

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

**TERAPIA MULTIFAMILIAR EN SITUACIONES DE RIESGO PSICOSOCIAL MODERADO.
ESTUDIO DE PROCESO Y RESULTADO**

Tesis doctoral realizada por **MARÍA FERNANDA ROCHA ARRANGOIZ**
Dirigida por los Drs. **LEIRE IRIARTE ELEJALDE** y **VALENTÍN ESCUDERO CARRANZA**

Los directores

La doctoranda

Bilbao, España, julio de 2015



*Porque el aprendizaje trae consigo
la responsabilidad de ser transformado
en el bienestar de la sociedad.*

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis está dedicada e inspirada en las familias en situación de riesgo psicosocial; pero sobretodo, está inspirada en los cinco niños institucionalizados que formaron parte de mi tesis de Maestría.

En primer lugar, me gustaría darle mi más grande agradecimiento a cada una de las familias que hicieron posible la elaboración de esta tesis y la adquisición de grandes experiencias y conocimientos compartidos.

Durante todo el proceso de estructuración y desarrollo de esta tesis doctoral, tuve la fortuna de contar con grandes personas a mi lado que hicieron grandes aportaciones y dejaron, sin duda, una parte de sí mismos en este proyecto.

Mi más sincero agradecimiento al Equipo de Evaluación e Intervención con Familia y Menores de la Universidad de Deusto, donde me acogieron y acompañaron desde un inicio permitiéndome aprender de cada experiencia compartida.

Sin la importante colaboración de Tamara, Leire G., Sara, Leire E., Jaione, Laura, Ángel, Carlos, Nuria Varela, y por supuesto, de Leire Iriarte, y Valentín Escudero que dirigieron y acompañaron todo el proceso de elaboración de esta tesis con paciencia y cariño, creyendo en mí y exigiéndome ser mejor persona, el proyecto no hubiera podido ser logrado.

Gracias a la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) de la Universidad de la Coruña, por abrirme sus puertas y mostrarme la posibilidad de integración entre investigación, psicoterapia, y supervisión; mostrándome sobre todo, que somos muchos los que deseamos ayudar a los demás desde un contacto humano, genuino, y coherente con nuestros propios principios y limitaciones personales.

Mi agradecimiento a los ayuntamientos y trabajadores sociales de Bilbao y Galicia, que promovieron y facilitaron el desarrollo de los dos grupos multifamiliares.

Gracias a mis papás y a mis hermanos, por su apoyo incansable y palabras de aliento durante los tres años que me ha tomado estar lejos.

Y finalmente, gracias Edgar, por tu paciencia y apoyo incondicional; que se ha traducido en múltiples gestos, palabras de aliento, consejos, y aportaciones, que me han impulsado a crecer y a llegar hasta este anhelado momento.

ÍNDICE	
ÍNDICE	i
ÍNDICE DE FIGURAS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE IMÁGENES	xiii

PARTE TEÓRICA

1. Introducción	1
2. Marco teórico	4
2.1. Intervención con familias y adolescentes en situación de riesgo	4
2.2. Alianza terapéutica con familias y adolescentes en situación de riesgo	14
2.3. Intervención grupal con alianza terapéutica en familias con riesgo crónico.....	20
2.4. Alianza terapéutica en terapia grupal multifamiliar (tgmf) con familias en situación de riesgo crónico.....	40
2.5. Estructura y funcionamiento de la tgmf	49
2.6. Programas de intervención grupal multi-familiar	62
2.7. Modelo de mecanismos de acción en tgmf	67

PARTE EMPÍRICA

3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	70
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	71

FASE I: ESTUDIO PILOTO

5. ESTUDIO PILOTO	74
5.1. Tipo de estudio.....	74
5.2. Muestra	74
5.3. Instrumentos.....	76

5.4. Procedimiento	80
5.5. Resultados	84
5.6. Discusión.....	94

FASE II: ESTUDIOS MULTIFAMILIARES

6. ESTUDIOS MULTIFAMILIARES	96
6.1. Tipo de estudio y muestra	96
6.2. Instrumentos.....	97
6.3. Procedimiento	114
6.4. Estudio II. Primer grupo multifamiliar.....	120
6.5. Estudio III. Segundo grupo multifamiliar	190
6.6. Discusión.....	259
7. CONCLUSIONES DE LA TESIS	271
8. LÍNEAS FUTURAS DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN CON FAMILIAS EN RIESGO MODERADO	275
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	277
10. ANEXOS	298

ÍNDICE DE FIGURAS

PARTE TEÓRICA

<i>Figura 1.</i> Ciclo del Pesimismo.	6
<i>Figura 2.</i> Círculo vicioso de la gestión de emociones (Escudero, 2013).....	11
<i>Figura 3.</i> Círculo vicioso de la identidad negativa (Escudero, 2013).	12
<i>Figura 4.</i> Representación del modelo SOATIF (Escudero, 2009).	17
<i>Figura 5.</i> Estrategia para la creación de un contexto de intervención.	18
<i>Figura 6.</i> Cohesión, Modelo 1 (Burlingame, MacKenzie, y Strauss, 2004).	25
<i>Figura 7.</i> Factor estructural de la cohesión grupal.	25
<i>Figura 8.</i> Cohesión, Modelo de Johnson et al., (2005).	27
<i>Figura 9.</i> Propuesta de nuevos descriptores SATIF-o (Varela et al., 2011).....	30
<i>Figura 10.</i> Guía de actitudes del terapeuta en TGMF (Dennison, 2005).....	57
<i>Figura 11.</i> Técnica grupo dentro del grupo.	59
<i>Figura 12.</i> Ejemplo de manejo estructural con sub-grupos.	60
<i>Figura 13.</i> Niveles de interacción en TGMF.....	67

PARTE EMPIRICA. FASE I: ESTUDIO PILOTO

<i>Figura 14.</i> Conjunto de instrumentos SOATIF.	77
<i>Figura 15.</i> Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión terapeuta durante las sesiones 1, 3, 6, y 9. Estudio I.	86
<i>Figura 16.</i> Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión clientes. Estudio I.	86
<i>Figura 17.</i> Percepción de elementos facilitadores durante el tratamiento.	92

PARTE EMPIRICA. FASE II: ESTUDIOS MULTIFAMILIARES

<i>Figura 18.</i> Necesidades de los adolescentes.....	121
<i>Figura 19.</i> Necesidades de las familias.....	121

<i>Figura 20.</i> Características del nivel de riesgo y cronificación de los casos. Estudio II.....	122
<i>Figura 21.</i> Genograma Familia no.1.....	124
<i>Figura 22.</i> Genograma Familia no.2.....	125
<i>Figura 23.</i> Genograma Familia no.3.....	127
<i>Figura 24.</i> Genograma Familia no.4.....	128
<i>Figura 25.</i> Genograma Familia no.5.....	129
<i>Figura 26.</i> Genograma Familia no.6.....	130
<i>Figura 27.</i> Puntuaciones CBCL, Agresividad Conducta disruptiva, antes y después del tratamiento. Estudio II.....	149
<i>Figura 28.</i> Puntuaciones CBCL, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento. Estudio II.	150
<i>Figura 29.</i> Puntuaciones YSR, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento. Estudio II. ...	151
<i>Figura 30.</i> Puntuaciones de Recursos familiares, obtenidas por los padres e hijos, antes y después del tratamiento. Estudio I.....	152
<i>Figura 31.</i> Puntuaciones Satisfacción familiar, antes y después del tratamiento. Estudio II.	153
<i>Figura 32.</i> Puntuaciones Comunicación familiar, antes y después del tratamiento. Estudio II.....	154
<i>Figura 33.</i> Puntuaciones CRPBI, antes y después del tratamiento. Estudio II.	156
<i>Figura 34.</i> Desviaciones típicas del Perfil Óptimo después del tratamiento. Estudio II.	157
<i>Figura 35.</i> Asistencia y abandonos durante el proceso de tratamiento. Estudio II.....	158
<i>Figura 36.</i> Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones según los padres. Estudio II.	160
<i>Figura 37.</i> Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones según los adolescentes. Estudio II.....	160
<i>Figura 38.</i> Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión terapeuta, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13. Estudio II.....	161
<i>Figura 39.</i> Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión clientes, durante la sesión 4, 7, 10, y 13. Estudio II.....	162
<i>Figura 40.</i> Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión clientes, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13. Estudio II.....	165
<i>Figura 41.</i> Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión terapeuta, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13. Estudio II.....	166
<i>Figura 42.</i> Puntuaciones medias del TFI-coh, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13.	168

<i>Figura 43.</i> Puntuaciones medias del GQ, durante las sesiones 4, 7,10, y 13.....	169
<i>Figura 44.</i> Primer Cluster, cuarta sesión. Estudio II.....	177
<i>Figura 45.</i> Segundo Cluster, cuarta sesión. Estudio II.	177
<i>Figura 46.</i> Tercer Cluster, cuarta sesión. Estudio II.	178
<i>Figura 47.</i> Primer Cluster, séptima sesión. Estudio II.....	179
<i>Figura 48.</i> Segundo Cluster, séptima sesión. Estudio II.....	179
<i>Figura 49.</i> Tercer Cluster, séptima sesión. Estudio II.	180
<i>Figura 50.</i> Cuarto Cluster, séptima sesión. Estudio II.....	180
<i>Figura 51.</i> Primer Cluster, décima sesión. Estudio II.....	181
<i>Figura 52.</i> Segundo Cluster, décima sesión. Estudio II.....	181
<i>Figura 53.</i> Tercer Cluster, décima sesión. Estudio II.	182
<i>Figura 54.</i> Primer Cluster, decimotercera sesión. Estudio II.....	183
<i>Figura 55.</i> Segundo Cluster, decimotercera sesión. Estudio II.....	183
<i>Figura 56.</i> Tercer Cluster, decimotercera sesión. Estudio II.	184
<i>Figura 57.</i> Percepción de elementos facilitadores durante el tratamiento.	187
<i>Figura 58.</i> Cuestionario de satisfacción con el tratamiento.....	189
<i>Figura 59.</i> Necesidades de los adolescentes.....	191
<i>Figura 60.</i> Necesidades de las familias.	191
<i>Figura 61.</i> Características del nivel de riesgo y cronificación de los casos. Estudio III.	192
<i>Figura 62.</i> Genograma Familia no.7.....	195
<i>Figura 63.</i> Genograma Familia no.8.....	196
<i>Figura 64.</i> Genograma Familia no.9.....	198
<i>Figura 65.</i> Genograma Familia no.10.....	199
<i>Figura 66.</i> Genograma Familia no.11.....	200
<i>Figura 67.</i> Genograma Familia no.12.....	201
<i>Figura 68.</i> Genograma Familia no.13.....	202

<i>Figura 69.</i> Genograma Familia no.14.....	203
<i>Figura 70.</i> Proceso de evaluación continuo.....	205
<i>Figura 71.</i> Explicación de preparación para el Collage familiar	219
<i>Figura 72.</i> Puntuaciones CBCL, Agresividad Conducta disruptiva, antes y después del tratamiento. Estudio III.	223
<i>Figura 73.</i> Puntuaciones CBCL, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento. Estudio II..	224
<i>Figura 74.</i> Puntuaciones YSR, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento.	224
<i>Figura 75.</i> Puntuaciones de Recursos familiares, obtenidas por los padres e hijos, antes y después del tratamiento.	226
<i>Figura 76.</i> Puntuaciones Satisfacción familiar, antes y después del tratamiento.	227
<i>Figura 77.</i> Puntuaciones Comunicación familiar, antes y después del tratamiento.	228
<i>Figura 78.</i> Puntuaciones CRPBI, antes y después del tratamiento.	229
<i>Figura 79.</i> Desviaciones típicas del Perfil Óptimo después del tratamiento. Estudio III.	232
<i>Figura 80.</i> Asistencia y abandonos durante el proceso de tratamiento. Estudio III.	233
<i>Figura 81.</i> Percepción de mejoría durante el tratamiento. Estudio III.....	235
<i>Figura 82.</i> Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones. Padres. Estudio III.....	235
<i>Figura 83.</i> Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones. Adolescentes. Estudio III	236
<i>Figura 84.</i> Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión terapeuta durante las sesiones 3 y 6. Estudio III.	237
<i>Figura 85.</i> Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión clientes. Estudio III.	237
<i>Figura 86.</i> Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión clientes, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.	240
<i>Figura 87.</i> Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión terapeuta, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.	240
<i>Figura 88.</i> Puntuaciones medias del TFI-coh, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.	242
<i>Figura 89.</i> Puntuaciones medias del GQ, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.	243
<i>Figura 90.</i> Primer Cluster, tercera sesión. Estudio III.	249
<i>Figura 91.</i> Segundo Cluster, tercera sesión. Estudio III.	249
<i>Figura 92.</i> Tercer Cluster, tercera sesión. Estudio III.....	250

<i>Figura 93.</i> Cuarto Cluster, tercera sesión. Estudio III.	250
<i>Figura 94.</i> Primer Cluster, sexta sesión. Estudio III.	251
<i>Figura 95.</i> Segunda Cluster, sexta sesión. Estudio III.	252
<i>Figura 96.</i> Tercer Cluster, sexta sesión. Estudio III.	252
<i>Figura 97.</i> Cuarto Cluster, sexta sesión. Estudio III.	253
<i>Figura 98.</i> Percepción de elementos facilitadores durante el tratamiento.	256
<i>Figura 99.</i> Cuestionario de satisfacción con el tratamiento.	258

ÍNDICE DE TABLAS

MARCO TEÓRICO

Tabla 1. <i>Therapeutic Factors</i> (Yalom y Leszcz, 2005).....	23
Tabla 2. <i>Estudios AGPA/TransCoop</i> (McClendon y Burlingame, 2012).....	28
Tabla 3. <i>Análisis del modelo de Johnson (2005) y las dimensiones del SOATIF en terapia grupal</i> (Varela et al., 2011).	31
Tabla 4. <i>Consideraciones clínicas para construir cohesión grupal</i> (Bernard et al., 2008).	32
Tabla 5. <i>Group Psychotherapy Interventions Rating Scale; GPIRS, 2002</i> (Burlingame et al., 2011).	33
Tabla 6. <i>Actividades estructurales del Programa FDU</i> (Asen y Scholz, 2010).	45
Tabla 7. <i>Elementos esenciales en la TGMF</i> (Edwards, 2001).	55
Tabla 8. <i>Dennison Group Practice Model</i> (Dennison, 2005).	65

PARTE EMPÍRICA. FASE I: ESTUDIO PILOTO

Tabla 9. <i>Instrumentos SOATIF</i>	78
Tabla 10. <i>Directrices extras para la codificación de puntuaciones finales SOATIF-o</i>	81
Tabla 11. <i>Nivel de Acuerdo Inter-Observadores (A.I.O) SOATIF-o por identificación de descriptores del terapeuta</i>	84
Tabla 12. <i>Nivel de Acuerdo Inter-Observadores (A.I.O.) SOATIF-o en puntuaciones globales de terapeutas</i>	84
Tabla 13. <i>Nivel de Acuerdo Inter-Observadores (A.I.O.) SOATIF-o por identificación de descriptores grupales</i>	85
Tabla 14. <i>Frecuencia de aparición de los descriptores de Enganche (SOATIF-o). Estudio I</i>	87
Tabla 15. <i>Frecuencia de aparición de descriptores de Conexión emocional con el terapeuta (SOATIF-o, versión clientes). Estudio I</i>	88
Tabla 16. <i>Frecuencia de aparición de los descriptores de Seguridad (SOATIF-o). Estudio I</i>	89

Tabla 17. *Frecuencia de aparición de los descriptores de Sentido de compartir el propósito (SOATIF-o). Estudio I.*..... 90

Tabla 18. *Descripción estadística del progreso terapéutico (medidas de auto-informe). Estudio I.* ... 91

Tabla 19. *SOATIF-s y mejoría durante la tercera, sexta, y novena sesión. Estudio I.* 91

PARTE EMPÍRICA. FASE II: ESTUDIOS MULTIFAMILIARES

Tabla 20. *Grupos Multifamiliares desarrollados* 96

Tabla 21. *Instrumentos empleados en los Grupos Multifamiliares.* 97

Tabla 22. *Escala de Recursos Familiares (Family Strengths Scale- versión española; FStS-VE)*..... 98

Tabla 23. *Escala de Satisfacción Familiar (FStS-VE).*..... 99

Tabla 24. *Escala de Comunicación Familiar (FStS-VE).* 99

Tabla 25. *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-Optimismo fundado).*
..... 100

Tabla 26. *Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory (CRPBI) a población española.*
..... 101

Tabla 27. *Child's Behavior Check List (CBCL).* 102

Tabla 28. *Youth Self Report (YSR).* 103

Tabla 29. *Guía de entrevista inicial semi-estructurada.* 104

Tabla 30. *Therapeutic Factors Inventory (TFI).* 107

Tabla 31. *Group Questionnaire (GQ).*..... 108

Tabla 32. *Definición y ejemplos de dimensiones del SOATIF, en la versión de auto-informe (SOATIF-s para intervenciones conjuntas-familiares; Friedlander et al., 2009).* 108

Tabla 33. *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (SOATIF-s) Versión auto-informe.*..... 110

Tabla 34. *Correspondencia entre versiones del SOATIF (SOATIF-s y SOATIF-o; Friedlander et al., 2009).* 110

Tabla 35. *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (SOATIF-o), versión observacional.* 111

Tabla 36. <i>Ejemplos de conductas observables del SOATIF-o.</i>	117
Tabla 37. <i>Estructura del programa intervención para los grupos de TGMF.</i>	118
Tabla 38. <i>Edades del Primer Grupo de TGMF.</i>	120
Tabla 39. <i>Información acerca de la familia no. 1.</i>	124
Tabla 40. <i>Información acerca de la familia no.2.</i>	125
Tabla 41. <i>Información acerca de la familia no. 3.</i>	127
Tabla 42. <i>Información acerca de la familia no. 4.</i>	128
Tabla 43. <i>Información acerca de la familia no. 5.</i>	129
Tabla 44. <i>Información acerca de la familia no. 6.</i>	130
Tabla 45. <i>Objetivos y estructura del proceso de tratamiento. Estudio II.</i>	133
Tabla 46. <i>Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas del CBCL e YSR. Estudio II.</i>	149
Tabla 47. <i>Medias, desviaciones típicas, y Prueba T para muestras relacionadas de Recursos, Satisfacción, y Comunicación familiar. Estudio II.</i>	152
Tabla 48. <i>Medias, desviaciones típicas, y Prueba T para muestras relacionadas del CRPBI. Estudio II.</i>	155
Tabla 49. <i>Medias, desviaciones típicas y Prueba T para muestras relacionadas del BEEGC. Estudio II.</i>	156
Tabla 50. <i>Frecuencia de aparición de los descriptores de Enganche (SOATIF-o). Estudio II.</i>	163
Tabla 51. <i>Frecuencia de aparición de descriptores de Conexión emocional con el terapeuta (SOATIF-o, versión clientes). Estudio II.</i>	164
Tabla 52. <i>Frecuencia de aparición de los descriptores de Seguridad (SOATIF-o). Estudio II.</i>	164
Tabla 53. <i>Frecuencia de aparición de los descriptores de Sentido de compartir el propósito (SOATIF-o). Estudio II.</i>	165
Tabla 54. <i>SOATIF-s y mejoría durante la cuarta, séptima, décima, y decimotercera sesión. Estudio I.</i>	167
Tabla 55. <i>Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Bonding.</i>	171
Tabla 56. <i>Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Negative Relationship.</i>	172

Tabla 57. Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Work.	174
Tabla 58. Edades del Segundo Grupo de TGMF.	190
Tabla 59. Información acerca de la Familia no. 7.	195
Tabla 60. Información acerca de la Familia no. 8.	196
Tabla 61. Información acerca de la Familia no. 9.	198
Tabla 62. Información acerca de la Familia no. 10.	199
Tabla 63. Información acerca de la Familia no. 11.	200
Tabla 64. Información acerca de la Familia no. 12.	201
Tabla 65. Información acerca de la Familia no. 13.	202
Tabla 66. Información acerca de la Familia no. 14.	203
Tabla 67. Esquema general de sesiones llevadas a cabo. Estudio III.	206
Tabla 68. Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas del CBCL e YSR. Estudio III.	222
Tabla 69. Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas de Recursos, Satisfacción, y Comunicación familiar. Estudio III.	225
Tabla 70. Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas del CRPBI.	228
Tabla 71. Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC). Estudio III.	230
Tabla 72. Frecuencia de aparición de los descriptores de Enganche (SOATIF-o). Estudio III.	238
Tabla 73. Frecuencia de aparición de descriptores de Conexión emocional con el terapeuta (SOATIF-o). Estudio III.	238
Tabla 74. Frecuencia de aparición de los descriptores de Seguridad (SOATIF-o). Estudio III.	239
Tabla 75. Frecuencia de aparición de los descriptores de Sentido de compartir el propósito (SOATIF-o). Estudio III.	239
Tabla 76. SOATIF-s y mejoría durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.	241
Tabla 77. Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Bonding.	245
Tabla 78. Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Negative Relationship.	246

Tabla 79. Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Working..... 247

ÍNDICE DE IMAGENES

PARTE EMPÍRICA. FASE II: ESTUDIOS MULTIFAMILIARES

Imagen 1. Clínica DeustoPsych, Universidad de Deusto.....	132
Imagen 2. UIICF. Salas de intervención con familias	204
Imagen 3. UIICF. Salas de trabajo en equipo con terapeutas y supervisores	204
Imagen 4. Ejemplo 1 de viñetas Zits empleadas para padres.....	215
Imagen 5. Ejemplo 2 de viñetas Zits empleadas para padres.....	215
Imagen 6. Ejemplo de viñetas Zits empleadas para adolescentes	216

PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCION

Con el paso del tiempo, todas las familias pasan por una serie de importantes periodos previsibles e imprevisibles de su vida en los que se enfrentan a mayores exigencias de cambio y reorganización, como pasa en la adolescencia. Estas épocas trascendentales, que podrían imponer a los miembros de la familia diferentes modificaciones dentro y fuera de la familia, se pueden agravar aún más si existe una serie de conflictos familiares continuados por varias generaciones atrás.

Las familias que se encuentran en una situación de riesgo crónico, o familias multi-problemáticas (Minuchin et al., 1967, en Asen et al., 2001); son familias desesperanzadas, conocidas como *imposibles* desde los entornos sociales, donde más de un miembro presenta problemáticas y/o síntomas psicológicos o psiquiátricos, así como problemas de consumo de sustancias y dificultades en sus relaciones interpersonales; pudiendo estar vinculadas con problemáticas relacionadas a violencia y/o abuso, fracaso escolar, y problemas con la ley.

Normalmente, dentro del perfil de las familias en situación de riesgo medio/moderado y alto, se puede dar una situación de cronificación con crisis recurrentes o cíclicas, donde el umbral de la intervención profesional se va desgastando y diluyendo tanto, que el propio pesimismo del profesional sobre su capacidad de cambiar este perfil hace que la propia intervención y profesional termine formando parte de esta crisis cíclica (Escudero, 2013).

Así mismo, si la intervención de riesgo se produce muy tarde, la situación de crisis puede ser aún más duradera, y puede haber un mayor desequilibrio negativo que exija, por lo general, medidas urgentes de protección a la infancia; como ocurre en las familias en situación de riesgo alto.

Sin embargo, facilitando las condiciones necesarias, gran parte de las familias en riesgo moderado pueden superar y solucionar sus dificultades creando relaciones adaptativas que posibiliten la convivencia familiar en un ambiente seguro y afectuoso; evitando así, una futura institucionalización de los menores (Permuy, 2013).

Aún a pesar de la puesta en marcha de proyectos especiales para estas familias, éstas siguen rotando entre distintos servicios de apoyo y generando la falsa idea de que la solución de sus problemas se encuentra en los profesionales; provocando, además de una sensación de baja autosuficiencia y dependencia a las instituciones, que los servicios sean insuficientes.

Es por todo ello, que todavía se detecta la necesidad de fortalecer y aumentar la prevención secundaria para cubrir una laguna entre los recursos de prevención primaria, dedicados a la promoción

y sensibilización de los derechos de la infancia, y los recursos de prevención terciaria, que protegen a los menores separándoles de su núcleo familiar (Calvo de León y Arroyo Alonso, 1998; Sánchez, 2011).

En consecuencia, resulta importante que dicha prevención secundaria sea novedosa, creando contextos de intervención distintos al ambiente institucional al que están acostumbradas las familias, y que pongan a prueba sus recursos familiares y capacidad de cambio sin necesidad de depender de los profesionales.

La presente tesis, pretende implementar un contexto de terapia grupal multifamiliar adaptada a las necesidades de estas familias con perfil crónico; que permita evitar caer en la trampa relacional de doctor-paciente (Oppenorth y Spaander, 2014), evidenciar los propios recursos familiares, alentar los sentimientos de autonomía, y romper con la actitud desesperanzada que caracteriza a estas familias y a los profesionales que las atienden.

De esta forma, se implementaron dos grupos multifamiliares compuestos por familias con hijos adolescentes entre 12 y 16 años de edad, y se valoró su funcionamiento familiar; tomando en cuenta sus recursos familiares, así como su percepción de satisfacción y comunicación familiar. Así mismo, se evaluaron sus expectativas de control sobre los acontecimientos que les ocurren, y la percepción que los hijos adolescentes tienen sobre el afecto, apoyo, y cuidado de sus padres.

Para valorar los mecanismos de acción que hacen que esta modalidad de tratamiento sea eficaz, se evaluó durante las sesiones el progreso terapéutico mediante instrumentos de proceso relacionados con el desarrollo de la alianza terapéutica y de la cohesión grupal durante el tratamiento.

El SOATIF (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar), es un conjunto de instrumentos, observacionales (SOATIF-o) y de auto-informe (SOATIF-s), que sirve para evaluar la fortaleza o debilidad de la alianza terapéutica con respecto a las cuatro dimensiones que la conforman (Seguridad, Enganche, Conexión Emocional, y Sentido de compartir el propósito), dentro del contexto de la terapia individual, conjunta familiar, y de pareja (TFP).

Para la evaluación observacional de la alianza terapéutica, mediante el uso del instrumento SOATIF-o, se inició con la primera Fase de la tesis entrenando a cuatro observadoras en la codificación de las conductas observables de alianza terapéutica; donde se obtuvo un alto nivel de acuerdo inter-observadores. Posteriormente, el primer Estudio Piloto permitió observar el comportamiento del instrumento en intervenciones grupales; donde se observó que, mediante algunas adecuaciones, el instrumento puede describir adecuadamente el proceso de desarrollo de la alianza terapéutica en contextos grupales.

Conformando la segunda Fase, se llevaron a cabo de forma consecutiva e independiente los dos grupos multifamiliares anteriormente mencionados; donde se encontró una serie de mecanismos de acción que hacen que los procesos grupales multifamiliares, de 8 y 15 sesiones de duración con población en situación de riesgo psicosocial, sean eficaces.

Además, los resultados hacen presente la gran importancia de medir el proceso de la psicoterapia para conocer su eficacia; así como hacen más evidente la relevancia de llevar a cabo tratamientos psicoterapéuticos guiados por medio del proceso de desarrollo de la alianza terapéutica y/o cohesión grupal, de forma independiente al modelo teórico o técnicas empleadas.

Finalmente, se hace también evidente el progreso de las 14 familias en situación de riesgo psicosocial que conformaron los grupos multifamiliares, y se aportan sugerencias clínicas y de investigación como producto de esta tesis doctoral.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INTERVENCIÓN CON FAMILIAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO

2.1.1. Riesgo psicosocial

La familia se concibe como un *sistema abierto, dinámico y en continuo proceso de cambio; posee una estructura, un orden, y unas reglas, un modo de funcionar propio y necesariamente cambiante en función de cambios externos o cambios evolutivos propios de su ciclo vital* (Permuy, 2013).

Según la Ley Orgánica 1/1996 del 15 de Enero, en relación a la Protección Jurídica del Menor, una *situación de riesgo* es concebida por la existencia de algún tipo de perjuicio para el menor, sin alcanzar la gravedad suficiente como para que se encuentre justificada la separación del núcleo familiar.

