estrategia de búsqueda se realizó a través de los siguientes pasos:

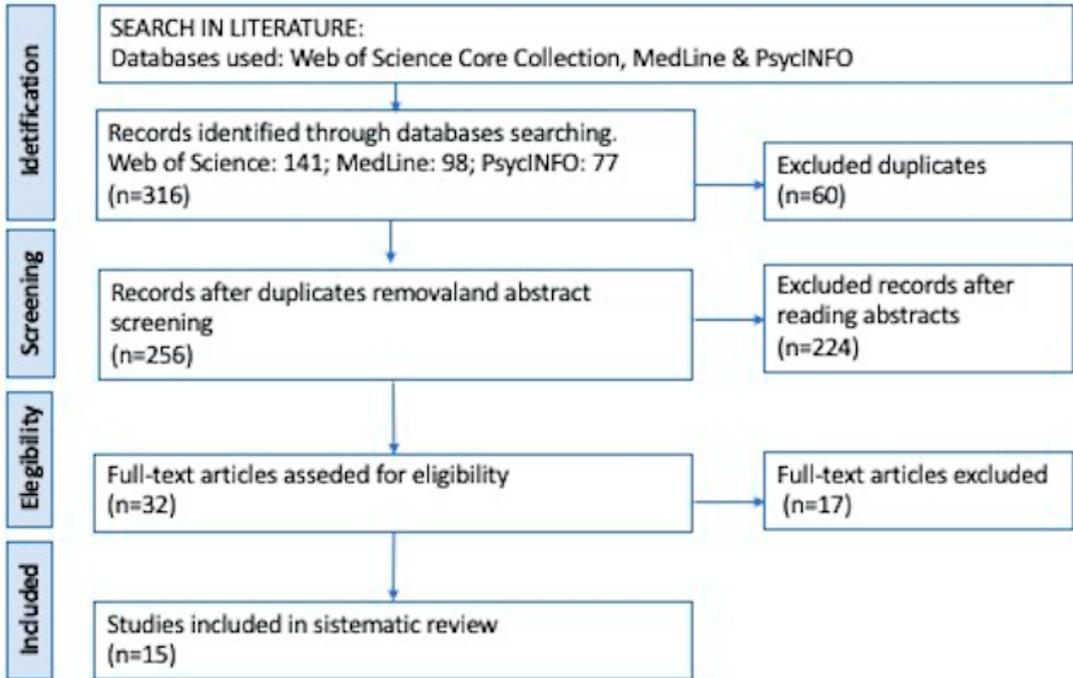
Se establecieron los criterios de selección para la inclusión de documentos en la revisión:

- Hacen referencia a GMF desde la perspectiva del funcionamiento grupal y/o al proceso de tratamiento y/o al diseño del proceso de tratamiento.
- Aluden a barreras y facilitadores en el proceso de intervención.
- Aportan orientaciones teóricas y/o datos empíricos cuantitativos o cualitativos.

Se seleccionaron las bases de datos para la realización de la búsqueda (ver Figura 1):

- Web of Science Core Collection
- MedLine
- PsycINFO

Figure 1.  
Flowchart



Se realizaron varias pruebas de búsqueda para calibrar la cantidad de documentos relativos al tema. Para ello se combinó la palabra clave “Multifamily Therapy” con otras palabras más específicas como “Group Leader Skills”, “Group Leadership Styles”, “Personal Qualities”, “Group Therapist”, “Group Therapist Skills”, “Group Therapist Role”, “Group Therapist Competence”, “Group Facilitator”. Los resultados de estas pruebas fueron infructuosos en la medida en que se localizaron muy pocos documentos.

Ante los resultados de estas pruebas, se optó por realizar una búsqueda con un carácter más amplio, utilizando exclusivamente las palabras clave “Multifamily Therapy”. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Web of Science Core Collection: 141 registros
- MedLine: 98 registros
- PsycINFO: 77 registros

El total de registros fue de 316. Una vez eliminados los duplicados, la cifra final de registros quedó en 256.

Dos investigadores examinaron los 256 documentos a partir de los resúmenes. De entre estos, 224 no cumplían con los criterios de inclusión, quedando un número final de 32 documentos seleccionados, que fueron screened on basis on full text, dando como resultado la exclusión de 17 documentos y la inclusión de los 15 que fueron finalmente analizados. Cinco eran estudios descriptivos de una intervención, tres eran descripciones empíricas cualitativas, tres eran revisiones de literatura científica, uno era una entrevista a un experto, y había un estudio de caso, un estudio teórico y una revisión sistemática. Con respecto a las patologías o trastornos que se abordaban en los GMF referidos, cuatro se centraban en psicosis y esquizofrenia, tres en lesión cerebral (dos de ellos en veteranos de guerra), dos en depresión (uno de ellos en adolescentes), uno en drogodependencias, uno en trastornos de la alimentación en adolescentes y uno en trastornos de la conducta también en adolescentes.

