



Terapia de Grupo Multifamiliar en Alcoholismo

1. Definición

El Grupo Multifamiliar es un grupo grande. Es abierto y de asistencia voluntaria, está dirigido a personas con trastorno mentales graves y sus familias, en concreto está dirigido a los pacientes y familias en el que el grupo está integrado con el resto de actividades terapéuticas.

Se trata de pacientes con trastornos psicóticos como la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva, la psicosis mixta, trastornos graves de personalidad que están en el borde con la psicosis y/o con adicciones con o sin sustancias

El objetivo es que los familiares de los pacientes puedan ir haciendo un avance paralelo en la evolución del tratamiento y la resolución de los problemas familiares. Si este proceso de maduración no se da en la familia entonces tendrán dificultades para tolerar el cambio del paciente, y por el sufrimiento que conlleva este cambio en la estructura familiar lo más probable es que interrumpan el tratamiento.

2. Orígenes de la terapia familiar múltiple

Peter Laqueur inició la terapia grupal múltiple en 1951, cuando se dedicaba al tratamiento clínico de pacientes esquizofrénicos como Jefe del Servicio en el Hospital Creedmore State de Nueva York. En su trabajo se reunía por separado con los familiares de los pacientes esquizofrénicos durante un rato los domingos. Decidió dar respuesta a las preguntas que le hacían en una reunión grupal de una hora de duración. Sin embargo los pacientes se sentían suspicaces ante estas reuniones con sus familiares, por lo que empezó a reunirse con los pacientes por separado en un grupo de una hora. Posteriormente decidió reunir ambos grupos en una sesión que duraba más de dos horas, en esa reunión se discutían las preguntas sobre esquizofrenia, tratamiento, hospitalización y altas. Dado que el tamaño de los grupos los hacía caóticos. Laqueur optó por hacer grupos menores con cuatro o cinco esquizofrénicos y sus familias, se reunía regularmente cada semana mientras duraba la hospitalización del paciente. Algunos de estos grupos se mantuvieron posteriormente en clínicas y despachos privados, como grupos de pacientes no internados.

La práctica de esta modalidad de tratamiento condujo a posteriores perfeccionamientos y al desarrollo de técnicas terapéuticas. Laqueur considera curativo que:

1. Los participantes aprendan por analogía, viendo cómo otros se enfrentan al conflicto.
2. Que los miembros copien el modelo de una familia relativamente sana.
3. Que el terapeuta anime con sus intervenciones de forma amable e indirecta.
4. Que se verbalice el control de la interacción no verbal (quinésica).
5. Que se vincule la conducta con los patrones de respuesta.
6. Que los pacientes intenten conductas nuevas que el grupo pueda apoyar.



Laqueur clasificaba a cada familia de acuerdo a ciertos criterios. Las familias severamente patológicas no pueden hablar entre sí, porque no comparten el foco de atención. Tanto las madres como los padres controlan, de forma que la comunicación se realiza a través de ellos en vez de directamente entre los miembros de la familia. En otras familias se forman subgrupos en torno al sexo. Otras familias sufren una falla generacional. Se culpa a uno o dos miembros de la familia de las dificultades y se les expulsa enviándolos a un hospital. A menudo se produce una simbiosis patológica entre uno de los esposos y su familia de origen.

Los terapeutas comienzan la terapia familiar múltiple pidiendo a cada familia que presente a sus miembros y que cuenten porqué están allí. Se pide al padre que transmita cómo se como padre o esposo y que describa su relación con la familia. Luego la madre hace lo mismo. Se pide a los pacientes que digan si creen que los están culpando y qué conductas suyas provocan quejas. Luego se pide al hijo “bueno” que describa los roles familiares de los padres, del paciente y los suyos. El ejercicio aporta información a los terapeutas y ayuda a que las familias se conozcan entre sí.