Según González (2006), las situaciones de riesgo son aquellas situaciones en las que debido a una serie de condiciones familiares, sociales, económicas y/o del propio menor, impiden, dificultan o ponen en peligro el completo y óptimo desarrollo del menor en todos sus aspectos evolutivos básicos, así como de cualquier miembro de la familia; afectando así al funcionamiento familiar o a la competencia educativa de los padres. Suelen tener por regla general una duración en el tiempo, frecuencia e intensidad.

La gravedad de las situaciones de riesgo vienen predeterminadas por las condiciones mismas del riesgo; no tanto por el número de condiciones, sino por la gravedad de las mismas (F. González, 2006).

En contraparte, los factores compensadores o protectores, son aquellos que ejercen una influencia positiva y compensatoria sobre las situaciones de riesgo (F. González, 2006), y que hacen que los acontecimientos traumáticos tengan menos consecuencias negativas para la persona o familia que los padece; disminuyendo así, la probabilidad de que se produzcan problemas graves de adaptación social (Cicchetti y Rizley, 1981).

Dentro de estos factores, se pueden encontrar el apoyo social (Rutter, 1985; Antonovsky, 1987; y Werner, 1989, en González, 2006) y la resiliencia (Cyrulnik, 2002, en González, 2006).

Junto a un menor desprotegido, se puede ver el fracaso de otros sistemas que guardan entre sí (y con el menor) una compleja interacción directa o indirecta, donde la parte más vulnerable es el menor; pero donde el menor es sólo la punta del iceberg (F. González, 2006).

Se habla de un perfil frecuente de familias que acuden a los Servicios Sociales, Servicios de Orientación y Terapia Familiar a nivel comunitario; caracterizado por grupos de familias grandes encabezados por madres solas y habitualmente con un nivel bajo de estudios; trayectorias vitales caracterizadas por la acumulación de circunstancias estresantes y problemáticas (precariedad económica y laboral); y relaciones sociales, conyugales y familiares escasas, conflictivas e irregulares (Méndez, Jiménez, Lorence, y Sánchez, 2010; Ministerio de Sanidad, 2009).

Dentro de las demandas presentadas a dichos Servicios comunitarios se encuentran principalmente problemáticas de tres tipos: 1) Familias con problemas de habilidades parentales, 2) Familias en situación de crisis, acompañadas por la posibilidad de un riesgo de aislamiento y/o exclusión social y otras problemáticas añadidas vinculadas al bienestar psicológico, y 3) Familias con conflictos intrafamiliares asociados a la violencia y/o abuso físico o sexual (Santibáñez y Martínez-Pampliega, 2013).

Según el Informe Anual de la Cruz Roja Española (2012), el Indicador de Vulnerabilidad Social en la Infancia, indica que la mayor parte de la gente atendida (67%) tiene un riesgo moderado. El otro 33% corresponde a un nivel de riesgo alto a extremo (Malgesini, 2013).

Una familia en situación de riesgo medio/moderado, se encuentra comúnmente con apoyos complementarios de modo continuado, y con apoyos especializados de forma puntual, para hacer frente a crisis o dificultades adversas (McCroskey, 1998, en Rodrigo, Máiquez, Martín, y Byrne, 2008).

2.1.2. Ciclo del pesimismo

Una constante rotación de las familias en distintos Servicios de Apoyo puede generar en las familias la idea de que la resolución de sus problemas se encuentra en los profesionales y no en ellos mismos; provocando la sensación de baja autosuficiencia, carencia de habilidades parentales efectivas, y dependencia a las instituciones (Asen, Dawson, y McHugh, 2001; Dennison, 2005; Escudero, 2013; Micucci, 1998; Oppenorth y Spaander, 2014). Así mismo, volcar la responsabilidad de cambio en múltiples profesionales con distintas especialidades, y sin ofrecer un tratamiento coordinado y holístico, puede aumentar la confusión y sensación de ineficacia ante múltiples intentos y suscripciones.

Por otro lado, en el ámbito profesional lo anterior se percibe como una baja adherencia a largos tratamientos, y tras ellos, una falta de progreso, o un cambio superficial o momentáneo. Estas situaciones son características de la cronificación de las situaciones de riesgo (Escudero, 2013) y de la valoración general de dichos casos desde un contexto de pesimismo y desesperanza compartida entre la red de profesionales y las familias (Micucci, 1998). Ver Figura 1.

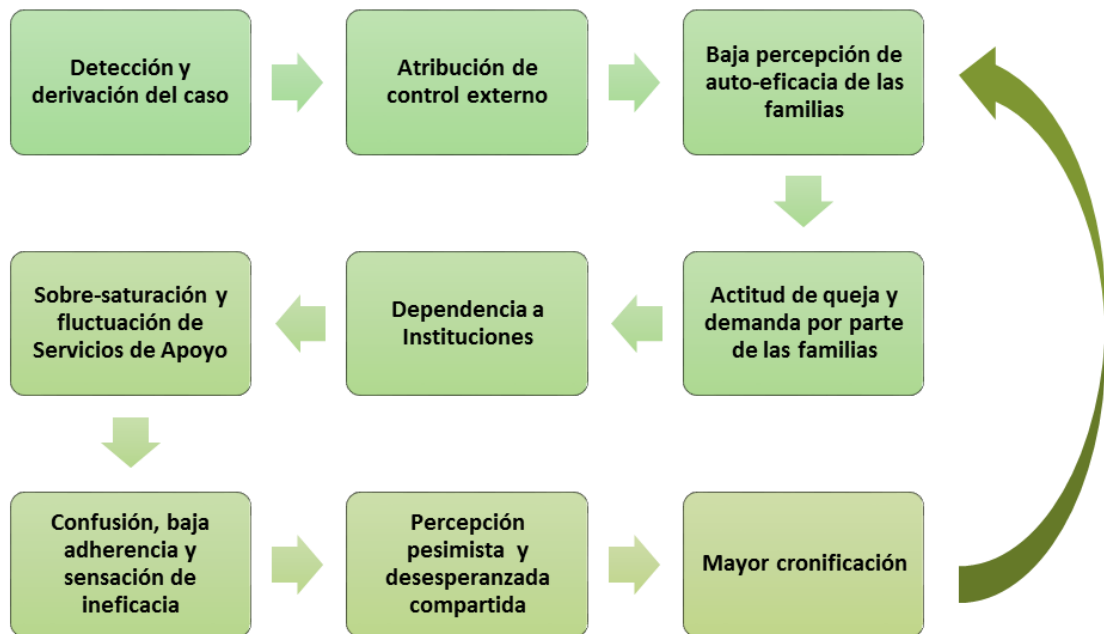


Figura 1: Ciclo del Pesimismo.

2.1.3. Contexto de intervención

Ofrecer un tratamiento holístico implica distintas consideraciones previas a tomar en cuenta con las familias que cuentan con un perfil de riesgo crónico; según Escudero (2013), estas son las siguientes:

- Valorar *factores biológicos*; es decir, posibles discapacidades, adicciones o enfermedades de los progenitores que puedan generar una situación de riesgo o desprotección para los menores.
- Valorar *factores psicológicos*: referentes a situaciones traumáticas en experiencias tempranas del menor o de los padres; como pueden ser experiencias de abusos, secuencias de pérdidas y duelos no resueltos, trastornos relacionados con la vinculación dentro de la familia y trastornos de personalidad que puedan generar un contexto crónico o desprotección de los menores.
- Valorar *factores sociales* relacionados a la pobreza, exclusión, aislamiento, estilos de vida y creencias disfuncionales en su entorno.

- Valorar *estructura y funcionamiento familiar* caracterizado por un contexto de riesgo y desprotección cronificado e inter-generacional; donde la transmisión de las dificultades forma ya parte de la personalidad de la familia (Asen et al., 2001; Dennison, 2005; Escudero, 2013; González, 2006; Micucci, 1998).

De esta forma, el largo recorrido con diferentes recursos de intervención, la percepción pesimista y desesperanzada compartida entre la red de profesionales y familias, y la gravedad de múltiples factores de los anteriormente mencionados, son los que mantienen la situación de riesgo, vulnerabilidad y dificultad en la relación de ayuda con estas familias.

Resulta importante considerar que las familias con una cronificación del riesgo psicosocial aprenden a funcionar dentro de su entorno crónico; de tal forma que se acostumbran a ir de profesional a profesional liberando cierta carga emocional y esperando hasta la próxima crisis familiar para solicitar un nuevo apoyo.

En consecuencia, resulta necesario ofrecer un tratamiento que sea coordinado entre la red de profesionales, y de ser posible, limitar el número de profesionales que se ocupan de una misma familia (David y Appell, 2010); de tal forma que se puedan analizar las *intervenciones previas* fallidas, su *momento temporal* y circunstancial, la *continuidad de dichos tratamientos*, y las *experiencias previas* positivas o negativas en distintos recursos de protección que puedan influenciar la actitud inicial ante un nuevo servicio (Escudero, 2013).

Normalmente, dentro del perfil de las familias en situación de riesgo medio/moderado y alto, se puede dar una situación de cronificación con crisis recurrentes o cíclicas, donde el umbral de la intervención profesional se va desgastando y diluyendo tanto, que el propio pesimismo del profesional sobre su capacidad de cambiar este perfil hace que la propia intervención y profesional termine formando parte de esta crisis cíclica. Si la intervención de riesgo se produce muy tarde, la situación de crisis puede ser más duradera y puede haber un mayor desequilibrio negativo que exija, por lo general, medidas urgentes; como ocurre en las familias en situación de riesgo alto, donde mantienen un patrón de cronicidad "esquivo u oculto de gran deterioro" (Escudero, 2013).

Facilitando las condiciones necesarias, gran parte de las familias en riesgo moderado pueden superar y solucionar sus dificultades creando relaciones adaptativas que posibiliten la convivencia familiar en un ambiente seguro y afectuoso; evitando así, una futura institucionalización de los menores (Permuy, 2013).

Evaluar la presencia y severidad de la crisis actual será de gran relevancia para entender su actitud inicial al tratamiento y a su concepción del problema (Al, Stams, Van der Laan, y Asscher,

2011). Como describe Escudero (2013), dentro de las actitudes iniciales de estas familias es esperado encontrar dos categorías en relación con la posición ante el problema por parte de la familia: 1) "No hay un problema", donde su negación puede ser vista como una respuesta adaptativa ante la presión de los servicios de apoyo por querer definir y apresurar un plan de solución, y 2) "Hay un problema, pero no tenemos el control sobre él", la cual podría ser la más común en familias con situación de riesgo moderado; donde los sentimientos de desamparo y actitud de victimización se observan fácilmente.

Crear contextos de intervención nuevos y distintos al ambiente institucional al que están acostumbradas dichas familias, puede generarles cierto incremento del nivel de estrés y ansiedad manifestándose así en crisis familiares que pongan a prueba su capacidad de auto-gestión y cambio; como bien estableció (Minuchin, 1974, en Asen et al., 2001).

Una forma de crear contextos de intervención novedosos para las familias con éste perfil crónico, consiste en cortar el *ciclo del pesimismo* por medio de la actitud de los profesionales que las atienden; evitando caer en la *trampa relacional* tradicional de doctor-paciente (Oppenoorth y Spaander, 2014), promoviendo la conciencia de dicha problemática cíclica, y favoreciendo una mirada posibilista hacia el cambio. Para lograrlo, es importante valorar no sólo los *factores que mantienen la cronicidad* o el problema, sino también los *recursos, factores protectores y capacidad de afrontamiento* que cada familia ha ido desarrollando a lo largo de su propia historia y que los convierte en los expertos de su propia familia y capaces de promover los cambios por sí mismos. Valorar a las familias de esta forma sistémica, y entender las características propias de la cronificación, favorecerá el cuidado personal del profesional, previniendo su fatiga crónica (*burn out*) en el trabajo con dichas familias (Escudero, 2013), y reduciendo la relación de dependencia.

Lograr un balance entre su *Estructura de Recursos para el Cambio (ERC)*, y la *Estructura que Mantiene el Problema (EMP)*; es decir, un equilibrio entre sus recursos, factores protectores y capacidad de afrontamiento, con sus dificultades, factores de vulnerabilidad y factores de riesgo, podría manifestar un potencial de resiliencia (Escudero, 2013), y por lo tanto, la posibilidad de mejorar el funcionamiento familiar (Al et al., 2011).

Otra forma de romper con el *ciclo del pesimismo* consiste en alentar la autonomía y promover la iniciativa de las familias; si el terapeuta intenta controlarlos o *cambiar* su conducta, reforzará la atribución de control externo mediante el sentimiento de impotencia y poco control sobre el problema en las familias (Micucci, 1998).

Para que una acción realizada por la familia adquiera significado, es preciso que nazca siempre de la propia iniciativa, en una suerte de automotivación reforzada incesantemente por el resultado obtenido (David y Appell, 2010). Así como en la Pedagogía de Emmi Pikler (1971) creada con niños

institucionalizados, para respetar esta libertad, el adulto/terapeuta no debe intervenir de forma directa; no impone su acción, ni su ayuda; ya que esto volvería al niño o a la familia pasiva y dependiente (David y Appell, 2010). Se estimula indirecta y constantemente de manera similar al proceso y estimulación del aprendizaje de Lev Vigotsky (1978): 1) Mediante la progresión de situaciones en las que se sitúa el niño/familia, es decir, desde la *zona de desarrollo proximal* (Vigotsky, 1978); 2) Mediante el respeto al ritmo de sus adquisiciones; y 3) Mediante el reconocimiento de sus progresos.

Abandonando la idea de que el propósito de la terapia es resolver problemas específicos, la finalidad con estas familias consiste en mejorar la capacidad de las familias de apreciar sus puntos fuertes y utilizar sus propios recursos de forma creativa en la resolución de sus problemas; aunque esta tarea sea más complicada y prolongada (Micucci, 1998).

Si la intervención está orientada hacia el crecimiento, evaluará en primer lugar la zona de desarrollo proximal de la familia, y luego elaborará un plan para favorecer su avance hacia ella; ampliando así su capacidad para resolver problemas por sí misma (Micucci, 1998) y favoreciendo un adecuado estilo de afrontamiento para evitar el surgimiento del ciclo del pesimismo.

2.1.4. Tratamiento con adolescentes y "trauma relacional" en la familia

Con el paso del tiempo, las familias pasan por una serie de importantes periodos previsibles e imprevisibles de su vida en los que se enfrentan a mayores exigencias de cambio y reorganización. Estas épocas trascendentales podrían imponer a los miembros de la familia exigencias diferentes y obligarles a realizar tareas distintas dentro y fuera de la familia (Carter y McGoldrick, 1988; Erikson, 1980).

De esta forma, los puntos de transición en el desarrollo de la familia generarán diversos problemas relacionales y angustias emocionales (Erikson, 1980).

El papel y función de la familia en la sociedad es fundamental; ya que de formarse un apego seguro en ella, puede asegurarse la supervivencia de sus miembros, permitirse un adecuado desarrollo psicológico por medio de un clima de afecto y apoyo, y ofrecerse la estimulación y capacidad para relacionarse con el entorno (Permuy, 2013).

Es durante la adolescencia cuando los hijos pasan progresivamente la intensidad de sus apegos de sus padres hacia sus amigos y posibles amistades de mayor intimidad; tratándose así de un cambio, y no de un corte definitivo del apego a los padres. De esta forma, los adolescentes pueden fluctuar entre periodos de intenso apego a los padres, a críticas intensas hacia ellos. Mantener un apego seguro durante

la adolescencia entendiendo y tolerando este rechazo y sabiendo ayudar al hijo adolescente a gestionar sus emociones será una tarea importante para los padres (Vetere y Dallos, 2012).

La falta de formación de un apego seguro o surgimiento de un *trauma relacional* para un niño/adolescente se puede producir de dos formas: 1) Por medio del aislamiento social, carencias afectivas, negligencia continuada, condiciones de vida decadentes, separaciones continuadas o institucionalización; o 2) Por medio de romper o deteriorar significativamente la relación de apego con conductas inconsistentes, cambios, o pérdidas. Esto pudo haber generado un "trauma relacional"; donde la seguridad básica se ha roto o violado abruptamente por un abuso o maltrato por parte de una persona en la que el menor depositaba su necesidad de seguridad, y donde posiblemente se genere una respuesta emocional inestable en el menor caracterizada por el temor, evasión o agresión (Escudero, 2011, 2013; Sheinberg y True, 2008).

Para identificar una dinámica relacional de ésta índole en las familias, es importante evaluar la presencia de las siguientes características (Escudero, 2011, 2013):

- Padres ausentes, inconsistentes, frustrados, violentos y negligentes.
- El entorno familiar de la comunidad de las personas cercanas no proporciona alivio al menor.
- Dificultad para regular emociones en la relación padres-hijos.
- El menor muestra una gran dificultad para identificar, expresar y regular adecuadamente sus emociones.
- El menor tiene una gran falta de confianza en sus propias sensaciones, en lo que siente, e intenta evadirse de sus propios sentimientos.
- Es notable la falta de confianza generalizada en otras personas, tanto con iguales como con adultos, y esto se va a transmitir a la relación con los profesionales.
- Es detectable una fuerte ansiedad, que muchas veces es expresada como rabia, a través de conductas destructivas o autodestructivas y conductas disociadas.

La falta de resolución de dicho trauma relacional, o trastorno del apego, puede favorecer que el menor a lo largo de su ciclo evolutivo muestre dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales; provocando así, múltiples traumas relacionales en la familia que generalmente, son transmitidos por varias generaciones (Asen et al., 2001; Dennison et al., 2005; Escudero, 2013; González, 2006; Micucci, 1998).

Esto mismo, es lo que confirma la importancia de la acción preventiva; puesto que mientras más temprano se dé un contexto propicio para el cambio en el sistema familiar, menor será la cronificación del mismo (F. González, 2006).

Es importante considerar, que para que un menor, y en especial un adolescente con las dificultades anteriormente mencionadas pueda "funcionar" o "aliviarse" ante tanta tensión acumulada, existen diferentes síntomas que posiblemente podría adoptar: 1) ira/rabia, expresada con agresividad, a veces, de forma explosiva, otras demandante y otras manipulativa; 2) evasión y escape, para aplazar o desplazar la angustia que no sabe gestionar; 3) sentimiento de culpa, relacionado a una percepción negativa de uno mismo cuando no logra convertirse en prioridad de sus relaciones más cercanas para ayudarle a satisfacer sus necesidades de protección y afecto (Escudero, 2013).

El *círculo vicioso* de gestión de emociones con estos adolescentes se puede producir debido a las dificultades de relación retroalimentadas por sus respuestas inmediatas de ira y evasión ante los sentimientos de culpa y autopercepción negativa en el entorno. Es así, como se complica y cronifica la insatisfacción de sus necesidades de afecto y protección (trastorno del apego); en especial, cuando la seguridad emocional se ha roto de forma traumática (Escudero, 2013; ver Figura 2).



Figura 2: Círculo vicioso de la gestión de emociones (Escudero, 2013).

Es aquí, donde cobra una gran importancia entender y ayudarlos a entender estos sentimientos para romper con el círculo inevitable de construcción de una identidad negativa; ya que es en la adolescencia donde la socialización se convierte en el medio para construir una identidad.

La necesidad del adolescente de sentirse acompañado y de ser parte de algo más que su individualidad, impulsará que se relacione con otros adolescentes percibidos como afines; es por ello, que cuando un adolescente presenta barreras importantes en el establecimiento de relaciones, resulta

comprensible y adaptativo, la búsqueda de otros adolescentes con los que comparta algunos de esos rasgos, o al menos, las consecuencias de esas dificultades, marginalidad, rebeldía o aislamiento. De forma que las dificultades de relación se tornan de manera natural, en este proceso evolutivo, en dificultades de adaptación (Escudero, 2013; ver Figura 3).



Figura 3: Círculo vicioso de la identidad negativa (Escudero, 2013).

Dentro de este marco sistémico, es común que al llegar a los servicios de asistencia, los adolescentes sean considerados como "el problema" o "chivo expiatorio" de la familia, que la relación padre-hijo se encuentre ya deteriorada, y que los padres o cuidadores tengan dificultades en comprender y empatizar con el desarrollo, necesidades y emociones de sus hijos, necesitando así, cierto trabajo previo con el terapeuta que incluya la evitación de sentimientos de culpa, y el trabajo en sus propios traumas relacionales durante su propia infancia y adolescencia para posteriormente poder rescatar una identidad positiva de sus hijos y favorecer el apego y conexión emocional entre padres e hijos.

2.1.5. Modelos de intervención en contextos de prevención secundaria

La prevención secundaria tiene por objetivo el desarrollo de programas de tratamiento que logren reducir la ocurrencia de problemáticas antes de ser agravadas o consolidadas. Implica un tratamiento correctivo, terapéutico o reductivo de las alteraciones y su futura evolución; proporcionando cuidados activos que prevean futuras complicaciones (Sánchez, 2011).

Dentro de sus principales estrategias se encuentran la aplicación de pruebas de evaluación o detección precoz, la implementación de programas de intervención encaminados a la prevención secundaria, y la optimización de las instituciones y servicios sociales responsabilizados de la intervención, entre otras.

En España se han creado diferentes proyectos para favorecer el Fortalecimiento Familiar debido a las necesidades detectadas en las familias involucradas con los Centros de Programas Sociales y en respuesta a las demandas de los Servicios Sociales (Sánchez, 2011); como lo son: *Centros de Atención de Día, Programa de Atención a la Infancia y Familia (S.A.I.F.) o Programa de Intervención Familiar, Programa de Terapia Familiar, Programa de Familias Monoparentales, Punto de Encuentro y Mediación Familiar, Apoyo y Seguimiento de Acogimientos Familiares, Centros de Educación Infantil, Centros de Primera Acogida, Valoración y Diagnóstico*, etc.

Aún a pesar de la puesta en marcha de dichos proyectos, todavía se detecta la necesidad de fortalecer y aumentar la prevención secundaria para cubrir una laguna entre los recursos de prevención primaria de promoción y sensibilización de los derechos de la infancia, y la terciaria con los recursos de protección, reforma y separación de los menores de su núcleo familiar (Calvo de León y Arroyo Alonso, 1998; Sánchez, 2011).

2.2. ALIANZA TERAPÉUTICA CON FAMILIAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO

2.2.1. ¿Qué es lo que hace que funcione la psicoterapia?

Se sabe que aproximadamente el 30% de la varianza del éxito de la psicoterapia es atribuible a los factores comunes entre los distintos modelos de intervención, siendo un 21% de éste la parte correspondiente al establecimiento y mantenimiento de alianza terapéutica, mientras que tan sólo un 15% de la varianza es atribuible a la elección de técnicas psicoterapéuticas específicas que han sido comprobadas como especialmente eficaces para determinadas problemáticas (Krupnick et al., 1996; Lambert y Barley, 2002). Es por ello que dentro de la investigación ha cobrado mayor importancia desde los últimos años la investigación en el soporte empírico de los tratamientos, es decir, en el estudio de los aspectos universales del proceso psicoterapéutico que se relacionan con el éxito u obtención de mejoría tras una intervención, de forma independiente al modelo psicoterapéutico y técnicas empleadas.

La alianza terapéutica es sugerida como uno de los factores comunes más importantes en el proceso de la psicoterapia de adultos y menores (Horvath y Bedi, 2002; Karver, Handelsman, Fields, y Bickman, 2006; Shirk y Karver, 2003); inclusive, ha sido considerada como una pre-condición para que las técnicas empleadas dentro de la psicoterapia beneficien al cliente (Botella y Cid, 2008; Escudero, 2011); así como un pre-requisito para que la psicoterapia se lleve a cabo, puesto que si ésta no es suficientemente fuerte durante las primeras sesiones, especialmente respecto a la percepción del cliente (Horvath y Symonds, 1991), y no existe un nivel adecuado de seguridad en el sistema terapéutico (Escudero, Friedlander, Varela, y Abascal, 2008), puede aumentar la probabilidad de un abandono prematuro en la psicoterapia (Açores, 2014; Botella y Cid, 2008; Escudero, 2011). Otros estudios de meta-análisis (Horvath y Bedi, 2002; Horvath y Symonds, 1991; Martin, Garske, y Davis, 2000) han respaldado la asociación entre la alianza y el resultado, incluyendo estudios exclusivos de terapias de pareja y familia (Friedlander, Escudero, Heatherington, y Diamond, 2011).

Según la teoría del cambio (Vetere y Dallos, 2012), el cambio es un proceso circular en beneficio del sistema que se produce mediante alteraciones en la naturaleza de las relaciones íntimas y los consiguientes cambios dentro de los miembros implicados en el sistema. Implica ganar una actitud receptiva, así como apertura para mirar un mismo suceso desde diferentes perspectivas, percibiendo así a los otros y a sí mismo de forma distinta (Bateson, 1972, en Chazan, 2001).

Resulta importante favorecer la seguridad emocional en la familia y en el sistema terapéutico para facilitar la apertura, reflexión y ensayo de nuevas formas de percibirse y relacionarse entre los miembros de la familia (Byng-Hall, 2008; S. Johnson, 2008).

Por ejemplo, de la misma forma en que un niño logra interiorizar el consejo, el consuelo y la sensación de seguridad que sus padres han conseguido proporcionarle, en la terapia se buscará crear una base relacional segura entre la familia y el terapeuta que posibilite, a veces por primera vez, experiencias de apego seguro que un futuro puedan ser recordadas e interiorizadas por la familia (Escudero, 2013; Minuchin, 1974; Vetere y Dallos, 2012).

2.2.2. Intervención con Alianza Terapéutica y familias en riesgo crónico

Dentro de la perspectiva sistémica en la Terapia Familiar, se contempla un vínculo multi-focal entre el terapeuta y los miembros de la familia; de tal forma que el terapeuta se incluye en el sistema con un rol indirecto e influye en el estilo de comunicación y desarrollo de alianzas positivas en la familia (Escudero, 2011; Muran y Safran, 1998).

La alianza terapéutica es entonces un aspecto clave para conocer los patrones relacionales del sistema familiar y generar un ambiente terapéutico que posibilite una relación segura con el terapeuta, y posteriormente, entre los miembros de la familia.

Es por ello que en la Terapia Familiar, desde cualquier orientación, la creación y el mantenimiento de una sólida alianza terapéutica puede ser una directriz constante que marque el proceso de intervención de principio a fin (Castonguay, Constantino, y Holtforth, 2006; Escudero, Friedlander, Varela, y Abascal, 2008; Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009; Horvath y Symonds, 1991); y que pueda también explicar su fracaso (Friedlander et al., 2009); especialmente con familias en las que exista un trauma relacional o trastorno del apego (Diamond, 2005; L. Johnson, Wright, y Ketring, 2002; Johnson y Greenman, 2006).

Inspirados el trabajo con familias en conflicto y con motivaciones distintas entre sí, Friedlander y cols. (2000) desarrollaron y validaron un conjunto de instrumentos como producto de la colaboración española y norteamericana con el objetivo de establecer, alimentar y mantener la alianza terapéutica en el tratamiento familiar o de pareja. Se basaron en la concepción trans-teórica y las previas investigaciones de la alianza terapéutica para crear el *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica con Intervención Familiar*, en modalidad observacional *SOATIF-o*, y en modalidad de auto-informe *SOATIF-s* (Escudero y Friedlander, 2003), y su versión equivalente en inglés *System for Observing Family Therapy Alliances*, *SOFTA-o*, *SOFTA-s* (Friedlander et al., 2006; Friedlander, 2000).

Los instrumentos observacionales revelan el proceso de pensamiento del terapeuta que supervisa de manera natural la solidez de la relación con sus clientes, tomando nota de las conductas específicas de éstos y de los procesos que se desarrollan durante la terapia. La versión del SOFTA-SOATIF aplicado al terapeuta se centra en sus propios comportamientos que contribuyen a establecer una alianza sólida o débil, y que le pueden ayudar a reflexionar sobre su propio comportamiento y a tener en cuenta de qué forma sus intervenciones potencian o dañan la alianza (Friedlander et al., 2009).

