DeepL
Suscríbete a DeepL Pro para poder traducir archivos de mayor tamaño.
Más información disponible en www.DeepL.com/pro.

Psychiatria Danubina, 2022; Vol. 34, No. 3, pp 497-505 https://doi.org/10.24869/psyd.2022.497 *Artículo original*
© Medicinska naklada - Zagreb, Croacia

LA EFICACIA DE LA TERAPIA DE CONSTELACIONES FAMILIARES PARA REDUCIR LOS SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EN UN ENTORNO NATURALISTA

Barna Konkolÿ Thege1,2, Benedek Somogyi3 & Gergely Sándor Szabó3

[1]Waypoint Research Institute, Waypoint Centre for Mental Health Care, Penetanguishene, Ontario, Canadá
[2]Departamento de Psiquiatría, Universidad de Toronto, Toronto, Ontario, Canadá
3Departamento de Psicología Clínica, Universidad Károli Gáspár de la Iglesia Reformada de Hungría, Budapest, Hungría

recibido: 18.10.2021; revised: 15.2.2022; accepted: 8.3.2022

RESUMEN

***Antecedentes: El** objetivo de este estudio (identificador de ClinicalTrials.gov: NCT03233958) era aportar más pruebas sobre la eficacia y la seguridad de la terapia de constelaciones familiares/sistémicas, una forma de psicoterapia grupal breve ampliamente utilizada pero raramente investigada.*

***Sujetos y métodos:** En total, 102 individuos de la población general fueron seguidos 1 y 6 meses después de su participación en la intervención de 2 días. Se evaluaron indicadores de psicopatología general y de áreas problemáticas específicas, calidad de vida interpersonal, sentido de la vida y bienestar general. Se tuvieron en cuenta tanto la significación estadística como la clínica, y también se llevó a cabo una vigilancia activa de los posibles efectos iatrogénicos.*

***Resultados:** Los datos mostraron una mejora significativa tras la intervención en el caso de la gran mayoría de las 17 variables de resultado. A los 1 meses de seguimiento, la magnitud de las mejoras se situaba normalmente en el rango moderado. Los patrones fueron muy similares en el seguimiento de 6 meses, lo que sugiere que la mayoría de los beneficios de la intervención se mantuvieron a medio plazo. Los análisis de sensibilidad no mostraron efectos del terapeuta en los tres proveedores de intervención. Los análisis de significación clínica mostraron que las mejoras más fiables se produjeron en relación con la calidad de vida interpersonal y la psicopatología no específica del diagnóstico, con aproximadamente la mitad de los participantes mostrando una mejora fiable. Los efectos iatrogénicos fueron comparables -tanto en términos de frecuencia como de gravedad- a los observados en otras formas de psicoterapia.*

***Conclusiones: Los** hallazgos del presente estudio apuntan hacia la seguridad y eficacia de la terapia de constelaciones familiares en la reducción de diversos síntomas psicopatológicos (por ejemplo, depresión y ansiedad) y el aumento del bienestar general. Esta eficacia es especialmente notable si se tiene en cuenta la brevedad y la rentabilidad de la intervención.*

***Palabras clave:** terapia de constelaciones familiares - constelaciones sistémicas - eficacia - significación clínica - tolerabilidad.*

* * * * *

INTRODUCCIÓN

La terapia de constelaciones familiares/sistémicas es una intervención de asesoramiento grupal a corto plazo cuyo objetivo es ayudar a los clientes a comprender y resolver mejor sus conflictos dentro de sus sistemas personales, lo que a su vez puede conducir a una disminución de los síntomas psicopatológicos o somáticos funcionales (Hellinger 2003). El sistema personal abordado suele ser la familia, pero otros sistemas inter o intrapersonales (por ejemplo, partes del yo, díadas víctima-agresor) también pueden ser el objetivo de la intervención; el término "terapia de constelaciones familiares" se utiliza a lo largo del manuscrito en este sentido más amplio. Esta modalidad terapéutica se ha hecho particularmente popular en Europa y Sudamérica e incluso ha pasado a formar parte del sistema público de atención sanitaria en algunos países (Franco de Sá et al. 2019).

En comparación con su uso por parte de miles de terapeutas de diversos ámbitos teóricos y profesionales en todo el mundo, se han realizado pocos esfuerzos para generar datos empíricos sobre la eficacia y la seguridad de esta intervención. El número muy limitado de estudios

Los estudios prospectivos revisados por pares sobre la eficacia terapéutica de la terapia de constelación familiar demostraron que la intervención era eficaz para reducir la psicopatología general no específica del diagnóstico y el malestar psicológico (Hunger et al. 2015, Krüger y Schmidt-Michel 2003, Weinhold et al. 2013), disminuir la intensidad de los síntomas dermatológicos (Jaffe- rany et al. 2019) y mejorar la calidad de vida y el funcionamiento de las relaciones interpersonales (Hunger et al. 2014, 2015).

Una reciente revisión sistemática sobre la terapia de constelaciones familiares (Konkolÿ Thege et al. 2021) concluyó que son muy necesarios nuevos estudios sobre su eficacia. Las lagunas de evidencia identificadas incluían el uso de 1) al menos un marco temporal a medio plazo (≥6 meses) para evaluar los resultados de los clientes, 2) la monitorización activa (no sólo la vigilancia pasiva) de los posibles efectos iatrogénicos, y 3) la investigación de los posibles efectos del terapeuta. De acuerdo con estas recomendaciones, el objetivo del presente estudio era recopilar y analizar más datos del entorno de la vida real sobre la tolerabilidad y la eficacia de la terapia de constelaciones familiares para mejorar la salud mental.

TEMAS Y MÉTODOS

Participantes y procedimiento

El protocolo de este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Károli Gáspár (25/2017/P) y fue prerregistrado en ClinicalTrials.gov (identificador: NCT03233958). Los participantes del estudio fueron reclutados en Hungría entre individuos de la población general que expresaron su intención de participar en un taller de constelaciones familiares de 2 días de duración en régimen de pago por servicio (ámbito privado) con uno de los tres profesionales participantes en el estudio. La tasa de participación global en el periodo de reclutamiento de participantes (considerando a todos los usuarios de servicios que buscaban terapia de constelaciones familiares con los tres proveedores de intervención) fue del 34,1% con respecto a la muestra de referencia del estudio (N=182) y del 19,1% con respecto sólo a los que completaron las tres evaluaciones (N=102). Los tres proveedores de la intervención estaban altamente capacitados tanto en la prestación de atención de salud mental general (un terapeuta con formación en psicología clínica, mientras que los otros dos en medicina) como en la terapia de constelaciones familiares (10-20 años de experiencia). La participación en el estudio fue voluntaria y se llevó a cabo mediante una combinación de recogida de datos en línea y en papel después de que los participantes dieran su consentimiento informado por escrito. Ni los terapeutas ni los participantes recibieron compensación económica por su participación.