Hay otros ejercicios no verbales. Por ejemplo, dos personas de la misma familia ponen sus manos sobre los hombros del otro, a uno se le pide que diga “sí” y al otro “no”. Luego se les manda empujarse. El ejercicio supone una información que se puede comentar sobre la confrontación, el contacto y la expresión de cólera. En otro ejercicio dos personas se ponen espalda contra espalda y tienen que encontrar la manera de cambiar de posición sin hablar. Otro ejercicio consiste en que dos personas se ponen de frente a tres pasos de distancia y se les manda juntar las manos. Las respuestas varían y el terapeuta puede pedir que se comenten las reacciones emocionales. Laqueur también utilizaba la escultura familiar para que expresaran, a través de una pantomima, cómo era la familia en el presente y cómo querían ser en el futuro.

Laqueur recomendaba que la terapia múltiple fuera realizada por dos terapeutas, preferiblemente hombre y mujer, de forma que funcionaran como modelo familiar de interacción. Al terminar la sesión se reunían los terapeutas y los observadores para repasar las filmaciones y revisar lo que había ocurrido en la sesión. Los grupos no tenían un final prefijado, de forma que se podían incorporar familias a medida que otras terminaban. Asimismo consideraba que para este tipo de terapia familiar múltiple era adecuado contar con una composición heterogénea, en vez de una homogénea.

En la fase inicial del tratamiento, las familias sienten alivio por hacer algo, y se muestran esperanzadas con la mejoría de otras familias. En la fase media, las familias se resisten al cambio de actitudes y conductas, en vez de simplemente culpar a otros. En la fase final, las familias se hacen más conscientes de la necesidad de un cambio simultáneo en todos los miembros. Se vuelven más útiles entre sí y con las otras familias; logran un nivel mayor de funcionamiento, en comparación con el pasado y tienen una percepción mejor de los demás, debido a las técnicas educativas y terapéuticas utilizadas en la terapia. Laqueur afirmaba que los reingresos bajaban a un 80 por ciento y que cuando se producía, la hospitalización duraba menos que la anterior.

En 1963 la terapia familiar múltiple se incluyó como parte integrante del programa terapéutico para adolescentes agudos. Sus técnicas no utilizaban los ejercicios propuestos



por Laqueur y, en ocasiones, incluían a la familia política u otras personas significativas. En 1967 se llevó a cabo el primer experimento controlado, comparando la efectividad de la terapia grupal convencional y la terapia familiar múltiple. Se concluyó que la terapia familiar múltiple facilitaba más la interacción verbal, se discutían y resolvían los problemas de la vida real familiar. A menudo la terapia familiar múltiple devolvía una imagen especular y las sesiones tenían un tono menos depresivo. La presencia de otras familias suavizaba la transferencia hacia el terapeuta, como figura amenazante y todopoderosa; por otra parte éste cumple el rol de un observador amable o un mediador.

La terapia familiar múltiple se ha aplicado a diferentes ámbitos para el tratamiento de diferentes problemas conductuales y psiquiátricos. Aporta una red de apoyo social así como la oportunidad de compartir y ventilar sentimientos y lograr un *insight* de las interacciones familiares. Cuando la familia se hace consciente y acepta la perturbación psiquiátrica, la tensión del paciente disminuye y mejora su prognosis. La terapia familiar múltiple ofrece simultáneamente las ventajas de la terapia familiar y la grupal y es particularmente útil con familias defensivas y poco sofisticadas y que pueden aprender en un ambiente de apoyo al terapeuta y de otras familias.

La participación de las familias

Desde el inicio se tiene en cuenta la necesidad de incluir a las familias de los pacientes dentro del tratamiento. Generalmente tras la derivación el paciente viene acompañado por una familia que cree que el trastorno pertenece a una persona concreta, el paciente, y que espera una curación casi mágica. Deposita al enfermo en el tratamiento y espera de forma pasiva a que los terapeutas hagan algo por resolver el problema.