De esta forma, con la utilización del SOFTA-SOATIF se logra integrar la teoría, la investigación, y la práctica existente sobre la alianza terapéutica en la Terapia Familiar y de Pareja (TFP) identificando las conductas problemáticas que amenazan la alianza y averiguando cómo llevar adelante el proceso terapéutico.

El modelo permite atender a la complejidad del trabajo conjunto y manejo de lealtades en la TFP identificando la calidad de las relaciones en el sistema intra e inter-familiar; así como la calidad de la relación entre cada miembro de la familia con el terapeuta, mediante la perspectiva del cliente, del terapeuta, y del supervisor.

Así mismo el instrumento facilita la integración de otros aspectos de gran importancia en la terapia familiar con menores, como lo referente a las dificultades de apego (Diamond, 2005) asociadas a traumas relacionados con abuso y maltrato (Johnson et al., 2002; Johnson y Greenman, 2006). Inclusive, puede ser utilizado como un marco de referencia para el análisis de los casos más crónicos o de mayor dificultad y resistencia al cambio.

El modelo SOFTA-SOATIF consta de cuatro dimensiones que conforman el conjunto de la Alianza Terapéutica: 1) *Conexión Emocional con el terapeuta*, 2) *Enganche en el Proceso Terapéutico*, 3) *Seguridad dentro del Sistema Terapéutico*, y 4) *Sentido de compartir el propósito*. Las dos primeras dimensiones (Conexión Emocional y Enganche en el proceso Terapéutico), son comunes a todas las modalidades terapéuticas, por lo cual son aplicables en contextos de psicoterapia individual. Las dos últimas dimensiones (Seguridad dentro del Sistema Terapéutico y Sentido de Compartir el Propósito), son aquellas que reflejan la singularidad del tratamiento grupal-familiar (ver Figura 4).

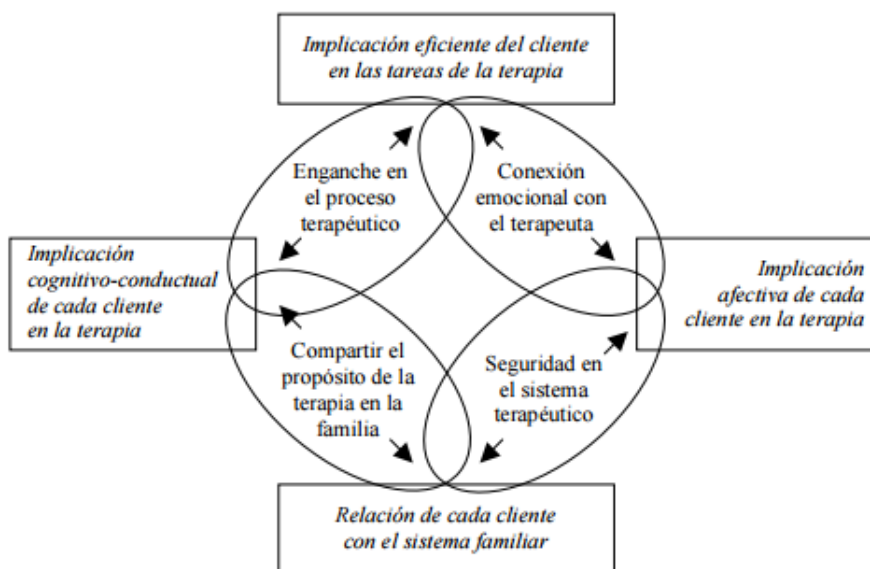


Figura 4: Representación del modelo SOATIF (Escudero, 2009).

La suma de las cuatro dimensiones puede representar un termómetro con el que se puede medir durante todo el curso del tratamiento la solidez de la alianza de trabajo y del contexto de intervención; mientras que los distintos indicadores de cada una de ellas pueden servir como una medida micro-analítica del estancamiento o de la falta de implicación, *versus* cambio y colaboración, en el trabajo con las familias (Escudero, 2013).

Se sabe que en los casos crónicos los clientes podrían poner constantemente a prueba la habilidad del terapeuta para proveerle una relación segura desde el inicio del proceso psicoterapéutico; por lo que se puede deducir que por un lado, la creación de seguridad puede ser considerada una auténtica pre-condición para la eficacia del tratamiento con dichas familias (Açores, 2014; Escudero, 2011), y por el otro, que la conexión emocional puede ser considerada como un elemento mediador del cambio (Escudero, 2013).

Tras la amplia experiencia en el trabajo con familias en situación de riesgo cronificado, y el uso del SOFTA-SOATIF como método de evaluación y creación de la alianza terapéutica como directriz de intervención, Escudero (2013) aporta una pauta o estrategia de intervención para mantener una sólida alianza terapéutica y conseguir un contexto de intervención adecuado en momentos de especial dificultad en la intervención con familias en situación de riesgo cronificado, basado en la premisa de "*conectar antes que corregir*" (Ver Figura 4).

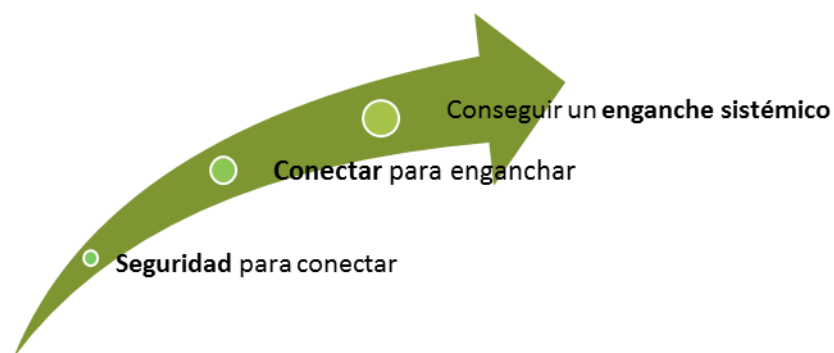


Figura 5: Estrategia para la creación de un contexto de intervención.

De la misma forma, Escudero (2013) ha detectado distintas claves para poder conectar como terapeuta con las familias y crear un nivel de implicación adecuado por parte de las familias; algunas de ellas son: 1) Aceptar su posición inicial, aunque haya victimización, dolor, rabia, e inclusive hostilidad; 2) Validar su experiencia subjetiva, intentando acercarnos a su realidad con curiosidad; 3) Diferenciar a la persona del problema, 4) Buscar un nexo común que podamos tener con el usuario, partiendo de nuestra innata condición humana.

Todo esto, favorecerá un contexto de intervención posibilista; así como la posibilidad de observar en las familias una motivación interna hacia el cambio y hacia su futuro. *Cuando lo logramos, y vemos cómo algún miembro de la familia comienza a aceptar y compartir con otras personas pequeños compromisos, es cuando podemos decir que hemos logrado un "enganche sistémico"* (Escudero, 2013).

La investigación empírica sobre el papel de la alianza terapéutica en el tratamiento con adolescentes ha sido hasta el momento un poco escasa (Shelf, Diamond, Diamond, y Liddle, 2005; Shirk y Karver, 2003); a pesar de ello, en algunos estudios se encontraron resultados muy similares a los que se han encontrado repetidamente en la psicoterapia con adultos (Karver, Handelsman, Fields, y Bickman, 2006); encontrándose que cuando se crea una buena alianza con el adolescente en el inicio de la terapia, el nivel de enganche o implicación del adolescente a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico posterior será mayor, sin importar el método de medir alianza y el modelo de tratamiento utilizado (Escudero, 2011; Karver, Shirk, Handelsman, y Fields, 2008).

De esta forma, estudios preventivos con familias en riesgo psicosocial con adolescentes, sugieren que es la alianza con los padres (Tolan, Hanish, McKay, y Dickey, 2002) y no la alianza del niño o del adolescente (Faw, Hogue, Johnson, Diamond, y Liddle, 2005; Tolan et al., 2002) la que pudiera estar relacionada con el cambio o éxito terapéutico con los menores. En contraparte, otro estudio

sugirió que la alianza con los padres estaba relacionada con la retención en la terapia, mientras que la alianza con los menores estaba relacionada con la mejoría de los síntomas de los menores por más de dos años de seguimiento (Tetzlaff et al., 2005).

Las alianzas divididas en familias con adolescentes interferirán aún más en el proceso terapéutico que el mismo hecho de que toda la familia mantenga niveles bajos de alianza similares (Robbins et al., 2006; Robbins, Turner, Alexander, y Perez, 2003; Symonds y Horvath, 2004); influyendo así, seriamente en la posibilidad de que se produzca un abandono en la terapia (Muñiz de la Peña, Friedlander, y Escudero, 2009; Robbins et al., 2003).

Por lo general, cuando se da un patrón de alianza dividida, es el adolescente quien muestra una alianza negativa caracterizada por una endeble conexión emocional con el terapeuta, a diferencia que sus padres (G. M. Diamond, Diamond, y Liddle, 2000; Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006); aunque este no es el caso en algunos programas de intervención orientados hacia el adolescente (Muñiz de la Peña et al., 2009).

2.3. INTERVENCIÓN GRUPAL CON ALIANZA TERAPÉUTICA EN FAMILIAS CON RIESGO CRÓNICO

Según Rycroft, D. en Chazan (2001), los síntomas de un individuo no son un asunto puramente individual; éstos tienen un nexo social, y su función y modificación en una persona, puede traer cambios consecuentes en otros individuos. Este concepto de *causalidad horizontal* juega una parte importante en la teoría de los sistemas, donde la terapia familiar se encuentra basada. Dicha teoría se encuentra fundamentada en la idea de que el comportamiento de una familia puede *causar* que un hijo se comporte de cierta forma, y de forma circular, ése mismo hijo puede *causar* que la familia responda de otra. Al ser la familia el grupo de interacción circular más continua, éste es considerado el más poderoso, ya que tiene gran influencia en el moldeamiento de la personalidad.

Por otro lado, existen sistemas creados con un objetivo terapéutico; donde la diada cliente-terapeuta es el más conocido. Heinsenberg, W., en Chazan (2001), encontró que el observador afecta al objeto observado; y más aún, cuando el objeto es un ser humano. En una diada de terapia individual, tanto el cliente como el terapeuta tiene sentimientos hacia el otro; creando una interacción recíproca compleja.

Por ejemplo, si un hombre viaja dentro de un tren, y mira por la ventana, probablemente no logre distinguir quién se mueve; si es él, o los objetos a su alrededor. Aplicando esto a un contexto terapéutico, se puede reconocer la complejidad de la interrelación entre el terapeuta y el cliente.

En un entorno psicoterapéutico grupal la situación es aún más compleja, ya que el cliente reacciona en “el aquí y el ahora” su propia problemática con sus compañeros del entorno terapéutico; donde existen múltiples observadores que son simultáneamente sujetos de tratamiento y agentes de tratamiento; no solo el terapeuta. Y en ocasiones, la complejidad aumenta con otros tipos de diadas terapéuticas; como puede pasar con una pareja de co-terapeutas, o con un equipo de terapeutas en supervisión (Chazan, 2001).

Existen otros sistemas importantes a parte de la familia; uno de ellos son los amigos, los cuales permitirán que los jóvenes utilicen las relaciones interpersonales grupales para lograr separarse del grupo familiar y encontrar su propia identidad (Chazan, 2001).

De esta forma, el desarrollo de la identidad dependerá de dos cosas: de la presencia de otro con quién diferenciarse; y de que ese otro lo reconozca como alguien distinto (Singer, 1983); y esto mismo, lo puede ofrecer un grupo. Pertenecer a un grupo facilita el auto-conocimiento y la individuación; lo cual es particularmente cierto en grupos comprendidos entre doce y veinte miembros. Sin embargo, los

grupos grandes tenderán a ser difusos y amenazantes a la a la identificación de la identidad de sus individuos (Turquet, 1973, en Chazan (2001).

A pesar de los claros beneficios del trabajo grupal (Pattison, 1965; Rickard, 1962; Stotsky y Zolik, 1965), aún no está clara la eficacia a largo plazo de dichas mejoras con grupos de adolescentes en situación de riesgo crónico; probablemente, debido a la dificultad en su entorno social-familiar (MacLennan, 2000).

Un estudio de evaluación de eficacia de programas de intervención grupal orientados hacia el adolescente (Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero, y Liddle, 2006) encontró que la mayoría de las intervenciones que demostraron ser más eficaces establecían sesiones individuales con el adolescente de forma regular, trabajaban específicamente en la creación y mantenimiento de una fuerte alianza terapéutica con los adolescentes, se focalizaban en los problemas más particulares del adolescente, y practicaban habilidades sociales y habilidades relativas al proceso evolutivo del adolescente.

Partiendo de dicha premisa, resulta ser recomendable estudiar empíricamente el proceso y las propiedades únicas de los grupos, así como la existencia y operación de los mecanismos terapéuticos de acción en la psicoterapia grupal (Bakali, Baldwin, y Lorentzen, 2009; Lewin, 1947).

2.3.1. Modelo de mecanismos de acción en psicoterapia grupal

El modelo terapéutico más antiguo y tradicional es el de cliente-terapeuta; mientras que cuando se introduce a un supervisor, o a una pareja en terapia de pareja, se le añade una segunda dimensión relacional; creando así a un sistema de dos dimensiones. Algo similar ocurre en terapia familiar, donde la dimensión *uno* es la relación entre la familia; y la dimensión *dos*, sería la relación de toda la familia con el terapeuta. Y de la misma forma, ocurre de nuevo lo mismo en los grupos psicoterapéuticos; donde a la a partir de individuos aislados, la primera tarea del terapeuta será construir un sistema terapéutico de múltiples dimensiones (Chazan, 2001).

La dimensión básica de interacción se encuentra entre los miembros del grupo; incluyendo diferentes tipos de interacción: entre dos miembros del grupo, entre un miembro y el grupo, o entre todo el grupo en sí mismo como una sola entidad.

Los mecanismos de acción que están relacionados con el buen funcionamiento de grupos pueden ser considerados intervenciones o procesos psicoterapéuticos que sirven como agentes causales que median la mejoría de los clientes en grupos (Baron y Kenny, 1986). Estos pueden ser *experienciales*,

comportamentales y/o cognitivos; así como pueden ser también un proceso central del tratamiento en sí mismo, como la relación terapéutica.

Un ejemplo de ellos, es el *clima grupal*; que ha sido considerado como uno de los principales agentes de cambio en el funcionamiento de grupos. Es comúnmente conocido como la atmósfera terapéutica en los grupos, y que se da como producto de distintas fuerzas de interacción (McClendon y Burlingame, 2012). En la literatura, el clima grupal se conforma por tres dimensiones: *compromiso* (clima de trabajo positivo); *evitación* (los miembros del grupo evaden la responsabilidad en su propio proceso terapéutico); y *conflicto*, referido a la fricción y desconfianza entre los miembros del grupo (Kivlighan y Lilly, 1997; MacKenzie, 1983).

Yalom y Leszcz (2005) detectaron 11 sub-componentes del cambio terapéutico en grupos con base en su amplia experiencia clínica con psicoterapia grupal (ver Tabla 1), y posteriormente, Lese y McNair-Semands (2000), los tradujeron a un instrumento denominado *Therapeutic Factors Inventory-TFI* (Lese y MacNair-Semands, 2000; MacNair-Semands, Ogrodniczuk, y Joyce, 2010), mediante su validación concurrente con el *Group Climate Questionnaire-Short Form -GCQ-S* (MacKenzie, 1983); donde encontraron cuatro factores principales que comparten varianza de forma moderada: *Instauración de la Esperanza, Expresión Emocional Segura, Conciencia del Impacto Relacional, y Aprendizaje Social*.

Tabla 1.
Therapeutic Factors (Yalom y Leszcz, 2005).

<i>Sub-componentes del cambio</i>	<i>Definición</i>	<i>Individuales</i>	<i>Grupales</i>
Altruismo	<i>Los miembros mejoran su auto-concepto al ofrecer su ayuda a otros miembros.</i>		X
Catarsis	<i>Los miembros se dan cuenta de profundos sentimientos de experiencias pasadas o presentes</i>	X	
Cohesión	<i>Los miembros del grupo mantienen sentimientos de confianza, pertenencia y aceptación en el grupo.</i>		X
Recreación correctiva del grupo primario de la familia	<i>Oportunidad de re-crear conflictivas dinámicas familiares con los miembros del grupo de forma correctiva.</i>	X	
Desarrollo de técnicas de socialización	<i>El grupo provee un entorno que promueve una comunicación adaptativa y efectiva.</i>		X
Factores existenciales	<i>Los miembros del grupo aceptan su responsabilidad en sus propios actos.</i>	X	
Conducta imitativa	<i>Los miembros incrementan sus conocimientos y habilidades a través de la observación de los miembros del grupo, reflexión emocional, y trabajo terapéutico.</i>		X
Compartir información	<i>Psico-educación o consejo por parte del terapeuta o miembros del grupo.</i>		X
Instauración de la esperanza	<i>Los miembros reconocen que el progreso de otros miembros puede ayudarles, desarrollando una actitud optimista ante su propio progreso.</i>		X
Aprendizaje interpersonal	<i>Los miembros ganan insight personal sobre su impacto interpersonal a través del feedback de los otros miembros.</i>		X
Universalidad	<i>Los miembros reconocen que otros miembros comparten sentimientos, pensamientos y problemas similares.</i>		X

La *cohesión grupal* es usualmente definida como la atmósfera positiva de colaboración socio-emocional entre el grupo como conjunto, donde los miembros tienden a mantener un sentido de pertenencia y compromiso (Burlingame, Fuhriman, y Johnson, 2002).

Según Chazan (2001), la cohesión grupal se da cuando cada miembro se siente perteneciente al grupo, y que él o ella, es importante dentro de él. Esto implica reciprocidad, dar pero también recibir, en tal forma que el individuo siente responsabilidad por el grupo, y recibe beneficios del grupo en los demás. En un grupo exitoso, los miembros se sienten responsables del grupo junto con el terapeuta. Un ejemplo de ello podría ser que los miembros del grupo se llamasen en casos de ausencia para saber cómo se encuentran o para informar su próxima ausencia.

Dentro del instrumento TFI, su sub-escala representa una inversión de consenso y compromiso con el grupo por los miembros; y mide el sentimiento de pertenencia, aceptación, confianza y cooperación. Específicamente esta sub-escala demuestra buena estabilidad ($r=.93$, $p < .001$), y se *sobrelapa* con otras de las sub-escalas: *factores existenciales* ($r=.42$), *instauración de la esperanza* ($r=.54$), *conducta imitativa* ($r=.44$), *aprendizaje interpersonal* ($r=.50$), *desarrollo de técnicas de socialización* ($r=.37$), y *universalidad* ($r=.67$).

Debido a esto, dicha sub-escala es la más utilizada; encontrándose que la cohesión grupal es considerada en algunas investigaciones como un mecanismo terapéutico en sí mismo que facilita la acción del resto de mecanismos de acción (Budman et al., 1989; Burlingame, Fuhriman, y Johnson, 2002; Yalom y Leszcz, 2005); y en otras, como un factor omnipresente y trans-teórico (D. Martin, Garske, y Davis, 2000); relevante, si no es que el principal responsable del logro de las metas terapéuticas; independientemente del enfoque teórico empleado por el terapeuta (Lambert y Barley, 2002).

Es por todo ello que para algunos autores la cohesión grupal podría considerarse una pre-condición para el cambio en la terapia grupal (Chazan, 2001), e inclusive, define la relación terapéutica en grupos (Fuhriman y Burlingame, 1990); aunque otros argumentan ésta pudiera ser un concepto inclusive más complejo (Joyce, Piper, y Ogrodniczuk, 2007).

Diferentes estudios empíricos han explorado las interrelaciones entre los conceptos de cohesión y alianza en grupos psicoterapéuticos, y han encontrado que éstos se también se *sobrelapan* de forma leve a moderada (Joyce et al., 2007; Lorentzen, 2004), de forma moderada (Marziali, Monroe-Blum, y McCleary, 1997), de moderada a fuerte (Gillaspy, Wright, Campbell, Strokes, y Adinoff, 2002; Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, y Gleave, 2005), y fuerte (Budman et al., 1989).

La ausencia de un consenso se encontraba relacionada a distintos puntos ciegos en la literatura: 1) inclusión de la alianza y de la cohesión en el proceso de trabajo o de conexión emocional, o en ambos; 2) la alianza y la cohesión operadas dentro de las relaciones miembro a miembro, miembro a líder, miembro a grupo, o dentro de las combinaciones entre estas; y 3) medidas obtenidas por medio de auto-informes respondidos por terapeutas o por observadores independientes (Bakali et al., 2009).

Algunos estudios han examinado las consecuencias de usar diferentes instrumentos de medida; demostrando bajas correlaciones entre los auto-informes realizados por clientes, terapeutas, y observadores independientes (McNeil, 2006; Tichenor y Hill, 1989), especialmente en las evaluaciones de las etapas iniciales de la psicoterapia (Kivlighan y Shaughnessy, 1995; Lorentzen, 2004); lo cual ha generado grandes dificultades para comparar e integrar resultados, inclusive, de un mismo grupo (Burlingame et al., 2002).

Tras la revisión de la literatura se creó el primer modelo de la estructura de la cohesión grupal integrado por dos dimensiones principales (ver Figura 6): **Estructural**: compuesto por la *dirección* y *función* de las relaciones grupales; la primera, se encuentra conformada por la *cohesión vertical*, referida a la percepción de competencia, autenticidad y cercanía del líder/terapeuta que los miembros del grupo mantienen durante la psicoterapia; y la *cohesión horizontal*, que describe la relación de los miembros del grupo con los otros miembros y con el grupo como entidad individual (ver Figura 7). Dentro de la *función* de esta misma dimensión se incluye a la *cohesión de tarea*, la cual indica que los miembros se encuentran atraídos al grupo para lograr una meta u objetivo; y la *cohesión afectiva*, que indica que los miembros se sienten conectados debido al soporte emocional que la experiencia de grupo aporta (Dion, 2000).

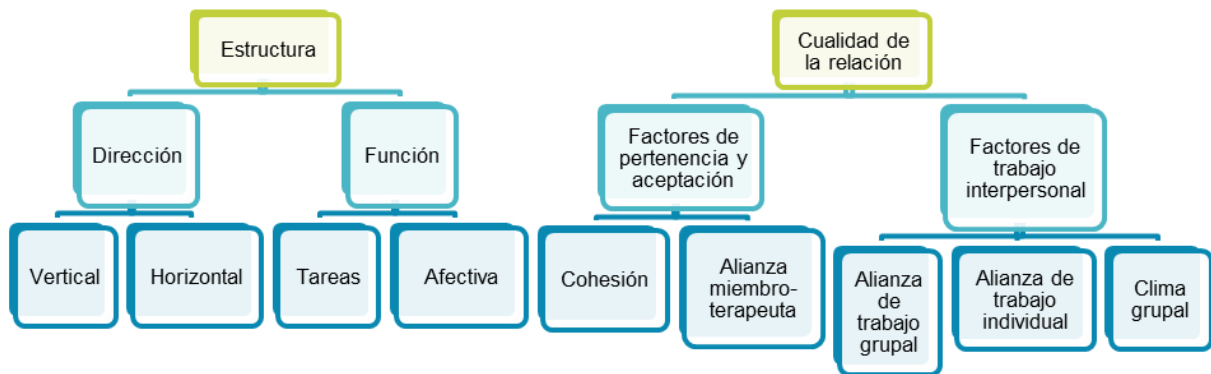


Figura 6: Cohesión, Modelo 1 (Burlingame, MacKenzie, y Strauss, 2004).

La segunda dimensión se refiere a la **calidad** de la relación; inicialmente, se hizo una definición de dos factores en la relación terapéutica dentro de un grupo: 1. Factores de pertenencia y aceptación (cohesión y alianza miembro-terapeuta), y 2. Factores de trabajo interpersonal (alianza de trabajo grupal, alianza de trabajo individual y clima grupal).

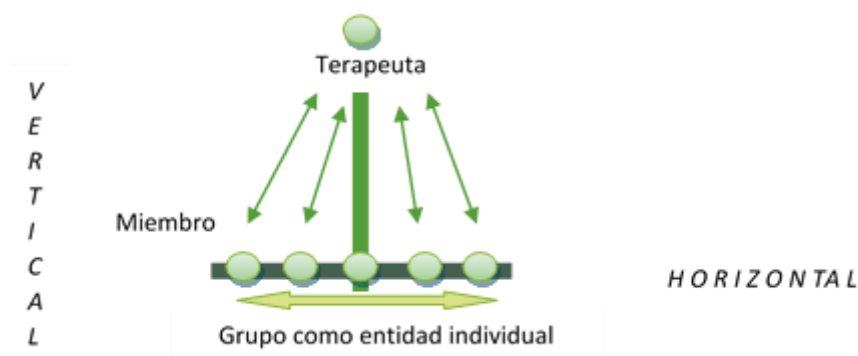


Figura 7: Factor estructural de la cohesión grupal.

Como recomendación de la *American Group Psychotherapy Association-AGPA* (2004) se creó un equipo de trabajo llamado *Science to Service Task Force* formado por *Molyn Leszcz, Joseph C. Kobos, Rebecca R. MacNair-Semands, William E. Piper, Antohy Joyce, Gary Burlingame, Phillip Flores, Harold Bernard, Les Greene, Anne M. Slocum McEaney, y Diane Feirman*; y encabezado por los dos primeros (Bernard et al., 2008).

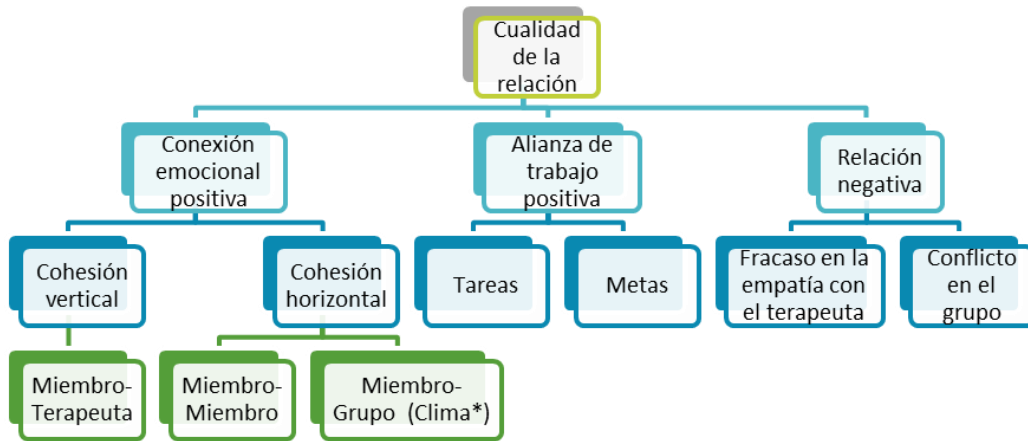
Dicho equipo de trabajo tiene por objetivo llenar el vacío que existe entre la psicoterapia grupal, la investigación, y la práctica clínica; así como impulsar la calidad del servicio a los clientes.

Como parte de sus acciones llevadas a cabo, se realizó una cooperación internacional entre equipos de investigación de Alemania, Noruega, y E.U.A. co-patrocinada por la AGPA y una subvención del programa *TransCoop* de Alemania, para realizar una revisión de la batería de instrumentos de selección, proceso, y resultado en el ámbito de la psicoterapia grupal (McClendon y Burlingame, 2012). Posteriormente, Burlingame (2010), recolectó dichos trabajos (Ver Tabla 2).

El primer estudio hecho fue realizado por Johnson et al., (2005) e incluyó los conceptos anteriores de cohesión, clima grupal, y alianza de trabajo; siendo el primer estudio que investiga los tres conceptos de forma simultánea (Johnson et al., 2005). Como resultado, creó un segundo modelo sobre el proceso de la psicoterapia grupal por medio de la comparación de los instrumentos de proceso más comúnmente utilizados en relación a dichos constructos (Ver Figura 8).

