

Implementación y Adaptación de la Terapia Multifamiliar en la Psicosis Incipiente

Implementation and Adaptation of Multi-Family Therapy in Early Psychosis


Anna Sala Estrada

Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Gerona, España

Resumen: La psicoterapia multifamiliar es un modelo complejo de terapia grupal que permite incluir en un mismo lugar a pacientes, familias y equipo terapéutico. En febrero de 2018, un Equipo de Intervención Precoz en Psicosis de la red pública de salud mental creó un Grupo Multifamiliar para jóvenes con psicosis incipiente. Para la adaptación del grupo se aplicaron los principios del *Diálogo Abierto* de Jaakko Seikkula (2016); los estudios de Irvin Yalom (1996) acerca de los factores grupales de cambio, en concreto, el factor *Infundir Esperanza y Aprendizaje interpersonal*; y la perspectiva fenomenológica de Jakob Wyrsh (1949) que considera la identidad de la persona durante las primeras fases. En el artículo se expone la necesidad de utilizar este tipo de dispositivo grupal no solo como una herramienta de tratamiento sino también como un espacio de observación clínica y prevención. Se ilustra nuestro trabajo con la presentación de casos clínicos.

Palabras clave: intervención precoz, psicosis incipiente, psicoterapia de grupo, grupo multifamiliar

Abstract: Multi-family psychotherapy is a group therapy model that allows patients, families and a therapeutic team to be in the same place. In February 2018, an Early Intervention Psychosis team from the public mental health network provided a Multi-family Therapy Group setting for young people with early psychosis. To help the group adapt, we applied the principles of the *Open Dialogue* approach of Jaakko Seikkula (2016), the Irvin Yalom's (1996) group studies, specifically, *Giving hope* and *Interpersonal learning*, and the phenomenological perspective of Jakob Wyrsh's (1949) which takes into account the person's identity during the early stages. This article underlines the need to use this type of group de-

Anna Sala Estrada  <https://orcid.org/0000-0001-9471-0545> es Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta en el Equipo de Intervención Precoz en Psicosis del Institut d'Assistència Sanitària de Gerona (España).

Para citar este artículo: Sala Estrada, A. (2023). Implementación y Adaptación de la Terapia Multifamiliar en la Psicosis Incipiente. *Clínica Contemporánea*, 14(1), Artículo e4. <https://doi.org/10.5093/cc2023a4>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Anna Sala Estrada. E-mail: annasalaestrada@yahoo.es



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

vice not only as a treatment tool but also as a space for clinical observation and prevention. Our work is illustrated with the presentation of clinical cases.

Keywords: early intervention, incipient psychosis, group psychotherapy, multi-family group

La psicoterapia multifamiliar es un modelo de intervención grupal complejo que consiste en incluir, en un mismo espacio, a pacientes, familias y equipo asistencial, con el fin de establecer una conversación terapéutica (Salomón y Simond, 2013). Este tipo de abordaje se ha implementado en distintos contextos clínicos (Asen, 2002) y utilizado, principalmente, en el tratamiento psicológico de trastornos mentales graves como la psicosis (Laqueur, 1969; Badaracco, 2000). Los grupos multifamiliares se originaron en la década de 1950. La primera experiencia multifamiliar fue descrita por los psiquiatras Joseph Abrahams y Edith Varon (Abrahams y Varon, 1953). El estudio formaba parte de un proyecto de investigación en psicoterapia del hospital St. Elisabeth (Washington D.C.) cuyo objetivo principal era la observación del vínculo que se establecía entre madres y sus respectivas hijas; estas últimas, adolescentes o mujeres jóvenes que habían sido hospitalizadas con un diagnóstico de esquizofrenia crónica. Ese trabajo tuvo la influencia de psiquiatras como Harry Stack Sullivan (1892-1949) y sus aportaciones sobre la terapia interpersonal, así como el soporte de Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957), psicoanalista contemporánea de Sigmund Freud que teorizó acerca del «poder esquizofrenógeno» que ejercían las progenitoras sobre sus hijos.

Pero, sin duda, los precursores del modelo multifamiliar tal y como lo conocemos hoy día fueron los psiquiatras Peter Laqueur (1909-1979) y Jorge García Badaracco (1923-2010). En primer lugar, Peter Laqueur, en el Creedmoor State Hospital de Nueva York, desarrolló la terapia multifamiliar, implementando grupos en los que participaban cuatro o cinco núcleos familiares de pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Su principal propósito era implicar a las familias en el tratamiento global del paciente. De esta manera, Laqueur (Laqueur et al., 1969, p. 29) afirma que:

Años atrás, cuando intentamos involucrar a las familias realizando dos encuentros cada domingo, uno para todos los pacientes de la unidad y otro para los familiares, enseguida nos dimos cuenta que hacer reuniones separadas conducía a la distorsión y a la suspicacia. El siguiente paso obvio fue mantener una reunión conjunta, pues las hostilidades y la desconfianza podrían ser expresadas abiertamente.

También, de los estudios de Laqueur se desprende la descripción de los *mecanismos de cambio* más relevantes que transcurren en el grupo multifamiliar (GMF), uno de los más importantes es el *aprendizaje por analogía*. El psiquiatra de origen alemán destacaba que, en este tipo de grupo, las familias tienen la oportunidad de observar situaciones de conflicto análogas y aprender de ellas. Así afirma que (Laqueur et al., 1969, p. 34):

En un grupo de terapia multifamiliar (TMF), las familias son capaces de aprender unas de otras mediante analogía, interpretación indirecta o identificación. El ambiente es más permisivo y protector que cuando durante toda la sesión solo una familia es el centro de atención.

En definitiva, Laqueur puso las piedras angulares de la terapia multifamiliar. La diferenció de otro tipo de terapias familiares, destacando sus características y beneficios singulares.