Sin embargo se ha comprobado que el paciente designado **expresa una patología familiar**, además de la personal, que **preserva al sistema familiar del desequilibrio**. El paciente va avanzando hacia a la individuación y la separación de la familia y comienza a cuestionarse la indiferenciación y confusión de roles que hay en su familia, **y si las familias no desarrollan un trabajo paralelo a la evolución del paciente**, es posible que no puedan tolerar el cambio y derive en una interrupción del tratamiento por la llegada de crisis familiares graves.

Las intervenciones familiares tienen una frecuencia semanal, siempre y cuando podamos vencer las resistencias de los familiares a tomar conciencia de su sufrimiento e implicación en la enfermedad del paciente, sino con la frecuencia que se permita. Son reuniones de la familia con el paciente y el tutor del tratamiento donde se trata de que la evolución del paciente en el tratamiento se mantenga en su entorno familiar. Estas reuniones se muestran productivas pero lentas por las dificultades que venimos comentando y se plantea la incorporación al grupo multifamiliar que se explica a continuación



Los grupos multifamiliares

Dos formas bastante populares que combinan la terapia familiar con la de grupo, para tratar, en este caso, los problemas de adicciones, son los grupos multifamiliares y los de parejas. Ambos juegan su función como dimensiones del tratamiento general que incluye varias modalidades.

Tucker y Maxmen (1975) extrajeron once funciones de los grupos familiares múltiples que ayudan a comprender el entusiasmo clínico actual por este tratamiento y su metodología, para la terapéutica del problema del abuso de cocaína. Estos factores incluyen:

- Anulación de la situación de aislamiento
- Socialización y apoyo del paciente
- Obtención de información
- Catarsis
- Solución de problemas
- Promoción de la competencia terapéutica
- Cultivo de la esperanza
- Apoyo del paciente
- Aprendizaje interfamiliar
- Facilitación de la terapia de grupo
- Fuentes de datos

En una revisión de este tema, no es siempre posible reproducir el beneficio que suponen las ricas experiencias de grupo multifamiliar para los adictos y sus familias. Kaufman (1985b) y Kaufman y Kaufman (1979) han escrito estudios clínicos descriptivos que captan la esencia de la experiencia de los grupos multifamiliares en alcohólicos y drogadictos. Acatan presupuestos iguales a otros grupos de familias que permiten “la integración de otros miembros de la familia que tienen un papel en la perpetuación del sistema de la adicción, como también lo tendrían en producir un cambio del sistema” (1985).

Los grupos multifamiliares se basan principalmente en elementos educacionales para conseguir sus fines. Las familias con un miembro dependiente se adhieren a un punto de vista que subraya la relación de la adicción con factores familiares significativos. Las defensas familiares de negación, así como las individuales, se enfrentan dentro de los grupos multifamiliares. Los patrones familiares disfuncionales de engaño, coacción, de chivo expiatorio y otros que provocan el uso de cocaína, son identificados y se buscan para ellos ajustes familiares alternativos. Las conductas de tipo “permisivo” en los miembros de la familia se acentúan de modo que aumenta la frecuencia de conductas que perpetúan la dependencia a la cocaína en todos los miembros de la familia.

Los grupos familiares se componen de varias familias y son dirigidos al menos por dos miembros del equipo. En grupos multifamiliares muy grandes, el liderazgo es de equipo, empleando con frecuencia más de dos personas, cada una de las cuales tiene un determinado papel en el grupo. Debido al gran tamaño del grupo, los líderes tienen varias opciones terapéuticas a su disposición. De modo inicial, las familias pueden identificarse unas a otras al reconocer el impacto de vivir con un miembro dependiente. Frecuentemente, como es el



caso de las familias de un solo padre, los miembros de los grupos multifamiliares ayudan a compensar mediante el apoyo necesario a las familias y a los adictos. El aprendizaje a través de las familias es muy importante en estos grupos. Los participantes pueden identificar, por lo común, en los miembros de otras familias del grupo, las cosas que ellos mismos niegan o evitan tratar en su propio sistema familiar. Como resultado de ello, los niveles interfamiliares de grupo llegan a constituir importantes canales de apoyo y de enfrentamiento. Esto añade elementos terapéuticos a la tarea de cambiar los patrones establecidos en los sistemas familiares de los adictos.