El protocolo de evaluación incluía una evaluación previa a la intervención, un seguimiento aproximadamente 4 semanas después de la intervención (se estima que este tiempo es necesario para que el taller de una sola ocasión y 2 días de duración tenga la mayor parte de sus efectos; véase el enfoque en los cambios en la calidad percibida de las relaciones interpersonales y los síntomas de salud mental relacionados) y, por último, seis meses después de la intervención. Se hicieron esfuerzos significativos (correo electrónico de seguimiento y tres intentos de llamadas telefónicas) para animar a los participantes a completar los cuestionarios en ambos puntos de evaluación de seguimiento; sin embargo, la tasa de retención siguió siendo baja.

En total, 182 personas completaron la evaluación inicial (T1), de las cuales 118 permanecieron (tasa de retención: 65%) en el seguimiento de 4 semanas (T2) y 102 (tasa de retención: 56%) en el seguimiento de 6 meses (T3). Los participantes que completaron el programa y los que lo abandonaron en T3 no presentaban diferencias en cuanto a sexo, edad y estado civil; sin embargo, entre los que lo abandonaron había un número significativamente mayor de personas con estudios postsecundarios (Tabla 1). De las 17 variables cuantitativas de resultado, los que abandonaron en T3 mostraron puntuaciones basales significativamente menos favorables en relación con la somatización (Inventario Breve de Sintomatología: p=0,012, Cuestionario de Salud del Paciente- 15: p=0,031) y la ansiedad (p=0,012); sin embargo, la magnitud de las diferencias fue pequeña.

Intervención

La intervención se llevó a cabo en un grupo en el que unos 15-25 participantes, desconocidos entre sí, se reunieron en un taller único de dos días dirigido por un facilitador. Cada constelación comienza con una breve entrevista entre el facilitador y el cliente activo para aclarar el objetivo individual de la intervención. A continuación, se decide qué miembros/elementos del sistema (inter)personal del cliente desempeñan un papel importante en la cuestión planteada, que son representados por otros miembros del grupo durante la constelación. Inicialmente, el cliente coloca a los representantes (incluido el representante del cliente) en la sala, con distancias espaciales, ángulos y posturas corporales que deben corresponder a la imagen interna que el cliente tiene del sistema ("constelación del problema"). Esto permite al facilitador identificar la dinámica subyacente a la preocupación que presenta el cliente y, al mismo tiempo, ayuda al cliente a reflexionar sobre su experiencia interna desde un punto de vista más objetivo y parcialmente externo (ya que en este punto son observadores y no participantes). Esta parte del proceso es en gran medida no verbal y se centra en lo que los participantes empiezan a experimentar como parte de la estructura creada por el cliente activo (cf. Orban 2008).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra Características sociodemográficas de la muestra, estratificadas por estado de finalización del estudio

	Completadores (n=102)	Abandono (n=80)	Comparación
Sexo (N (%))			$\chi^{2=0}$.006,
Hombre	17 (16.7)	13 (16.3)	p=0.940,
Mujer	85 (83.3)	67 (83.8)	V=0.006
Edad (M (DE))	39.5 (9.1)	40.3 (9.9)	U=3888.5, p=0.587, r=0.040
Nivel de estudios (N (%))			$\chi^{2=3}$.815,
Secundaria	26 (25.5)	11 (13.8)	p=0.051,

Post-secundaria	76 (74.5)	69 (86.3)	V=0.145
Estado civil (N (%))			$\chi^{2=0}$.199,
Único	31 (30.4)	25 (31.3)	p=0.978,
En relación sin cohabitación	15 (14.7)	15 (13.8)	V=0.033
Casado / unión de hecho	40 (39.2)	33 (41.3)	
Separado / divorciado	16 (15.7)	11 (13.8)	

A continuación, el terapeuta pregunta a los representantes por sus sensaciones físicas, sentimientos y pensamientos mientras están en sus posiciones. Se realizan reorganizaciones, ajustes espaciales y conversaciones breves y ritualizadas basadas en los principios del funcionamiento saludable dentro de un sistema hasta que se identifica una constelación que ofrece una resolución o alivio para el cliente (que en este punto puede convertirse en un participante activo de la constelación si se siente preparado para ello). Idealmente, esta "constelación de solución" proporciona un marco nuevo y más adaptativo para que el cliente sienta, piense y se comporte en el sistema dado (Hunger et al. 2015).

Medidas

Variables sociodemográficas y cualitativas

Para evaluar las características sociodemográficas, se realizaron preguntas sobre el sexo, la edad, la relación/el estado civil y el nivel educativo de los participantes (las opciones de respuesta se muestran en la Tabla 1). También se hicieron un par de preguntas de texto libre a los participantes para explorar sus intenciones con la intervención (T1, ¿Qué problema o asunto le motivó a co- m e n t a r m e al taller de constelaciones familiares?) y los posibles efectos iatrogénicos (T2 y T3, ¿Ha experimentado algún cambio negativo en relación con su salud mental o física durante o después del taller de constelaciones familiares?) Si los encuestados respondían afirmativamente a la segunda pregunta, también se les preguntaba si creían que los cambios estaban asociados a su participación en la terapia de constelaciones familiares (sí, no o inseguro) y sólo se tenían en cuenta los cambios negativos que los encuestados creían que estaban realmente causados por la intervención o sobre los que no estaban seguros.

Inventario breve de síntomas (BSI)

Se utilizó la versión húngara (Urbán et al. 2014) del BSI (Derogatis & Spencer 1993) para medir el nivel de psicopatología general de un individuo. Esta herramienta consta de 53 ítems que cubren nueve dimensiones sintomáticas: somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psico- ticismo. De las tres medidas globales de patología y angustia, en el presente estudio se utilizó el Índice de Gravedad General (GSI, media de todos los ítems). Los coeficientes de consistencia interna de las subescalas del BSI en la presente muestra se encontraban típicamente en el rango de aceptable (Ansiedad: una Media $T1,T2_{,T3} = 0,70$) a muy bueno (Depresión: una $_{\text{Media T1,T2,T3}} = 0,84$), con la excepción de la Ansiedad Fóbica (una $_{\text{Media T1,T2,T3}} = 0,56$) y el Índice de Gravedad General (una $_{\text{Media T1,T2,T3}} = 0,95$).