De estos 15 artículos científicos seleccionados, con relación al objeto de estudio planteado:

- Seis hacen referencia al funcionamiento grupal o, al menos, al proceso de tratamiento o al diseño del proceso, de los cuales:
  - Cinco se centran fundamentalmente en la descripción de la planificación y el proceso de trabajo llevado a cabo en una práctica de GMF (Lieberman & Liberman, 2003; Litzke & Glazer, 2004; Lyman, Braude & George, 2014; McFarlane, 2016; Poole et al., 2017)
  - Y uno es una entrevista en profundidad a Jorge García Badaracco, pionero de la implementación de los Grupos Multifamiliares de orientación psicoanalítica en Argentina (Borgogno, 2010).
  - Uno hace referencia a barreras y facilitadores, en concreto una revisión sistemática de barreras y facilitadores para implementar recursos para las familias, entre los que se incluyen GMF, en los programas dirigidos al tratamiento de la psicosis (Selick & Durbin, 2017)

- Y ocho hacen referencia a resultados que incluyen valoraciones subjetivas de participantes y terapeutas. En concreto:
  - Cuatro recogen las valoraciones de la experiencia de familiares adultos participantes en GMF (Straits-Troster et al., 2013; Couchman et al., 2014; Oruche et al., 2014; Jewell et al., 2016).
  - Y cuatro se refieren a los resultados obtenidos en prácticas de GMF (Bamberg et al., 2008; Beels, 2007; Fjell et al., 2007; Perlick et al., 2013)

De todos ellos se han podido extraer orientaciones o valoraciones prácticas en torno al modo de hacer propio y más operativo de los profesionales facilitadores o conductores de GMF y, ocasionalmente, de las prácticas menos eficaces o improcedentes. En el caso de los artículos en los que se definen las prácticas o se ofrecen resultados positivos de las mismas, se ha partido de la premisa de que, si se describía una práctica y luego se aludía a los buenos resultados obtenidos, el modo de hacer descrito era eficaz y se podía tomar como referencia.

## **Sistema de categorías**

---

Para el análisis de datos se estableció un sistema de categorías por fases. Primero, tras la lectura completa de los artículos, se extrajeron del contenido de cada uno las referencias a acciones concretas de la conducción o el desarrollo de los GMF, distinguiendo entre dos categorías: las que describían elementos facilitadores y las que se referían a barreras para la consecución de los objetivos de dichos GMF.

A continuación, se fueron identificando las acciones referidas en los textos, convirtiéndolas posteriormente en tipologías capaces de integrar la descripción de modos de hacer similares y en torno a las cuales se clasificaron finalmente las referencias seleccionadas.

Fruto de los resultados obtenidos en esta segunda fase, se procedió finalmente a diferenciar en dos nuevas subcategorías, las referidas específicamente a la acción profesional de la conducción del grupo durante las sesiones de GMF, y las relativas

a su planificación y organización (ver Tabla 1).

Para todo este proceso se empleo el programa de análisis cualitativo de datos Atlas-ti.

Tabla 1.

*Organización de los datos obtenidos en categorías, subcategorías y tipologías*

| <b>Facilitadores</b>   | <b>Barreras</b>  |
|--|--|
| Relativos a la acción durante las sesiones de grupo:<br>- Tipologías de acción | Relativas a la acción durante las sesiones de grupo:<br>- Tipologías de acción |
| Relativos a la planificación y organización:<br>- Tipologías de acción         | Relativas a la planificación y organización:<br>- Tipologías de acción         |

Tabla 2.

*Artículos incluidos en la revisión sistemática, procedimiento científico de los mismos, tipología de trastornos referidos y alusiones a facilitadores y barreras para la conducción de GMF*

| <b>Nº</b> | <b>Autor (año)</b> | <b>Facilitadores</b>   | <b>Barreras</b>  | <b>Tipo de trabajo científico</b> | <b>Trastornos y destinatarios de la intervención</b> |
|-----------|--------------------|--|--|-----------------------------------|--|
| 1         | Borgogno (2010)    | Escuchar y hacer sentir a los participantes que son escuchados.<br><br>Incidir y velar por la presencia de familiares en las sesiones.<br><br>Reconocer y poner en valor el saber de los participantes.<br><br>Cuidar el clima y velar porque haya respeto dentro del grupo. | Hacer interpretaciones.<br><br>Mostrar la enfermedad mental como algo incurable. | Entrevista a un experto           |  |