Este estudio fue llevado a cabo con muestra clínica y no clínica de EEUU, y utilizó una combinación de análisis exploratorio y factorial confirmatorio; donde encontraron 3 factores que representan la calidad y el contenido de las relaciones en el proceso grupal: 1) *conexión emocional positiva*, que engloba la cohesión grupal, el compromiso, y el vínculo emocional entre el cliente y el terapeuta (todos los elementos socio-emocionales de la relación terapéutica en grupos); 2) *alianza de trabajo positiva*, que incluye el acuerdo en las tareas y metas terapéuticas entre el terapeuta y el cliente; y 3) *relación negativa*, que incluye la fricción, el conflicto y la desconfianza intra-grupo (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, y Gleave, 2005).

El estudio sugirió que la alianza de trabajo, y la conexión emocional positiva son dimensiones primarias del proceso de terapia grupal; mientras que las múltiples relaciones estructurales que operan al mismo tiempo en la psicoterapia grupal, son las secundarias (ver Figura 8).



* (McClendon & Burlingame, 2012)

Figura 8: Cohesión, Modelo de Johnson et al., (2005).

Los cuatro consiguientes estudios (ver Tabla 2), tuvieron por objetivo replicar el estudio de Johnson et al., (2005). Por su parte, Bormann y Strauss, (2007) encontraron los mismos tres factores correspondientes a la calidad de la relación (conexión emocional positiva, alianza de trabajo positiva, y relación negativa), y tres factores estructurales: miembro-miembro, miembro-terapeuta, miembro-grupo; mientras que Bakali et al., (2009), y Lorentzen, Hoglend, y Ruud, (2008) utilizaron los mismos instrumentos de medida con una muestra aleatoria de grupos de corta y larga duración (entre 20 y 80 sesiones), y encontraron los mismos resultados; añadiendo que durante las primeras sesiones se resalta la importancia en la relación miembro-terapeuta, formándose una estructura de dos factores; mientras que en sesiones posteriores (10-11 y 17-18 sesiones) se produce una estructura de tres factores que incluye la relación positiva entre miembros y grupo. Lorenzen y cols. (2009) encontraron tres posibles explicaciones a ello: las sesiones pre-grupo fueron establecidas de forma individual con el terapeuta, lo cual explicaría la formación de un vínculo prematuro; la larga duración del tratamiento (2 años); y finalmente, la orientación psicoterapéutica empleada.

Originalmente, con el objetivo de medir las relaciones grupales, Johnson inició la creación de un instrumento de auto-reporte basado en su modelo y criterio clínico utilizando 60 preguntas seleccionadas de diferentes instrumentos (Johnson et al., 2005, en Krogel et al., 2013).

De forma consecuente, con la intención de determinar si el mismo modelo de tres factores podría soportar una reducción de ítems en los instrumentos empleados e incrementar de esta forma su utilidad clínica, Krogel y cols. (2009) examinaron cada escala y llegaron a una definición consensuada mediante un ajuste factorial y el empleo de su criterio clínico; donde añadieron una tercera población compuesta por pacientes internos con enfermedad grave, y llegaron a la conformación de un modelo

compuesto por tres factores capaz de explicar adecuadamente la varianza en el proceso de grupos clínicos y no clínicos.

De esta forma, Bakali y cols. (2009), junto con Krogel y cols. (2009; 2013), encontraron evidencia empírica para establecer la importancia de un modelo compuesto por tres factores estructurales (miembro-miembro, miembro-grupo, miembro-terapeuta), con un instrumento de medida reducido a 30 ítems denominado *Group Questionnaire-GQ 30 ítems* (Krogel, Beecher, Presnell, Burlingame, y Simonsen, 2009; Krogel et al., 2013; Krogel, 2009).

Tabla 2.
Estudios AGPA/TransCoop (McClendon y Burlingame, 2012).

Autores	País	Entorno clínico	No. Participantes/Grupos	Factores de Calidad de Relación	Factores Estructurales
Johnson et al., (2005)	E.U.A.	14 centros de consultoría	326 / 81	3 Factores (con pocas correlaciones entre ellos)	2 Factores (miembro-miembro, y miembro-terapeuta)
		Procesos grupales no clínicos.	336 / 30		
Bormann y Strauss (2007)	Suiza y Alemania	15 hospitales psiquiátricos	453 / 67	3 Factores (con diferencias a nivel de ítems con el estudio de Johnson et al., (2005), y errores en las correlaciones necesarias para el ajuste del modelo)	3 Factores (miembro-miembro, miembro-terapeuta, y miembro-grupo)
Bakali et al., (2009)		20-sesiones grupales psicodinámicas	145 / 18	3 Factores (con diferencias durante el proceso)	<i>La composición varía en función de la etapa del proceso.</i>
Krogel (2009), GQ-30 ítems	E.U.A.	2 centros de consultoría	207 / -	3 Factores	3 Factores (miembro-miembro, miembro-terapeuta, y miembro-grupo) que correlacionan entre sí. Modelo hecho con 3 poblaciones distintas
		Procesos grupales no clínicos	160 / -		
		Grupos de pacientes hospitalizados	118 / -		
Bormann y Strauss (2009), GQ-30 ítems	Alemania	9 Hospitales Psiquiátricos	424 / 63	3 Factores	El modelo en general concuerda con el de Krogel (2009). Se hizo la validez de criterio con el <i>Group Experience Scale, Stuttgart, Questionnaire, Helping Alliance Questionnaire, y Bonn Questionnaire for Therapy and Counseling.</i>
TOTALES	E.U.A.	16 Centros de Consultoría	2,169 / 259	3 Factores de Calidad de la Relación	3 Factores Estructurales en múltiples settings y poblaciones En un estudio, los ítems relativos a los factores estructurales cambiaron según la etapa del proceso.
		30 Grupos no clínicos			
		1 Hospital Estatal para pacientes hospitalizados			
	Alemania/Suiza	24 Hospitales			
	Noruega	18 Grupos Psicodinámicos			

Por último, Bormann y Strauss (2009) retomaron dicho instrumento y evaluaron de nuevo el modelo en nueve hospitales alemanes; encontrando la misma estructura de tres factores que fue capaz de demostrar altas correlaciones con los cuatro instrumentos principales empleados para evaluar el proceso grupal de grupos pequeños, incluido entre ellos el *Group Climate Questionnaire (GCQ)*; ver Tabla 2).

De forma independiente al *AGPA/TransCoop*, Burlingame, McClendon, y Alonso (2011) realizaron un meta-análisis compuesto subsecuentemente por 5 estudios de meta-análisis en psicoterapia grupal correspondientes a las 4 últimas décadas y conformados por 40 estudios en total para examinar la relación entre cohesión y éxito en psicoterapia; encontrando así una correlación positiva ($r=.25$, $z=6.54$) con un 95% de intervalo de confianza de .17 a .32.

Investigaciones realizadas con el *Group Climate Questionnaire (GCQ)*, sugieren que las intenciones del terapeuta de crear una alianza de trabajo están negativamente relacionadas con el clima grupal; mientras que sus intenciones de construir un ambiente seguro en la psicoterapia estaban positivamente relacionadas. Así mismo, encontraron una relación lineal entre la disminución del conflicto y distancia grupal, con la predicción de una relación más positiva miembro-terapeuta, y un mayor enganche y clima activo; posibilitando así, mejores resultados (Kivlighan y Tarrant, 2001). De esta forma, concluyeron que el clima grupal es un mediador entre las acciones del terapeuta y el resultado miembro-grupo (McClendon y Burlingame, 2012; Ver Figura 8).

Actualmente, además de haberse consensado una definición y modelo de funcionamiento de grupos, se sabe que hay una alta confiabilidad en la relación entre cohesión y resultado (Burlingame et al., 2011). Altos niveles de cohesión en el grupo, así como su incremento progresivo durante el proceso de psicoterapia, está asociado a mayor mejoría (Dinger y Schauenburg, 2010); especialmente cuando ésta relacionada a la disminución de sintomatología ansiosa, y desarrollo de habilidades relacionales (tanto en población clínica, como en no clínica). De esta forma, miembros descritos como *muy sociables* mejoran más cuando el nivel de cohesión en el grupo baja; mientras que los miembros con un estilo relacional hostil o frío, mejoran más cuando incrementa la cohesión en el grupo (Schauenburg, Sammet, Rabung, y Strack, 2001).

Es por todo ello, que cuando los terapeutas fomentan y enfatizan la interacción entre los miembros del grupo, independientemente del modelo psicoterapéutico empleado, demuestran una mayor correlación entre cohesión y resultado que los grupos menos orientados al proceso; especialmente en grupos de adolescentes (Burlingame et al., 2011).

Así, también son relevantes las contribuciones y estilo del terapeuta para crear el clima grupal (Dies, 1983, 1994; Morran, Stockton, y Whittingham, 2004); y por lo tanto, predecir más altos niveles

de enchanche en el sistema terapéutico (Kivlighan y Tarrant, 2001; Phipps y Zastowny, 1988). Si esto se logra, y se construye un buen nivel de enchanche en la primera etapa de desarrollo grupal, habrá mejor pronóstico de resultados (Davies, Burlingame, Johnson, Barlow, y Gleave, 2008; MacKenzie, Dies, Coché, Rutan, y Stone, 1987; Ogrodniczuk y Piper, 2003).

Un estudio exploratorio con familias en situación de riesgo (Varela, Muñiz de la Peña, y Escudero, 2011) empleó el SOATIF-s y el SOATIF-o (Friedlander et al., 2006) en la codificación de diez sesiones de psicoterapia grupal con adolescentes (n=4), y otras diez con un grupo psicoterapéutico con adultos (n=5); así mismo, le añadieron al estudio la codificación de otras cuatro sesiones de psicoterapia con padres (n=7).

Dentro de los resultados, a pesar de que se encontró especialmente fuerte la calidad de la alianza con respecto a la dimensión de Sentido de Compartir el Propósito, se consideró necesario ajustar e incorporar nuevos descriptores en esta dimensión y en el resto, relacionados a la cohesión grupal (Ver Figura 9).

Conexión emocional	Seguridad	Sentido de compartir el propósito
<ul style="list-style-type: none"> • El cliente expresa interés en la vida personal de otro(s) miembro(s) del grupo. • <i>El cliente muestra indiferencia en relación a las sugerencias de otro(s) miembro(s) del grupo.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • El cliente ayuda o motiva a otro(s) miembro(s) del grupo a expresar sus emociones. • El cliente pregunta directamente a otro(s) miembro(s) del grupo por consejo o estrategias de cambio. • <i>El cliente evade contacto visual con otro(s) miembro(s) del grupo.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • El cliente provee ayuda a otro(s) miembro(s) del grupo ante expresiones de vulnerabilidad. • <i>Los miembros del grupo se alían en contra de otro(s) miembro(s) del grupo.</i> • Aspectos meta-cognitivos.



Figura 9: Propuesta de nuevos descriptores SATIF-o (Varela et al., 2011).

Además, se consideró importante revisar los descriptores de conexión emocional debido a la relevancia de la alianza intra-sistema en la psicoterapia grupal; como podría ser sentirse aceptado por los demás, compartir formas de mirar la vida, etc.

De esta forma, se observó que el SOATIF-o ofrece la posibilidad de medir la alianza en grupos contemplando los factores relativos al modelo de Johnson (2005). Ver Tabla 3.

Tabla 3.
Análisis del modelo de Johnson (2005) y las dimensiones del SOATIF en terapia grupal (Varela et al., 2011).

SOATIF-o			
			Relación Negativa (<i>conflicto y falta de empatía en el grupo</i>)
Conexión emocional positiva	Percepción del grado de competencia, empatía y autenticidad del terapeuta por parte de los miembros del grupo.	<i>Dimensión de conexión emocional</i> (10 descriptores)	2 de los descriptores son negativos
Alianza de trabajo positiva (<i>tareas y metas</i>)	Los miembros del grupo se encuentran conectados, consideran positiva la experiencia grupal, hay un sentido de unidad y compromiso con las tareas y metas del grupo.	<i>Dimensión de Enganche en el proceso del tratamiento</i> (11 descriptores)	2 de los descriptores son negativos
		<i>Dimensión de Sentido de compartir el propósito</i> (11 descriptores)	6 de los descriptores son negativos

 Cohesión vertical
  Cohesión horizontal

2.3.2. Implicaciones del modelo en intervenciones clínicas

La AGPA creó la *Guía Práctica de Psicoterapia Grupal* (Bernard et al., 2008), con el objetivo de dar a conocer sus instrumentos de proceso (*CORE-R Battery* de Burlingame et al., 2006) y sus implicaciones en la práctica clínica; para así, ampliar la red de investigación de proceso, y difundir la utilidad empírica de la psicoterapia grupal.

Algunas de las consideraciones clínicas que según la AGPA (Bernard et al., 2008), hay que tomar en cuenta para construir la cohesión grupal se encuentran en la Tabla 4.

Tabla 4.

Consideraciones clínicas para construir cohesión grupal (Bernard et al., 2008).

<p>Con respecto a la estructura grupal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incluir sesiones pre-grupales de preparación a los futuros miembros del grupo; donde se traten expectativas hacia el tratamiento, reglas grupales, instrucción al rol de miembro grupal y a las habilidades necesarias para participar de forma adecuada en el grupo.• El terapeuta o líder del grupo debería de establecer claridad y estructura en relación al proceso grupal durante las sesiones iniciales; ya que niveles altos de estructura en etapas iniciales se encuentran relacionados a niveles más altos de apertura y cohesión en etapas posteriores.• La selección de los miembros del grupo debe de estar sustentada en un juicio clínico que abale el balance intra-personal e intra-grupal.
<p>Con respecto a la interacción verbal en los grupos:</p> <ul style="list-style-type: none">• El terapeuta debe de modelar y guiar devoluciones grupales efectivas, manteniendo un nivel moderado de control y afiliación entre el grupo.• Para facilitar el proceso de construcción relacional, el terapeuta debe de tener especial cuidado en el timing en el que se dan las devoluciones o feedbacks; procurando que estos se den en etapas posteriores, cuando ya hay una relación
<p>Establecimiento y mantenimiento de un adecuado clima y seguridad emocional:</p> <ul style="list-style-type: none">• La presencia y manejo emocional del terapeuta debe de estar al servicio de los miembros del grupo; por lo que su habilidad en el manejo de conflictos será muy importante para reflejar un modelo positivo para el grupo.• Una de las metas principales del terapeuta será facilitar la expresión emocional de los miembros del grupo, la respuesta sensible del resto del grupo, y el compartir un significado grupal de esa expresión emocional.

Burlingame y cols, (2002), crearon la escala *Group Psychotherapy Interventions Rating Scale (GPRIS)*, con las acciones que también podrían ayudar a favorecer la cohesión grupal (Ver Tabla 5).

Tabla 5.

Group Psychotherapy Interventions Rating Scale; GPIRS, 2002 (Burlingame et al., 2011).

Conformación del grupo	
<i>Expectativas del formato de intervención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda de actividades en el grupo. • Describir la base racional del tratamiento.
<i>Establecimiento del funcionamiento grupal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir reglas del grupo. • Identificar y discutir miedos y preocupaciones relacionadas a la apertura emocional. • Estructurar ejercicios enfocados a la expresión e intercambio emocional.
<i>Preparación de roles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir los roles de cada miembro y su responsabilidad. • Discutir los roles del equipo terapéutico y su responsabilidad.
Interacción verbal	
<i>Estilo verbal e interacción</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Modelar la expresión emocional en el "aquí y el ahora". • Modelar la interacción apropiada entre miembros del grupo. • Modelar la apertura emocional. • Modelar la expresión emocional. • Mantener un control moderado. • Facilitar una adecuada interacción entre miembros del grupo.
<i>Apertura emocional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la apertura emocional sin forzar a nadie. • Favorecer la apertura emocional adecuada a la agenda y horarios del grupo. • Ayudar a los miembros a entender que los problemas que son expresados son más fáciles de ser resueltos que los que no se comunican. • Favorecer una perspectiva de "aquí y ahora", en lugar de una enraizada en el pasado. • Interrumpir cuando los miembros "se abran de más" o se pasen del tiempo. • Fomentar la expresión emocional entre los miembros del grupo, evitando un estilo de comunicación informal. • Comunicar experiencias personales evitando emitir juicios o sobre-intelectualizar.
<i>Feedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Re-encuadrar aportaciones de los miembros que puedan ser interpretadas como perjudiciales en el grupo (interrumpir si es necesario). • Pedir que se repita el <i>feedback</i> positivo entre los miembros. • Favorecer el consenso para reforzar el <i>feedback</i> positivo hacia el terapeuta o hacia un miembro del grupo. • Balancear <i>feedbacks</i> positivos y correctivos entre el terapeuta y los miembros del grupo. • Favorecer el <i>feedback</i> positivo. • Proponer ejercicios de <i>feedback</i> estructurados. • Ayudar a balancear <i>feedbacks</i> positivos y correctivos entre los miembros del grupo. • Ayudarles a los miembros a aplicar el <i>feedback</i> del grupo a situaciones externas a la psicoterapia grupal.
Creación y mantenimiento de un clima emocional terapéutico	
<i>Contribuciones del terapeuta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el balance de expresiones de soporte emocional y confrontación. • Demostrar entendimiento hacia los miembros del grupo y sus preocupaciones. • Abstenerse de sentimientos personales de hostilidad y enfado como respuesta a conductas negativas de los miembros del grupo. • Evitar mostrarse en actitud defensiva cuando las intervenciones fracasen. • Evitar mostrarse en actitud defensiva cuando se es confrontado por un miembro del grupo. • Mantener un enganche activo con el grupo y su trabajo. • Evitar usar un lenguaje con prejuicios hacia los miembros del grupo. • Modelar expresiones de apertura y calidez genuina. • Favorecer un enganche emocional activo entre los miembros del grupo. • Fomentar un clima de soporte y reto. • Responder en un nivel emocional. • Desarrollar y/o facilitar relaciones con y entre los miembros del grupo. • Ayudar a los miembros del grupo a reconocer por qué ellos se pueden estar sintiendo así (identificando y enfatizando preocupaciones o motivaciones internas).
<i>Contribuciones de los miembros</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir o detener expresiones de ataque y/o juicio entre los miembros. • Ayudar a los miembros a describir sus emociones. • Reconocer y responder al significado de los comentarios de los miembros. • Prevenir situaciones en las que los miembros se sientan excluidos, desentendidos, atacados o desconectados. • Impulsar a que los miembros describan y resuelvan conflictos (en lugar de evadir el conflicto). • Provocar expresiones verbales de soporte entre los miembros del grupo. • Alentar a los miembros a que respondan a expresiones emocionales de los otros miembros del grupo (con aceptación, apertura y empatía).

La aplicación de dicha escala para la creación y el mantenimiento de cohesión grupal en grupos psicoterapéuticos ha demostrado afectar de forma positiva al clima emocional, el manejo verbal de la interacción y el mantenimiento de la estructura grupal (Snijders, Trijsburg, De Groot, y Duivenvoorden, 2006; Sternburg y Trijburg, 2005); manteniendo una correlación positiva de forma moderada con la percepción de cohesión grupal por parte de los clientes; así como una correlación negativa con la desconfianza interpersonal y el conflicto grupal (Chapman, Baker, Porter, Thayer, y Burlingame, 2010).

Así mismo, esta relación "cohesión-resultado" ha demostrado ser muy fuerte en tratamientos grupales llevados a cabo con enfoque interpersonal, psicodinámico y cognitivo-conductual (Burlingame et al., 2011).

Los grupos terapéuticos son simétricos, en lugar de jerárquicos. Cada miembro del grupo tiene el potencial necesario para ser paciente y agente de cambio terapéutico; por lo tanto, bajar la autoridad y mandato del terapeuta, u equipo de terapeutas, será importante especialmente en entornos hospitalarios y/o de especial vulnerabilidad para reducir la dependencia u omnipotencia médica (Whitley, 1973, en Chazan (2001).

El establecimiento de un buen nivel de cohesión en un grupo requiere de un número de miembros y de un tiempo suficiente; se sabe que ésta será más fuerte cuando el grupo dure más de 12 sesiones y esté compuesto entre cinco y nueve integrantes (Burlingame et al., 2011).

Un grupo no puede ser constituido por menos de cuatro miembros, debido a que de esta forma, se tienden a perder las propiedades de un sistema y por tanto, tienden a desintegrarse. Y sólo cuando ya se ha formado el carácter de grupo, nuevos miembros pueden ser aceptados y el grupo podrá ir creciendo junto (Chazan, 2001).

Los clientes considerados como prototípicos para la psicoterapia grupal son aquellos percibidos como altamente motivados (Seligman, 1995), atraídos a intervención grupal (Anderson, John, Kelter, y Kring, 2001), y con cierta capacidad para establecer relaciones interpersonales (Joyce, McCallum, Piper, y Ogradniczuk, 2000; Sotsky et al., 1991).

A pesar de que los clientes no cumplan con todas estas características, pueden utilizarse sesiones previas a la intervención a modo de ensayo o de entrenamiento individualizado en habilidades para casos más complicados.

El grupo es terapéutico en múltiples formas que la psicoterapia individual no puede ofrecer. El grupo da un sentimiento de pertenencia, es percibido como una figura materna, cuidadosa e incondicional, y de alguna forma proporcionando una experiencia mucho más segura de la que se

proporciona en psicoterapia individual. Clientes que han abandonado la psicoterapia individual, o que mantienen una asistencia irregular, pueden ser clientes constantes en psicoterapia grupal, una vez que hay cohesión (Chazan, 2001).

Los clientes que se podrían beneficiar de una psicoterapia grupal, serían clientes con dificultades interpersonales, poca conciencia de sí mismos en el ámbito interpersonal, sintomatología ego-sintónica, orientados al acto, y clientes que requieren diluir una intensa relación terapéutica dependiente, o en contraparte, intensificar una relación terapéutica árida con ayuda de los demás miembros (Bellak, 1980; Grunebaum y Kates, 1977; Rutan y Alonso, 1982).

Como menciona Yalom (1981), el grupo es un micro-cosmos donde el estilo relacional del individuo es reflejado. El grupo puede funcionar como un espejo, demostrando a los individuos cómo otros responden a su forma de relacionarse. Esto mismo es lo que permite que los individuos ensayen nuevas formas de relacionarse.

Por otro lado, los clientes que deberían ser excluidos de una psicoterapia grupal serían las personas con rasgos anti-sociales, personas hostiles/agresivos, y adictas a sustancias (Burlingame et al., 2006); así como personas que se encuentren cursando una fuerte crisis, que sean orientados al suicidio, o cualquiera que requiera un exhaustivo tratamiento, en lugar de una psicoterapia orientada a la exploración, y a las relaciones interpersonales (McCallum, Piper, y Kelly, 1997; McCallum, Piper, Ogrodniczuk, y Joyce, 2003; Piper, Joyce, McCallum, Azim, y Ogrodniczuk, 2001; Piper, Joyce, Rosie, y Azim, 1994; Piper, Ogrodniczuk, McCallum, Joyce, y Rosie, 2003).

De acuerdo a algunas investigaciones, los clientes que tienden a abandonar la psicoterapia grupal son aquellos con baja capacidad auto-reflexiva, con baja motivación, altamente defensivas, tendientes a la negación y suspicacia, que tienden a provocar o generar reacciones negativas a los demás, que no se comprometen a las primeras actividades de grupo, y personas que abusan de sustancias.

Algo que podría ayudar para realizar alguna exclusión de miembros, sería observar su compromiso interpersonal y capacidad de aprendizaje e *insight*; ya sea por motivos lógicos, intelectuales, psicológicos, o interpersonales (Yalom y Leszcz, 2005).

De forma general, se sabe que los abandonos repercuten negativamente en el grupo, desmotivan, frustran, y contagian negativamente al grupo; bajando así la efectividad del mismo. Así mismo, una mala elección podría reforzar las dificultades de la persona, en lugar de crear una oportunidad de reparación (Bernard et al., 2008).

Se han creado algunos instrumentos de selección de participantes en psicoterapia grupal; uno de ellos es el *Group Therapy Questionnaire* (Burlingame et al., 2006), que evalúa las variables que pueden afectar la preparación del grupo, debido a sus comunes expectativas equivocadas, su falta de habilidad para desenvolverse en grupos, o a su bajo nivel de habilidades sociales.

Otro instrumento es el *Neo-Five Factor Inventory -NEO-FFI-* (Costa y McCrae, 1992; Ogrodniczuk y Piper, 2003); que favorece la exclusión de personas con índices altos en la escala de neurosis, altos niveles de estrés, vulnerabilidad al estrés, y propensión a la inhibición; así mismo, favorece la detección de candidatos adecuados por medio de sus rasgos extrovertidos, comprometidos, con alta capacidad para tolerar la gratificación, y creativos.

De forma general, la experiencia clínica sugiere la conformación de un grupo heterogéneo en cuanto a sus dificultades interpersonales, y homogéneo en relación a sus *funciones yoicas*. El reto consistirá en integrar al grupo con una mezcla de individuos que permitan su complementariedad y progreso mutuo; desarrollando y manteniendo la cohesión grupal (Bernard et al., 2008).

Se pueden utilizar instrumentos para medir dimensiones interpersonales y/o utilizar entrevistas clínicas y reuniones grupales previas al tratamiento para conocer mejor a los posibles participantes.

En la evaluación previa, es importante anticipar el tipo de interacción que existirá entre los miembros; equilibrando los estilos de interacción de los mismos para favorecer la cohesión del grupo (Yalom y Leszcz, 2005). Los grupos se benefician al tener algún/os miembro/s veterano/s, de tal forma que contagien un estilo relacional más maduro (Piper, Ogrodniczuk, Joyce, Weideman, y Rosie, 2007); lo cual podría permitir la admisión de miembros con dificultades interpersonales más agravadas.

Por otro lado, una combinación de hombres y mujeres en el grupo será benéfico para los hombres, incrementando su interacción y compromiso; aunque esto será menos necesario para el beneficio máximo de las mujeres (Holmes, 2002; Ogrodniczuk, Piper, y Joyce, 2004; Rabinowitz, 2001).

Se recomienda llevar a cabo de una a cuatro sesiones previas al tratamiento grupal (Piper y Perrault, 1989); donde haya un número de pre-miembros variado (Yalom y Leszcz, 2005); se mezclen actividades pasivas y activas, con una combinación de técnicas cognitivas, comportamentales y experimentales (Burlingame et al., 2006); se genere la mayor participación grupal, sinceridad y *feedback*; y se utilicen metodologías variadas, es decir, por medio de medios visuales, auditivos, verbales, escritos y experienciales, e inclusive, fragmentos de sesiones grupales para discutir en el grupo (Piper y Perrault, 1989).

Resultará importante aprovechar dichas sesiones para hablar sobre los motivos y metas psicoterapéuticas en común; así como fomentar el entrenamiento en habilidades sociales (Bernard et al., 2008).

En relación a la información que resulta recomendable impartir de forma previa al comienzo del grupo, se encuentran los siguientes temas: estilo y tipo de grupo que se pretende formar (localización, horario, número de sesiones, tamaño del grupo, costo, privacidad, anonimato y relación con Servicios Sociales de Base, grabación e instrumentos, explicación del trabajo en equipo, manejo de ausencias y retrasos, contacto fuera de sesiones, etc.); y beneficios y efectividad de la intervención grupal (Burlingame et al., 2006; Yalom y Leszcz, 2005).

Dicha información será recomendable ser impartida por el que será el terapeuta de forma verbal y escrita; proveer esta información podrá también ser útil para reducir las ansiedades iniciales con las que lleguen los participantes antes de que comience el grupo, y los miembros del grupo estarán más abiertos a la experiencia grupal y apertura emocional (Yalom y Leszcz, 2005).

De esta forma, los objetivos principales durante la primera etapa de proceso grupal, serán: reducir el riesgo de abandono prematuro fomentando el enganche, y la cohesión grupal; tener presentes las metas y roles grupales; incrementar la instauración de la esperanza; reducir las ansiedades iniciales; e incrementar la sensación de atracción hacia el grupo (Burlingame et al., 2006); ya que mientras haya mayor atracción grupal, se reducirán más los posibles abandonos prematuros (Burlingame et al., 2002).