SCOFF

Se utilizó la versión húngara (Dukay-Szabó et al. 2016) d e la prueba de detección SCOFF (Morgan et al. 2000) para medir el nivel de riesgo no específico de trastornos alimentarios. Al menos dos respuestas positivas (puntuación de 2) indican una alta probabilidad de padecer un trastorno alimentario

(Dukay-Szabó et al. 2016). Teniendo en cuenta el escaso número de ítems y el formato de respuesta del tipo sí o no, la consistencia interna de esta escala fue subóptima pero aceptable en el presente estudio (Cronbach's $\alpha_{Mean\ T1,T2,T3=0,}$58).

Cuestionario de salud del paciente-15 (PHQ-15)

Se utilizó la versión húngara (Stauder et al. 2021) del PHQ-15 (Kroenke et al. 2002) para evaluar la intrusividad de los síntomas somáticos y la tendencia a la somatización. La herramienta de evaluación contiene 15 ítems, cada uno de los cuales aborda un síntoma físico leve que aparece con frecuencia, como el dolor de espalda o los problemas para dormir. La consistencia interna del PHQ-15 fue buena en la presente muestra (Cronbach's $\alpha_{Mean\ T1,T2,T3=0.}$76).

Elementos ad hoc para evaluar la gravedad de la adicción

A falta de una herramienta de cribado amplia, concisa y validada para evaluar la gravedad de los problemas de adicción relacionados con las sustancias y el comportamiento, se creó una herramienta ad hoc de 4 ítems para los fines del presente estudio. Una pregunta se refería a la frecuencia de consumo de sustancias y de conductas excesivas en el último mes, mientras que otras dos preguntas exploraban hasta qué punto los participantes percibían que su consumo de sustancias o sus conductas excesivas causaban problemas en sus vidas. La consistencia interna de estos ítems ad hoc fue subóptima (Cronbach's $\alpha_{Mean\ T1,T2,T3=0,}$65) pero aceptable teniendo en cuenta la brevedad de la herramienta.

Cuestionario de experiencia en sistemas sociales personales (EXIS.pers)

Se utilizó la versión húngara (Konkolÿ Thege 2022) del EXIS.pers (Hunger et al. 2017) para evaluar las experiencias subjetivas del individuo en su sistema social personal (por ejemplo, familia, círculo de amigos). La consistencia interna de esta escala de 12 ítems fue excelente en el presente estudio (Cronbach's $\alpha_{Mean\ T1,T2,T3=0,}$94).

Cuestionario sobre el sentido de la vida (MLQ)

Se utilizó la versión húngara (Martos & Konkolÿ Thege 2012) del MLQ (Steger et al. 2006) para evaluar tanto la *presencia* como la *búsqueda de* sentido en la vida del encuestado como indicadores de bienestar eudaimónico. Mientras que el primero es un indicador de salud mental positiva, el segundo se considera típicamente como un indicador de mala salud mental y, por lo tanto, las puntuaciones más altas indican un estado mental menos favorable. La escala consta de 10 ítems (5 ítems que miden ambos subconstructos). Tanto la subescala de Presencia ($_{Media\ de}$ Cronbach $_{T1,T2,T3=0,}$92) como la de Búsqueda ($_{Media\ de}$ Cronbach $_{T1,T2,T3=0,}$84) mostraron una elevada consistencia interna en la presente muestra.

Índice de bienestar de la OMS (WBI-5)

Se utilizó la versión húngara (Susánszky et al. 2006) de 5 ítems del Índice de Bienestar de la OMS (Bech et al. 1996) para medir el bienestar subjetivo general de los participantes como indicador hedónico del bienestar. La consistencia interna de la escala fue excelente en el presente estudio (Cronbach's $\alpha_{Mean\ T1,T2,T3=}$ 0.88).

Análisis de datos

Todos los análisis se realizaron con SPSS para Windows, versión 27. Las características basales de los participantes que completaron el estudio frente a los que lo abandonaron se compararon mediante la prueba de la U de Mann-Whitney (edad) y la prueba de la ji al cuadrado (variables categóricas). El tamaño del efecto se expresó mediante el tamaño del efecto r (prueba de la U de Mann-Whitney) y la V de Cramer (prueba de la ji al cuadrado). Teniendo en cuenta la distribución no normal y la naturaleza ocasionalmente ordinal (SCOFF) de las variables de resultado, la eficacia de la intervención se investigó mediante la prueba de muestras pareadas de Wilcoxon en los análisis primarios. Se realizaron comparaciones por separado para explorar los posibles cambios entre el inicio y las 4 semanas posteriores a la intervención, así como entre el inicio y los 6 meses de seguimiento. Se calculó el tamaño del efecto r para expresar la magnitud de los cambios.

Dado que el supuesto de normalidad se examina relativamente poco y, por lo tanto, las pruebas paramétricas se utilizan con mayor frecuencia en la investigación de la eficacia, para facilitar la comparabilidad entre estudios también se realizaron ANOVA de medidas repetidas como análisis secundarios para investigar el efecto principal del tiempo teniendo en cuenta los tres puntos de evaluación. Por razones similares, las medias y las desviaciones estándar (en lugar de las medianas y los rangos intercuartílicos) se presentaron como datos descriptivos para facilitar las comparaciones entre estudios. También se realizó otro conjunto de ANOVAs para investigar los efectos del terapeuta. En estos análisis secundarios, el tamaño del efecto se expresó mediante eta al cuadrado.

El Índice de Cambio Fiable (ICF) se utilizó para evaluar la importancia clínica de los cambios a nivel individual. Dada la naturaleza no controlada del diseño del presente estudio, se eligió una métrica que tuviera en cuenta la tendencia a la regresión a la media, una amenaza para la validez de los estudios de eficacia sin un grupo de control. Por este motivo, se utilizó el método de Edwards-Nunnally para examinar la fiabilidad de los cambios a lo largo del tiempo (Bauer et al. 2004).