|   |  |   |  |                                    |                 |
|---|--|---|--|------------------------------------|-----------------|
| 2 | Bamberg, Toumbourou & Marks (2008)         | <p>Cuidar el clima y velar porque haya respeto dentro del grupo.</p> <p>Infundir esperanza.</p> <p>Establecer colectivamente las reglas para el funcionamiento del grupo.</p> <p>Procurar pequeños cambios más que transformaciones radicales.</p> <p>Promover la participación de todos los asistentes.</p> <p>Promover la expresión de los sentimientos.</p> <p>Animar a pensar y describir los progresos experimentados.</p> | Estudio descriptivo de una intervención  | Drogodependencias                  |                 |
| 3 | Beels (2007)                               | Estar disponible.   | La elección de profesionales poco capacitados. No poder/saber escuchar.  | Estudio de caso                    | Depresión       |
| 4 | Couchman, McMahon, Kelly & Ponsford (2014) | <p>Cuidar el clima y velar porque haya respeto dentro del grupo.</p> <p>Promover la expresión de los sentimientos.</p> <p>Escuchar y hacer sentir a los participantes que son escuchados.</p> <p>Infundir esperanza.</p> <p>Promover la participación de todos los asistentes.</p> <p>Velar porque la experiencia de las familias se escuche con la misma prioridad que la información profesional.</p>                         | <p>Que la participación de las familias sea mucho mayor que la de los pacientes identificados.</p> <p>Planificar un número de sesiones escaso. Que el periodo de tiempo sea muy corto.</p> | Investigación empírica cualitativa | Lesión cerebral |

*Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares.  
Una revisión sistemática*

|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| 5 | Fjell, Bloch Thorsen & Friis (2007)               | Contemplar la supervisión de la intervención<br><br>Promover la expresión de los sentimientos.<br><br>Promover la participación.  | La elección de profesionales poco capacitados. Falta de experiencia.             | Estudio descriptivo de una intervención | Psicosis                                   |
| 6 | Jewell, Bles-sitt, Stewart, Simic & Eisler (2016) | Contemplar la supervisión de la intervención.<br>Infundir esperanza.  | No considerar el papel del contexto en la valoración de los casos.               | Revisión de literatura científica       | Trastornos de alimentación en adolescentes |
| 7 | Liberman & Liberman (2003)                        | Incidir y velar por la presencia de familiares y de los pacientes en las sesiones.<br><br>Aportar información sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre los recursos disponibles.<br><br>Favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas. |  | Estudio teórico                         | Psicosis y esquizofrenia                   |
| 8 | Litzke & Glazer (2004)                            | Cuidar el clima del grupo y velar porque haya respeto dentro del grupo.<br><br>Favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas.<br><br>Promover la expresión de los sentimientos y la experiencia propia.                                    | Planificar un número de sesiones escaso. Que el periodo de tiempo sea muy corto. | Estudio descriptivo de una intervención | Drogodependencias                          |
| 9 | Lyman, Braude & George (2014)                     | Potenciar el apoyo mutuo Proporcionar apoyo a las familias.   |  | Revisión de literatura científica       | Estrés traumático                          |

|    |   |   |   |  |
|----|---|---|---|--|
| 10 | McFarlane (2016)  | <p>Potenciar el apoyo mutuo Proporcionar apoyo a las familias y promocionar el apoyo social procurando la creación de una red social para familias y para pacientes.</p>  | Revisión de literatura científica       | Psicosis y esquizofrenia               |
| 11 | Oruche, Draucker, Alkhatab, Knopf & Mazurcyk (2014)                         | <p>Procurar la heterogeneidad de participantes en el grupo.</p> <p>Cuidar el clima del grupo y velar porque haya respeto dentro del grupo.</p> <p>Promover la expresión de los sentimientos.</p> <p>Favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas.</p> <p>Compartir historias de éxito.</p> <p>Potenciar el apoyo mutuo Proporcionar apoyo a las familias y promocionar el apoyo social procurando la creación de una red social para familias y para pacientes.</p> | Investigación empírica cualitativa      | Trastornos de conducta en adolescentes |
| 12 | Perlick, Straits-Troster, Strauss, Norell, Tupler, Levine, ... Dyck, (2013) | <p>Promover la expresión de los sentimientos.</p> <p>Potenciar el apoyo mutuo social procurando la creación de una red social para familias y para pacientes.</p>   | Estudio descriptivo de una intervención | Lesión cerebral en veteranos de guerra |

*Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares.  
Una revisión sistemática*

|    |  |   |   |   |  |
|----|--|---|---|---|--|
| 13 | Poole, Lewis, Toumbourou, Knight, Bertino & Pryor (2017)                 | <p>Aportar información sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre los recursos disponibles.</p> <p>Favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas.</p>  |   | Estudio descriptivo de una intervención | Depresión en Adolescentes              |
| 14 | Selick, Durbin & Vu (2017)   | <p>Contemplar la supervisión de la intervención.</p> <p>Favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas.</p>   | La elección de profesionales poco capacitados   | Revisión sistemática                    | Psicosis                               |
| 15 | Straits-Troster, Gierisch, Strauss, Dyck, Dixon, Norell & Perlick (2013) | <p>Potenciar el apoyo mutuo Facilitar que los participantes reciban y den apoyo.</p> <p>Promover la expresión de sentimientos y de estrategias propias para el afrontamiento de los conflictos</p> <p>Favorecer el poder continuar con el apoyo tras el tratamiento.</p> <p>Cuidar el clima del grupo y velar porque haya respeto dentro del grupo.</p> | La inflexibilidad con el encuadre en relación con la posibilidad de abrir el grupo a otros participantes o a modificar el número de sesiones. | Investigación empírica cualitativa      | Lesión cerebral en veteranos de guerra |

Tabla 3.