El grupo multifamiliar también funciona como un recurso para sus miembros. Los familiares se hacen conscientes del problema y son impulsados a ir a los grupos de apoyo de tipo AA. El énfasis en la adicción como “tema de familia” ayuda a movilizar a los miembros importantes de ésta que se resistirían de otro modo a los intentos de ser integrados en un proceso terapéutico. Los grupos ayudan a contrarrestar los sentimientos de disgusto y desmoralización importantes en los grupos de familia de adictos a la cocaína. Además, un intento activo de enseñar modelos apropiados para la expresión de sentimientos intensos entre los miembros de la familia, se incorpora a la experiencia terapéutica.

La aportación de Jorge García Badaracco

La inclusión de otras coordenadas en la comprensión de la enfermedad mental, más allá de los conocimientos neurofisiológicos que produjeron grandes avances en la psicofarmacología, permitieron trabajar psicoterapéuticamente las estructuras intrapsíquicas patológicas que mantienen y perpetúan la enfermedad. La jerarquización de la teoría de las relaciones objetales y de los autores que estudiaron la enfermedad desde una perspectiva relacional, abrieron un camino sin retorno en el abordaje de estos pacientes considerados como severos.

La concepción del proceso terapéutico como eje central de la actividad asistencial, la integración del psicoanálisis individual, grupal y familiar, el trabajo centrado en la transformación de la regresión patológica en una regresión operativa, la idea del objeto enloquecedor como una presencia de aspectos vinculares e identificatorios patológicos y patogénicos, los procesos de desidentificación en el trabajo terapéutico y otros aspectos condensan una vida dedicada al estudio y tratamiento de personas con patologías severas.

Una mención especial merece el grupo multifamiliar. Con el correr de los años este grupo se convirtió en un lugar jerarquizado para el tratamiento de los diferentes fenómenos psicopatológicos y a la vez, el lugar por excelencia para compartir una experiencia compleja y difícil.

Estos grupos se iniciaron con un carácter psicopedagógico (García Badaracco, 1964) y se transformaron en grupos terapéuticos de libre discusión (García Badaracco, 1990). El grupo multifamiliar trata de vencer las resistencias que genera toda patología mental, creando un espacio en donde las familias puedan compartir las ansiedades e incertidumbres que se producen en todo proceso terapéutico. El compromiso emocional, la participación



continuada y el aporte intelectual sobre los fenómenos en los que ellos están inmersos, hace que los participantes se conviertan en coterapeutas y agentes de cambio.

Por otra parte, esta experiencia compartida evita los procesos de esclerosis y decadencia institucionales en que caen las actividades aisladas, exigiendo a los profesionales una coherencia que impida esfuerzos baldíos y una práctica iatrogénica. Es así como el grupo multifamiliar se convierte en un instrumento de gran potencial terapéutico a través del efecto de la socialización del sufrimiento, la universalización de los conflictos, la aceptación de las diferencias y la contribución a la solución de situaciones que en otros contextos resultan dilemáticas.

Referencias Bibliográficas

Mascaró Masri, Norberto

“Profesor Jorge García Badaracco”

Avances en Salud Mental Relacional

Vol.4, núm. 2 - Julio 2005.

Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE

Revista Internacional On-line

<http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0402/jgb.pdf>

Parrabera G., Silvia

“La Experiencia en el Primer Año de Grupo Multifamiliar del Hospital de Día de Salud Mental CEMPA”

2002, Madrid

<http://www.cempa.org/grupfami-2002.pdf>

Slip, Samuel

“Terapia familiar y terapia familiar múltiple”

En: Kaplan, Harold y Sadock, Benjamín

Terapia de Grupo, 3ª Ed.

Editorial Médica Panamericana

1996, Madrid

Spitz, Henry I. y Rosecan, Jeffrey S.;

Cocaína. Abuso. Nuevos enfoques en investigación

Ediciones en Neurociencias, Biblioteca de Toxicomanías

1990, Barcelona