RESULTADOS

Análisis cuantitativos primarios sobre la eficacia

En relación con el seguimiento de 4 semanas (Tabla 2), los análisis primarios mostraron mejoras estadísticamente significativas en el caso de 14 de las 17 variables de resultado, con tamaños de efecto que iban desde pequeños (somatización evaluada por el BSI, búsqueda de sentido de la vida y bienestar general) hasta moderados (obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, psicoticismo y calidad de vida evaluada por el PHQ-15), y bienestar general), moderados (obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, psicoticismo, somatización evaluada por el PHQ-15 y calidad de vida en el sistema social personal) y grandes (ansiedad, ideación paranoide y psicopatología general). Las mejoras observadas no fueron estadísticamente significativas en el caso del riesgo de trastorno alimentario (p=0,090), la gravedad de la adicción (p=0,090) y la calidad de vida en el sistema social personal (p=0,090).

(p=0,216), y nivel percibido de sentido de la vida (p=0,118), en cuyos casos los tamaños del efecto fueron pequeños.

Los patrones fueron muy similares a los 6 meses de seguimiento: las mejoras fueron estadísticamente significativas en el caso de 13 variables con tamaños del efecto algo reducidos. Las mejoras fueron pequeñas en el caso de la ansiedad fóbica, el riesgo de trastorno alimentario y el nivel percibido de sentido de la vida; moderadas en relación con la obsesión-compulsión, la sensibilidad interpersonal, la depresión, la ansiedad, la hostilidad, el psicoticismo, la ideación paranoide, la calidad de vida en el sistema social personal y el bienestar general; mientras que grandes en el caso de la psicopatología general (Tabla 2). Las mejoras observadas no fueron estadísticamente significativas en el caso de la somatización evaluada tanto por el BSI (p=0,062) como por el PHQ-15 (p=0,052), la gravedad de la adicción (p=0,075) y la búsqueda de sentido a la vida (p=0,162), en cuyos casos los tamaños del efecto fueron pequeños pero no triviales.

Los análisis para investigar la significación clínica mostraron que, de media, en todos los indicadores, el 19,8% de los participantes (desde el 0,9% para el riesgo de trastorno alimentario hasta el 53,4% para la psicopatología general) mejoraron de forma fiable en el seguimiento de 1 mes (Tabla 3). El mismo valor fue del 20,3% en el seguimiento a 6 meses (oscilando entre el 2,9% para la ansiedad fóbica y el 48,0% para la calidad de vida en el sistema social personal). Se observó una dete- rioración fiable, por término medio en todos los indicadores de salud mental, en el 6,1% de los participantes en el seguimiento de 1 m e s y en el 7,6% en el seguimiento de 6 meses (Tabla 3).

Análisis cuantitativos secundarios sobre la eficacia

Utilizando el ANOVA paramétrico de medidas repetidas, e n e l caso de 13 de las 17 variables, el efecto principal del tiempo fue significativo (Tabla 2). Los tamaños del efecto variaron entre pequeño (somatización: $\eta^{2=0}$,037) y grande (psicopatología general: $\eta^{2=0}$,234), situándose la mayoría en el rango moderado (6 resultados) y grande (5 resultados). Las variables en las que las mejoras tras la intervención no alcanzaron significación estadística fueron presencia (p=0,197) y búsqueda de sentido de la vida (p=0,072), así como riesgo de trastorno alimentario (p=0,076) y gravedad de la adicción (p=0,147). El tamaño del efecto en estos casos fue pequeño (valores eta al cuadrado entre 0,016 y 0,026).

Para investigar los efectos del terapeuta, se repitieron todos los modelos utilizando la identidad del terapeuta como factor entre sujetos. En caso de no existir variable de resultado, la interacción entre el tiempo y la identidad del terapeuta fue sig- nificativa [los valores de p variaron entre 0,170 y 0,979 (M=0,571, SD=0,258)]. Los tamaños del efecto para el término de interacción tiempo x terapeuta oscilaron entre valores eta al cuadrado de 0,003 y 0,032 (M=0,015, SD=0,009), lo que indica una variación insignificante o pequeña en los resultados entre terapeutas.

Tabla 2. Cambios tras la participación en la terapia de constelaciones familiares en los indicadores de psicopatología y bienestar psicológico

Variable de resultado (herramienta de evaluación)	Datos descriptivos			Análisis primarios		Análisis secundarios
	Línea de base M (DE)	4 semanas seguimiento M (DE)	6 meses seguimiento M (DE)	Línea de base vs. 4-semana de seguimiento (n=118)	Línea de base vs. 6-mes de seguimiento (n=102)	Efecto principal del tiempo en 3 puntos temporales (n=102)
Somatización (BSI)	0.51 (0.62)	0.38 (0.59)	0.41 (0.52)	z=3.03 p=0.002 r=0.279	z=1.87 p=0.062 r=0.185	F=3.86 p=0.023 $\eta^{2=0}$.037
Obsesión-compulsión (BSI)	0.98 (0.70)	0.76 (0.72)	0.77 (0.73)	z=5.12 p<0.001 r=0.471	z=3.55 p<0.001 r=0.352	F=10.55 p<0.001 $\eta^{2=0}$.095
Interpersonal Sensibilidad (BSI)	0.94 (0.78)	0.60 (0.70)	0.60 (0.78)	z=5.14 p<0.001 r=0.473	z=4.50 p<0.001 r=0.445	F=17.96 p<0.001 $\eta^{2=0}$.151
Depresión (BSI)	1.38 (0.95)	0.95 (0.92)	1.01 (0.89)	z=4.62 p<0.001 r=0.425	z=4.23 p<0.001 r=0.419	F=17.42 p<0.001 $\eta^{2=0}$.147
Ansiedad (BSI)	0.97 (0.64)	0.62 (0.60)	0.63 (0.58)	z=5.78 p<0.001 r=0.532	z=5.00 p<0.001 r=0.495	F=23.83 p<0.001 $\eta^{2=0}$.191
Hostilidad (BSI)	0.76 (0.67)	0.52 (0.66)	0.48 (0.55)	z=4.48 p<0.001 r=0.412	z=4.44 p<0.001 r=0.440	F=12.96 p<0.001 $\eta^{2=0}$.114
Ansiedad fóbica (BSI)	0.46 (0.49)	0.30 (0.44)	0.35 (0.44)	z=4.40 p<0.001 r=0.405	z=2.21 p=0.027 r=0.219	F=6.25 p=0.004 $\eta^{2=0}$.058
Ideación paranoide (BSI)	0.84 (0.70)	0.54 (0.67)	0.53 (0.65)	z=5.98 p<0.001 r=0.551	z=4.88 p<0.001 r=0.483	F=18.32 p<0.001 $\eta^{2=0}$.154
Psicoticismo (BSI)	0.62 (0.62)	0.42 (0.61)	0.43 (0.69)	z=4.81 p<0.001 r=0.444	z=3.76 p<0.001 r=0.372	F=10.86 p<0.001 $\eta^{2=0}$.097
Psicosis general patología (BSI)	0.82 (0.51)	0.56 (0.53)	0.58 (0.53)	z=6.74 p<0.001 r=0.620	z=5.34 p<0.001 r=0.528	F=30.79 p<0.001 $\eta^{2=0}$.234
Riesgo de trastornos alimentarios (SCOFF)	0.65 (1.00)	0.55 (0.91)	0.47 (0.90)	z=1.69 p=0.090 r=0.156	z=2.11 p=0.035 r=0.209	F=2.61 p=0.076 $\eta^{2=0}$.025
Somatización (PHQ-15)	6.89 (4.26)	5.55 (4.33)	6.35 (4.71)	z=4.26 p<0.001 r=0.392	z=1.94 p=0.052 r=0.192	F=6.63 p=0.002 $\eta^{2=0}$.062
Gravedad de la adicción (temas ad hoc)	6.73 (3.10)	6.35 (2.43)	6.22 (2.65)	z=1.24 p=0.216 r=0.116	z=1.78 p=0.075 r=0.179	F=2.00 p=0.147 $\eta^{2=0}$.021
Búsqueda de sentido (MLQ)	22.42 (7.35)	20.70 (8.46)	21.41 (8.20)	z=2.55 p=0.011 r=0.235	z=1.40 p=0.162 r=0.138	F=2.67 p=0.072 $\eta^{2=0}$.026
Presencia de significado (MLQ)	22.87 (8.37)	23.79 (8.95)	23.94 (8.44)	z=1.56 p=0.118 r=0.144	z=2.24 p=0.025 r=0.222	F=1.66 p=0.197 $\eta^{2=0}$.016
Calidad de vida en social personal sistema (EXIS)	44.97 (11.33)	49.67 (13.76)	50.52 (13.42)	z=4.00 p<0.001 r=0.368	z=4.70 p<0.001 r=0.465	F=14.03 p<0.001 $\eta^{2=0}$.122
Bienestar (WBI-5)	8.01 (3.27)	9.10 (3.29)	9.26 (3.46)	z=3.14 p=0.002 r=0.289	z=3.30 p=0.001 r=0.327	F=8.96 p<0.001 $\eta^{2=0}$.081