En segundo lugar, otro de los referentes de la terapia multifamiliar fue Jorge García Badaracco. Badaracco acuñó el término *psicoanálisis multifamiliar*, concepto que supuso el inicio de un nuevo enfoque terapéutico de los trastornos mentales graves y que, al mismo tiempo, generó un cambio en el *setting* psicoanalítico bipersonal tradicional (Badaracco, 1989). Además, el enfoque multifamiliar del psiquiatra argentino desembocó en

la elaboración de una amplia teoría sobre la etiología de la psicosis que generó enormes avances en la práctica clínica para su recuperación. De esta manera, a lo largo de su obra destacan sus ideas acerca de la configuración del trastorno psicótico dentro del seno familiar: un entorno en el que se genera un tipo de vinculación que no facilita la maduración del individuo deteniendo su desarrollo evolutivo, que queda anclado en un conjunto de dinámicas «patologizantes» (Badaracco, 2000). La mayor parte de su trabajo terapéutico en el grupo consistía en recomponer, reparar o transformar las dinámicas relacionales patológicas activando (y liberando) los recursos *yoicos* del paciente (su *virtualidad sana*) que quedaban anclados en ellas.

El presente texto tiene como principal propósito describir de qué manera y bajo qué mirada hemos adaptado e implementado el modelo de terapia multifamiliar en la prevención y el tratamiento de jóvenes que, o bien han sufrido un Primer Episodio Psicótico (PEP), o se encuentran en fases muy incipientes del trastorno (los llamados Estados Mentales de Alto Riesgo [EMAR]).

Remitimos al lector, si es de su interés, a nuestro anterior trabajo, *Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: un enfoque interdisciplinar y comunitario*, en el que se desarrollaron con más detalle la metodología y bases técnicas que permitieron la implementación inicial del grupo (Sala, 2020).

Contexto clínico-asistencial

El tratamiento multifamiliar se integra, como una intervención esencial, complementaria a otras acciones terapéuticas, dentro del Equipo de Intervención Precoz en Psicosis (EIPP)¹ del Baix Empordà (Cid, 2012). En este caso, el EIPP sigue el Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI)² que tiene como objetivo la detección e intervención en jóvenes (de edades comprendidas entre 14 y 35 años) que han sufrido un PEP, o bien tienen riesgo de padecerlo, es decir, los llamados EMAR (Yung et al., 1998).

Cuando hablamos de la categoría PEP, hacemos referencia a los distintos diagnósticos que se hallan, según el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), dentro de los *Trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos*. Respecto al concepto EMAR, incluimos los tres grupos de pacientes que Yung et al. (2005) distinguen a través de la escala *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS). Estos son: i) pacientes con antecedentes de psicosis en familiares de primer grado o personalidades clúster A, cuya funcionalidad ha disminuido en el último año (*grupo de vulnerabilidad*); ii) pacientes con síntomas psicóticos atenuados que bien por intensidad, o por frecuencia, no alcanzan el umbral de psicosis (*grupo de psicosis atenuada*), y iii) pacientes con síntomas psicóticos que se auto-limitan en menos de una semana (*grupo de síntomas psicóticos breves limitados intermitentes* [BLIPS]).

De todas formas, en nuestra experiencia clínica la distinción entre el segundo y el tercer grupo no está tan clara. En este sentido, en la práctica, hemos observado la presencia de: 1) un grupo de pacientes que no presentan una sintomatología prodrómica, pero que han experimentado un quebramiento psicológico que les impide enfrentarse a las exigencias externas del mundo y, en general, una gran disminución de su funcionalidad. Habitualmente son jóvenes en transición hacia una vida adulta que no pueden hacer frente a los estudios, el trabajo, las relaciones sociales o las relaciones de pareja. Algunos de estos pacientes permanecen aislados durante meses en su domicilio por lo que, si estas condiciones se mantienen, pueden generar una progresiva desconexión con la realidad o aparecer síntomas psicóticos, especialmente si va de la mano con un consumo de THC y una vulnerabilidad familiar, y 2) la presencia de un grupo de pacientes que han sufrido experiencias del rango psicótico atenuadas que, por el momento, no llegan a configurarse como un episodio psicótico franco.

A día de hoy (enero de 2023) un total de 115 pacientes son atendidos en nuestro EIPP con una media de edad de 22 años. Un 60% de los jóvenes se sitúan en la categoría PEP frente a un 40% que se incluyen en la categoría EMAR.

¹ El Equipo de Intervención Precoz en Psicosis pertenece a la Red Pública de Salud Mental y Adicciones de Gerona (IAS-XSM).

² PAE-TPI: Programa de Atención Específico al Trastorno Psicótico Incipiente. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Adiccions. Estratègies 2017-2020. Consens per a la millora de l'atenció a les persones amb Trastorn Psicòtic Incipient. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. [Servicio Catalán de la Salud. Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Estrategias 2017-2020. Consenso para la mejora de la atención a las personas con Trastorno Psicótico Incipiente. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.] Abril de 2018.

El GMF es un espacio de tratamiento continuado (grupo abierto), de frecuencia quincenal, que se ofrece a *todos* ellos y a sus respectivas familias. Los jóvenes y sus allegados pueden acudir al grupo en cualquier momento de su proceso terapéutico durante los 5 años que dura el seguimiento en el programa. A pesar de la clasificación categórica entre PEP y EMAR, en la práctica terapéutica grupal no hacemos ninguna diferenciación y la terapia se ofrece indistintamente a los dos perfiles de pacientes. El motivo es que en ambos casos trabajamos en la esfera o dimensión de lo psicótico donde el grupo actúa como continente de los sentimientos de extrañeza tan angustiantes, especialmente en la fase incipiente del trastorno. Consideramos, por tanto, que PEPs y EMARes pueden beneficiarse de la vinculación al espacio multifamiliar siendo aún más necesario para estos últimos quienes fácilmente pueden transitar hacia un primer episodio psicótico.

La terapia multifamiliar se lleva a cabo en un emplazamiento comunitario (un local social cedido por el área de Juventud del municipio en el que se desarrolla). Este emplazamiento comunitario nos permite rebajar el estigma asociado al Centro de Salud Mental. Asimismo, el GMF es conducido por el mismo equipo multi-profesional que conforma el EIPP, esto es: psiquiatría, enfermería, trabajo social y psicología. En las sesiones grupales procuramos estar todos los miembros del equipo, y en su defecto, tres de los cuatro profesionales, puesto que hemos observado que la presencia de todo el equipo promueve la integración, mejorando su intercomunicación y la que se establece con el paciente y su familia (Sala, 2020).

Finalmente, de febrero de 2018 a febrero de 2023 se han realizado un total de 112 sesiones grupales.