*Acciones referidas a facilitadores y barreras de la conducción de GMF y artículos en los que se han localizado*

| <b>Facilitadores</b>  | <b>Barreras</b>  |
|---|--|
| Relativos a la acción durante las sesiones de grupo:  | Relativas a la acción durante las sesiones de grupo:   |
| Promover la expresión de sentimientos (2,4,5,8,11,12,15)  | Hacer interpretaciones (1)   |
| Cuidar el clima del grupo (1,2,4,8,11,15)   | Mostrar la enfermedad mental como algo incurable (1)   |
| Potenciar el apoyo mutuo (9,10,11,12,15)  | Ser inflexible con el encuadre (15)  |
| Favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas (7,8,11,13,14) | Que la participación de las familias sea mucho mayor que la de los pacientes identificados (4) |
| Infundir esperanza (2,4,6)  |  |
| Promover la participación (2, 4, 5)   |  |
| Escuchar y hacer sentir a los participantes que son escuchados (1,4)  |  |
| Aportar información sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre los recursos disponibles (7,13)                      |  |
| Reconocer y poner en valor el saber de los participantes (1)  |  |
| Animar a pensar y describir los progresos experimentados (2)  |  |
| Velar porque la experiencia de las familias se escuche con la misma prioridad que la información profesional (4)      |  |
| Establecer colectivamente las reglas para el funcionamiento del grupo (2)   |  |
| Procurar pequeños cambios más que transformaciones radicales (2)  |  |

---

|   |  |
|---|--|
| Relativos a la planificación y organización:  | Relativas a la planificación y organización:           |
| Contemplar la supervisión de la intervención (4,6,14)                                   | La elección de profesionales poco capacitados (3,5,14) |
| Incidir y velar por la presencia de familiares y de los pacientes en las sesiones (1,7) | Planificar un número de sesiones escaso (4,8)          |
| Procurar la heterogeneidad de participantes en el grupo (11)                            | No considerar el papel del contexto (6)                |
| Estar disponible (3)  |  |

---

(\*) N<sup>o</sup> de artículo en el que se referencia asignado en la Tabla 2.

## **Resultados**

---

A pesar de que, según los parámetros establecidos y como ya se ha indicado, ninguno de los trabajos seleccionados atendía específicamente la cuestión objeto de estudio, se han podido extraer y deducir de ellos aspectos referidos explícita o tangencialmente a la conducción de GMF. Estos aspectos los hemos podido diferenciar por su condición de facilitador o barrera para la consecución del objeto de la intervención (ver Tablas 2 y 3).

Exponemos a continuación los que han quedado englobados en estas categorías:

### **A. Aspectos facilitadores relativos a la acción durante las sesiones de GMF**

En lo que respecta a la acción de quienes conducen el grupo durante el desarrollo de las sesiones multifamiliares, las acciones destacadas por su operatividad serían:

#### *Promover la expresión de sentimientos*

Un aspecto facilitador de cara a la consecución de los resultados terapéuticos del GMF al que se alude en siete de los 15 artículos seleccionados (Bamberg et al., 2008; Couchman et al., 2014; Fjell et al, 2007; Litzke & Glazer, 2004; Oruche et al, 2014; Perlick et al., 2013; y Straits-Troste et al., 2013).

Bamberg et al. (2008), por ejemplo, insisten en la importancia de abordar las emo-

ciones, compartir la historia familiar y la percepción propia de cómo ha afectado la problemática que condujo a asistir al grupo: Al hablar de sus dificultades con otras personas que se encontraban en una situación similar, los participantes tuvieron la oportunidad de reducir la ansiedad y la alienación que habían experimentado (p. 284).

Couchman et al. (2014) destacan que desahogarse y no tener que guardar todo en su interior lleva a reducir la desesperación, la frustración, la pena y la ira (p. 820). Fjell et al. (2007) también aluden a la necesaria expresión de la frustración, la pena y la desesperanza. Litzke et al. (2004), por su parte, subrayan que compartir los sentimientos sobre los acontecimientos de la vida libera a las personas para que tomen decisiones conscientes sobre qué acciones tomar e incluso qué y cómo pensar sobre esas acciones (p. 86).

De hecho, es una acción reclamada incluso por las propias personas participantes, como señalan Oruche et al. (2008) cuando describen cómo algunos de los participantes adultos indicaron que deseaban hablar de sus propios sentimientos y problemas y que acogerían con agrado las intervenciones que abordaran el estrés personal (p.104).