Tabla 3. Número de participantes (%) con un cambio fiable tras la participación en la terapia de constelaciones familiares a través de indicadores de psicopatología y bienestar psicológico.

	Seguimiento a 4 semanas (n=118)			Seguimiento a 6 meses (n=102)		
	Deteriorado	Sin cambios	Mejorado	Deteriorado	Sin cambios	Mejorado
Somatización (BSI)	6 (5.08)	88 (74.58)	24 (20.34)	7 (6.86)	83 (81.37)	12 (11.76)
Obsesión-compulsión (BSI)	5 (4.24)	97 (82.20)	16 (13.56)	6 (5.88)	81 (79.41)	15 (14.71)
Sensibilidad interpersonal (BSI)	4 (3.39)	93 (78.81)	21 (17.80)	7 (6.86)	69 (67.65)	26 (25.49)
Depresión (BSI)	8 (6.78)	77 (66.25)	33 (27.97)	7 (6.86)	65 (63.73)	30 (29.41)
Ansiedad (BSI)	4 (3.39)	86 (72.88)	28 (23.73)	2 (1.96)	78 (76.47)	22 (21.57)
Hostilidad (BSI)	6 (5.08)	94 (79.66)	18 (15.25)	3 (2.94)	82 (80.39)	17 (16.67)
Ansiedad fóbica (BSI)	3 (2.54)	106 (89.83)	9 (7.63)	6 (5.88)	93 (91.18)	3 (2.94)
Ideación paranoide (BSI)	3 (2.54)	100 (84.75)	15 (12.71)	3 (2.94)	83 (81.37)	16 (15.69)
Psicoticismo (BSI)	5 (4.24)	98 (83.05)	15 (12.71)	5 (4.90)	84 (82.35)	13 (12.75)
Psicopatología general (BSI)	8 (6.78)	47 (39.83)	63 (53.39)	9 (8.82)	43 (42.16)	50 (40.02)
Riesgo de trastornos alimentarios (SCOFF)	5 (4.24)	112 (94.92)	1 (0.85)	5 (4.90)	89 (87.25)	8 (7.84)
Somatización (PHQ-15)	4 (3.39)	92 (77.97)	22 (18.64)	11 (10.78)	77 (75.49)	14 (13.73)
Gravedad de la adicción (elementos ad hoc)	6 (5.08)	109 (92.37)	3 (2.54)	6 (5.88)	89 (87.25)	7 (6.86)
Búsqueda de sentido (MLQ)	12 (10.17)	79 (66.95)	27 (22.88)	14 (13.73)	60 (58.82)	28 (27.45)
Presencia de significado (MLQ)	15 (12.71)	79 (66.95)	24 (20.34)	16 (15.69)	62 (60.78)	24 (23.53)
Calidad de vida en el sistema social personal (EXIS)	16 (13.56)	55 (46.61)	47 (39.83)	11 (10.78)	42 (41.18)	49 (48.04)
Bienestar (WBI-5)	13 (11.02)	73 (61.86)	32 (27.12)	14 (13.73)	61 (59.80)	27 (26.47)

Análisis cualitativos sobre los objetivos del tratamiento y los efectos iatrogénicos

Las respuestas de texto libre de los encuestados en la línea de base indicaron que la mayoría de los participantes asistieron a la intervención para buscar ayuda con problemas de salud mental individuales (36,4%; por ejemplo, anhedonia, ansiedad, baja autoestima) o para resolver conflictos internos o interpersonales en relación con miembros de la familia (35,8%; por ejemplo, mejorar la relación con la pareja actual, padres, hijos). Los participantes restantes esperaban mejorar su salud física (8,7%; por ejemplo, infertilidad, dolor crónico, alergia) o ser más capaces de gestionar las transiciones o decisiones actuales en sus vidas como resultado de la intervención (2,9%), mientras que el 16,2% de los encuestados indicaron más de un objetivo de las categorías anteriores.