Marco teórico que guía la intervención

Nuestro enfoque se asienta sobre las aportaciones más relevantes de distintos autores cuyas ideas, junto a los paradigmas que ellos representan, constituyen los fundamentos del grupo. Estas se exponen a continuación.

Jaakko Seikkula

Inicia su labor terapéutica e investigadora en 1984, proponiendo reuniones entre el equipo profesional, el paciente y la familia (o red social más cercana) en el abordaje del trastorno mental grave en general y, particularmente, en la psicosis o primeros episodios psicóticos que conformó una nueva aproximación psicoterapéutica denominada *Open Dialogue* o Diálogo Abierto (Seikkula y Arnkil, 2016; 2019). Según Seikkula (2018), el Diálogo Abierto es un modelo de intervención temprana orientada a la familia que ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de los primeros episodios psicóticos (Bergström et al. 2018; Seikkula, et al., 2006; Seikkula, 2002). Se trata de un tipo de intervención que combina técnicas de la terapia familiar sistémica (procedentes de distintas escuelas: estructural, estratégica, narrativa, etc.) con técnicas más psicodinámicas (Putman y Martindale, 2022). A pesar de que el *Open Dialogue* ha sido poco ensayado en el contexto de la terapia grupal algunas experiencias multifamiliares actuales como, por ejemplo, la Terapia Interfamiliar (TIF) de Sempere y Fuenzalida han incorporado este tipo de prácticas dialógicas en sus grupos (Sempere y Fuenzalida, 2017; 2022).

Principios del Open Dialogue aplicado a nuestro grupo multifamiliar. El primer principio que tenemos en cuenta en la conducción del GMF es la *Polifonía*. La polifonía se refiere a la capacidad de otorgar el mismo valor al discurso o a la *voz* de cada persona que participa en el grupo; independientemente de su estado mental o diagnóstico clínico. Dicho en otras palabras, aunque aparezca en el grupo una narrativa cuyo contenido sea «incomprensible» o «extraño» para la mayoría (por ejemplo, una idea de tipo delirante) esto no impide tener en cuenta tanto el contenido como la forma del discurso del individuo valorando, por ejemplo, cuál es su sentido, qué quiere explicar la persona que verbaliza esta idea, qué implicaciones tiene para él o ella, o para su entorno, etc. Esto significa que, en el grupo, cada individuo debe disponer de un espacio subjetivo desde el cual desarrollar su discurso e interactuar con los demás. Este aspecto toma una considerable relevancia en el ámbito de la psicosis si tenemos en cuenta que, con demasiada frecuencia, la voz de quien sufre experiencias psicóticas ha sido poco escuchada (Colina, 2011).

El segundo principio al que hace referencia el Diálogo Abierto es la *Tolerancia a la incertidumbre*. Ponemos un ejemplo: en el caso del tratamiento grupal en jóvenes con psicosis, la imprevisibilidad y la desorganización propia de esta alteración requiere que el equipo terapéutico disponga de una amplia capacidad de tolerancia. Por ello, en el grupo este deberá mantener una posición flexible frente a las entradas y salidas de la familia, así como en las vinculaciones que suelen ser erráticas, promoviendo un *setting* sólido y estable que dé continuidad y evite romper procesos.

Finalmente, la tercera premisa es la *Elaboración de nuevas narrativas*. Es decir, la capacidad de crear o descubrir nuevos modos de comportarse, de pensar, o de otorgar significados para obtener otras salidas posibles al malestar psíquico y relacional que acompaña al trastorno. Si pensamos en la psicosis en sus fases iniciales, en un estadio de no cronicidad, sabemos que son muchas las ocasiones en las que el joven o la familia se encuentran en «callejones sin salida». En este caso, apelando a este principio, la intervención multifamiliar busca ir en la dirección de crear nuevas narrativas, bosquejar nuevos caminos, facilitar el desbloqueo de situaciones de malestar, o simplemente proporcionar cierta coherencia y lógica a la persona y su entorno.

Irvin Yalom

Fue uno de los terapeutas pioneros en identificar los *Factores Terapéuticos Grupales* que se hallaban en la base de la eficacia de la psicoterapia de grupo (Vinogradov y Yalom, 1996). Pese a que en su práctica clínica no trabajó con grupos multifamiliares, tomó en consideración aspectos sistémicos-relacionales, existenciales e intergeneracionales (Yalom, 2010; 2019). En el grupo, aunque trabajamos apoyándonos en cada uno de los pilares que el autor identificó en sus estudios sobre eficacia grupal (esto es: universalidad, transmitir información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, recapitulación correctiva del grupo familiar primario, etc.) nos enfocamos, concretamente, en dos de las variables que explicitó: i) la capacidad de *infundir esperanza* y ii) el *aprendizaje interpersonal*.

En relación con la primera, en las fases iniciales de los trastornos psicóticos sabemos que el impacto de la sintomatología (tanto positiva como negativa) suele desembocar en el «caos», es desorganizador y estresante tanto sobre uno mismo como sobre el entorno. Por ello, la reacción preliminar del individuo ante tal impacto es, sin duda, la *desesperanza*. Como muestra nuestra experiencia clínica, esta desesperación forma parte del mundo interno del paciente, pero suele aparecer solamente cuando se establece un buen vínculo con el terapeuta, o en un contexto terapéutico grupal seguro, como una demanda de ayuda. En cambio, en la familia, la desesperanza es más externalizada expresándose de forma abierta en cualquier contexto terapéutico desde el inicio del trastorno. De todas formas, tanto en unos como en otros, esta se halla muy presente. Por tanto, es necesario que nos mantengamos atentos a la expresión de la desesperanza de ambos durante todo el proceso evolutivo evitando que este sentimiento tan angustiante se desborde. En este sentido, como escribe Yalom (1996, p.26):

Aunque infundir y mantener la esperanza es crucial en todas las psicoterapias, en el escenario grupal desempeña un papel excepcional (...) Los pacientes suelen comentar al final de la terapia que haber presenciado la mejoría experimentada por los demás les ha infundido gran esperanza respecto de su propia mejoría.

En definitiva, considerando la gravedad de la patología que tratamos, es esencial que en el GMF se proyecten escenarios futuros que alberguen menos sufrimiento y mejoren las expectativas de cambio tanto del paciente como de la familia.