### *Cuidar el clima del grupo*

Acción en la que inciden seis de los quince trabajos analizados (Borgogno, 2010; Bamberg et al., 2008; Couchman et al., 2014; Litzke & Glazer, 2004; Oruche et al., 2014; y Straits-Troster et al., 2013).

Bambert et al. (2008) marcan como prioridad en la primera semana de tratamiento ayudar a los padres a sentirse cómodos dentro del grupo (pág.284). Couchman et al. (2014) señalan que cuidar el entorno permite contener el conflicto, al dar una sensación de seguridad que ayuda a dialogar sobre temas familiares delicados (p.828). Litzke & Glazer (2004) aluden a la relevancia de que las personas participantes encuentren en el grupo una isla de seguridad y estabilidad (p.83). Oruche et al. (2014) destacan la relevancia señalada por las propias personas participantes en los GMF de una figura profesional para estructurar las sesiones y garantizar que el debate se mantenga en el buen camino (p.104). Straits-Troster et al. (2013), en la descripción de su trabajo con excombatientes, inciden en la importancia de propor-

cionar un lugar seguro para hablar abiertamente con los seres queridos sobre las dificultades que experimentaron durante el combate y la rehabilitación (p. 544). Y García Badaracco subraya que una de las cosas más importantes es crear un clima en el que haya respeto por la persona que habla, para que cada conversación sea una oportunidad de enriquecimiento para todos (Borgogno, 2010, p. 356).

### *Potenciar el apoyo mutuo*

Cinco de los quince artículos considerados hacen referencia a la potenciación del apoyo mutuo (Lyman et al., 2014; McFarlane, 2016; Oruche et al., 2014; Perlick et al., 2013; y Straits-Troster et al., 2013).

Se trata, de hecho, de un principio casi identitario del GMF, como indican Lyman et al. (2014) o McFarlane (2016) y que, como señala Oruche et al. (2014), es la principal faceta que destacan las personas participantes para ponerlo en valor: Muchos de los participantes adultos afirmaron que un grupo multifamiliar sería una modalidad ideal porque permitiría a las familias con problemas similares aprender y apoyarse mutuamente (p. 103). Un aspecto en el que coinciden los testimonios recabados también por Straits-Troster et al. (2013), en los que las personas participantes declaraban apreciar recibir y dar apoyo social durante las sesiones de grupo (p.543).

### *Favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas*

Cinco de las quince referencias escogidas (Lieberman & Lieberman, 2003; Lizke & Glazer, 2004; Oruche et al., 2014; Perlick et al., 2013; y Selick et al, 2017) inciden en favorecer el conocimiento de habilidades de comunicación y estrategias para la resolución de problemas.

Lizke & Glazer (2004) subrayan la importancia de poder compartir algunas de las estrategias utilizadas para afrontar el estrés y las tensiones en la recuperación temprana” (p.83). Y Oruche et al. (2014) destacan la propia demanda que recogen de las familias participantes en GMF de que que las intervenciones se encaminen a ayudar a las familias a comunicarse mejor o a afrontar con más éxito los conflictos (p.104).

Selick et al. (2017), por su parte, coinciden en recomendar, en la revisión sistemática que realizan, que se procuren intervenciones que sean una combinación de información sobre la enfermedad, apoyo práctico y emocional, intervención en crisis y formación en comunicación y resolución de problemas (p. 366).

### *Infundir esperanza*

Infundir esperanza es un empeño en el que inciden tres de los quince trabajos analizados (Bamberg et al., 2008; Couchman et al., 2014; y Jewell et al., 2016).

En concreto, mientras Bamberg et al. (2008) destacan la importancia de transmitir una perspectiva optimista (p.284) e invitar a los padres a confiar en que hay una posibilidad para fomentar e influir en el cambio (p.285), Couchman et al. (2014) recogían testimonios, como el de un familiar cuidador, que destacaba como infundir esperanza ha sido para él una variable fundamental: Lo más importante para mí es que me ha dado esperanza, venía a decir (p.822).

Jewell et al. (2016) indican por su parte que el desarrollo de la esperanza es un factor común crucial, que parece estar movilizado por el contexto del tratamiento (p.588).

### *Promover la participación*

Una clave de la conducción señalada también por otras tres de las quince referencias seleccionadas (Bamberg et al, 2008; Couchman et al., 2014; y Fjell et al., 2007) se sitúa en promover la participación.

Bamberg et al. (2008), por ejemplo, aluden a este aspecto en relación con la consideración e inclusión de la figura de los hermanos y hermanas de los y las pacientes. Couchman et al. (2014) inciden, por su parte, en la importancia de que las familias y su participación tengan la misma relevancia en el GMF que la información que puedan aportar los profesionales, para lo que hay que incidir en el enfoque colaborativo y democrático del proceso de grupo (p. 829). Y Fjell et al. (2007), sugieren que, para favorecer dicha participación, es importante promover la adaptación a las necesidades de los pacientes mayores para hacer participar a los pacientes y sus familias rápidamente (p. 173).