En el seguimiento de un mes, el 89% de los participantes no informó de ningún cambio negativo en su salud mental o física durante o después de la intervención, el 2,5% informó de molestias psicológicas leves que no excluían o creían estar relacionadas con la intervención (por ejemplo, confusión, sentimientos de impotencia), el 3,4% informó de cierto deterioro de la salud física (por ejemplo, peor calidad del sueño, náuseas, disfunción del nervio óptico), mientras que otro 5,1% informó de molestias de salud leves pero tanto somáticas como mentales que podían imaginar asociadas a la intervención (por ejemplo, aumento de la depresión combinada con un aumento de la ansiedad), (p. ej., peor calidad del sueño, náuseas, disfunción del nervio óptico), mientras que otro 5,1% declaró dolencias somáticas y mentales leves que podían imaginar asociadas a la intervención (p. ej., aumento de la depresión junto con arritmia cardiaca, sensación general de pérdida de control en la vida junto con amenorrea, y anhedonia junto con agotamiento crónico).

A los 6 meses de seguimiento, el 84,3% de los participantes declararon la ausencia de cambios negativos en su salud mental o física, el 5,9% declararon cambios psicológicos negativos leves y el 6,7% declararon cambios psicológicos leves.

cambios en el periodo de seguimiento que no excluyeron o creyeron relacionados con la intervención (por ejemplo, síntomas adictivos ligeramente más graves, aumento de las tensiones en el matrimonio, aumento del miedo a envejecer), el 7,8% informó de un deterioro de la salud física (por ejemplo, aumento de peso involuntario, agotamiento, hemorroides o hipotiroidismo), (por ejemplo, aumento de peso involuntario, agotamiento, hemorroides o hipotiroidismo), mientras que otro 2,0% informó de cambios en la salud somática y mental que no excluyeron como asociados a la intervención (avolición combinada con agotamiento, aumento de la intensidad del afecto negativo experimentado en combinación con aumento de peso involuntario y agotamiento).

DEBATE

El Grupo de Trabajo sobre Intervenciones Psicológicas de la Asociación Americana de Psicología recomienda que, tras la realización con éxito de estudios de eficacia utilizando diseños aleatorizados controlados, se realicen estudios de eficacia en el entorno de la vida real para comprender mejor la eficacia de las intervenciones psicológicas en la práctica clínica diaria (Chambless y Hollon, 1998). Dada la evidencia que apoya la eficacia de la terapia de constelaciones familiares en la mejora del funcionamiento psicológico general en la población general (Hunger et al. 2014, Weinhold et al. 2013), el objetivo del presente estudio fue proporcionar datos del entorno de la vida real sobre la eficacia y la tolerabilidad de la terapia de constelaciones familiares, una forma ampliamente utilizada (Cohen 2006) pero rara vez investigada de intervención breve de asesoramiento grupal.

Los resultados del presente estudio -siendo el primero que evalúa la eficacia de la terapia de constelaciones familiares en la reducción de la psicopatología fuera de Alemania, el país donde se desarrolló la intervención-.

mostraron una mejora estadísticamente significativa tras la participación en la intervención en la gran mayoría de las variables de resultado. En el seguimiento de 1 mes, la magnitud de las mejoras fue normalmente moderada, con algunas excepciones que mostraron tamaños del efecto pequeños o, por el contrario, grandes. Los patrones fueron muy similares en el seguimiento de 6 meses, lo que sugiere que la mayoría de los beneficios de la intervención de la terapia de constelaciones familiares se mantienen a medio plazo. Los análisis de los efectos del terapeuta indicaron que los cambios beneficiosos tras la intervención eran independientes de la identidad del proveedor del servicio.

Algunas de las variables que no reflejaron ningún beneficio del tratamiento incluían condiciones clínicas menos prevalentes: gravedad de la adicción y riesgo de trastornos alimentarios. Más allá de la posibilidad de que la intervención sea simplemente ineficaz en estos aspectos, existen otras múltiples explicaciones para estos fenómenos, incluidas las deficientes características psicométricas de las herramientas de evaluación (véase la baja consistencia interna del SCOFF o la herramienta ad hoc de evaluación de la adicción) y la escasa presencia de sintomatología clínicamente relevante al inicio del estudio. Por ejemplo, en un análisis de sensibilidad en la submuestra de aquellos con una puntuación SCOFF por encima del corte (n=18), la prueba ómnibus mostró un efecto del tiempo estadísticamente significativo y grande ($F=11,32$, $p<0,001$, $\eta^{2=0},400$) y las pruebas post hoc también indicaron mejoras estadísticamente significativas y grandes tanto en el seguimiento de 1 ($z=2,65$, $p=0,008$, $r=0,61$) como de 6 meses ($z=3,14$, $p=0,002$, $r=0,74$). Este patrón plantea la posibilidad de que la terapia de constelaciones familiares pudiera ser eficaz también para los trastornos alimentarios si se investigara en una muestra clínica de individuos que luchan contra este problema. Otra variable que no mostró una mejora consistente y significativa fue el sentido de la vida, lo que resulta sorprendente dado el enfoque explícito de la intervención y la eficacia demostrada en la mejora de las relaciones interpersonales, que se encuentran entre las principales fuentes de sentido de la vida. Por último, las mejoras relativas a los síntomas somáticos también fueron inconsistentes (desaparecieron durante el seguimiento de 6 meses), lo que podría estar relacionado con la mayor probabilidad de que se produzcan problemas de salud a medida que se alarga el seguimiento (véase la gran variedad de problemas físicos que cubren las herramientas de evaluación).

Los análisis de significación clínica mostraron que las mejoras más fiables se produjeron en relación con la calidad de vida y el funcionamiento en las relaciones interpersonales, así como en la psicopatología no específica del diagnóstico, con aproximadamente la mitad de los participantes mostrando una mejora fiable. El valor para la psicopatología general reportado aquí (53% en el seguimiento de 1 mes) es solo ligeramente inferior al (61-62% al finalizar el tratamiento) obtenido en un estudio de implementación a gran escala sobre terapia cognitivo-conductual (6 sesiones en promedio) considerando un indicador compuesto de síntomas de ansiedad y depresión (Clark et al. 2018).

Teniendo en cuenta las preocupaciones ocasionales sobre los riesgos de la terapia de constelaciones familiares (referidas al hecho de que puede generar fuertes respuestas emocionales en

un marco temporal muy condensado y sin seguimiento), otro objetivo importante de nuestro trabajo fue recopilar datos sobre la tolerabilidad. Los resultados en relación con los cambios clínicamente significativos indicaron un deterioro fiable, de media en todos los indicadores, en el 6,1% de los participantes al mes de seguimiento y en el 7,6% a los 6 meses, lo que es comparable a los datos obtenidos en un estudio que investigó la aplicación a gran escala de la terapia cognitivo-conductual en poblaciones similares (personas que buscaban tratamiento con psicopatología de gravedad leve a moderada), donde la tasa de deterioro fiable al final del tratamiento fue del 6,6% (Gyani et al. 2013).