Normalmente, el individuo que comienza a ser un miembro del grupo terapéutico, comienza a adoptar roles que probablemente nunca había tenido antes; descubriendo nuevas virtudes en ellos mismos, y reconociéndose como útiles para los demás dentro de sus nuevos roles. Esto en función del nivel de seguridad percibido en el grupo.

Es importante mencionar, que cuando los roles son temporales y fluidos, éstos pueden servir para fines constructivos. Los roles estereotipados sirven para disminuir la ansiedad del individuo que toma el rol y para el grupo en general. Dentro de este proceso grupal, los roles estereotipados bloquean el desarrollo y expresión de la individualidad y niegan la autenticidad. Se inhibe el proceso de cambio y creatividad en el grupo (Chazan, 2001).

Potenciar el proceso grupal, por medio de la apertura emocional, sinceridad, cohesión, y alianza de trabajo, serán los objetivos secundarios del proceso grupal (Bernard et al., 2008).

En dicha etapa grupal, será importante tomar en cuenta que la forma en que nos percibimos a nosotros mismos y a los demás, es subjetiva, individual y fundamental en la forma en la que vivimos.

Nuestro sentido de identidad propia esta ciertamente determinada por la forma en la que los demás nos perciben y por la forma en la que creemos ser percibidos por los demás.

Interpretamos la realidad sin ser conscientes de que lo estamos haciendo de forma constante. Nuestra interpretación de las acciones de los demás determinará cómo nosotros actuaremos en consecuencia con ellos.

Es así, como nuestras interpretaciones conforman nuestra realidad percibida; y es en grupo, y en relación, donde podremos tener la oportunidad de ofrecer y recibir un intercambio de opiniones (*feedback*); que bien llevado, será lo que genere que los miembros cumplan su doble función en el grupo; es decir, de pacientes, y de terapeutas (Chazan, 2001).

Esto es tan relevante, como en la vida misma; el ser humano necesita sentirse útil y necesitado por los demás. En la vida, la mayoría de las personas maduras tienen esta misma doble función de personas necesitadas y personas que ayudan a los demás. Si esto es olvidado por los terapeutas, probablemente sea más fácil que se produzcan sentimientos de dependencia y desesperanza en casos crónicos (Chazan, 2001).

Por otro lado, la importancia de la causalidad circular en los grupos, se encuentra en que ninguna persona particular en la relación es la *causa* del problema, y cualquier cambio hecho por cualquier miembro del grupo puede cambiar al sistema.

En un contexto grupal, la tarea del terapeuta es de asegurar que la interacción grupal no consuma toda la energía disponible, proveyendo de las condiciones adecuadas para el trabajo grupal e interviniendo cuando la interacción no sea productiva o sea destructiva. Un aspecto importante para lograr esto, es no llevar agenda; de esta forma, el terapeuta no tiene ninguna otra necesidad o preocupación, y puede mantener toda su energía disponible para cualquier cosa que surja en el proceso grupal (Chazan, 2001).

El grupo psicoterapéutico es un sistema abierto, y por tanto, no es estático, pero sí en un equilibrio dinámico. El objetivo central de un grupo psicoterapéutico es ser un agente de cambio; y para ello, se tiene que ser ciertamente estable. El grupo psicoterapéutico tiende a ser más estable que los individuos que lo componen. En ocasiones, pueden ser demasiado estables, durando demasiado en grupos cercanos, pero estancándose frecuentemente y buscando terminar el grupo para movilizar el cambio (Chazan, 2001).

Una vez que en el grupo hay cohesión, el grupo esta internalizado por sus miembros. Esto implica que, a pesar de que el grupo se haya disuelto, la experiencia grupal continúa en la persona y se

hace presente en cualquier contexto en el que se encuentre. El grupo cohesionado es internalizado por los miembros del grupo; es llevado a sus vidas, y está presente para él o para ella en los tiempos difíciles. Esto no depende de la presencia de alguna persona específica y tampoco requiere de la presencia del terapeuta (Chazan, 2001).

La diferencia principal entre una psicoterapia individual y una grupal, es que en la individual, la persona no sabe cómo otras personas en situaciones similares han afrontado su situación; no tiene idea de en dónde se encuentra su particularidad en la problemática reconocida.

En los casos crónicos, las personas pueden sentirse como una “desviación de la norma”, o de un “debería ser” o ideal aprendido en una norma social imaginaria. En contraparte, dentro de una psicoterapia grupal estos individuos tienen la oportunidad de permitirse ser diferentes y observar diferentes formas de afrontar problemáticas similares.

2.4. ALIANZA TERAPÉUTICA EN TERAPIA GRUPAL MULTIFAMILIAR (TGMF) CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE RIESGO CRÓNICO

2.4.1. Grupos Multifamiliares

Los Grupos Multifamiliares surgieron dentro del entorno hospitalario como una respuesta a la necesidad de los familiares de los pacientes de tener un espacio familiar para entender el proceso del tratamiento y responder a las preguntas relacionadas con las problemáticas comunes entre dichas familias (Laqueur, 1972).

De esta forma, Peter Laqueur fue considerado el pionero en el trabajo con Grupos Multifamiliares; denominados en su momento como *talleres de comunicación familiar protegidos*. Es aquí donde se comenzaron a evidenciar las ventajas de esta modalidad de intervención; por una parte, podía *diluir la institucionalización crónica* por medio de la experiencia de *ser capaz de ayudar a otro y aprender por analogía*, fomentando así sentimientos de auto-eficacia, independencia, y diferenciación; *evitando la dependencia* a servicios profesionales (Asen, Dawson, y McHugh, 2001; Laqueur, La Burt, y Morong, 1964). Por otra parte, observaron que era una modalidad que permitía la *modificación de patrones cíclicos de percepción*, donde se podía ofrecer y compartir múltiples perspectivas sobre una misma problemática (Bateson, 1973).

La *Terapia Grupal Multifamiliar (TGMF)* parece ser especialmente eficaz en casos donde los tratamientos tradicionales no han sido efectivos, y donde existen problemas con el manejo de límites, sentimientos de aislamiento social, problemas psicológicos o físicos, y dificultades de afrontamiento (O'Shea y Phelps, 1985), característica principal de los casos crónicos (Dennison, 2005).

Según McFarlane (1982), los ingredientes terapéuticos de la intervención multifamiliar son: *resocialización, des-estigmatización, modulación del enredamiento familiar, normalización de la comunicación e intervención en crisis*.

Así mismo, se encontró que la sinergia compartida en la intervención multifamiliar *provee una nueva estructura familiar e incrementa la esperanza* (Asen, 2002), la cual, puede ser aún mayor en etapas iniciales si se mezclan a las familias nuevas con las veteranas (Asen et al., 2001), y podría aumentar el grado de asistencia voluntaria a las sesiones (Meezan, O'Keefe, y Zariani, 1997).

Los objetivos y metas principales de la TGMF aún han quedado ambiguos (Dennison, 2005), probablemente debido a sus orígenes basados en la combinación de formatos psicoterapéuticos

familiares y grupales, y en ocasiones, a la combinación de tratamientos de terapia familiar individual y TGMF de forma simultánea y/o complementaria (Dennison, 2005).

Algunas de los objetivos centrales de la TGMF detectados en la literatura, aunque no bien diferenciados con los relativos a la terapia familiar (O'Shea y Phelps, 1985), son los siguientes: disminución de la alienación y aislamiento familiar, favorecer la comunicación familiar, incrementar la toma de conciencia de las interacciones familiares, clarificar roles maritales y familiares, incrementar el sentido de responsabilidad entre los miembros familiares, y una variedad de objetivos psicoeducativos frecuentemente relacionados con el tipo de población atendida (Dennison, 2005; Meezan y O'Keefe, 1998).

Actualmente, la intervención multifamiliar es utilizada con distintos tipos de población, como: adicciones (Kaufman y Kaufman, 1979), enfermedades médicas crónicas (González, Steinglass, y Reiss, 1989; Steinglass, 1998), enfermedad de Huntington (Murburg, Price, y Jalali, 1988), abuso infantil (Asen, George, Piper, y Stevens, 1989), trastornos de alimentación (Dare y Eisler, 2000; Scholz y Asen, 2001; Slagerman y Yager, 1989), de forma más específica, con bulimia nervosa (Wolley y Lewis, 1987), y adolescentes con múltiples problemáticas (Dennison, 2005; Wattie, 1994).

El estudio de Lemmens, Eisler, Dierick, Lietaer, y Demyttenaere (2009) permitió reconocer que en la TGMF se pueden evidenciar más fácil y rápidamente los resultados relacionados con el bienestar emocional de las familias, que en los tratamientos con terapia familiar y terapia individual; aunque las diferencias entre dichas modalidades de intervención fueron difíciles de establecer.

Desafortunadamente, las metas u objetivos planteados en la TGMF han resultado ser difíciles de medir empíricamente, y no han abordado objetivos relacionados con el proceso; por ejemplo, *incrementar la cohesión entre los miembros, y establecer un entorno psicoterapéutico atractivo y de apoyo entre las familias* (Dennison, 2005). El establecimiento de metas de proceso en la TGMF podría ayudar su clarificación y diferenciación con otras modalidades de tratamiento (Dennison, 2005).

2.4.2. TGMF para familias en situación de riesgo crónico

Desde los inicios y surgimiento de la TGMF, se comenzó exitosamente con el trabajo con familias en situación de riesgo y adolescentes (Durell, 1969; Kimbro, Taschman, Wylie, y Machennan, 1967; Powell y Mohahan, 1969).

Frecuentemente, las familias en situación de riesgo cronificado necesitan ver uno de sus problemas en otra familia antes de que ellos mismos se den cuenta de que eso es un problema para ellos (Dennison, 2005).

El trabajo multi-familiar con familias en riesgo, permite que exista una relación entre padres e hijos de otras familias y viceversa; generando inicialmente un *punteo transicional* para el trabajo posterior dentro de la familia de origen.

Además, mediante la experiencia multi-familiar, se amplía el repertorio comportamental para afrontar sus dificultades; y se favorece el cumplimiento adecuado de la parentalidad (Asen et al., 1982), siendo más fácil manejar las alianzas divididas (Dennison, 2005).

Para Asen (2007), el cambio en familias multi-problemáticas suele ser lento; sin embargo, la mejoría detectada tras 3 meses en promedio de intervención multifamiliar suelen abordar las *áreas de riesgo y el funcionamiento familiar*.

Otros beneficios detectados en las familias en situación de riesgo atendidas con TGMF, según McFarlane (2002), son los siguientes: *favorecimiento del funcionamiento social de clientes identificados, percepción de un apoyo social a largo plazo, aprendizaje vicario de estrategias de afrontamiento, favorecimiento del funcionamiento familiar, habilidades de comunicación y de solución de problemas, reducción en el tiempo invertido en el tratamiento y en los servicios profesionales ofrecidos, así como reducción de sentimientos de culpa y vergüenza* (Dennison, 1999, 2005) *y del nivel de estrés relacionado con las problemáticas familiares*.

De forma especial, se destacan algunos estudios donde se comprueba su eficacia; el estudio de Hardcastle (1977), es reconocido como uno de los primeros y mejores diseños con dicha población; donde se utilizó un grupo control sin tratamiento y un grupo en los que se combinaba la intervención grupal y la TGMF (formato denominado en E.U.A. como *parallel/conjoint format*) dentro del mismo proceso de intervención. De la misma forma, otros estudios consecuentes con el empleo combinado de intervención, comprobaron de nuevo su eficacia (Dennison, 1995; Parmenter, Smith, y Celic, 1987).

Dentro de las principales problemáticas atendidas en las familias en situación de riesgo psicosocial con TGMF, se encuentran: *desórdenes del déficit de atención* (Arnold, Sheridan, y Estreicher, 1986), *adolescentes en proceso de adopción* (Lang, 1993), *familias multi-problemáticas* (Aponte, Zarski, Bixenstene, y Cibik, 1991), *mujeres maltratadas con hijos* (Rhodes y Zelman, 1986), *niños de grandes ciudades con conducta disruptiva* (McKay, Gonzales, Quintana, Kim, y Abdul-Adil, 1999), *adolescentes con drogodependencias* (Springer y Orsborn, 2002), *padres e hijos con problemas relacionales* (Cassano, 1989), *niños institucionalizados* (Tunnard, 1989; Zarski, Aponte, Bixenstene, y

Cibik, 1992), *padres abusivos y negligentes* (Meezan et al., 1997), y *familias adoptivas* (Mandell y Birenzweig, 1990).

Un grupo multifamiliar crea una especie de *micro sociedad* con reglas y valores determinados; trayendo consigo mismo el mundo externo, e introduciéndolo al entorno terapéutico. Es esto mismo es lo que lo hace algo *natural* y *humano* (Lemmens, Eisler, Migerode, Heireman, y Demyttenaere, 2007).

Adoptar una perspectiva sistémica significa ver al individuo y su problemática dentro de un marco contextual que incluye aspectos sociales, culturales, y familiares; lo cual implica el análisis y la modificación de las relaciones entre los hijos, la familia, y el equipo profesional (Asen, 2007).

Según el enfoque sistémico, la red profesional en la TGMF, que tiende a incrementar alrededor de las familias multi-problema, es también conocida como parte de los *sistemas generadores de problema*; por lo que las intervenciones del terapeuta dentro del FDU están dirigidas a no incrementar la dependencia del consejo, ni los sentimientos de desesperanza por medio de una postura terapéutica distinta; es decir, como un terapeuta multi-familiar que cataliza y re-dirige dinámicas grupales (Asen, 2007).

2.4.3. TGMF como modalidad de intervención en hospitales de día

El trabajo con familias en riesgo crónico fue lo que inspiró durante los años 70's a la creación de la primera institución especializada en promover su cambio, por medio de una *re-adaptación del contexto terapéutico* dentro de un hospital de día; generando así a un servicio intermedio entre la hospitalización y la atención clínica externa, que permite la integración constante de los cambios terapéuticos y abordar las problemáticas cotidianas de las familias mediante la TGMF y la combinación con otras modalidades terapéuticas (ver Tabla 6). El *Marlborough Family Day Unit (FDU)* fue dicha institución; creada por Alan Cooklin y su equipo en Londres (Asen et al., 1982, 2001, 1989; Cooklin, 1982).

De forma inicial, la institución comenzó con sesiones de terapia familiar; y a pesar de demostrar su efectividad clínica, aún se observaban recaídas, hospitalizaciones, involucramiento con los Servicios Sociales, y/o separaciones familiares; incluso en las familias más comprometidas. Todo esto, terminaba por re-afirmar en las familias la sensación de baja auto-eficacia, incompetencia y necesidad de más profesionales (Asen et al., 1982).

El objetivo principal era crear una *institución para el cambio* compuesta por un equipo multidisciplinario, donde las familias fueran atendidas por un tiempo prolongado desde una perspectiva

sistémica multi-contextual (Asen, 2007), y lograran así mantener vigentes sus fantasías de cambio dentro de un contexto terapéutico con otras familias que también presentan simultáneamente sus problemáticas cotidianas. De esta forma, las familias podían identificar por ellos mismos nuevas formas de manejar dentro de un contexto terapéutico sus usuales crisis familiares sin la necesidad de un gran número de profesionales a su lado (Cooklin, Miller, y McHugh, 1983).

Dentro de los objetivos adicionales, y particulares del FDU, se han encontrado los siguientes: *apoyar a los hijos en las dificultades normales del entorno escolar, incrementar las habilidades familiares para utilizar los recursos externos de forma apropiada, y favorecer un buen funcionamiento en el entorno social.*

Los objetivos de la institución buscan ser logrados mediante el *trabajo estructural*; de tal forma que se provoque la integración de las familias por medio de la experiencia de formar parte de distintos entornos grupales (*familiares, multi-familiares, parentales, o de iguales*). Así, la experiencia de cambiar de contextos provee la oportunidad de aprender a lidiar con los retos y dificultades que les supone cada rol como miembro de cada uno de los subgrupos.

Al trabajar con familias sumamente desestructuradas, el programa de tratamiento multifamiliar dentro del FDU está diseñado para ser concentrado y bien estructurado; posibilitando diversas actividades por día que exijan la intensificación del tratamiento y de las relaciones; por lo tanto, se favorece así la reestructuración de las familias en cuanto a su estilo de comunicación, relación, e interacción (ver Tabla 6).

De esta forma, la intervención grupal propicia la *presión del grupo hacia el cambio*; generando que cuando haya personas rezagadas, el resto del grupo cuestione sus motivos y provea las necesidades para promover el cambio (Asen, 2002).

Se busca generar una atmósfera comparada a una *casa caliente*; ya que es más probable que se dé un cambio si la intensidad de relación *intra e inter-familiar* es incrementada, y si diferentes roles sociales son traídos a un mismo espacio.

El FDU cuenta con un personal de tiempo completo compuesto por una enfermera que actúa como la encargada de la unidad, una enfermera sustituta, dos profesoras-terapeutas de tiempo completo, y un trabajador social a cargo de los niños preescolares. De forma simultánea, a cada familia se le asigna un trabajador responsable dentro del personal anteriormente mencionado (Asen, 2007).

Por otro lado, cada terapeuta del FDU, supervisa el trabajo de uno de sus colegas. Esto favorece la oportunidad de mirar a las familias *desde afuera*; ya que en cierta medida, el terapeuta puede

convertirse parte del sistema familiar. Así mismo, esto permite ganar un entendimiento teórico de lo que está ocurriendo a cada familia, y así poder generalizar las experiencias clínicas obtenidas.

Tabla 6.
Actividades estructurales del Programa FDU (Asen y Scholz, 2010).

<p>Reuniones comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para: pacientes y personal • Duración: 30 minutos • Objetivo general: establecer agenda y actividades del día. • Objetivos secundarios: comentar las dificultades de la comunidad FDU, y proveerle ayuda a los padres en torno a la parentalidad de sus hijos.
<p>Sesiones de Terapia Familiar individualizada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perioricidad: una vez por semana, y posteriormente a consenso. • Objetivo general: atender a las metas intra-familiares. • Objetivos secundarios: ensayar nuevas alternativas de interacción, y derivar temas de trabajo a diferentes sub-grupos.
<p>Escuela FDU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para: hijos entre 5 y 18 años de edad • Composición: grupos de poco más de 8 niños con terapeutas-profesores • Objetivo general: reintegración al sistema escolar externo
<p>Sesiones de Terapia de Juego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos generales: preparar a los niños para la escuela, favorecer habilidades sociales, y el trabajo sistémico con los padres por medio del modelado de habilidades parentales. • Entorno y técnicas: espejo uni-direccional, y sesiones video-grabadas.
<p>Sesiones de grupo de padres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composición: entre 10 y 12 padres, con un terapeuta hombre y una mujer. • Perioricidad: una vez por semana. • Objetivo general: Fortalecer sus recursos e identidad como padres y adultos desde <i>el aquí y el ahora</i>, y técnicas de interpretación.
<p>Sesiones grupales infantiles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Composición: grupos conformados por edades • Actividades: análisis de videos y películas, expresión artística, y discusiones estructuradas.
<p>Sesiones multifamiliares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perioricidad: todos los Viernes, una hora. • Objetivo general: favorecer metas intrafamiliares desde las metas grupales. • Actividades grupales con temas <i>espontáneos</i>. • Las técnicas y temáticas son determinadas por el equipo de terapeutas (por ej. metáforas, juegos grupales, etc.). • Énfasis en la comunicación analógica, más que en la digital.
<p>Sesiones de padres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante el horario escolar de los hijos. • Los padres e hijos en edad pre-escolar mantienen actividades en común, mientras el equipo terapéutico observa y hace sugerencias. • Padres de hijos en edad escolar hablan entre ellos o con el equipo de la unidad sobre sus dificultades específicas.
<p>Actividades fuera del FDU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades fuera del entorno habitual y muy poco estructuradas. • Perioricidad: una vez por semana. • Objetivo general: transferir el trabajo terapéutico a otros entornos familiares; dando lugar a nuevas problemáticas y ejemplos cotidianos a trabajar en el FDU.
<p>Terapia individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo general: cubrir las necesidades que no han logrado ser cubiertas y que normalmente han surgido debido a los cambios estructurales.

Además, existe un equipo supervisor de medio tiempo compuesto por dos psiquiatras, un psicoterapeuta infantil, y un trabajador social; dicho equipo supervisa el proceso terapéutico general e individual. Adicionalmente, existe un investigador psicólogo de medio tiempo apoyando al FDU. En dos ocasiones, Salvador Minuchin pasó más de un año ejerciendo su labor de supervisor dentro de la institución (Asen et al., 2001).

De forma adicional a la supervisión interna del equipo FDU, existe una supervisión externa compuesto por cuatro terapeutas que mantienen poco contacto con los terapeutas y que se reúnen una vez a la semana para discutir las estrategias y objetivos del tratamiento intrafamiliar en conjunto con todo el personal de la FDU.

Por último, y de forma complementaria, hay una sesión semanal de taller teórico que permite enfocarse a la conexión entre la teoría y la práctica sistémica con enfoque estructural.

Es así, como la *TGMF favorece el aprendizaje mutuo* (por ejemplo, sobre estilos de afrontamiento, y prevención de recaídas), así como *re-estructura y optimiza los estilos de comunicación familiar* (Asen, 2002; Hollesen, Clausen, y Rokkedal, 2013; Scholz y Asen, 2001; Tantillo, 2003); favoreciendo así una *perspectiva del futuro más positiva* (Dare y Eisler, 2000; Lemmens et al., 2003; Scholz, Rix, Scholz, Gantchey, y Thomke, 2005).

Al desarrollarse una competencia clínica trans-cultural alrededor del FDU, se ha optado por reclutar clínicos provenientes de las culturas de los pacientes que demandan el servicio. Es por ello, que el nombre de dicha institución ha evolucionado a través del tiempo, siendo inicialmente nombrado *Asian and Arab Family Counseling Service*, y recientemente re-nombrado como *Marlborough Cultural Therapy Centre* (Asen, 2007).

El enfoque multi-familiar descrito, ofrece un puente de conexión entre el trabajo clínico psicoterapéutico y los servicios sociales. Se trata de una intervención multidisciplinar que integra elementos claves de intervención tanto de los servicios sociales, como del ámbito psicológico/psiquiátrico (Asen et al., 1982).

Durante los últimos años, la permanencia de las familias en el FDU ha incrementado; pasando de cuatro meses a un año. Siendo así, durante treinta años se han atendido aproximadamente a 2,000 familias (Asen, 2007).

Así mismo, durante los primeros dieciocho meses, alrededor de un tercio de familias abandonó el tratamiento después de un mes o dos; mientras que en etapas posteriores durante los últimos dieciocho meses de tratamiento, aún no se han detectado abandonos. Esto podría deberse al periodo inicial de

toma de experiencia y a la clarificación del establecimiento del estilo de intervención del FDU (Asen y Scholz, 2010).

2.4.4. Otras unidades de atención multifamiliar

Otras unidades de atención multifamiliar han sido creadas a partir del *Marlborough Family Day Unit* en distintas partes del mundo (Asen et al., 2001); como en Holanda-Rotterdam (Oppenoorth, 1980); E.U.A. (McFarlane, 1982); Bélgica (G. M. D. Lemmens, Eisler, y Dierick, 2009); Alemania-Münster (Furniss et al., 2013) y Dresden (Scholz et al., 2005); e Italia-Milán con el Dr. Cirillo, Teresa Bertotti, y Roberta Carini (1992); Gran Bretaña; y Escandinavia. En dichas unidades, se han realizado adaptaciones a distintos contextos, y se ha comprobado reducción de síntomas y beneficios generales en el bienestar y funcionamiento familiar (Asen et al., 2001).

Dentro de las adaptaciones hechas en el trabajo multifamiliar con adolescentes que presentan trastornos alimenticios (Scholz y Asen, 2001), se observó de forma especial un trabajo efectivo en relación con el aislamiento social y la dependencia a profesionales; generando que las familias se convirtieran en sus propios expertos de vida a través de técnicas como el *feedback*; donde el hecho de recibirlo de personas que han vivido situaciones similares, aumentó su credibilidad y potencial terapéutico; favoreciendo así a la reducción de tensión familiar, grado de desacuerdo, y próximas recaídas. Así mismo, se observó una mejoría somática de los adolescentes, y la posibilitación de un ambiente de cooperación y apoyo mutuo entre las familias.

La TGMF ha resultado benéfica en casos de trastornos de alimentación (Dare y Eisler, 2000; Dodge, Hodes, Eisler, y Dare, 1995; Hollesen et al., 2013; Scholz y Asen, 2001; Slagerman y Yager, 1989) abuso de sustancias (Clerici et al., 1988); abuso sexual infantil (Asen et al., 1989); trastornos afectivos (Anderson et al., 1986); esquizofrenia (Kuipers et al., 1992, en Asen, 2002; Dyck et al., 2000; McFarlane, Link, Dushay, Marchal, y Crilly, 1995); depresión (Anderson et al., 1986; Harter, Kick, y Rave-Schwank, 2002; Keitner et al., 2002; Keller y Schuler, 2002; Swan, Sorell, MacVicar, Durham, y Matthews, 2004); funcionamiento familiar y social (Keitner y Miller, 1990); familias en riesgo psicosocial con adolescentes (Dennison, 2005); y en casos psiquiátricos y enfermedades crónicas (Gonzales, Steinglass, y Reiss, 1989; McFarlane et al., 1995; Steinglass, 1998). Desafortunadamente, existen muy pocos datos empíricos de dicha eficacia (Keitner et al., 2002).

Según Bishop, Clilverd, Cooklin, y Hunt (2002), la TGMF parece ser la mejor modalidad para trabajar aspectos sociales afectados en los casos de enfermedad mental; como pueden ser *aislamiento*, *estigmatización*, *recriminación mutua*, y *sentimientos de culpa y vergüenza*. Ellos desarrollaron un

programa psico-educativo de talleres multifamiliares de día llamado *Family Project*, dedicado a ayudar a favorecer el desarrollo de programas de *cuidado en comunidad* por medio del entrenamiento de profesionales en enfermedad mental desde el enfoque sistémico y similar al tipo de intervención desarrollada por Anderson et al. (1986) y McFarlane (1982) en E.U.A. Algunos de los logros terapéuticos alcanzados en los talleres de día fueron: *re-adaptación familiar en torno a la enfermedad mental, favorecimiento de las relaciones familiares, y adquisición de nuevas formas de resolver conflictos.*

Además, Boylin, Doucette, y Jean (1997) comprobaron que la intervención multifamiliar favorece también a la prevención temprana de recaídas en mujeres con drogo-dependencias.

A pesar de haber tenido una intención exclusivamente psico-educativa, Bishop et al. (2002), se dieron cuenta de que el trabajo multifamiliar en sí mismo, tiene un *potencial terapéutico*, independientemente de la temática o metodología a tratar.

2.5. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA TGMF

La conceptualización de la TGMF que ha surgido a lo largo de las últimas décadas ha incluido una gran variedad de bases teóricas, modelos psicoterapéuticos, y tipo de técnicas utilizadas (Meezan y O'Keefe, 1998). La falta de progreso en dicha clarificación, podría explicarse en el hecho de que su surgimiento parte de la combinación entre diversas bases teóricas relacionadas a la terapia grupal y la terapia familiar (O'Shea y Phelps, 1985); específicamente, entre la teoría de los sistemas, la terapia familiar estructural, terapia familiar estratégica, teoría del aprendizaje social, y teoría del trabajo social en grupos (Meezan et al., 1997; Meezan y O'Keefe, 1998b; Oshea y Phelps, 1985).

Además de dicha confusión acerca del estilo terapéutico y técnicas empleadas, diversos estudios coinciden en su estado de confusión y debate acerca de diversos aspectos que conforman la esencia de la TGMF, y que aún requieren de mayor investigación y consenso.