Otros aspectos a los que también se refieren alguno de los artículos escogidos, aunque de forma mucho menos coincidente serían: Escuchar y hacer sentir a los participantes que son escuchados (Borgogno, 2010; y Couchman, 2014); aportar información sobre la naturaleza de la enfermedad y sobre los recursos disponibles (Liberman & Liberman, 2003; y Poole et al, 2017); reconocer y poner en valor el saber de los participantes (Borgogno, 2010); animar a pensar y describir los progresos experimentados (Bamberg et al, 2008); velar porque la experiencia de las familias se escuche con la misma prioridad que la información profesional (Couchman et al, 2014); establecer colectivamente las reglas para el funcionamiento del grupo (Bamberg, 2008); y procurar pequeños cambios más que transformaciones radicales (Bamberg, 2008).

## **B. Aspectos facilitadores relativos a la planificación y organización de GMF**

Con respecto a los elementos que aluden a la planificación y organización de los GMF, aun no siendo aspectos en los que se detengan sistemáticamente ninguno de los artículos seleccionados, algunos de ellos sí señalaban recomendaciones o prácticas que consideraban significativas para su éxito, como fueron:

### *Contemplan la supervisión de la intervención*

Tres de los quince textos (Couchman et al., 2014; Jewell et al., 2016; y Selich et al., 2017) coincidieron en situar como facilitador el hecho de contemplar la supervisión de la intervención.

En concreto, Couchman et al. (2014) subrayan la importancia de que se produzca en la intervención grupal un asesoramiento experimentado (p. 825) de mano de profesionales formados, cuya supervisión y apoyo reclaman también Jewell et al. (2016). Selich et al. (2017) hacen hincapié en este aspecto, reclamando formación para los profesionales en la forma de dar apoyo a las familias, para lo que se propone una supervisión continúa por personal experimentado.

### *Incidir y velar por la presencia de familiares y de pacientes en las sesiones*

Borgogno (2010) destacaba la importancia de incidir y velar por la presencia de familiares de pacientes en las sesiones cuando recogía estas palabras de Badarac-

co: La presencia de muchas personas y la posibilidad de escucharlas enriquece el pensamiento de todos (p. 356); Como también hacen Liberman & Liberman (2003) cuando indican que es importante involucrar a todos los miembros de la familia, incluida la persona más afectada (p.634), como el primer paso de la intervención en los GMF.

Y finalmente, procurar la heterogeneidad de participantes en el grupo, como recomiendan Oruche et al (2014) y que el profesional esté disponible, elemento en el que incide Beels (2007).

### **C. Barreras relativas a la acción de los y las profesionales durante las sesiones de GMF**

Sobre esta cuestión, apenas hay referencias en la revisión de los textos escogidos. Las cuatro que se han identificado se centran en desaconsejar los siguientes aspectos:

#### *Hacer interpretaciones*

García Badaracco subraya que la interpretación -del profesional al paciente- es una herramienta insuficiente para producir el cambio psíquico (Borgogno, 2010, pág. 348), pues limita la escucha, que es la clave del acompañamiento terapéutico.

#### *Mostrar la enfermedad mental como algo incurable*

Un elemento que, de nuevo, denuncia García Badaracco, contempla la posibilidad quien de que los pacientes puedan dejar de ser psicóticos (Borgogno, 2010, p. 350), por lo que se muestra contrario a mostrar la enfermedad mental como algo incurable.

#### *Ser inflexible con el encuadre*

Straits-Troster et al. (2013) denuncian el hecho de que se sea inflexible con el encuadre y sugieren estructuras de intervención que se adapten mejor a las necesidades y circunstancias de cada paciente y familia.

Por último, Couchman et al. (2014) consideran un inconveniente que la participación de las familias sea mucho mayor que la de los pacientes identificados.

#### **D. Barreras relativas a la planificación y organización de GMF**

En torno a la acción de los y las profesionales en la planificación y organización de GMF, los trabajos revisados sitúan las barreras en tres aspectos concretos.

Por un lado, en la elección de profesionales poco capacitados y con poca experiencia (Beels, 2007; Fjell et al, 2007; y Selick et al, 2017), cuyas emociones llegan a influir negativamente en las decisiones del tratamiento, como denuncian Jewell et al. (2016).

Y, por otro, en pecar de planificar un número de sesiones escaso (Couchman et al, 2014), pues construir confianza con el grupo lleva un tiempo que hay que considerar (Litzke & Glazer, 2004).

Por último, se señala también como barrera no considerar el papel del contexto (Jewell et al, 2016).