Los informes subjetivos de posibles efectos iatrogénicos también apuntaban a un nivel de riesgo similar a los notificados para otras formas de psicoterapia (Curran et al 2019): entre el 11 y el 16% de los encuestados notificaron resultados negativos de leves a moderadamente graves; sin embargo, incluso como indicaron los encuestados, es difícil verificar la relación entre la intervención y ciertos cambios adversos (por ejemplo, aumento de peso involuntario, arritmia cardiaca incidente, hipotiroidismo o disfunción del nervio óptico). Sin embargo, muchos de los efectos indeseables notificados parecían tener una mayor validez aparente (por ejemplo, confusión y pérdida general de orientación en la vida, aumento del nivel de conflicto en determinadas relaciones). En consecuencia, parece justificado que los proveedores de la intervención 1) llamen la atención de los participantes sobre la posible necesidad de atención posterior a la intervención (si los participantes proceden de la población general y, por lo tanto, no reciben ningún otro tratamiento de salud mental); o 2) integren la terapia de constelaciones familiares en programas de tratamiento complejos desde el principio (si los participantes proceden de poblaciones clínicas que reciben otras formas de atención de salud mental; cf. Brömer et al. 2020, Krüger & Schmidt-Michel 2003, Mahr & Brömer 2008).

Los puntos fuertes del presente estudio incluyen el estricto cumplimiento de un protocolo registrado públicamente a priori, el tamaño relativamente grande de la muestra (el segundo mayor de la historia en relación con la terapia de constelaciones familiares), la participación de múltiples proveedores de intervención, el doble enfoque en la significación estadística y clínica a la hora de evaluar la eficacia, y el seguimiento activo de los posibles efectos iatrogénicos utilizando tanto un cuestionario estandarizado como datos de texto libre.

Sin embargo, los resultados del presente estudio también deben considerarse a la luz de sus numerosas limitaciones. La deficiencia más importante del presente estudio es la naturaleza no controlada de su diseño y, por lo tanto, la posibilidad de que los cambios beneficiosos notificados sean el resultado de factores externos (por ejemplo, regresión a la media) y no de la propia intervención (hasta la fecha, sólo se han realizado tres estudios controlados sobre la eficacia de las constelaciones familiares para mejorar la salud mental). Sin embargo, cabe destacar que la gran mayoría de los cambios en las puntuaciones se produjeron en el p e r i o d o de tiempo necesario para que la intervención surtiera sus efectos (es decir, entre la línea de base y el seguimiento de 1 mes) y no entre el primer y el segundo seguimiento, este último de

lo que, teniendo en cuenta el marco temporal más largo, habría sido más coherente con la recuperación natural u otros factores no relacionados con la intervención. Además, los tamaños del efecto agrupados para la eficacia del tratamiento en términos de psicopatología general no difirieron significativamente entre los estudios controlados y no controlados en un metaanálisis preliminar que sintetiza los datos de la literatura gris y de la literatura revisada por pares (Konkolÿ Thege et al. 2021). Por último, los datos sobre el curso natural de los trastornos mentales en grupos de control en lista de espera indican que el tiempo en sí mismo solo conduce a una mejora insignificante a medio plazo (Leichsenring & Rabung 2006, Steinert et al. 2017). Estas consideraciones combinadas hacen que sea razonable suponer que los cambios beneficiosos emergentes a lo largo del tiempo pueden ser atribuibles a la propia intervención, aunque se necesitan más estudios controlados para verificar esta afirmación.

Otra limitación del presente estudio es la baja tasa de participación de hombres (aunque se corresponda con pruebas anecdóticas sobre la proporción de sexos en la vida real de los participantes en la intervención) y la gran tasa de deserción que limita la generalizabilidad de los hallazgos a todos los participantes en las constelaciones familiares. Por último, algunas de las medidas de este estudio (las que evalúan la ansiedad fóbica, el riesgo de trastorno alimentario y la gravedad de la adicción) podrían caracterizarse por propiedades psicométricas subóptimas; por lo tanto, los resultados obtenidos con su uso deben interpretarse con mayor cautela.

CONCLUSIONES

A pesar de sus limitaciones, el presente estudio apunta hacia la eficacia de la terapia de constelaciones familiares en la reducción de una gran variedad de síntomas psicopatológicos entre individuos que buscan tratamiento con un nivel de psicopatología de leve a moderado. Esta eficacia es especialmente notable si se tiene en cuenta que la duración de la constelación de un individuo rara vez dura más de 30-60 minutos y las cuotas de participación para un taller de 2 días son comparables a las de 2-3 sesiones de psicoterapia individual (dependiendo del país y del proveedor de servicios). Se necesitan futuros estudios con diseños controlados y muestras clínicas potencialmente más homogéneas para proporcionar respuestas más definitivas sobre quiénes son más eficaces en la terapia de constelaciones familiares, ya sea para apoyar la recuperación de trastornos mentales o simplemente para facilitar una vida más feliz y satisfactoria.

Contribución de los autores individuales:

Barna Konkolÿ Thege: concepción del estudio, diseño, preparación del material, análisis de los datos, interpretación de los datos, primer borrador del manuscrito.

Benedek Somogyi: recopilación de datos, análisis de datos. Gergely Sándor Szabó: concepción del estudio, diseño,

preparación del material, recogida de datos.

Todos los autores aprueban la versión final.

Agradecimientos:

Esta investigación contó con el apoyo de una subvención para proyectos concedida al último autor por la Universidad Károli Gáspár de la Iglesia Reformada de Hungría. Los autores agradecen a los tres proveedores de intervención, la Dra. Mária Angster, la Dra. Edit Jakubovits y la Dra. Annamária Zseni, que accedieran a apoyar este estudio publicitándolo entre sus clientes/pacientes. Los autores también desean dar las gracias a Audree Francis (voluntaria del Waypoint Research Institute) por la corrección del manuscrito en inglés.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Referencias