En segundo lugar, el *aprendizaje interpersonal* es un elemento complejo de cambio que aparece en la mayoría de contextos terapéuticos que trabajan sobre la esfera relacional del individuo (Yalom, 1996; 2005). Así el GMF es por excelencia un espacio de comunicación intersubjetiva, donde el aprendizaje vicario y mentalizador es determinante. Como señala Yalom (1996, p.33), citando a Goffman (1961), «parece que no existe un agente más eficaz que otra persona para dar vida a un mundo propio, o para marchitar la realidad en la que uno habita mediante una mirada, un gesto o un comentario». Es decir, la influencia que ejerce el otro sobre uno

mismo, este espacio intersubjetivo o transicional que aparece en las relaciones interpersonales, puede ser usado en el grupo como un motor terapéutico esencial. En definitiva, cada una de las interacciones que acontecen en la sesión grupal ayudan a *flexibilizar* los procesos psíquicos y dinámicas familiares que, como observamos en los trastornos psicóticos, poseen una enorme rigidez y repetición.

Jakob Wyrsh

En 1949, Wyrsh publicó su monografía *La persona del esquizofrénico*, cuyo objetivo era poner de manifiesto el modo en que la persona tomaba posición frente a la irrupción de la psicosis (Wyrsh, 2001). Stanquellini (2001) en su análisis de la obra del psiquiatra suizo, destaca que este se concentra «sobre el comportamiento asumido por la persona en su lucha contra su propia psicosis, hasta la irrupción de esta última» (Wyrsh, 2001, p. 15). La aportación más importante de Wyrsh es su modelo *Dialéctico persona-psicosis* (*vulnerabilidad*). A partir de este se describen las formas clínicas prototípicas de las primeras manifestaciones de la esquizofrenia.

Algunos de los principios centrales del pensamiento de Wyrsh nos ofrecen una mirada muy interesante. Por ejemplo, él sostiene que la persona (*el self o el yo del individuo*) está de alguna manera obligada a tomar una posición en la confrontación consigo misma (Wyrsh, 2011) de modo que contempla al sujeto como un agente activo que «responde» a su propio malestar. Este planteamiento explica la manera en la que se va configurando la identidad del joven frente al desarrollo de las primeras experiencias psicóticas, tanto durante el período prodrómico o posteriormente, una vez se desencadenan los síntomas con más intensidad y nitidez.

También, el *modelo persona-psicosis* de Wyrsh apela a los estadios que Mayer-Gross (1920) definió sobre las formas en que toman posición los pacientes con respecto a la fase aguda del trastorno. En este caso, el psiquiatra alemán describe cinco fases que conviene, al menos, mencionar: 1) la desesperación; 2) el «pasar página» («vida nueva»); 3) la eliminación; 4) la conversión, y 5) la integración (Mayer-Gross, 1920). Como vemos aquí se señala de nuevo la desesperación (o *desesperanza*) como una de las reacciones que aparecen en primer término cuyo abordaje terapéutico en el grupo será indispensable. En otro sentido, estas fases se consideraron en la obra de Wyrsh (2001, p. 14) para afirmar que:

La actitud asumida por la persona tras la irrupción de la psicosis señala el pasaje de la fase aguda a la cronicidad y, efectivamente, determina el modo en el cual se configura establemente el mundo de cada tipo de paciente.

Por lo tanto, del pensamiento de Wyrsh (2001) podemos extraer que, el modo en que el individuo hace frente a sus experiencias psicóticas indica una dirección en la integración de estas dentro de su identidad. Es decir, la vivencia psicótica participa en la configuración de la identidad del sujeto. Una identidad entendida como aquel “continente flexible y elástico en el que caben todas nuestras vivencias (...) una obra en permanente construcción, inacabada y en constante diálogo con las miradas que la construyen” (El Kadaoui, 2020, p.24).

En consecuencia, en el GMF nos centramos sobretodo en la *persona*, tratando de buscar un *encaje* entre la patología psicótica, la identidad y el contexto. Así, por ejemplo, ponemos el foco terapéutico en fortalecer el *yo* del individuo, potenciando sus recursos psíquicos, buscando nuevas maneras de tomar una posición ante la clínica que disminuya el sufrimiento y mejore su capacidad de hacer frente a la psicosis.

El GMF como herramienta de observación clínica versus como dispositivo de tratamiento continuado

Según García Badaracco (2001) el Grupo de Terapia Multifamiliar es a la vez un dispositivo de trabajo terapéutico y «un laboratorio social en el que se puede desplegar una forma de trabajar los conflictos de la familia y los conflictos sociales, que respeta la complejidad de lo real» (Salomón y Simond, 2013, p. 29). El grupo tiene una doble vertiente, o lo que puede ser conceptualizado como una doble función; mientras que, por un

lado, puede utilizarse como una *herramienta de observación y valoración clínica*, por el otro, actúa como un *recurso de tratamiento continuado*. Esta doble funcionalidad sucede de forma simultánea.

En el primer caso, el *setting* multifamiliar se convierte en un contexto que favorece la observación más nítida de elementos clínicos, que en otros formatos terapéuticos como, por ejemplo, el individual o unifamiliar resultan más opacos, pues se trata de un entorno de mayor contención que facilita que aparezcan con mayor claridad los sistemas relacionales, psíquicos y comportamentales del individuo. Por otra parte, la posición horizontal que toma el equipo terapéutico como observador participante (Sempere y Fuenzalida, 2017) dentro de la dinámica grupal genera una *apertura*, una *proximidad*, que permite realizar intervenciones psicoterapéuticas precisas más adaptadas a la realidad. Veamos un ejemplo (los nombres son ficticios):

Álex, 24 años. Convive con sus padres, su hermano y su abuela. Presenta rasgos esquizoides de personalidad. Desde hace más de 5 años se ha mantenido aislado en su habitación. Ha pasado la mayor parte del tiempo jugando a juegos virtuales de estrategia, a través de los que se vincula a otras personas que comparten su mismo interés. Introverso. Ha presentado períodos de depresión, verbalizando ideación autolítica no estructurada, pero sí pensamientos recurrentes de suicidio. En ocasiones, en contextos de estrés, han aparecido fenómenos alucinatorios (alucinaciones auditivas poco estructuradas, sonidos, una voz, etc.), de breve duración, que remiten con la introducción de tratamiento farmacológico.