## **Conclusiones**

---

Del conjunto de resultados obtenidos podemos concluir que este trabajo puede contribuir a la mejora de la práctica de la conducción de GMF en la medida en que ha sido capaz de identificar modos de hacer descritos y señalados como útiles y eficaces por diversos estudios que, en la mayoría de los casos, procuraban dar cuenta de las claves del éxito de intervenciones grupales terapéuticas capaces de congregar a los y las pacientes y a sus familias.

Si nos guiamos por la coincidencia en su señalamiento, podríamos decir que las recomendaciones mas relevantes para la conducción de GMF serían: la promoción de la expresión de los sentimientos, el cuidado del clima grupal, el fomento del apoyo mutuo y la contribución al conocimiento de habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

La principal barrera, en cambio, la constituiría la falta de formación de los profesionales.

Respecto a estas consideraciones, podemos decir también que no se han identificado contradicciones significativas entre el conjunto de contribuciones analizadas, ni siquiera con la literatura previa identificada. Muy al contrario, las apreciaciones en torno a la práctica de la conducción de GMF que hemos podido tener en consideración resultan bastante coincidentes o complementarias. Quizá, el único aspecto en el que podemos situar cierta divergencia sería en el índice de prioridad que se le puede dar al diálogo, la participación y la construcción grupal, como reclaman Bamberg et al. (2008) o Couchman et al. (2014), frente a la priorización de la acción psicoeducativa y directiva de los profesionales, que está más presente en los planteamientos de Liberman & Liberman (2003), Lyman et al. (2014) o Poole et al. (2017); aunque la mayor parte de los textos tienden a nivelar ambas dimensiones (Beels, 2017; Litzke & Glazer, 2004; McFarlane, 2016 ; Oruche et al., 2014; Selick et al., 2017; Straits-Troster et al., 2013).

## **Limitaciones y prospectiva**

Entre las limitaciones de este estudio podemos señalar la escasez de trabajos rigurosos y recogidos en publicaciones de reconocido impacto en torno a la conducción de grupos socioterapéuticos multifamiliares que se han podido tomar como referencia, por lo que los resultados obtenidos constituyen más una recopilación de señalamientos que una categorización sistemática contrastada de la eficacia de determinadas prácticas.

Únicamente la revisión sistemática realizada por Selick et al. (2017), estaba orientada, como este mismo trabajo, a identificar barreras y facilitadores, en su caso en torno a la implementación de recursos para familias en programas para el tratamiento de la psicosis, entre los que incluyen los GMF. Sin embargo, apenas incorpora referencias y alusiones al papel de los conductores, más allá de subrayar la importancia de su formación y supervisión. El resto de los textos analizados da cuenta de experiencias de proyectos terapéuticos en grupos que convocan a familias en diferentes versiones de GMF y que han obtenido buenos resultados, según

su descripción o los datos de las evaluaciones que detallan, pero que no abordan específicamente la función de conducción de dichos encuentros.

Por ello, entendemos que se trata de un campo de estudio, este de la conducción de GMF, que admite aun trabajos de indagación de diverso carácter, tanto cuantitativo como cualitativo o mixto, dirigidos a evaluarla, orientarla y mejorarla, necesarios tanto para corroborar los resultados aquí expuestos como para seguir contribuyendo positivamente en la consecución de los propósitos terapéuticos de esta tipología de acción sociosanitaria.

## **Conflictos de intereses**

---

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Esta investigación no ha recibido ninguna subvención específica de organismos de financiación del sector público, comercial o sin ánimo de lucro.

## **Referencias**

---

- Almosnino, A. (2004). *Thérapie multifamiliale*. En *Guérir les souffrances familiales : 50 spécialistes répondent*. Paris: PUF.
- Asen, E. (2002). Multifamily therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*, 24 (1), 3-16.
- Asen, E., Schuff, H. (2006). Psychosis and Multiple Family Group Therapy. *Journal of Family Therapy*, 28, 58–72.
- \* Bamberg, J. H., Toumbourou, J. W., & Marks, R. (2008). Including the Siblings of Youth Substance Abusers in a Parent-Focused Intervention: A Pilot Test of the Best Plus Program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(3), 281–291. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400643>