2.5.1. Número de familias e integrantes en el grupo

Los autores opinan sobre el número ideal de familias por grupo; algunos consideran que lo ideal se encuentra entre seis y nueve familias (Brennan, 1995); otros entre seis y ocho (Meezan y O'Keefe, 1998b), y otros entre cuatro y cinco familias (Springer y Orsborn, 2002). Por un lado, se considera que muy pocas familias en un grupo multifamiliar, requiere de mucho trabajo del terapeuta, y eso lo hace más complejo; ya que las familias también se sienten más expuestas. Por el otro lado, muchas familias puede resultar riesgoso al no poderle dar la atención necesaria a cada familia y persona, teniendo que relegar la mayoría del trabajo al grupo. Es por ello, que Asen y sus colaboradores recomiendan un grupo compuesto entre seis a ocho familias (Asen et al., 2001).

En contraparte, Curtin (2012) y su equipo de colaboradores, aconsejan tener entre cuatro y siete familias máximo (Lemmens et al., 2007); ya que consideran que un número mayor puede abrumar y distraer a las familias (grupo abierto); mientras que un número menor puede ofrecer muy pocas oportunidades de compartir diferentes puntos de vista (Lemmens et al., 2007).

En los orígenes del FDU se trabajaba intensamente durante varios meses con más de diez familias atendidas ocho horas diarias, por cinco días a la semana. Posteriormente, esto se ha ido adaptando, caracterizándose por ser una institución flexible capaz de adecuarse a las distintas necesidades de las familias (Asen et al., 2001). Hoy en día, se interviene con grupos compuestos por entre seis y ocho familias por tres o cuatro días a la semana, seis horas cada día; y posteriormente, cada vez menos frecuente.

2.5.2. Número ideal de terapeutas por grupo

Debido al rol del terapeuta de catalizador, algunos investigadores consideran que es posible llevar grupos compuestos por más de doce miembros llevados por un terapeuta en un rol activo y un co-terapeuta en un rol más reflexivo (Anderson et al., 1986); mientras que otros consideran que son necesarios más terapeutas por grupo (Laqueur, 1980), probablemente, dependiendo del tamaño del grupo (Dennison, 2005). Meezan y O'Keefe (1998a) consideran que también hay que tomar en cuenta la complejidad y problemática de las familias; llegando a la conclusión de que cuatro terapeutas serían necesarios en el trabajo con padres abusivos y negligentes.

Sin embargo, independientemente de cuántos terapeutas se decidan involucrar, se deberá de clarificar la función y rol de cada uno de los terapeutas implicados (Dennison, 2005).

2.5.3. Composición del grupo

En relación a la *composición del grupo* se recomienda la homogenización de la problemática principal de las familias; mientras que la diversidad de características personales, como edad, género, etnia, etc., enriquece al grupo (Asen, Dawson y McHugh, 2001).

Las entrevistas individuales con las familias servirán para motivarlas y favorecer su compromiso con las sesiones; así mismo, facilitarán el conocimiento de la familia y la selección de miembros que acudirán a la TGMF, donde la edad mínima de los miembros será establecida por los organizadores (Dennison, 2005).

Independientemente de los criterios de inclusión generales, se deberá de tomar en cuenta una elección de miembros de forma particular a cada familia y de acuerdo al funcionamiento e involucramiento familiar; debido a que en ocasiones éstas familias viven en custodias compartidas, o en acogimiento y requieren de ciertas adaptaciones (Dennison, 2005).

Inicialmente, el principal criterio de inclusión en el FDU era que las familias hubieran recibido múltiples tratamientos fallidos; aunque de forma retrospectiva detectaron tres tipos de categorías de familias en situación de riesgo crónico que podrían beneficiarse del tratamiento en la institución (Asen et al., 1982):

- *Familias intratables*. Es decir, familias con un miembro con síntomas notorios, en ocasiones psicóticos o esquizofrénicos, que se convierten en el centro familiar o en la razón de mantenimiento del núcleo familiar.
- *Familias caóticas*. Estas son las familias multi-problemáticas; es decir, familias con estructura poco definida y límites difusos entre los subsistemas parental y filial; además, a pesar de que se puedan mostrar unidas ante el exterior, mantienen problemas para organizarse dentro de la familia y la violencia es frecuentemente detectada.
- *Familias reunificadas*. Es decir, familias de alto riesgo psicosocial en las que uno o más miembros han sido separados del resto de la familia debido a una hospitalización o evento fortuito de necesidad de cuidado especializado. Frecuentemente se encuentran familias en las que los hijos han sido extraídos de la familia debido a un posible riesgo de abuso físico o negligencia.

A pesar de que en el FDU ha sido especialmente probada la eficacia de intervención con familias reunificadas, los tres grupos de familias mantienen un hilo conductor basado en *repertorios de conducta limitados y reticencia a las oportunidades de cambio*; que por lo general, se demuestra en una *aparente incapacidad para organizarse en el día a día*.

Dentro de los criterios de exclusión, se deben de considerar los casos de individuos que se encuentren en una situación de desconexión con la realidad y quienes tienen frecuentes periodos de comportamiento psicótico sin ser controlados por medio de medicación; o familias e individuos que no son candidatos a compartir y trabajar en grupo; o familias que se encuentran en una grave crisis que les exige un trabajo más individualizado (Dennison, 2005; Scholz y Asen, 2001).

2.5.4. Participación voluntaria vs. obligatoria

Al trabajar con familias y adolescentes en situación de riesgo cronicado, es común que la asistencia sea obligada; ya que pueden existir decisiones pendientes por parte de servicios sociales acerca de la custodia de los menores y la capacidad de implicación de los adultos en el desarrollo de los hijos.

Aún no se ha comprobado si existen diferencias en resultados cuando se trabaja con clientes voluntarios u obligados; Springer y Orsborn (2002) opinan que no existen diferencias tratándose de adolescentes con problemas de consumo de sustancias que no han sido institucionalizados. Sin embargo, es importante considerar que las ausencias tienen una alta probabilidad de *efecto dominó*,

generando la desmotivación del resto del grupo (Dennison, 2005), por lo que monitorear la asistencia del resto cuando uno comienza a faltar será de alta importancia.

2.5.5. Grupo abierto vs. cerrado

En relación a la apertura y conformación del grupo, un *grupo cerrado* tiene la ventaja de ofrecer un entorno más seguro, facilitando la profundización y el contacto entre todos los participantes, generando así las propias reglas de comunicación e interacción del grupo; aunque también tiene la desventaja de que su proceso pudiera estar en riesgo de volverse institucionalizado, a expensas del *uso potencial de la impredecibilidad* (Asen et al., 2001; Gritzer y Okun, 1983; Reiss y Costell, 1977).

En contraparte, los *grupos abiertos* tienen la ventaja de transmitir la cultura del grupo desde los miembros antiguos a los nuevos, aumentando el contagio de esperanza y compromiso. Las desventajas pueden estar relacionadas con la continuidad del cambio en la composición del grupo y la necesidad de re-establecer el encuadre terapéutico de forma constante (Asen et al., 2001).

Sin embargo, también existen opiniones encontradas acerca del formato ideal en la TGMF; permitiendo su aplicabilidad para cualquier modalidad; abierta o cerrada (Dennison, 2005; McFarlane, 1982).

En el FDU, los grupos son abiertos; permitiendo que diariamente se atiendan entre veinte y treinta personas; compuestas por miembros familiares o personas relevantes para las familias.

2.5.6. Duración de las sesiones y del tratamiento

Una propiedad de la TGMF es que el contexto terapéutico en sí mismo puede generar niveles altos de ansiedad; y esto, visto desde una perspectiva terapéutica, provee una oportunidad de cambio donde las familias comparten sus emociones y se ayudan mutuamente dentro de un entorno seguro a auto-gestionar sus emociones en situaciones complicadas que se presentan durante el día a día (Minuchin, 1974 en Asen et al., 2001; Asen, 2007).

La mayoría de los investigadores actuales sugieren que las sesiones duren entre una hora y media y dos horas y media (Meezan y O'Keefe, 1998a) con un grupo compuesto por entre 20 y 25 personas (Dennison, 2005); aunque probablemente el tamaño del grupo, contexto terapéutico, y número de familias podría ayudar a determinarlo (Dennison, 2005).

Dentro del contexto del FDU, se considera que a mayor implicación en la problemática familiar, mayor es el tiempo que se les puede pedir a las familias que atiendan; aunque de forma general, a todas las familias se les pide que asistan mínimamente la mitad de un día por semana.

2.5.7. Entorno de intervención

Al escoger el *lugar donde se llevarán a cabo las sesiones*, deberá de considerarse la cercanía y accesibilidad; ya que normalmente estas familias presentan dificultades económicas. Además, se deberá de tomar en cuenta la posibilidad de ofrecerles a las familias un entorno cálido, confortable y respetuoso. Algunos detalles que han resultado efectivos para facilitar la comodidad y convivencia entre las familias son ofrecerles tarjetas con sus nombres, y bebidas y/o aperitivos; aunque esto dependerá del el presupuesto para el programa (Dennison, 2005).

A pesar de que no ha sido muy estudiada la importancia de cómo se colocan los miembros en las sesiones multifamiliares, es importante que los miembros puedan tener un contacto directo, por ejemplo, colocándose en posición de círculo y sin mesas u objetos de intermedio (Dennison, 2005). Reiss y Costell (1977) encontraron que si se les deja escoger de forma libre dónde sentarse en el círculo, los participantes se sentarán cerca de sus iguales (padres con padres, y adolescentes con adolescentes). Los investigadores encontraron su relevancia en la futura dificultad en estos casos para mantener la meta en común de las familias y evitar la fragmentación del grupo y formación de dos sub-grupos.

Debido a la especificidad y objetivos particulares del FDU, éste cuenta con siete habitaciones equipadas con cámaras que permiten la grabación de interacciones y el *video-feedback*; así como un área verde común, y un edificio distinto para el colegio de la institución.

2.5.8. Establecimiento de las metas terapéuticas

Es importante mencionar, que gran parte de los multi-problemas que estas familias presentan se desarrollan por la suma de diversas dificultades individuales, crisis del desarrollo, y problemas relacionales dentro de la familia. La adolescencia conlleva una serie de crisis relacionadas con el fenómeno natural del crecimiento, así como sucede con las diversas crisis del desarrollo adulto; por lo que normalizar esto junto con las familias, y mirarlo desde una perspectiva sistémica, será parte importante de la labor terapéutica.

Dentro de los objetivos adicionales, se encuentran: *favorecer las habilidades parentales, clarificar responsabilidades de los miembros familiares, compartir estrategias de afrontamiento, y practicar las habilidades adquiridas* (McKay et al., 1999; McKay, Gonzalez, Stone, Ryland, y Kohner, 1995; Meezan y O'Keefe, 1998a).

2.5.9. Tratamiento combinado con otros formatos de intervención vs. único

Debido al contexto multi-problemático, normalmente se ha aconsejado a la TGMF como complemento de otras metodologías de intervención; como podría ser la combinación con terapia individual, la terapia familiar, o inclusive, la modalidad combinada o mixta, es decir, la mezcla entre sesiones multi-familiares y sesiones grupales por sub-grupos (Dennison, 2005).

La utilización de la TGMF de forma simultánea a otro tratamiento (por ejemplo, terapia individual, terapia grupal, o terapia familiar) ha causado gran controversia debido a que en la mayoría de investigaciones se han hecho combinaciones de tratamientos simultáneos (O'Shea y Phelps, 1985; Strelnick, 1977); o transicionales (Kaufman y Kaufman, 1979) desde los orígenes de la TGMF, y esto podría generar dificultades para establecer la efectividad de la TGMF en sí misma. Esto puede ser debido a la necesidad de las familias de tener un espacio íntimo donde resolver situaciones personales o familiares (Dennison, 2005).

Esta modalidad combinada de tratamiento, requiere de mayor tiempo, profesionales, y dedicación; ya que las actividades para cada sub-grupo, material, y metas terapéuticas, tendrán que ser adaptadas a los participantes según la edad, intereses, motivación, y niveles de conceptualización del problema (Dennison, 2005).

2.5.10. Elementos de la TGMF

Dentro de un estudio *Delphi* realizado en Estados Unidos, un panel internacional de nueve expertos en TGMF identificó 35 elementos esenciales para una Terapia Grupal Multifamiliar (ver Tabla 7); los cuales coinciden en su mayoría con los elementos ya detectados por la literatura (Edwards, 2001).

Dentro de dicha literatura, 22 de los 35 elementos detectados, fueron identificados en los elementos esenciales de terapia de pareja de White (1997), y las habilidades básicas de los terapeutas familiares y de pareja propuestos por Figley y Nelson (1989). Mientras que dentro de la escasa literatura de TGMF, sólo se habían reportado 6 de los 35 elementos.

Dentro de la Tabla 7, se pueden reconocer los elementos que fueron catalogados como exclusivos a la TGMF e independientes a la terapia de pareja y terapia familiar; así como los elementos considerados como *factores comunes* a cualquier modalidad terapéutica.

Tabla 7.
Elementos esenciales en la TGMF (Edwards, 2001).

	FACTORES COMÚNES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS DE LA TGMF
Encuadre Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> Respeto, confidencialidad, y seguridad (White et al., 1997). 	<ul style="list-style-type: none"> Verbalizar y aclarar las reglas de encuadre desde el inicio. La presencia de un co-terapeuta será de especial ayuda en la TGMF.
Características de Clientes	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de hablar y entender el lenguaje (White et al., 1997). Asistencia regular a las sesiones (White et al., 1997). 	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de psicosis. Conciencia de necesidad de cambio. Bienestar suficiente para participar funcionalmente. Protección en casos previos de abuso y negligencia.
Características del Terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> Cualidades: <ul style="list-style-type: none"> Empático (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). Comprensivo (White et al.,1997). Flexible (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). Que sepa escuchar (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). Sin prejuicios (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). Habilidades: <ul style="list-style-type: none"> Dirigir cuando es necesario (White et al.,1997). Fomentar y respetar la expresión de ideas (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989).. Saber trabajar en grupo y con co-terapeutas en el trabajo de un GMF como entidad con diversos componentes (individuos, familias, mujeres, hombres, adolescentes y niños) (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). Conocimientos: <ul style="list-style-type: none"> Experiencia y conocimiento en terapia familiar (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). Formado en la teoría de los sistemas (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> Capaz de atender al proceso grupal. Capaz de establecer un ambiente terapéutico seguro.
Relación cliente-terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> Con aceptación incondicional (Figley y Nelson, 1989). Confiable (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> Segura. Que el cliente reconozca que su terapeuta lo valida.
Interacciones en la TGMF	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de violencia y hostilidad (White et al.,1997). El terapeuta “afirma” o asiente con la mirada (White et al.,1997). El terapeuta mantiene límites entre subsistemas familiares (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). El terapeuta tiene humor (White et al.,1997; Figley y Nelson, 1989). Ninguna persona controla al grupo (Figley y Nelson, 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo del terapeuta al grupo. El terapeuta fomenta el liderazgo. El terapeuta sabe cuándo intervenir directamente con los clientes y cuando confiar en el proceso grupal.

Nota: ₁ (White et al.,1997); ₂ (Figley y Nelson, 1989)

A pesar de que es necesaria la asistencia regular a las sesiones en cualquier modalidad terapéutica para favorecer el cambio, dentro de la TGMF es aún más importante para fomentar el desarrollo de relaciones grupales (Edwards, 2001).

Así mismo, sin importar que la presencia de un equipo de co-terapeutas haga más compleja la dinámica de relaciones en el contexto de la TGMF, los expertos manifiestan que su presencia será de real importancia para lograr un grupo efectivo (Edwards, 2001).

Independientemente de que se aconseje la ausencia de violencia y los niveles mínimos de hostilidad dentro de la terapia familiar y de la TGMF, los investigadores han resaltado la importancia de las confrontaciones grupales dentro de un entorno terapéutico sin violencia y poco amenazante (Corey, 1995; Cwiakala y Mordock, 1997; Polcin, 1992; Yalom, 1985) en el logro de los objetivos terapéuticos grupales. Favorecer estas confrontaciones, manteniendo un entorno seguro, será un reto importante para el equipo terapéutico (Edwards, 2001).

Con un grupo multifamiliar, el rol del terapeuta es mucho menos central que en otras formas de terapia sistémica. De esta misma forma, las familias son consultantes de otras familias, y buscan ayudarse mutuamente. El terapeuta actúa como catalizador, generando interacciones terapéuticas y re-dirigiendo dinámicas que pudieran resultar destructivas entre las familias. El trabajo terapéutico lo hacen principalmente las familias, y el terapeuta junto con equipo profesional, se va haciendo cada vez menos central hasta acabar “en el asiento trasero” de la intervención (Asen, 2007).

Un terapeuta facilitador de grupos multifamiliares debe de tener mayor guía y habilidades para usarse a sí mismo como herramienta para el proceso del grupo; tomando en cuenta los cambios que debe de ir haciendo dependiendo de la fase del tratamiento en la que se encuentre (Dennison, 2005), y de las dificultades temáticas que vayan surgiendo (Asen, 2007).

Con el objetivo de guiar a los terapeutas facilitadores de la TGMF, Dennison (2005) aportó una guía sobre las actitudes del terapeuta que pueden favorecer el logro de metas de proceso y resultado (ver Figura 10).

Como puede observarse, un ingrediente terapéutico básico del FDU es el cuidado desde un entorno seguro; ya que esto es lo que posibilita que las familias tomen riesgos que en otros entornos distintos no lo harían.

Probablemente se gane más en la experiencia de un grupo afectivo, que en las oportunidades de adquirir habilidades para resolver problemas; así como posiblemente los individuos que hayan desarrollado confianza en un grupo terapéutico continúen haciendo cambios positivos, inclusive, mayores después de la experiencia grupal (Dennison, 2005).

Esto mismo, es lo que podría ser la principal fortaleza del tratamiento con TGMF; ofreciéndoles a las familias en situación de riesgo psicosocial cronificado la oportunidad de sentirse validadas, menos aisladas, y menos avergonzadas (Dennison, 2005).

Según McFarlane (1982), los ingredientes terapéuticos de la intervención multifamiliar son: resocialización, des-estigmatización, modulación del enredamiento familiar, normalización de la comunicación, e intervención en crisis.

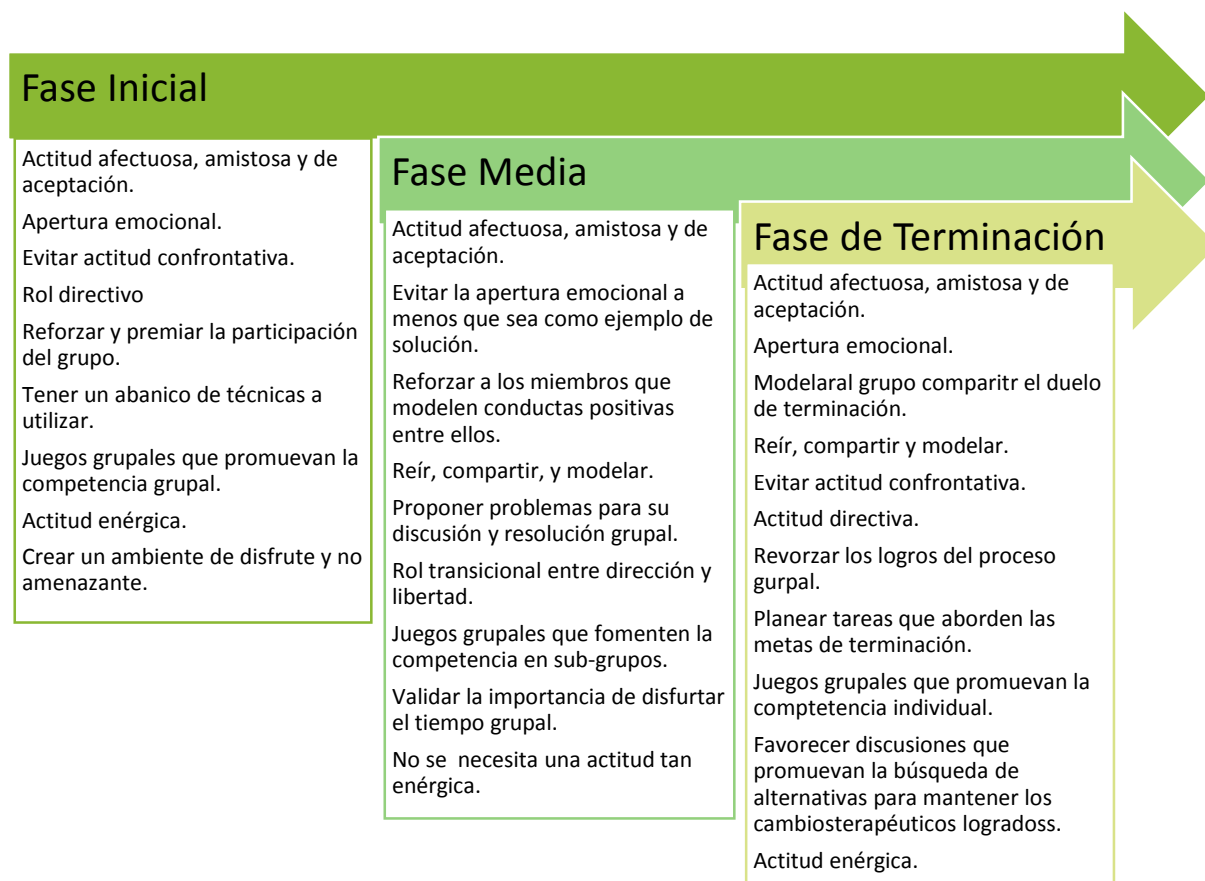


Figura 10: Guía de actitudes del terapeuta en TGMF (Dennison, 2005).

Según él, el ingrediente clave para que se produzca el cambio terapéutico en la intervención multifamiliar es que las familias vean características de sí mismos en los demás, incluidas sus propias disfunciones (Asen, 2002). Esto mismo, se ha comprobado con el testimonio de múltiples familias reportadas en la literatura; manifestando que lo que más les ha beneficiado de la experiencia en un grupo multifamiliar ha sido conocer a otras familias y encontrar similitudes en sus dificultades y preocupaciones (Dennison, 2005).

Otro ingrediente básico de la TGMF con familias en situación de riesgo crónico es identificar las excepciones y fortalezas de las familias (Asen et al., 2001; Escudero, 2013; Oppenoorth y Spaander, 2014; Rodrigues y Sousa, 2007; Sousa, Ribeiro, y Rodrigues, 2006); de esta forma se puede incrementar la esperanza, la sensación de competencia, y el enganche sistémico en el grupo; así como disminuir la dependencia hacia los profesionales (Oppenoorth y Spaander, 2014), y romper el ciclo del pesimismo. Todos los individuos, por más afectados o en situación de desventaja se encuentren, tienen recursos (Asen et al., 2001).

Como se puede ver, dentro del campo de la psicoterapia a nivel grupal, de pareja y de familia, es relevante investigar la eficacia de la TGMF, así como explorar y diferenciar los elementos esenciales para una terapia efectiva; aunque todavía existen pocas investigaciones al respecto (Boylin et al., 1997, en Edwards, 2001).

2.5.11. Técnicas comúnmente utilizadas en la TGMF

El foco del TGMF se encuentra orientado en la teoría de los sistemas; ya que pone como énfasis los procesos relacionales sistémicos, y no sólo, la problemática o síntoma principal. Sin embargo, en la TGMF también se utilizan técnicas de diversos estilos terapéuticos; incluyendo cognitivo-conductuales, dinámicas, y narrativas (Asen, 2002), lo cual permite una adaptación flexible de acuerdo a la personalidad y dinámica de cada grupo multifamiliar (Mehl, Tomanová, Kuběna, y Papežová, 2013).

A pesar de que el FDU y la TGMF pudieran ser conceptualizadas desde una perspectiva ecléctica por utilizar diferentes modalidades de tratamiento como: terapia familiar estratégica y estructural, orientación grupal e individual analítica y no analítica, psico-educación y aprendizaje social, abordaje conductual, y en ocasiones, medicación; el FDU considera ser consistente con una aproximación teórica holística: *las familias se benefician de saber que no existe una única forma o fórmula exacta para tratar sus problemáticas; y aferrarse a conductas o tratamientos rígidos, es poco probable que promueva el cambio*. Inclusive, aplicar dicha aproximación teórica holística con familias en situación de riesgo cronificado, puede considerarse una de las principales causas de la eficacia del tratamiento (Dennison, 2005).

Técnicas de escenificación dramática y de juego son parte central de la intervención multifamiliar; éstos pueden ser: juegos reglados, mini *role-playings*, esculturas, y creación de vídeos; los cuales en ocasiones son hechos por las familias en casa, y posteriormente llevados para ser analizados por el grupo de forma meta-analítica (Asen et al., 2001; Asen, 2007).

Una de las técnicas más utilizadas en el FDU es una adaptación de la técnica de *equipo reflexivo* (Andersen, 1987); la cual es utilizada una vez al final de la semana; donde el equipo terapéutico es video-grabado, con un contrato de total sinceridad y transparencia (Asen et al., 2001), mientras hacen reflexiones durante treinta minutos sobre el proceso psicoterapéutico de las familias (por ej. dinámicas relacionales, fortalezas adquiridas, y habilidades a desarrollar). Posteriormente, el vídeo se le entrega a un terapeuta sistémico que no forma parte del equipo reflexivo, y éste se reúne con los padres (y en ocasiones con los hijos adolescentes). En dicha reunión, previo a analizar el vídeo, se les suele preguntar a los padres qué es lo que creen que el equipo terapéutico ha dicho; y posteriormente, observan el vídeo mientras lo van parando y comentando.

La tarea del terapeuta presente es estimular la curiosidad entre el grupo e impulsar a las familias a tomar una postura crítica, de apoyo, y de consejo hacia el grupo. Dicha sesión es grabada, para que el equipo terapéutico pueda observar y comentar, mientras vuelve a grabar dichas reflexiones y se vuelve a iniciar el proceso reflexivo sistémico; creando así *una reflexión de las reflexiones* de las familias hechas del trabajo del equipo terapéutico. En la práctica, se observa que éste involucramiento y *feedback* observado, es crucial para el éxito terapéutico con dichas familias; además de que a éstas les agrada la idea de que no sólo a ellos se les observe, y que ellos puedan observar el trabajo del equipo terapéutico.

Otra técnica frecuentemente utilizada en grupos de intervención multifamiliar, es el *outsider witness group* (White, 1997) o *grupo dentro del grupo*; donde se puede observar tanto el proceso, como el potencial terapéutico de la intervención multifamiliar; cada narrativa individual o familiar respecto a la vida, relaciones, identidad, o cualquier tema, es enriquecido por los relatos y narrativas grupales de un sub-grupo por medio de la *escucha activa* del otro sub-grupo (ver Figura 10). El sub-grupo que escucha *como testigo* puede *resonar* con lo que se ha dicho, generar nuevas perspectivas y experiencias distintas; por lo que es aquí, donde intercambiar los roles de dichos sub-grupos cobra importancia.



Figura 11: Técnica grupo dentro del grupo.

Ésta técnica puede ser utilizada para intercambiar perspectivas inter-generacionales (entre padres e hijos), inter-familiares, o simplemente entre sub-grupos que hayan experimentado en alguna dinámica grupal vivencias distintas.

Otras técnicas empleadas en TGMF son las provenientes de la psicoterapia sistémica/terapia familiar; provenientes de distintas escuelas, como la estructural, las de origen estratégico y de los sistemas de Milán, y de la narrativa. Dentro de ellas, una de las principales es el *manejo de límites y cambios estructurales* por medio de la formación y cambio de sub-grupos, formando así una modalidad combinada o mixta donde se incluyan sesiones grupales; de esta forma, los miembros familiares se van integrando a distintos sub-grupos de acuerdo a los diferentes roles que desempeñan en sus vidas (por ejemplo, padres, mujeres, hijos, hermanos, iguales, etc.). Ver Figura 11.



Figura 12: Ejemplo de manejo estructural con sub-grupos.