Desde hace años, Álex presenta grandes dificultades en el mantenimiento del sueño, con despertares frecuentes que le ocasionan un considerable agotamiento físico y mental. Durante su adolescencia se observaron alteraciones de la conducta alimentaria, por lo que requirió un ingreso hospitalario. Habitualmente es un joven que se comunica poco, tiene dificultades para mantener el contacto ocular y muestra cierta actitud opositora para recibir cualquier tipo de ayuda. A menudo, refiere estar desanimado y desesperanzado acerca de su vida, sobre la que dice no encontrar sentido.

Acude al grupo invitado por el equipo, con quien se ha vinculado de una forma que, según él, «le resulta agradable». Ante los demás miembros del grupo, su discurso es contundente, y se resume en la siguiente afirmación: «Yo no vivo, solo existo». Ante tal declaración, los demás le observan con una mezcla de curiosidad y preocupación, y le preguntan directamente el porqué de tanto malestar. A partir de aquí, Álex se desenvuelve en la comunicación grupal como nunca antes se ha apreciado en las visitas individuales (en las que, la relación más dual requiere sostenerlo por un período más largo de tiempo antes de que se establezca un diálogo). En el grupo, en cambio, desarrolla su discurso de una manera más ágil, espontánea y directa.

Posteriormente, explica con detalle su situación personal y familiar y su conflicto. Según él, este radica en el hecho de encerrarse en él mismo no consiguiendo salir al espacio intersubjetivo o relacional (verbaliza dificultades en el vínculo con su padre, su hermano, con las amistades, etc.). Finalmente, después de su proceso en la sesión, su demanda terapéutica queda definida como el deseo de salir al espacio social-relacional sin caer en el vacío.

El grupo le sostiene.

La segunda función del GMF es la función reparadora, o de cambio, que se asocia habitualmente a la terapia multifamiliar (García Badaracco, 2000). Es decir, el grupo como tratamiento psicoterapéutico actúa para lograr unos objetivos o beneficios específicos. En otros trabajos ya describimos algunas de las particularidades de nuestra metodología grupal en su implementación como, por ejemplo, que se trata de un grupo abierto, sin un número finito de sesiones, cuyas sesiones se desarrollan en un espacio comunitario y permanente a lo largo del tiempo, en el que cada paciente y familia tiene la posibilidad de acudir en cualquier momento que lo considere necesario. Este se halla integrado de forma coherente al resto de intervenciones terapéuticas del EIPP, es conducido por un equipo interdisciplinar, etc. (Sala, 2020). Todas estas características configuran la estabilidad del tratamiento multifamiliar y facilitan la consecución de 4 objetivos específicos que se adaptan a las características y necesidades de tratamiento de los procesos psicóticos iniciales. Estos objetivos se explican a continuación.

Vinculación. Sabemos que las personas que presentan un trastorno psicótico suelen establecer un tipo de vinculación *fragmentada, desorganizada, evitativa* y habitualmente *insegura*, ya sea por la clínica subyacente a los síntomas psicóticos básicos, como la desconfianza (Colina, 2011; 2013), por sus características de personalidad (por ejemplo, rasgos esquizoides o esquizotípicos), o incluso por otros factores como la edad o fase del ciclo vital en la que se encuentran. (La media de edad de los pacientes que forman parte de nuestro programa es de 22 años y ellos, con mucha frecuencia, verbalizan el deseo de superar la crisis psicótica «por sí mismos» rehuendo cualquier tipo de ayuda.)

Por otro lado, en relación con la familia, se observa como la vinculación inicial tanto al EIPP como al GMF ocurre con más rapidez. Con toda probabilidad, la desesperanza, el miedo, la tristeza o la impotencia que invade a la familia mediatiza su demanda de ayuda. Habitualmente, los miembros del núcleo familiar muestran la sensación de no disponer de los recursos suficientes para hacer frente a las complejas situaciones inherentes a los procesos psicóticos incipientes.

En este aspecto, el GMF posee la capacidad de vincular a todos por igual, atendiendo a las necesidades de cada uno. A veces, la familia desea adherirse al grupo, pero el joven no. En este caso, pueden incorporarse los miembros de la familia que lo consideren y eso no supone romper nuestro vínculo individual con el paciente; que debe saber que sus padres son atendidos en el grupo al que él también está invitado. Esta actitud de transparencia terapéutica disminuye suspicacias y permite mantener el vínculo con unos y otros intacto (Putman y Martindale, 2022). El tratamiento multifamiliar no es solo para el joven, es también un recurso terapéutico para la familia.

Contención. La contención psicológica es uno de los requisitos de fondo para elaborar un marco de intervención y apoyo emocional. La acción contenedora del grupo actúa como una especie de «ansiolítico» que reduce el dolor psíquico que sufre la persona ante los elevados niveles de angustia que habitualmente experimenta.

Asimismo, la contención que ofrece el grupo es, en sí misma, una importante intervención terapéutica, un «freno» ante el desarrollo de procesos psíquicos y emocionales que están desbordados y son desbordantes. Como se desprende del trabajo de McFarlane (1995), los sentimientos de angustia, incertidumbre, desesperanza e impotencia se contienen mejor en un entorno terapéutico multifamiliar porque el peso del trastorno se reparte entre sus miembros (McFarlane et al., 1995). En definitiva, el GMF funciona como un continente que ejerce una función de autoregulación emocional, logrando, la mayoría de las veces, la homeostasis.

Intervención en crisis. Se describe en los manuales diagnósticos internacionales que los trastornos psicóticos evolucionan con crisis posteriores al primer episodio (American Psychiatric Association, 2014). Por ejemplo, en la práctica clínica observamos que, con bastante frecuencia, los síntomas propios de un primer episodio no remiten por completo, permaneciendo después de la crisis por un largo período de tiempo (quizás con menos intensidad o sin ser tan invasivos). Al mismo tiempo, hay que considerar que ante la patología psicótica el desarrollo social y psicológico de la persona queda detenido. Siendo así, se ha sostenido la existencia de un *período crítico*, con mayor probabilidad de sufrir una recaída, que abarcaría los primeros años desde el inicio del trastorno (Birchwood et al., 1998).