- \* Beels, C. C. (2007). Psychotherapy as a rite of passage. *Family Process*, 46(4), 421–436. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00223.x>
- Bishop, P., Clilverd, A., Cooklin, A., Hunt, U. (2002). Mental health matters: a multi-family framework for mental health intervention. *Journal of Family therapy*, 24 (1): 31-45.
- \* Borgogno, V. (2010). Working with “difficult” patients: an interview with Jorge Garcia Badaracco, by Francesca Viola Borgogno. *American Journal of Psychoanalysis*, 70(4).
- Campos Vidal, J.F. (2000). Los factores terapéuticos: ¿Qué es lo que produce cambios en los grupos? *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, nº 8, 205-229.
- Chambon, O., Deleu, G., Marie-Cardine, M. (2004). Approche psycho-educative de la famille dans la psychose chronique. En *Guérir les souffrances familiales : 50 spécialistes répondent*. Paris : PUF, 705-728.
- Chien, W.T., Wong, K. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 58, 1003–1006
- Cook-Darzens, S. (2007). *Thérapies Multifamiliales. Des groupes comme agents thérapeutiques*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- \* Couchman, G., McMahon, G., Kelly, A., & Ponsford, J. (2014). A new kind of normal: Qualitative accounts of Multifamily Group Therapy for acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(6), 809-832. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.912957>
- Edwards, S.A. (2001). The essential elements of multifamily group therapy: a delphi study. MFGT Resource Center Homepage. Artículo 28 en [www.multiplefamilygrouptherapy.com](http://www.multiplefamilygrouptherapy.com)
- \* Fjell, A., Bloch Thorsen, G. R., & Friis, S. (2007). Multifamily group treatment in a

program for patients with first-episode psychosis: experiences from the TIPS project. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 58(2).

Gough, D., & Richardson, M. (2019). Systematic reviews. In P. Brough (Ed.), *Advanced research methods for applied psychology* (pp. 63–75). Routledge.

Hazel, N.A., McDonell, M.G., Short, R.A., Rodgers, M.L., Berry, C.M., Dyck, D.G. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*, 55, 35-41.

\* Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family Process*, 55(3, SI), 577-594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>

\* Liberman, D. B., & Liberman, R. P. (2003). Rehab rounds: Involving families in rehabilitation through behavioral family management. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 54(5).

\* Litzke, C. H., & Glazer, E. (2004). "Quality time" serves families with a parent in recovery. *Holistic Nursing Practice*, 18(2).

\* Lyman, D. R., Braude, L., & George, P. (2014). Consumer and family psychoeducation: assessing the evidence. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 65(4).

McFarlane, W. R. (1994). Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. *New Directions for Mental Health Services*, 62, 13-22, doi: 10.1002/ymd.23319946204

McFarlane, W. R. (1997). FACT: Integrating Family Psychoeducation and Assertive

Community Treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 25 (2), 191-198, doi: 10.1023/A:1022291022270

McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. New York and London: Guilford Press.

\* McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3).

McFarlane, W. R., Dushay, R. A., Stastny, P., Deakins, S. M., & Link, B. (1996). A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 47, 744-750.

McFarlane, W.R., Lukens, E. y Link, B. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 679-687

\* Oruche, U. M., Draucker, C., Alkhatab, H., Knopf, A., & Mazurcyk, J. (2014). Interventions for Family Members of Adolescents With Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(3), 99-108. <https://doi.org/10.1111/jcap.12078>

Pérez, M. (2015). *Estudio de la efectividad de la terapia de grupo multifamiliar en el abordaje de la problemática conductual y emocional del adolescente*. Tesis doctoral. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. En <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/48149/1/TESIS%20MARIA%20P%C3%89REZ%202015.pdf>

\* Perlick, D. A., Straits-Troster, K., Strauss, J. L., Norell, D., Tupler, L. A., Levine, B., ... Dyck, D. G. (2013). Implementation of Multifamily Group Treatment for Veterans With Traumatic Brain Injury. *Psychiatric Services*, 64(6), 534-540. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001622012>

\* Poole, L. A., Lewis, A. J., Toumbourou, J. W., Knight, T., Bertino, M. D., & Pryor, R. (2017). A Multi-Family Group Intervention for Adolescent Depression: The BEST MOOD Program. *Family Process*, 56(2), 317-330. <https://doi.org/10.1111/famp.12288>

org/10.1111/famp.12218

Rolland, J.S. (1994). *Families, illness and disability : an integrative treatment model*. New York: Basic Groups.

Rosenblum, K. L., Muzik, M., & Morelen, D. M. (2017). A community-based randomized controlled trial of Mom Power parenting intervention for mothers with interpersonal trauma histories and their young children. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5).

Salem, G. (2001). Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots clés pour la thérapie multifamiliale. *Génération*, 23, 5-8.

\* Selick, A., Durbin, J., & Vu, N. (2017). Barriers and facilitators to implementing family support and education in Early Psychosis Intervention programmes: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(5).

Sempere, J. (2015). *Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de un nuevo modelo de terapia multifamiliar*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. file:///C:/Users/Xavi/Downloads/TESIS%20JAVIER%20SEMPERE%202015.pdf

Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems and Health*, 16: 55-70.

\* Straits-Troster, K., Gierisch, J. M., Strauss, J. L., Dyck, D. G., Dixon, L. B., Norell, D., & Perlick, D. A. (2013). Multifamily Group Treatment for Veterans With Traumatic Brain Injury: What Is the Value to Participants? *Psychiatric Services*, 64(6), 541–546. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001632012>

Stuart, B., Schlosser, D. (2009). Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59 (3), 435-440.

Vinogradov, S. & Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.