La habilidad de los terapeutas para cambiar de roles constantemente favorece que las familias establezcan sus límites y estructura familiar. Es por ello, que resulta sumamente importante cuidar y supervisar dicho cambio de roles y comportamiento del equipo terapéutico; ya que esto es lo que promoverá el fin último de la intervención: *el favorecimiento de la estructura y funcionamiento familiar* (Asen y Scholz, 2010).

Las técnicas psico-educativas son frecuentemente utilizadas en etapas iniciales y principalmente en etapas medias de la intervención (Dennison, 2005); independientemente de que no sean el objetivo central del grupo multifamiliar. Estas son frecuentemente favorecidas por los terapeutas o líderes del grupo, y enriquecidas por la experiencia de los participantes; de tal forma que los mismos participantes comparten el rol de receptor y proveedor de ayuda y conocimientos.

De la misma forma, las técnicas empleadas en el proceso de las psicoterapias grupales, son también empleadas en la TGMF; ya sean de estilo interpersonal o inclusive dinámico.

De esta forma, técnicas emotivas o activas como lo son las psico-dramáticas, reversión de roles, y Gestálticas, resultan especialmente atractivas con los niños y adolescentes.

En los Grupos Multifamiliares, las *conversaciones informales* entre el equipo terapéutico y las familias, por ejemplo alrededor de una merienda, se han convertido en una técnica especialmente eficaz para establecer una relación más equitativa o igualitaria; combatiendo así, la concepción tradicional del modelo médico con respecto a la relación paciente-terapeuta (Dare y Eisler, 2000).

Además, las *intervenciones en crisis* son parte central del trabajo con familias en riesgo psicosocial o en situación crónica; por lo que estar preparado y disponible para ellas, será de especial importancia. Así mismo, el mismo formato de modificación estructural en la TGMF, y las largas jornadas de trabajo terapéutico en los centros de día, tendrán también por objetivo crear las crisis familiares dentro del contexto terapéutico, y darles un espacio dentro del mismo para favorecer el *feedback grupal y terapéutico*, el *aprendizaje vicario*, y por supuesto, *el cambio*.

Una técnica empleada en la unidad de Holanda por Oppenoorth y su equipo de trabajo consiste en realizar dinámicas en sub-grupos con líderes en cada uno de ellos; de tal forma que se promueva el *empoderamiento* de las familias, y la sensación de auto-eficacia.

2.6. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL MULTI-FAMILIAR

A lo largo de la historia de la literatura, se han creado algunos programas diseñados de forma mixta o combinada (*parallel/conjoint*) entre terapia grupal y terapia multifamiliar.

Bloomfield (1972) fue el primer investigador en identificar cuatro etapas de la TGMF donde describe intervenciones sugeridas basadas en cada fase del tratamiento; estas etapas incluyen: una fase de introducción e información, una segunda fase de soporte de sub-grupo de iguales, seguido de un periodo de trabajo donde los problemas son identificados, y una etapa final de terminación.

Oppenoorth (1980) y su equipo, crearon en Holanda programas de intervención intensivos y breves basados en los principios de la terapia centrada en soluciones y los grupos multifamiliares para familias en situación de riesgo. Su objetivo central consiste en proveerle a la familia la posibilidad de reestablecer la autoridad de los padres en el sistema familiar por medio de la hospitalización de toda la familia durante la primer semana de tratamiento, y del aislamiento de los hijos adolescentes y su incorporación a rutinas funcionales; mientras que los padres mantienen llamadas telefónicas periódicas con sus hijos, y tienen la oportunidad de tratar sus propios traumas relacionales por separado.

La consecuente mejoría del adolescente en el entorno hospitalario, permite que los padres desarrollen esperanza en la posibilidad de mejoría de sus hijos; y así comenzar con un enganche terapéutico sistémico y la posterior transferencia de mejoría al entorno habitual de la familia. Este proceso, desde sus inicios, favorece la posterior re-adaptación y mantenimiento de cambios. La evaluación de seguimiento después de trece meses tras la intervención, muestra una mejoría en la sintomatología de los hijos, la sensación de influencia ante el cambio, el funcionamiento familiar, la satisfacción familiar, y la relevancia de la problemática en sus vidas (Oppenoorth y Spaander, 2014).

Posteriormente, Meezan et al., (1997) describieron un protocolo de tratamiento similar basado en las necesidades de familias involucradas con servicios sociales. Consecutivamente, Dennison (1999) aportó una guía de planeación de tratamiento de ocho semanas de duración para padres divorciados y sus hijos adolescentes. Y finalmente, McFarlane (2002) realizó un extenso trabajo con su guía de planeación de un tratamiento combinado para familias con desórdenes psiquiátricos, basado en cuatro fases de intervención; describiendo ahí diferentes técnicas que podrían ser empleadas.

Con base en los programas mencionados, y 25 años de experiencia con la TGMF y familias cronificadas, donde se realizaron observaciones consistentes, se aplicaron auto-informes a los participantes, y se recibió un *feedback* constante de los terapeutas facilitadores, Dennison (2005) desarrolló el *Dennison Group Practice Model*; fundamentándose en los siguientes principios:

1. La unión grupal y la conexión emocional de los miembros es terapéutica en sí misma.
2. Todo tratamiento grupal requiere un periodo mayor que en un proceso de psicoterapia individual para construir confianza y seguridad entre sus miembros.
3. Todo tratamiento grupal debería seguir dos clases de metas u objetivos grupales: de *proceso* y de *resultado*. Las primeras son consistentes en todos los grupos, y su abordaje permite crear un contexto terapéutico; mientras que las segundas son específicamente determinadas para cada grupo en particular y acompañan la problemática principal que le da un sentido al tratamiento.
4. Comúnmente la mayoría de los grupos de corta duración (de ocho sesiones o menos) permanecen en la fase inicial del desarrollo grupal, y abordan principalmente las metas de proceso; dejando en segundo término las metas de resultado.
5. La participación balanceada en el grupo debe de ser establecida desde las etapas iniciales del grupo, y debe de ser mantenida durante todo el proceso grupal.
6. Deberán de utilizarse una variedad de técnicas durante y entre las sesiones para favorecer el aprendizaje y crecimiento grupal.
7. La planeación y estructuración de las sesiones debe de hacerse de forma detallada y basada en las metas de tratamiento que competen a cada fase del tratamiento, las metas particulares del grupo, los niveles de desarrollo de los participantes, y los intereses de los miembros del grupo y preferencias individuales de los terapeutas facilitadores.
8. El aprendizaje experiencial parece ser la forma más potente para que los miembros del grupo adquieran habilidades de afrontamiento y responsabilidades familiares.
9. Seguir un formato grupal durante las sesiones proporciona muchas ventajas al desarrollo del grupo.
10. La intervención más potente que puede hacer el terapeuta facilitador, particularmente en la fase inicial del tratamiento, es modelar la apertura, afecto, actitud ausente de juicios, preocupación genuina por los demás, y sentido del humor.

El esquema general de intervención, lo resumió en la Tabla 8 presentada a continuación; donde también estableció las metas u objetivos relacionados al proceso y al resultado para una TGMF efectiva.

De esta forma, Dennison (2005) provee una guía para la creación y el diseño de programas de TGMF; estableciendo tres fases del proceso, ya sea multifamiliar, grupal, y/o mixto (*parallel/conjoint*). Así mismo, clarifica una conexión directa entre las etapas, los objetivos a lograr en cada una de ellas, y su respectivo abanico de técnicas aplicables.

Resulta importante mencionar que aún quedan dudas sobre el grado de espontaneidad vs. sistematización, así como de la posibilidad de replicar los programas de intervención en TGMF

(Dennison, 2005). A pesar de ello, las últimas investigaciones han añadido la descripción detallada del formato empleado, planeación, e intervenciones realizadas para favorecer el fundamento empírico relacionado con el proceso de intervención.

Mantener una misma rutina durante las sesiones, puede ayudar a que el grupo en sí mismo se sienta seguro; sobre todo durante las etapas iniciales, donde normalmente hay niveles altos de ansiedad y es importante crear un ambiente confortable.

Una ejemplo de rutina podría ser la siguiente: 1) Dinámica de rompimiento del hielo, que fomente el conocimiento y apertura mutua en el grupo; 2) Dinámica o técnica de la sesión; y 3) Cierre positivo, donde se pueda hablar sobre lo que más les haya gustado de la sesión, lo que han aprendido, o lo que les haya llamado la atención.

Si existieran experiencias negativas para alguno de los miembros, se les puede pedir que lo compartan con algún terapeuta antes de la siguiente sesión; ya que esto favorece la motivación del grupo al compartir los logros y beneficios de la TGMF (Dennison, 2005).

La planeación y estructuración de las sesiones será de mayor importancia durante la primera fase de tratamiento; ya que es aquí donde los participantes necesitarán sentirse atraídos al grupo para desear continuar con la experiencia y así maximizar el impacto de la experiencia grupal (Dennison, 2005).

Tabla 8.
Dennison Group Practice Model (Dennison, 2005).

FASE GRUPAL	METAS PRINCIPALES	METAS SECUNDARIAS	TÉCNICAS/DINÁMICAS	TIMING
Inicial	Metas de proceso	Metas de resultado		En formatos de:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un contexto terapéutico atractivo. 2. Iniciar una participación balanceada entre los miembros del grupo. 3. Construir una relación de confianza entre los miembros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar metas de tratamiento en común más específicas. 2. Proveer psico-educación en las áreas de funcionamiento familiar relevantes. 	Técnicas de construcción de relaciones.	8 Sesiones Totales: durante las 7 iniciales 12 Sesiones Totales: durante las 7 iniciales 16 Sesiones Totales: durante las 7 iniciales
	Metas de resultado	Metas de proceso		En formatos de:
Media	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar la conciencia de sus específicos problemas en relación con las metas de resultado. 2. Incrementar la conciencia de su propia responsabilidad en sus problemas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar creando un contexto terapéutico atractivo. 2. Incrementar la interacción miembro a miembro y mantener la participación balanceada. 3. Continuar desarrollando la confianza y cohesión grupal. 	Técnicas psicoeducativas. Técnicas para la resolución de problemas.	8 Sesiones Totales: 0 12 Sesiones Totales: durante 4 sesiones 16 Sesiones Totales: durante 8 sesiones
	Metas de proceso	Metas de resultado		En formatos de:
Terminación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer el reconocimiento del valor del grupo y el duelo de su próxima terminación. 2. Favorecer el reconocimiento del progreso que han realizado como grupo. 3. Identificar recursos que podrían ayudarles a mantener los cambios realizados en el grupo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer el reconocimiento de logro de las metas de resultado en el grupo. 2. Favorecer que los miembros desarrollen un plan de recaídas y mantenimiento de las metas logradas. 	Técnicas de cierre de proceso y resultado.	8 Sesiones Totales: 1 sesión de terminación 12 Sesiones Totales: 1 sesión de terminación 16 Sesiones Totales: 1 sesión de terminación

Una vez que los miembros del grupo se sientan lo suficientemente seguros y aceptados en el grupo, podrán practicar por medio de técnicas experienciales en el entorno terapéutico nuevas conductas y habilidades; favoreciendo así que luego esto lo transfieran fuera del grupo.

Forzar o intentar adelantar el proceso del grupo para el logro de metas de resultado sin que el grupo se encuentre listo para hacerlo, pudiera afectar al proceso; algunos grupos nunca muestran señales de estar listos para una trabajar en una etapa media del tratamiento, y esto no significa que no hayan hecho grandes cambios terapéuticos (Ver Tabla 8), especialmente en los miembros que presentan dificultades para crear una red relacional. Una vez que estas personas viven una experiencia de apoyo grupal, se encontrarán más motivadas a establecer relaciones similares fuera del grupo (Dennison, 2005).

Así mismo, parte importante del modelo consiste en que el tipo de técnicas empleadas van de la mano con la fase del tratamiento en la que se encuentra; y dichas técnicas empleadas son parte del abanico de técnicas que deben de estar disponibles para que el terapeuta facilitador escoja según las necesidades particulares del grupo y sus propias preferencias según su estilo terapéutico.

En los casos donde se decida realizar un modelo de intervención combinado o mixto, Dennison (2005) aconseja realizar un esquema general de intervención que adapte las metas de resultado presentadas en la Tabla 8 a las necesidades y niveles de cada uno de los sub-grupos formados; por ejemplo, para el sub-grupo de adolescentes, sub-grupo de padres, y para el grupo multi-familiar.

2.7. MODELO DE MECANISMOS DE ACCIÓN EN TGMF

En terapia familiar, la suma de las alianzas de cada miembro de la familia con el terapeuta, y las del terapeuta con cada subsistema familiar, aunadas a la alianza global del terapeuta con todo el grupo familiar, afectan a todos entre sí y generan un complejo sistema de influencias recíprocas (Pinsof y Catherall, 1986; Pinsof, 1994). Esta *alianza intra-sistema*, será aún más compleja mientras más subsistemas sean añadidos (Pinsof, 1994).

En el caso de la TGMF podemos reconocer múltiples niveles de interacción (Ver Figura 13) que hacen que la dinámica relacional entre sus miembros sea especialmente única y compleja (Cassano, 1989).

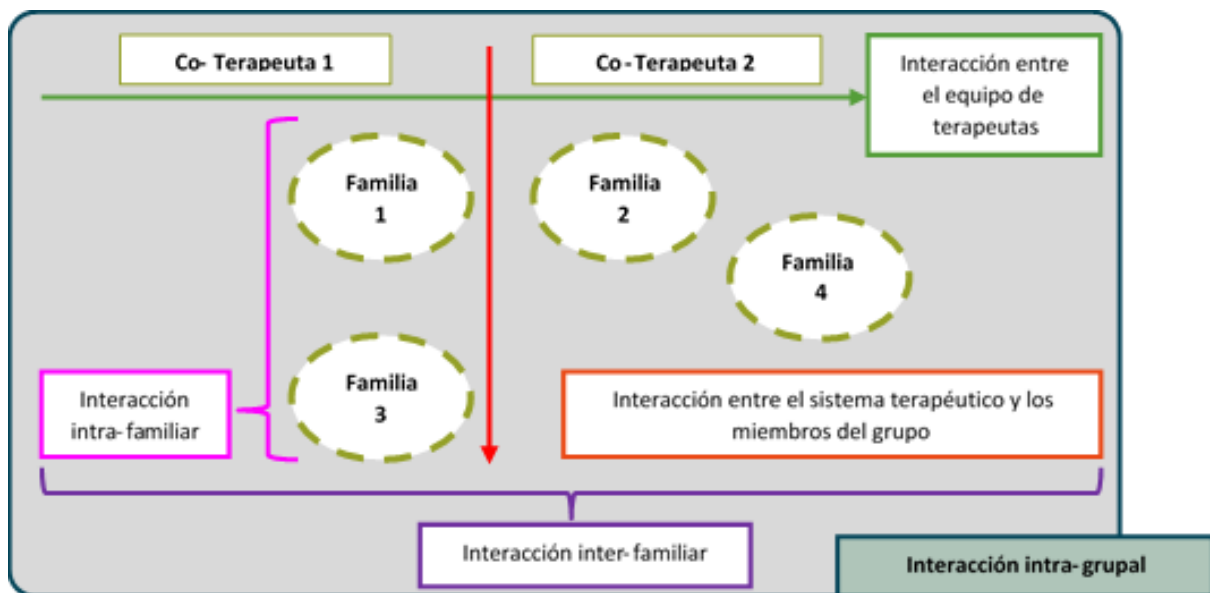


Figura 13: Niveles de interacción en TGMF

Como se ha podido describir hasta ahora, la literatura provee diversas descripciones cualitativas sobre posibles factores terapéuticos que pudieran explicar la eficacia de la TGMF; muchos de ellos, directamente relacionados con características propias del proceso grupal, como pueden ser: formar parte de una comunidad (Hellemans et al., 2011; Lemmens, Verdegem, et al., 2003; Lemmens, Wauters, et al., 2003; Steinglass, 1998), disminución del aislamiento social (Greenfield y Senecal, 1995; Marnier y Westerberg, 1987) confrontación entre los miembros del grupo (Laqueur, 1972), obtener múltiples *insights* (Hellemans et al., 2011; Leichter y Shulman, 1974; Lemmens, Verdegem, et al., 2003; Lemmens, Wauters, et al., 2003), expansión de redes sociales (McFarlane, 2002), des-estigmatización

(Asen y Schuff, 2006; Harter et al., 2002) , recibir esperanza y apoyo en el grupo (Lemmens, Verdegem, et al., 2003; Lemmens, Wauters, et al., 2003), aprendizaje por observación e identificación (Hellemans et al., 2011; Lemmens, Verdegem, et al., 2003; Lemmens, Wauters, et al., 2003; Rolland, 1994), auto-descubrimiento (Hellemans et al., 2011), guía del terapeuta (Hellemans et al., 2011), altruismo (Bentelspacher, DeSilva, Goh, y LaRowe, 1996) y ensayo de nuevas estrategias de afrontamiento más adaptativas (Eisler, 2005; Keitner et al., 2002).

La medición del clima social y la satisfacción con la intervención ha sido utilizada como un medio importante para entender la utilidad de la TGMF (Curtin y Eacho, 2012; Lemmens et al., 2009; Oei y Green, 2008).

Los estudios llevados a cabo para identificar los factores terapéuticos (Yalom, 2000) que intervienen en el proceso de la TGMF, demuestran que, al igual que en la terapia grupal, la cohesión grupal y los aspectos observacionales son característicos en ésta modalidad de intervención (Curtin y Eacho, 2012; Hellemans et al., 2011; Lemmens et al., 2009). Donde existe una fuerte correlación entre la cohesión y el auto-descubrimiento, con la satisfacción con la intervención (Curtin y Eacho, 2012), y cambio terapéutico (Hellemans et al., 2011).

Esto concuerda con la idea de Moos, Finney, y Maude-Griffin (1993), los grupos que presentan mayor calidad en sus relaciones, tienden a percibir mayores beneficios y expresar mayor satisfacción con la intervención.

Con todo esto, podría deducirse la igualdad de importancia que tienen las metas de proceso y de resultado en la TGMF para el favorecimiento del éxito de la psicoterapia y el reconocimiento de sus propiedades clínicas y mecanismos de acción (Dennison, 2005).

Así mismo, se sospecha que la TGMF podría estar relacionada con el modelo de mecanismos de acción de la terapia grupal (Cassano, 1989; Dennison en Curtin y Eacho, 2012; Knight, 2012; Yalom, 2000).

PARTE EMPÍRICA

3. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

La iniciativa de realizar una investigación dirigida a familias en situación de riesgo moderado, nace debido a la detección de tres necesidades principales:

- I. Crear un servicio de atención intermedio donde puedan ser atendidas las familias en proceso de cronificación del nivel de riesgo que aún no alcanzan el nivel de gravedad suficiente para que los servicios de protección a la infancia intervengan, y que requieren de una atención más especializada.
- II. Prevenir la saturación de los múltiples profesionales y servicios de apoyo que tratan o tratarán con dichas familias en situación de riesgo.
- III. Prevenir una mayor cronificación del nivel de riesgo psicosocial del adolescente; cortando así con el ciclo de transmisión intergeneracional característico de la población en situación de riesgo.

La presente investigación se compone de dos fases y tres estudios. La primera fase comprende el primer estudio que tiene un carácter exploratorio; donde se pretendió un primer contacto con las intervenciones grupales y el instrumento SOATIF-o.

Por otro lado, la segunda fase comprende los últimos dos estudios dirigidos a evaluar la eficacia de una intervención grupal multifamiliar, conocer los mecanismos de acción responsables del cambio en dicha modalidad de intervención, y explorar el comportamiento del instrumento SOATIF en intervenciones multifamiliares. Ambos estudios fueron llevados a cabo en comunidades autónomas distintas; y por tanto, equipos terapéuticos diferentes. El primer grupo multifamiliar se llevó a cabo en Bilbao (País Vasco, España), dentro de las instalaciones de *DeustoPsych*, I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Deusto; donde se pretendió un primer contacto con las intervenciones multifamiliares y los instrumentos de proceso que dan a conocer sus respectivos mecanismos de acción. Por último, el segundo grupo multifamiliar se llevó a cabo en la *Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF)*, de la Universidad de A Coruña (Galicia, España) para ampliar la muestra.

De esta forma, los tres estudios que conforman la parte empírica se han llevado a cabo de forma independiente y secuencial. A continuación, se presentará el primer estudio piloto (Fase I), seguida de una breve introducción a la Fase II donde se muestran las características en común que mantienen los dos estudios multifamiliares, y finalmente, se presentará el desglose de sus respectivos estudios de forma individual.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1 EVALUAR LA EFICACIA PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON TGMF POR MEDIO DE LAS SIGUIENTES HIPÓTESIS:

- H_1 = Los padres disminuirán su percepción acerca de la sintomatología agresiva-disruptiva, y ansiosa-depresiva, en sus hijos adolescentes, tras haber finalizado el tratamiento.
 - H_0 = Los padres no presentarán una disminución sobre su percepción acerca de la sintomatología agresiva-disruptiva, y ansiosa-depresiva, en sus hijos adolescentes, tras haber finalizado el tratamiento.
- H_1 = Los adolescentes disminuirán su percepción sobre su propia sintomatología ansiosa-depresiva, tras haber finalizado el tratamiento.
 - H_0 = Los adolescentes no disminuirán su percepción sobre su propia sintomatología ansiosa-depresiva, tras haber finalizado el tratamiento.
- H_1 = Las familias aumentarán su percepción de recursos, satisfacción, y comunicación familiar, tras haber finalizado el tratamiento.
 - H_0 = Las familias no aumentarán su percepción de recursos, satisfacción, y comunicación familiar, tras haber finalizado el tratamiento.
- H_1 = Los adolescentes aumentarán su percepción sobre el afecto, apoyo, y control parental que reciben de sus padres, tras haber finalizado el tratamiento.
 - H_0 = Los adolescentes no aumentarán su percepción sobre el afecto, apoyo, y control parental que reciben de sus padres, tras haber finalizado el tratamiento.
- H_1 = Habrá un aumento en las familias con respecto a la realización de juicios acertados de sus propias capacidades, posibilidades de alcanzar sus metas, y capacidad de influencia en los acontecimientos que les ocurren, tras haber finalizado el tratamiento.
 - H_0 = Las familias no presentarán un aumento con respecto a a la realización de juicios acertados de sus propias capacidades, posibilidades de alcanzar sus metas, y capacidad de influencia en los acontecimientos que les ocurren, tras haber finalizado el tratamiento.

4.2 ANALIZAR EL PROCESO Y PROGRESO TERAPÉUTICO MEDIANTE EL ESTUDIO DEL DESARROLLO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA Y COHESIÓN GRUPAL EN LA TERAPIA GRUPAL MULTI-FAMILIAR.

4.3 IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES MECANISMOS DE ACCIÓN QUE INTERVIENEN EN LA TERAPIA GRUPAL MULTI-FAMILIAR.

4.5 RECONOCER LAS DIFICULTADES CLÍNICAS DEL TRABAJO CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE RIESGO MODERADO.

4.6 ANALIZAR EL COMPORTAMIENTO DEL INSTRUMENTO SOATIF EN LA TERAPIA GRUPAL MULTI-FAMILIAR.

FASE I.

5. ESTUDIO PILOTO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio piloto, consistió en un estudio exploratorio, donde el objetivo principal se encontró relacionado al proceso de habituación con la evaluación durante el proceso grupal con el instrumento SOATIF.

Los resultados del estudio, permitieron hacer un primer contacto del equipo de trabajo con el SOATIF-s y SOATIF-o en su aplicación a procesos grupales; con ello, se confirmó la importancia de añadir nuevos descriptores en el instrumento para facilitar su adecuación a procesos grupales, así como de explorar cómo se comportan los mecanismos de acción grupales en el instrumento SOATIF y viceversa.

5.2. MUESTRA

5.2.1. Descripción de la muestra

El estudio piloto fue llevado a cabo en la Universidad de Deusto (Bilbao) dentro de un programa gratuito dirigido a la comprobación de la eficacia de un programa psico-educativo para padres y madres separados/as o divorciados/as o en proceso de separación o divorcio, dedicado a la mejora del funcionamiento familiar y sintomatología de los hijos e hijas.

El grupo que conformó el estudio fue compuesto por tres mujeres y dos hombres (n=5); que acudieron a las once sesiones de 90 minutos; donde se trabajaron aspectos relacionados al favorecimiento de la empatía, manejo del conflicto, y mejora en sus relaciones parentales.

Para el proceso de aplicación del instrumento SOATIF-o, se les pidió a profesores de asignaturas afines al trabajo con familias de último curso en Grado en Psicología de la Universidad de Deusto, que hicieran la propuesta a sus estudiantes, por medio de un tríptico informativo que contenía los objetivos del estudio y la definición de las variables, para participar en el estudio como codificadores/as de alianza terapéutica en intervenciones grupales, y grupales multi-familiares. Finalmente, cuatro estudiantes, mujeres de último curso entre 20 y 25 años de edad, contactaron con el equipo para participar de forma voluntaria en el estudio.

5.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Dentro de los criterios de inclusión para los miembros del grupo, se tomaron en cuenta que los participantes fueran candidatos al trabajo grupal, que tuvieran hijos menores de edad, que no estuvieran conviviendo en ese momento con su expareja, y que acudieran sin ella al mismo grupo.

La difusión del programa se realizó de forma masiva a centros clínicos, centros de atención familiar, y puntos de encuentro de Bilbao (Bizkaia). Posteriormente, se les pidió que las familias interesadas contactaran telefónicamente para pedir mayor información y se les pudiera agendar una primera entrevista de contacto. Con ello, se buscó conocer mejor a las familias y evaluar si cumplían con los criterios de inclusión anteriormente mencionados; si esto no era así, o se presentaba alguno de los siguientes criterios de exclusión, se les derivaba a otros servicios especializados.

Criterios de exclusión:

- Encontrarse incapacitados por motivos físicos o psíquicos que dificulten el desarrollo del estudio, de las sesiones de trabajo y/o de la posibilidad de establecer comunicación y contacto con otras personas y/o terapeutas (por ejemplo: personas con Trastorno Mental Grave, demencias, etc.).
- Antecedentes de violencia en el hogar.

Dentro de los criterios de inclusión tomados en cuenta para las codificadoras de alianza terapéutica, se encontraron los siguientes:

- Ser estudiantes de último curso en el Grado de Psicología que hayan demostrado alto interés y dedicación en las asignaturas afines al trabajo con familias.
- Estar dispuestas a participar de forma gratuita y voluntaria durante el periodo de ejecución del estudio.
- Demostrar alta motivación en el trabajo con familias; así como en la formación de codificación de la alianza terapéutica por medio del instrumento SOATIF-o.

Criterios de exclusión:

- No cumplir con los criterios de inclusión.
- No contar con disponibilidad de tiempo para permanecer en el proyecto durante al menos, seis meses.

5.3. INSTRUMENTOS

Como parte del presente estudio, se emplearon los siguientes cuestionarios de proceso:

- *Progreso terapéutico.*

Las percepciones auto-informadas acerca del progreso terapéutico fueron obtenidas mediante el empleo de unas breves preguntas antes y después de las sesiones a los clientes, y a los terapeutas.

Antes de iniciar las sesiones, se les preguntó a los clientes acerca de su percepción de utilidad de la sesión anterior, así como sobre su percepción de mejoría desde el inicio del proceso grupal hasta el momento. Las opciones de respuesta para ambas preguntas consistieron en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van entre “1=nada útil” a “5=muy útil”, y “1=ninguna mejoría” a “5=mucha mejoría”.

Adicionalmente a las dos preguntas anteriores, se le añadió una pregunta extra para identificar cuáles de los elementos del programa fueron los que, según su experiencia, les fueron ayudado más durante el progreso de las sesiones (ver Anexo 1).

Al finalizar las sesiones, se les hicieron cuatro preguntas de escala tipo Likert para evaluar las cuatro dimensiones de alianza terapéutica propuestas en el modelo SOATIF durante todas las sesiones; las cinco opciones de respuesta van desde “1=nada” a “5=mucho”.