Teniendo en cuenta esta hipótesis, el grupo debe también focalizarse en la atenuación o reducción de las crisis. Para ello, el equipo terapéutico gestiona los recursos personales que aparecen en las sesiones grupales y los dirige hacia la búsqueda de *soluciones conjuntas y compartidas* (De Shazer, 1991; Putman y Martindale, 2022). Por ejemplo, es habitual que el equipo reflexione junto a la familia (y otras familias y otros jóvenes) sobre cómo convendría proceder si en alguna ocasión es necesario realizar un ingreso hospitalario para que sea lo menos «traumático» posible para todos.

Activación de procesos de cambio. El GMF facilita el desarrollo de la capacidad de reflexionar sobre el *self* o sobre las circunstancias que rodean al individuo. El diálogo intersubjetivo que se produce dentro de una red que garantiza la suficiente seguridad psíquica y se mantiene estable es un lugar excepcional para iniciar procesos de cambio (Seikkula y Arnkil, 2016). En este sentido, la terapia multifamiliar permite, por ejemplo, pensar acerca del proyecto vital del joven -junto a su familia- ayudando a recuperar expectativas de progreso individual, promover un cambio en la dinámica o emocionalidad familiar (Leff y Lam, 2004; Leff et al., 1983) reparando los vínculos dañados, (re)significar las pérdidas asociadas al impacto del trastorno, dar un sentido o situar la clínica dentro de un contexto, etc.

Manejo de casos en el grupo: ejemplos clínico³

Vinculación y cambio

Javier, 27 años. Derivado al EIPP desde el servicio de urgencias psiquiátricas tras la aparición brusca de sintomatología psicótica positiva: interpretaciones delirantes, alucinaciones auditivas y desorganización conductual que se acompaña de clínica afectiva: hipotimia, disforia y labilidad emocional. En su historia clínica previa, a la edad de 20 años, destacan dos visitas puntuales con un psiquiatra privado. El profesional orientó el caso como un trastorno de la personalidad (clúster C) asociado a un trastorno por dependencia de sustancias (consumo de THC) de larga evolución.

Javier se vincula al EIPP a finales de 2019 y realiza un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico individual durante aproximadamente un período de un año y medio. Posteriormente, por decisión propia, frente a su mejoría clínica (disminución de la sintomatología psicótica y afectiva, abandono del consumo, etc.) decide dejar el seguimiento.

En las primeras visitas el joven reconoce que hasta el momento su deseo de independizarse de sus progenitores fracasó en diversas ocasiones. Expresa que cuando lo intentó no consiguió mantener su autonomía ni sentirse seguro estando solo. Cada vez que abandonaba su domicilio familiar para establecerse en el propio aparecía sintomatología depresiva, una gran desorganización conductual y sus ideas acababan siendo incoherentes o extrañas. Su funcionamiento en la esfera laboral y social disminuía, apareciendo conflictos importantes. El joven se asustaba y, como consecuencia, retornaba al domicilio con sus progenitores.

En este caso, la madre, de mediana edad, presenta un trastorno de ansiedad generalizada, diagnóstico que se acompaña de un carácter melancólico. A menudo verbaliza sentimientos de impotencia e incomprensión ante la conducta extraña de su hijo. En el vínculo materno-filial se aprehende una distancia afectiva considerable. Por una parte, Javier refiere «sentirse ahogado con la simple presencia de la madre». Mientras que, por otra parte, ella reconoce su rechazo hacia él. Después, en ocasiones, el joven expresa su agresividad verbal que va seguida de importantes sentimientos de culpa.

Proceso terapéutico en el grupo multifamiliar

A pesar de que Javier no se ha vinculado al grupo, y habiéndose desvinculado también del EIPP, los padres deciden acudir al GMF de forma regular. Inicialmente observamos cómo la madre se desborda fácilmente (llora desconsoladamente cada vez que habla de su hijo, mostrando un grado elevado de emocionalidad que la invade y no deja lugar a la reflexión o pensamiento más racional), por lo que más adelante decide no acudir y busca un espacio psicológico individual en su centro de salud mental de referencia. Por el contrario, el padre mantiene la regularidad de su asistencia y se pone de manifiesto que a pesar de mantener una posición más pasiva y retraída dentro del sistema familiar, es la figura parental que dispone de mayor capacidad de contención y apoyo para Javier.

Durante este período, el padre explica haber encontrado en el GMF un espacio de «desahogo, pertenencia y aprendizaje» que ha generado grandes cambios en él. Primero, expresa que ha conseguido hacer frente a su timidez que a lo largo de su vida tantas veces lo mantuvo al margen de los demás. Segundo, que ha mejorado la calidad de la relación con su hijo cuyo acercamiento afectivo y la comprensión de sus necesidades han contribuido a mejorar la capacidad de ayudarlo, apoyándolo.

Finalmente, a lo largo de este proceso grupal, la familia toma la decisión de apoyar a su hijo en su independencia. Para ello le otorgan la confianza suficiente para que él pueda llevarla a cabo. También le ayudan en todos aquellos aspectos prácticos que implica el hecho de vivir solo. En general, la mejora en la comprensión

³ Los nombres son ficticios

por parte de la familia de las necesidades de Javier, así como de sus dificultades, permiten disminuir su exigencia y generan en él más sentimientos de autoeficacia.

Contención e intervención en crisis

Kevin, 19 años. Acude al GMF con su madre, padrastro y hermana. Natural de Colombia, forma parte de una familia reconstituida con cuyos miembros convive en la actualidad. Durante los últimos meses ha presentado clínica prodrómica atenuada (EMAR). Muestra ideas delirantes de perjuicio, centradas en las redes sociales. Desconfianza en la familia (especialmente respecto de su madre). Su discurso es tangencial, pero estructurado y coherente. Expresa una sensación subjetiva de extrañeza respecto a él mismo y el mundo que le rodea. Verbaliza sensaciones cenestésicas que en determinadas ocasiones interpreta de forma delirante, mientras que, en otras, transcurren en la esfera de la hipocondría. Además, refiere dificultades en sus funciones cognitivas, como la sensación de tener alteradas sus capacidades de comprensión, memoria y atención, no sabiendo explicarse su motivo. No presenta una alteración de la conciencia, ni una pérdida en su capacidad de juicio.