1. *Bauer S, Lambert MJ & Nielsen SL: Métodos de s i g n i f i c a c i ó n clínica: Una comparación de técnicas estadísticas. J Pers Assess 2004; 82:60-70*
2. *Bech P, Gudex C & Staehr Johansen K: El índice de bienestar de la OMS (Diez): Validación en diabetes. Psychother Psychosom 1996; 65:183-90*
3. *Brömer H, Gräbs C, Büter B & Bennewitz C: Systemauf-stellungen in der ambulanten Suchtrehabilitation: ein evaluiertes Modell. En K Nazarkiewicz & K Kuschik (eds): Aufstellungen im Arbeitskontext: Praxis der Systemauf- stellung. 161-81. Vandenhoeck & Ruprecht, Gotinga, 2020.*
4. *Chambless DL & Hollon SD: Definición de terapias con apoyo empírico. J Consult Clin Psychol 1998; 66:7-18*
5. *Clark DM, Canvin L, Green J, Layard R, Pilling S & Janecka M: Transparencia sobre los resultados de los servicios de salud mental (enfoque IAPT): un análisis de datos públicos. Lancet 2018; 391:679-86*
6. *Cohen DB: Constelaciones familiares: Un innovador proceso de grupo fenomenológico sistémico de Alemania. Fam J 2006; 14:226-33*
7. *Curran J, Parry GD, Hardy GE, Darling J, Mason AM & Chambers E: ¿Cómo perjudica la terapia? Un modelo de proceso adverso utilizando el análisis de tareas en la metasíntesis de la experiencia de los usuarios del servicio. Front Psychol 2019; 10:347*
8. *Derogatis LR & Spencer P: Breve inventario de síntomas: BSI. Pearson, Nueva York, 1993.*
9. *Dukay-Szabó S, Simon D, Varga M, Szabó P, Túry F & Rathner G: Egy rövid evészavar-kérdőív (SCOFF) magyar adaptációja. Ideggyogy Sz 2016; 69:139-43*
10. *Franco de Sá R, Nogueira J & De Almeida Guerra V: La medicina tradicional y complementaria como tecnología de promoción de la salud en Brasil. Health Promot Int 2019; 34(Suppl 1):74-81*
11. *Gyani A, Shafran R, Layard R & Clark DM: Mejorar las tasas de recuperación: Lecciones del primer año de IAPT. Behav Res Ther 2013; 51:597-606*
12. *Hellinger B: Al meollo de la cuestión: Terapias breves. Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2003.*
13. *Hunger C, Bornhäuser A, Link L, Geigges J, Voss A, Weinhold J & Schweitzer J: The Experience in Personal Social Systems Questionnaire (EXIS.pers): Desarrollo y propiedades psicométricas. Fam Proc 2017; 56:154-70*
14. *Hunger C, Bornhäuser A, Link L, Schweitzer J & Wein-hold J: Mejora de la experiencia en los sistemas sociales personales.*

mediante seminarios de constelaciones familiares: Resultados de un ensayo controlado aleatorizado. Fam Proc 2014; 53:288-306

15. *Hunger C, Weinhold J, Bornhäuser A, Link L & Schweitzer J: Efectos a medio y largo plazo de los seminarios de constelaciones familiares en una muestra de población general: seguimiento de 8 y 12 meses. Fam Proc 2015; 54:344-58*
16. *Jafferany M, Capec S, Yaremkevych R, Andrashko Y, Capec G & Petrek M: Efectos de la constelación familiar seminares sobre el prurito en pacientes con dermatitis atópica y psoriasis: Un ensayo controlado de preferencia del paciente. Dermatol Ther 2019; 32:e13100*
17. *Konkolÿ Thege B, Petroll C, Rivas C & Scholtens S: The effectiveness of family constellation therapy in improving mental health: Una revisión sistemática. Fam Proc 2021; 60:409-23*
18. *Kroenke K, Spitzer RL y Williams JBW: El PHQ-15. Validez de una nueva medida para evaluar la gravedad de los síntomas somáticos: Validez de una nueva medida para evaluar la gravedad de los síntomas somáticos. Psychosom Med 2002; 64:258-66*
19. *Krüger M & Schmidt-Michel P-O: Familienaufstellungen in der Psychiatrischen Tagesklinik. Krankenhauspsychiatrie 2003; 14:90-4*
20. *Leichsenring F & Rabung S: Change norms: a complement- tary approach to the issue of control groups in psycho- therapy outcome research. Psychother Res 2006; 16:604-16*
21. *Mahr A & Brömer H: Aufstellungen in der Suchtrehabilitation - Erfahrungen und Ergebnisse. Prax Syst 2008; 11:66-74*
22. *Martos T & Konkolÿ Thege B: Aki keres, és aki talál-az élet értelmessége keresésének és megélésének mérése az Élet Értelme Kérdőív magyar változatával. Magyar Pszichológiai Szemle 2012; 67:125-49*
23. *Morgan JF, Reid F & Lacey JH: The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. West J Med 2000; 172:164-5*
24. *Orban P: Kursbuch Aufstellungsarbeit: Grundlagen-Methoden-Beispiele. Kösel, München, 2008.*
25. *Stauder A, Witthöft M & Köteles F: Validación del PHQ-15 húngaro. A latent variable approach. Ideggyogy Sz 2021; 74(5-6):183-90*
26. *Steger MF, Frazier P, Oishi S y Kaler M: Cuestionario sobre el sentido de la vida: Evaluación de la presencia y búsqueda de sentido en la vida. J Couns Psychol 2006; 53:80-93*
27. *Steinert C, Stadter K, Stark R & Leichsenring F: Los efectos de la espera para el tratamiento: Un metaanálisis de grupos de control de lista de espera en ensayos controlados aleatorios para el trastorno de ansiedad social. Clin Psychol Psychother 2017; 24:649-60*
28. *Susánszky É, Konkolÿ Thege B, Stauder A & Kopp M: A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. Mentálhigiéné es Pszichoszomatika 2006; 7:247-55*
29. *Urbán R, Kun B, Farkas J, Paksi B, Kökönyei Gy, Unoka Zs, Felvinczi K, Oláh A & Demetrovics Zs: Modelo estructural bifactorial de las listas de comprobación de síntomas: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical commu- nity sample. Psych Res 2014; 216:146-54*
30. *Weinhold J, Hunger C, Bornhäuser A, Link L, Rochon J, Wild B & Schweitzer J: Los seminarios de constelaciones familiares mejoran el funcionamiento psicológico en una muestra de población general: resultados de un ensayo controlado aleatorizado. J Couns Psychol 2013; 60:601-9*

Correspondencia:
Barna Konkolj Thege, MA, PhD

Waypoint Research Institute, Waypoint Centre for Mental Health Care
500 Church Street, Penetanguishene, Ontario, L9M 1G3, Canadá
Correo electrónico: bkonkoly-thege@waypointcentre.ca; konkoly.thege.barna@gmail.com