El inicio del cuadro aparece de forma aguda durante el confinamiento en marzo de 2020 que conllevó la crisis sanitaria producida por la Covid-19, pero meses antes la familia explica haber observado un cambio en su personalidad (y en su modo de comunicarse en general), describiendo un estado de disforia e irritabilidad poco habitual en él. Por otro lado, Kevin reconoce haber aumentado su consumo de alcohol, aislarse de su núcleo de amistades, haber dejado los estudios y, en consecuencia, pasar más horas en su domicilio donde aparecen grandes dificultades en la convivencia familiar.

Ante la evolución de la sintomatología —que se va agudizando—, el rechazo del paciente a realizar un tratamiento farmacológico —a pesar de que asiste a las visitas individuales con el equipo y está bien vinculado—, y los repetidos episodios de abuso de alcohol que conllevan importantes alteraciones conductuales, la familia refiere querer «forzar» un ingreso hospitalario. Pero en este momento el equipo no valora la indicación de realizar un ingreso de este tipo, ya que (excepto por las alteraciones conductuales asociadas a situaciones de abuso de alcohol que remiten después de un período muy breve de abstinencia) no se cumplen los criterios clínicos necesarios para realizar este tipo de intervención, y, aunque el equipo le plantea al joven de forma transparente y junto a la familia esta opción (atendiendo a la demanda de la familia) esta la rechaza. De manera que finalmente se ofrece al conjunto de la familia acudir al GMF con el objetivo de encontrar otras estrategias que frenen la progresión de la crisis.

Secuencia terapéutica de la sesión multifamiliar

Acude gran parte de la familia y, para sorpresa del equipo, el joven. La madre se encuentra confundida acerca del estado mental de su hijo, por lo que se dirige a él enfadada y enormemente disgustada por su comportamiento. El joven explicita haber experimentado fenómenos psicóticos y, enfadado, dirigiendo la mirada a su madre, exclama:

«¡Crees que a mí no me da miedo volverme loco!». En el grupo, ante el aumento de la tensión del vínculo materno-filial, algunos miembros se dirigen a Kevin animándolo a explicar cuáles han sido estas experiencias.

Frente a este interés, Kevin, dirigiéndose a su madre, contesta:

— *Me daba la impresión de que me ponáis algo en la comida, tenía miedo que me sucediera algo, morirme o algo así.*

Frente a esta afirmación, la madre relata que, durante su infancia, experimentó las consecuencias del grave trastorno psiquiátrico que padecía su padre identificando, implícitamente, a su hijo con él, y la situación actual con la que sucedió durante este período de su vida. Tras su aseveración, la hermana de Kevin verbaliza su ex-

pectativa ante el grupo y frente a su madre de la siguiente manera:

—*Por eso estamos aquí, para que no suceda esto, para ayudar a mi hermano a sentirse mejor, a que pueda hacer su vida, estudiar, estar con sus amigos...*

La tensión intrafamiliar se reduce, produciéndose una apertura, una expectativa de cambio.

Conclusión y Discusión

El modelo multifamiliar es un formato de terapia rico y complejo que permite trabajar a múltiples niveles simultáneamente (Sempere y Fuenzalida, 2017). En esta se mezclan aspectos de la identidad del individuo, de sus relaciones intrafamiliares, o bien surgen interconexiones entre los distintos sistemas familiares. Todas estas interconexiones contribuyen a que en el grupo aparezcan elementos de índole social y se convierta en un espacio de intervención comunitario. Autores como García Badaracco, pionero en el desarrollo de este tipo de terapia aplicada al trastorno mental grave, puso énfasis en la posibilidad de recuperación que ofrecía un abordaje psicológico y social de la psicosis más allá de una aproximación meramente biomédica (Salomón y Simond, 2013).

A principios del año 2018, en el EIPP Baix Empordà, adaptamos e implementamos un espacio de tratamiento multifamiliar continuado para atender a las necesidades de jóvenes con un trastorno psicótico incipiente y sus familiares. En nuestro caso, el trabajo clínico abordando, de forma precoz, la psicopatología psicótica, aproximándonos a ella con una mirada comunitaria, hizo indispensable crear un espacio terapéutico grupal que contemplara una visión *intersubjetiva y dialógica* dando soporte al individuo cerca de su contexto inmediato.

Cuando planificamos la creación del grupo tuvimos en cuenta distintos elementos. Primero, hacerlo en un entorno comunitario (en el entorno natural y orgánico, en el territorio cercano al paciente y la familia) de manera que resultara un recurso coherente con el resto de intervenciones comunitarias del EIPP. Segundo, comprendiendo que la intervención multifamiliar debía cobrar un sentido dentro del proceso terapéutico global del paciente siendo un recurso más que diera continuidad y lógica al resto de intervenciones. Y, tercero, asumiendo que cada individuo se encontraba en un punto distinto dentro de su proceso evolutivo (o de la evolución del trastorno) por lo que ofrecer la libertad de acudir al grupo en cualquier momento fue una decisión que favoreció un buen clima emocional en las sesiones, aportando espontaneidad y autenticidad.

Como se ha explicado en este artículo, nuestro *background* se fundamentó en el trabajo de distintos autores, cuyas ideas, junto a los paradigmas que ellos representan, enmarcaron la intervención. El enfoque de Jaakko Seikkula y el *Dialogo Abierto* (Seikkula y Arnkil, 2016; 2019), cuyos principios como, por ejemplo, la *Poli-fonía*, nos ha permitido incluir la narrativa de todos aquellos que participan en el grupo dando el mismo peso a la *voz* de cada uno. Este hecho supone uno de los fundamentos grupales más importantes porque significa un cambio básico en la posición del terapeuta que, en este caso, es de carácter *horizontal*. Otras aportaciones que se han mencionado en el texto como los estudios de Irvin Yalom (Yalom, 2010; 2019), o las aportaciones de la psiquiatría clínica y humanista de Jakob Wyrsh (2001) enfatizan la capacidad del grupo multifamiliar de generar espacios intersubjetivos, reflexivos, o mentalizadores que permitan construir escenarios de cambio.

Por otro lado, en este texto hemos destacado las dos funciones principales del GMF confirmando una gran importancia a la observación clínica y el seguimiento. En este sentido, se ha señalado el lugar preponderante que ocupa la detección de necesidades, la observación de la evolución de la clínica y, en general, el desarrollo psicológico de cada uno de los participantes del grupo poniendo de relieve la función preventiva en sus tres vertientes: primaria, secundaria y terciaria. Por ejemplo, hemos visto, en algunas de las viñetas clínicas, cómo un joven con riesgo de psicosis encuentra en el grupo la posibilidad de salir de su aislamiento acercándose un poco más al *otro*, cuya mirada acogedora y validadora favorece recursivamente esta acción. El resultado es un diálogo que empuja a externalizar su sufrimiento mientras el grupo puede contenerlo, comprenderlo, reconducirlo, o incluso, repararlo.

Siguiendo con esta función preventiva del grupo, otra de las características distintivas de nuestra terapia multifamiliar es que esta se ofrece a ambos perfiles de pacientes PEPs y EMARs. En otra viñeta clínica que expusimos anteriormente, la hermana de un paciente que se encuentra en una etapa prodrómica resume uno de

los objetivos preventivos más importantes del grupo al expresar su deseo de que el hermano tenga una mejor evolución que la que tuvo su abuelo evitando así un curso de deterioro y cronicidad.

Por otro lado, en el caso de los primeros episodios psicótico también esta perspectiva preventiva es esencial, puesto que esta descrito que durante los primeros 5 años después de la irrupción del trastorno son habituales las posteriores descompensaciones (Birchwood et al., 1998). Como hemos explicado, el impacto inicial de la enfermedad genera una enorme angustia y desesperación (Wyrsh, 2001) así como otros problemas graves asociados como la pérdida de trabajo, la ruptura de relaciones significativas con los amigos o la familia, el riesgo de suicidio (siempre inherente a este tipo de patología), la confusión ante la dirección que uno quiere tomar en su vida, etc. Por tanto, abordar todos estos problemas adyacentes y evitar que surjan otros será también una intervención de tipo preventiva muy importante en el grupo.

Desde otro ángulo, hemos hablado de la función reparadora o propiamente de tratamiento del grupo y cómo esta permite alcanzar unos objetivos específicos. Así, el grupo actúa como un puente que facilita la vinculación del paciente y la familia a las sesiones (y al tratamiento en general). También como un continente que regula la angustia para que no se desborde y vuelva a un cauce más manejable. Como un espacio de intervención en crisis o, finalmente, el grupo como un lugar dónde poder proyectar escenarios de cambio activando los recursos de cada uno.

Para terminar, sólo queremos mencionar que el trabajo que hemos presentado en este artículo nos ha permitido reflexionar sobre nuestra práctica terapéutica extrayendo nuevos aprendizajes (o nuevos interrogantes) para seguir comprendiendo la complejidad del desarrollo de los procesos psicóticos iniciales, su impacto y su tratamiento en la contemporaneidad.

Referencias

- Abrahms, J. y Varón, E. (1953). *Maternal Dependency and Schizophrenia: Mothers and patients in a Therapeutic Group. A group analytic study*. International University Press.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00197>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A. y Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry*, 172(S33), 53-59. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297663>
- Cid, J. (2012). El programa de atención temprana a la psicosis de la red de salud mental de las comarcas de Girona. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 11(1), 49-66.
- Colina, F. (2011). *Melancolía y paranoia*. Síntesis.
- Colina, F. (2013). *Sobre la locura*. Cuatro ediciones.
- De Shazer, E. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós.
- El Kadaoui, S. (2020). *Radicales. Una reflexión sobre la identidad*. Catedral.
- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Tecnipublicaciones.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar: Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí-mismo*. Paidós.
- Laqueur, H. P., Wells, C. F. y Agresti, M. (1969). M. Multiple-family Therapy in a State Hospital. *Psychiatric Services*, 20(1), 13-20. <https://doi.org/10.1176/ps.20.1.13>
- Leff, J. P., Kuipers, L. y Berkowitz, R. (1983). Intervention in families of schizophrenics and its effect on relapse rate. En W. R. McFarlane (Ed.), *Family therapy in schizophrenia* (pp. 173-188). Guilford.
- Leff, J. y Lam, D. (2004). *Esquizofrenia: Guía práctica de trabajo con las familias*. Paidós.

- McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., Dunne, E. J., Horen, B. y Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8), 679-687. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950200069016>
- Putman, N. y Martindale, B. (2022). *Open Dialogue for Psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Routledge.
- Sala, A. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Informaciones Psiquiátricas. Monográfico La intervención temprana en psicosis. Un reto que no puede esperar*, 241, 63-83. <http://informacionespsiquiatricas.com/informe241/#63>
- Salomón Martínez, J. y Simond, D. H. (2013). *Grupos de terapia multifamiliar ¿qué son, ¿cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?* Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of marital and family therapy*, 28(3), 263-274. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. y Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(02), 214-228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente*. Herder.
- Sempere, X. y Fuenzalida, C. (2017). *Terapias multifamiliares: El modelo interfamiliar, la terapia hecha entre todos*. Psimática.
- Sempere, X. y Fuenzalida, C. (2022). Interfamily therapy. Application of dialogical practices in the multifamily group. En N. Putman y B. Martindale, *Open dialogue for psychosis* (pp. 212-215). Routledge.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.
- Wyrsh, J. (2001). *La persona del esquizofrénico. Estudios sobre la clínica, psicología y modalidad existencial* (1ª ed.). Fundación Archivos de Neurobiología.
- Yalom, I. D. y Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5ª ed.). Basic Books.
- Yalom, I. D. (2010). *Psicoterapia existencial* (2ª ed.). Herder.
- Yalom, I. D. (2019). *Memorias de un psiquiatra*. Destino.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Francey, S., Harrigan, S., Patton, G. C. y Jackson, H. (1998). Prediction psychosis: A step towards indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172(S33), 14-20. <https://doi.org/10.1192/S0007125000297602>
- Yung, A. R., Pan Yuen, H., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K. and Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 964-971. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x>

Artículo recibido: 29/11/2022
Artículo aceptado: 11/03/2023