Además, se midió el impacto de las sesiones preguntándoles cómo se sentían al salir de cada sesión, y se les dio cinco opciones de respuesta de escala tipo Likert que van desde “-2=me siento mucho peor” a “+2=mucho mejor”.

Adicionalmente, se les preguntó abiertamente a los clientes sobre la ocurrencia de algo especialmente relevante para ellos durante las sesiones (ver Anexo 2).

Dentro de las preguntas hechas a los terapeutas al finalizar las sesiones, se encontraron cuatro que midieron cada una de las cuatro dimensiones del SOATIF (versión terapeuta), con cinco opciones de respuesta que van desde “1=nada” a 5=“mucho”.

Por último, se les preguntó a los terapeutas sobre su nivel de satisfacción con la sesión transcurrida y se les dieron cinco opciones de respuesta que van desde “1=nada” a “5=mucho” (ver Anexo 3).

- *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (SOATIF (Escudero & Friedlander, 2003; Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006) en versión de auto-informes (SOATIF-s), y versión observacional (SOATIF-o).*

El SOATIF (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar), es un conjunto de instrumentos (ver Figura 14), observacionales (SOATIF-o) y de auto-informe (SOATIF-s), que sirve para evaluar la fortaleza o debilidad de la alianza terapéutica con respecto a las cuatro dimensiones que la conforman (Seguridad, Enganche, Conexión Emocional, y Sentido de compartir el propósito), dentro del contexto de la terapia individual, conjunta familiar y de pareja (TFP). Ver Tabla 9.

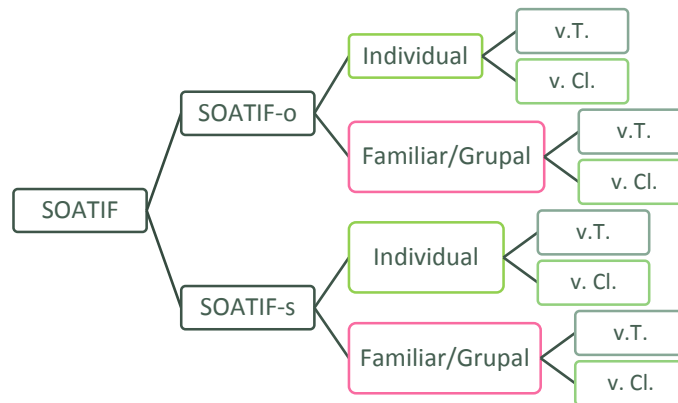


Figura 14: Conjunto de instrumentos SOATIF.
Nota: v.T.= versión Terapeuta, v.Cl.= versión Clientes

El SOATIF-o fue el primer instrumento creado; realizado originalmente en el idioma inglés, y posteriormente traducido al castellano. El SOATIF-s se creó posteriormente de forma inversa (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009); favoreciendo así su exactitud mediante un adecuado sistema de retro-traducción (Friedlander et al., 2009).

El SOATIF ha demostrado un buen nivel de validez predictiva, concurrente, y de contenido con respecto a la población española y norteamericana (Beck, Friedlander, y Escudero, 2006; Friedlander et al., 2006; Smerud y Rosenfarb, 2008). Además de su adecuación bicultural, el SOATIF se ha caracterizado por ser un instrumento transteórico, observable, interpersonal, y multidimensional (Friedlander et al., 2009).

El SOATIF-s, correspondiente a intervenciones conjuntas-familiares, es un instrumento de auto-informe útil para clientes mayores de 13 años de edad, y para los profesionales que los atienden. Tanto el SOATIF-s del terapeuta, como el SOATIF-s para el cliente, cuenta con 16 ítems de escala tipo Likert y cinco opciones de respuesta que van entre “1=nada” a 5=mucho” (ver Anexo 4). Este formato permite la obtención de un puntaje para cada una de las cuatro dimensiones que conforman la alianza terapéutica, así como una puntuación global de la misma.

A diferencia de otras medidas de auto-informe que miden la alianza terapéutica en terapia familiar, como lo son el FTAS (Pinsolf y Catherall, 1986) o el WAI-CO (Symonds & Horvath, 2004), el SOATIF incluye una escala de estimación observacional (SOATIF-o) basada en las expresiones conductuales de la alianza terapéutica de los clientes, y en las contribuciones observables que hace el terapeuta a la construcción de la misma (Abascal, 2011).

Tabla 9.
Instrumentos SOATIF.

	<i>Clientes</i>	<i>Terapeutas</i>
<i>SOATIF-o</i>	SOATIF-o (44 conductas observables, agrupadas en 4 dimensiones).	SOATIF-o T (43 conductas observables, agrupadas en 4 dimensiones).
<i>SOATIF-s</i>	SOATIF-s para tratamientos individuales (12 ítems, agrupados en 4 dimensiones).	SOATIF-s T para tratamientos individuales (12 ítems, agrupados a 4 dimensiones).
	SOATIF-s para tratamientos conjuntos (16 ítems, agrupados en 4 dimensiones).	SOATIF-s T para tratamientos conjuntos (16 ítems, agrupados a 4 dimensiones).

Los ítems o descriptores observacionales que se miden con el SOATIF-o consisten tanto en conductas positivas, como en conductas negativas observables que indican del nivel de alianza que mantienen los clientes en ese momento determinado del proceso terapéutico; así mismo, la versión del SOATIF-o del terapeuta, permite la codificación de las conductas observables del terapeuta que contribuyen a la construcción de la alianza terapéutica.

Dichas conductas observables, primero son detectadas y registradas usando los indicadores conductuales; y posteriormente, al finalizar la sesión se usan un conjunto de reglas para hacer una estimación global de la calidad de la alianza terapéutica y de sus respectivas cuatro dimensiones, por medio de una escala tipo Likert de siete puntos, que van desde “-3= *alianza muy problemática*”, “0=*neutral, o no reseñable*”, a “+3= *alianza muy fuerte*”. Las reglas utilizadas se encuentran relacionadas a la frecuencia, intensidad, valencia (positiva vs. negativa), e importancia clínica de cada episodio o conducta observable.

De esta forma, cada uno de los miembros familiares, asistentes a la sesión, obtienen una puntuación global sobre la calidad de su alianza terapéutica en el tratamiento, así como una puntuación para cada una de las sub-escalas; a excepción de la dimensión de Sentido de compartir el propósito, donde tan solo se le da una puntuación global para toda la familia.

Para evaluar las contribuciones del terapeuta a la alianza terapéutica se sigue el mismo proceso anteriormente descrito, pero observando tan solo las conductas correspondientes al terapeuta. De esta forma, el terapeuta también obtiene una puntuación global, así como una puntuación correspondiente a cada una de las cuatro sub-escalas.

5.4. PROCEDIMIENTO

5.4.1. Entrenamiento de observadores

El SOATIF-o está diseñado para ser aplicado por evaluadores entrenados, sin necesidad de contar con gran experiencia clínica, mientras observan una sesión de terapia familiar grabada en vídeo. Resulta recomendable que sean al menos dos los observadores que evalúen la sesión familiar para propiciar una comprobación adecuada de fiabilidad inter-observadores (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005).

Es por ello, que para comenzar con el estudio, se entrenó a dos estudiantes de último curso del Grado en Psicología en la observación y codificación de la alianza terapéutica en terapia grupal. De forma simultánea, se entrenó a otras dos estudiantes del mismo curso del Grado en Psicología en la codificación de las contribuciones del terapeuta al fomento de la alianza terapéutica durante el proceso grupal.

El entrenamiento se llevó a cabo con ayuda de vídeos de sesiones grupales llevadas a cabo en la Universidad de Deusto, y del Manual del Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005).

El proceso de entrenamiento consistió en cuatro horas de entrenamiento general con las cuatro codificadoras, y posteriormente cuatro días de cuatro horas cada día por sub-grupos (codificadoras de miembros del grupo, y codificadoras de los terapeutas). De esta forma, se consiguieron veinte horas de entrenamiento para cada una de las codificadoras; donde utilizaron los vídeos de sesiones grupales para prácticas individuales y grupales.

Para el establecimiento de las puntuaciones finales del SOATIF-o en grupos, que oscilan entre $-3 = \text{“alianza muy problemática”}$, $0 = \text{“neutral o no reseñable”}$, y $+3 = \text{“alianza muy fuerte”}$, se tomaron en cuenta las directrices generales del Manual (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005); y de forma complementaria, con el fin de mejorar la precisión de la codificación y el nivel de fiabilidad de inter-observadores, se le añadieron otras directrices (ver Tabla 10).

Las directrices generales mencionadas en el Manual (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005), y ausentes en la Tabla 10, son las siguientes (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005):

1. Cuando haya descriptores positivos y negativos codificados en una misma dimensión, la puntuación oscilará entre: $-1, 0, +1$.

2. Para establecer un acuerdo inter-observadores, se tomará en cuenta el criterio del 80%, con una desviación típica de +/-1.

3. Se dará una puntuación de -3, únicamente cuando el cliente no conecte en absoluto con la terapia, y por lo tanto, resulte muy problemática su alianza

4. Se dará una puntuación de +1 cuando sólo hayan descriptores positivos, y éstos sean de tipo no verbal (postura del cuerpo abierta, contacto ocular, lenguaje corporal reflejando imitación, etc.)

5. Se dará una puntuación de +3 si se encuentra claro que el cliente o terapeuta está involucrado en la terapia, demostrando mucha apretura emocional, tomando parte muy activa del proceso terapéutico, o demostrando un claro e importante aprecio hacia el terapeuta.

Tabla 10.
Directrices extras para la codificación de puntuaciones finales SOATIF-o.

	<i>Intensidad</i>	<i>Puntuación +1</i>	<i>Puntuación +2</i>	<i>Puntuación +3</i>
<i>Leve</i>	Cuando: Haya un episodio detectado en el descriptor.	Cuando:	Cuando: Sean codificados	Cuando: Haya más de 2
<i>Moderada</i>	Cuando: Haya dos episodios detectados en el descriptor.	Existan descriptores codificados con intensidad leve y sean	descriptores con intensidad leve o moderada en la mitad o	descriptores con alta intensidad.
<i>Alta</i>	Cuando: Haya tres o más episodios detectados en el descriptor.	menos de la mitad del número total de ítems de la dimensión.	más de la mitad del total de ítems de la dimensión. Existan 2 descriptores con alta intensidad.	Haya la mitad o más de la mitad del número total de ítems de la dimensión codificados con alta y moderada intensidad.

Para que un descriptor pudiera ser definido como un ítem con acuerdo en la fiabilidad inter-observadores, tras la codificación de toda la sesión, se consideró que ambas observadoras tendrían que coincidir en:

1. La ausencia de episodios o evidencias que permitan la codificación de la alianza como positiva o negativa, y que se encuentren por consecuencia, codificados paralelamente con un cero (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005).

2. Cuando uno o más descriptores u episodios sean codificados por ambas observadoras en el mismo momento temporal/situacional, con la misma persona/cliente en cuestión, y con la misma intensidad detectada.

Es importante mencionar, que a pesar de que originalmente en el manual del SOATIF-o (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005) se aconseja puntuar con una valoración general para todo el grupo/familia en la dimensión de *Sentido de Compartir el Propósito*, dentro del presente estudio, y los posteriores, se decidió tomar una puntuación para cada miembro del grupo con motivo de obtener un detallado análisis del proceso grupal e individual.

5.4.2. Acuerdo inter-observadores

Tomando en cuenta las reglas de codificación anteriormente mencionadas dentro del periodo de entrenamiento, antes de comenzar con la codificación de los vídeos del proyecto, se evaluó el nivel fiabilidad inter-observadores mediante la codificación individual de una sesión grupal tomada al azar y llevada a cabo por dos co-terapeutas dentro de la sesión con 6 miembros grupales.

5.4.3. Evaluación

La evaluación del proceso grupal con el SOATIF-o y el SOATIF-s se realizó cada tercera sesión; es decir durante la primera, tercera, sexta, y novena sesión. Sin embargo, durante todas las sesiones se aplicaron a los miembros del grupo los cuestionarios de evaluación inicial y final de las sesiones; así como los cuestionarios de evaluación final para los terapeutas.

Todas las sesiones fueron video-grabadas para que las observadoras entrenadas en la codificación de la alianza terapéutica mediante el instrumento SOATIF-o pudieran observar y codificar de forma posterior a las mismas.

El proceso de evaluación mediante la codificación con el SOATIF-o consistió, como ya se mencionó en el proceso de entrenamiento de observadores, en dos pasos: 1. La detección y registro de cada una de las conductas observables que conforman el instrumento (ver Friedlander et al., 2005); y 2. El establecimiento de una estimación global de la calidad de la alianza terapéutica para cada una de sus cuatro dimensiones, por medio de una escala tipo Likert de siete opciones de respuesta (“-3= *alianza muy problemática*”, “0=*neutral, o no reseñable*”, a “+3= *alianza muy fuerte*”).

Es importante mencionar, que las reglas tomadas en cuenta para el establecimiento de dicha estimación global en la presente investigación, fueron las acordadas por el equipo y utilizadas en el entrenamiento de las observadoras; mismas que se encuentran anteriormente descritas en dicho apartado.

El proceso de evaluación/codificación se realizó de forma periódica y paralela al proceso del grupo, de tal forma que las observadoras entrenadas acudieron a la Universidad de Deusto días posteriores a la video-grabación para observarlas de forma detallada y realizar sus codificaciones de forma individual.

El objetivo de la evaluación no sólo consistió en la utilización y estimación del nivel de la alianza terapéutica establecida en el grupo; sino que también consistió en la detección de conductas observables de alianza específicas de los formatos grupales, y por tanto, ausentes en el instrumento inicialmente concebido para la intervención grupal. Para ello, se les solicitó a las codificadoras que aunque tan solo se codificara cada tercera sesión del proceso grupal, observaran todas las sesiones para no perder detalles relevantes dentro de entornos grupales, y que mientras observaban las sesiones video-grabadas, anotaran las conductas observables que fueran específicas de contextos grupales y que no se encontraran dentro del instrumento SOATIF-o. Al finalizar el proceso grupal, se realizó una puesta en común de dichas observaciones.

5.4.4. Aspectos ético-legales

Desde el proceso de selección de la muestra, se les garantizó a todos los participantes en el estudio la confidencialidad y anonimato de la información recogida en los cuestionarios y en el registro de las grabaciones vídeo-grabadas, por parte de los co-terapeutas, observadores, colaboradores participantes en el programa a través del espejo uni-direccional, y miembros del grupo participantes.

Todo ello, junto con la autorización a video-grabar las sesiones, fue previamente firmado por medio de un Consentimiento Informado según se recoge en el art. 10 de la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, que garantiza que la persona ha expresado voluntariamente su intención de participar en el estudio, después de haber comprendido la información y condiciones dadas (ver Anexo 5).

5.5. RESULTADOS

5.5.1. Nivel de fiabilidad inter-observadores

El nivel de fiabilidad inter-observadores se encuentra descrito en las Tablas 11, 12, y 13; donde se presentan de forma separada los niveles para las codificadoras de grupo, y para las codificadoras de terapeuta. Así mismo, el nivel de acuerdo inter-observadores se encuentra descrito de dos formas distintas: 1. Por medio del número de descriptores que demostraron un acuerdo completo en relación a su nivel de intensidad, su momento específico en el que fueron detectados, y el número de ocasiones en las que se presentó dicho descriptor (ver Tablas 11 y 13). 2. Por medio de la puntuación global otorgada a cada una de las cuatro dimensiones de alianza terapéutica del SOATIF por cada una de las observadoras entrenadas (ver Tabla 12).

Tabla 11.
Nivel de Acuerdo Inter-Observadores (A.I.O) SOATIF-o por identificación de descriptores del terapeuta.

<i>Dimensión</i>	<i>Total ítems</i>	<i>ítems con Acuerdo Terapeuta 1</i>	<i>ítems con Acuerdo Terapeuta 2</i>	<i>TOTAL ítems con Acuerdo</i>	<i>% A.I.O.</i>
Enganche	13	10	12	22	84.61
Conexión emocional	11	8	9	17	77.27
Seguridad	10	10	10	20	100
Compartir el propósito	9	9	9	18	100
<i>Total</i>	43	37	40	77	89

Tabla 12.
Nivel de Acuerdo Inter-Observadores (A.I.O.) SOATIF-o en puntuaciones globales de terapeutas.

<i>Observadora</i>	<i>Enganche</i>		<i>Conexión emocional</i>		<i>Seguridad</i>		<i>Compartir el propósito</i>		<i>% A.I.O.</i>
	<i>Tpt.1</i>	<i>Tpt.2</i>	<i>Tpt.1</i>	<i>Tpt.2</i>	<i>Tpt.1</i>	<i>Tpt.2</i>	<i>Tpt.1</i>	<i>Tpt.2</i>	
1	+1	0	+3	+1	0	0	+1	0	75
2	+2	+1	+3	+1	0	0	+1	0	
% A.I.O.	0		100		100		100		

Nota: El SOATIF-o cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (“-3= alianza muy problemática”, “0=neutral, o no reseñable”, a “+3= alianza muy fuerte”). Tpta= Terapeuta

Como se puede observar, a pesar de que tanto la dimensión de Enganche como la dimensión de Conexión emocional se encontraron ligeramente rezagadas con respecto al nivel de acuerdo inter-observadores del resto de las dimensiones, la primera fue la única que demostró diferencias en el número de descriptores con acuerdo y en las puntuaciones globales otorgadas por las observadoras. Sin

embargo, la diferencia entre las dos puntuaciones globales es tan solo de +1; dando por resultado una media de correlación intraclase de .94 para las cuatro dimensiones.

Por otro lado, dentro de las codificaciones llevadas a cabo por las observadoras de grupo, también se observaron pequeñas diferencias en cuanto a la intensidad, momento temporal, y/o miembro del grupo referido en la dimensión de Enganche (ver Tabla 13); sin embargo, dichas diferencias no fueron lo suficientemente grandes para ser reflejadas en las puntuaciones globales otorgadas por las observadoras, quedando así una media de correlación intraclase de 1.0; es decir, un acuerdo del 100% para cada una de las dimensiones.

Tabla 13.
Nivel de Acuerdo Inter-Observadores (A.I.O.) SOATIF-o por identificación de descriptores grupales.

<i>Dimensión</i>	<i>Total ítems</i>	<i>ítems con Acuerdo</i>	<i>% A.I.O.</i>
Enganche	11	9	81.81
Conexión emocional	10	10	100
Seguridad	12	12	100
Compartir el propósito	11	11	100
<i>Total</i>	44	42	95.45

Previo al comienzo de la codificación, y al igual que con las dos observadoras entrenadas en la codificación de terapeutas, se realizó un repaso general con las observadoras de grupo; especialmente sobre los descriptores de la dimensión de Enganche, que fueron los descriptores donde se presentaron algunas diferencias.

5.5.2. Fortaleza de la alianza terapéutica en el grupo según el SOATIF-o

Tras haber hecho el entrenamiento y la evaluación de fiabilidad del instrumento, las observadoras entrenadas codificaron la primera, tercera, sexta, y novena sesión de un grupo psicoeducativo (n=5) de 11 sesiones de duración llevado a cabo por dos co-terapeutas.

La Figura 15 describe las puntuaciones medias globales del SOATIF-o en relación a las contribuciones de las co-terapeutas hacia la construcción de la alianza terapéutica durante las sesiones 1, 3, 6, y 9. De forma notoria, se observa que todas las puntuaciones se encuentran dentro de los valores positivos; así como presentan puntuaciones inicialmente altas durante el inicio del proceso del tratamiento (sesión 1 y 3), y posteriormente éstas retroceden durante las sesiones posteriores, iniciando con el retroceso de las dimensiones de Seguridad en el sistema y Enganche en el proceso de tratamiento.

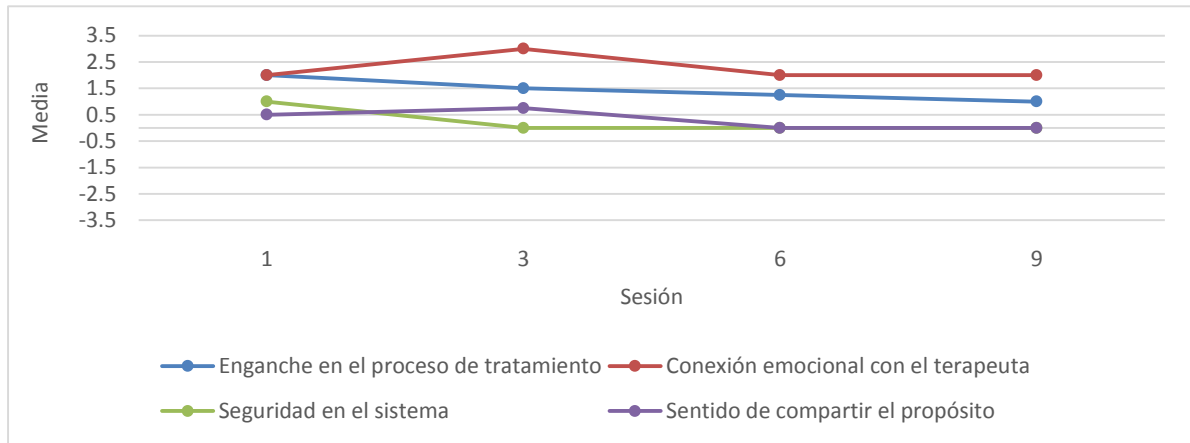


Figura 15: Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión terapeuta durante las sesiones 1, 3, 6, y 9. Estudio I.

Nota: El SOATIF-o cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (“0=neutral, o no reseñable”, “+1= alianza algo fuerte”, “+2= alianza moderadamente fuerte” “+3= alianza muy fuerte”).

Por otro lado, en la Figura 16, que corresponde a las puntuaciones medias globales del SOATIF-o de los clientes, resaltan dos observaciones principales: 1) La estabilidad en la neutralidad de la dimensión de Conexión emocional con el terapeuta durante las sesiones, y 2) El alto nivel de Sentido de compartir el propósito durante el proceso, sobretudo, desde la primera sesión; donde a pesar de que éste baja durante la tercera y sexta sesión, en la novena casi recupera su valor inicial.

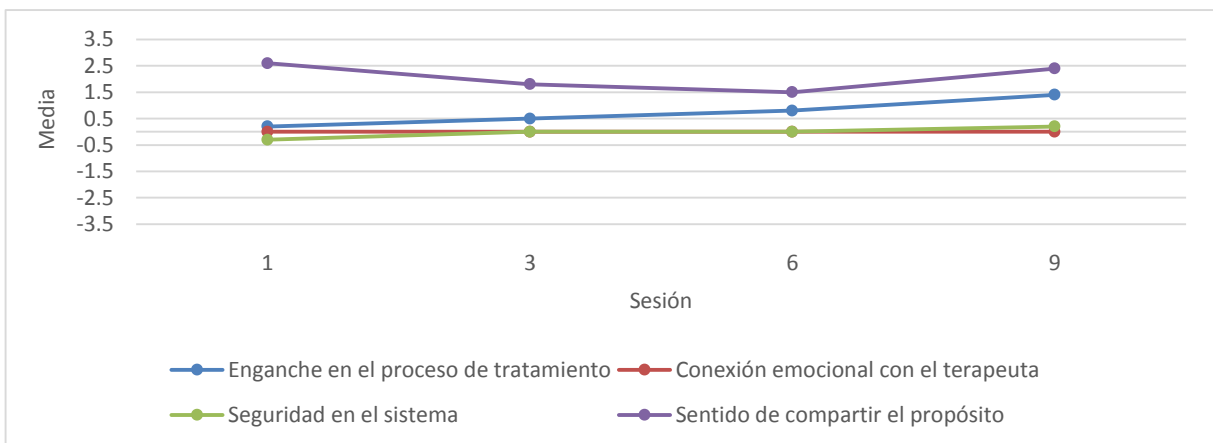


Figura 16: Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión clientes. Estudio I.

Nota: El SOATIF-o cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (“0=neutral, o no reseñable”, “+1= alianza algo fuerte”, “+2= alianza moderadamente fuerte” “+3= alianza muy fuerte”).

A partir de las puntuaciones medias de Enganche y Seguridad durante las sesiones, se observa una significativa correlación lineal positiva entre ambas; tanto en el caso de las co-terapeutas ($R^2= 0.85$ $p<0.05$), como en el de los miembros del grupo ($R^2= 0.77$, $p<0.05$).

5.5.3. Conductas observables de la Alianza Terapéutica en el grupo

A continuación, en las Tablas 14, 15, 16, y 17 se observa la frecuencia de ocurrencia cada una de las conductas observables que el instrumento SOATIF-o permite codificar mediante los descriptores de cada una de las cuatro dimensiones de alianza terapéutica (Enganche en el proceso, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema, y Sentido de compartir el propósito).

Como se puede observar en la Tabla 14, en la dimensión de Enganche, resultó ser más frecuente que el terapeuta explicara el funcionamiento de la terapia grupal durante el tratamiento, y que preguntara a los miembros del grupo sobre su disposición para realizar alguna tarea o actividad especial dentro de las sesiones; lo cual, podría estar relacionado con la frecuencia del cumplimiento de dichas tareas por parte de los miembros del grupo durante las sesiones. Así mismo, aunque no de forma muy frecuente, el terapeuta estimuló la definición de metas en la terapia, y los clientes introdujeron un problema para discutirlo dentro de las sesiones.

Tabla 14.
Frecuencia de aparición de los descriptores de Enganche (SOATIF-o). Estudio I.

Clientes	F	Terapeuta	F
El cliente indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta	0	El terapeuta explica cómo funciona la terapia	15
El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación	0	El terapeuta pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión *	0
El cliente introduce un problema para discutirlo	2	El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia.	2
El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren	2	El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión *	5
El cliente indica que ha hecho una tarea o la ha visto como útil	1	El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación-sugerencia o hacer una tarea en casa (o fuera de la sesión)	2
El cliente expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo	0	El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente *	2
El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar alguna interacción delante de él	8	El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir *	1
El cliente se inclina hacia delante (postura corporal)	1	El terapeuta captura la atención del cliente (por ej.: inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)	0
El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia, o una sesión en concreto	0	El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer.	3
<i>El cliente expresa sentirse "atascado" o afirma que la terapia no ha sido o no es útil</i>	1	El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar	0
<i>El cliente muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia</i>	0	<i>El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimiento sin pedir la colaboración del cliente</i>	0
		<i>El terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito, o valor de la terapia *</i>	0

En la Tabla 15, correspondiente a la dimensión de Conexión emocional con el terapeuta, fueron frecuentes los momentos humorísticos propiciados por el terapeuta, así como la expresión empática por parte del terapeuta a las dificultades que expresaban los clientes. De esta forma, se observa el fomento de la Conexión emocional por parte de los terapeutas con estas dos acciones, y la ausencia de acciones o descriptores en relación a la Conexión emocional por parte de los miembros del grupo.

Tabla 15.

Frecuencia de aparición de descriptores de Conexión emocional con el terapeuta (SOATIF-o, versión clientes). Estudio I.

Cientes	F	Terapeuta	F
El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta	0	El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente *	30
El cliente verbaliza su confianza en el terapeuta	0	El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente *	0
El cliente expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta	0	El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha.	2
El cliente indica que se siente entendido o aceptado por el terapeuta	0	El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (por ej., darle la mano, una palmada, etc.)*	0
El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta	0	El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.	1
El cliente imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta	0	El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal *	0
<i>El cliente evita el contacto ocular con el terapeuta</i>	0	El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.	0
<i>El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta</i>	0	El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ej., “Se lo duro que debe ser”, “Siento su dolor” o llora con los clientes).	11
<i>El cliente tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta</i>	0	El terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (entendiendo que llorar, mostrar sentimientos dolorosos, etc. son muestras de vulnerabilidad del cliente).	1
<i>El cliente hace comentarios sobre la incompetencia o inadecuación del terapeuta</i>	0	<i>El terapeuta tiene interacciones hostiles, críticas o sarcásticas con el cliente*</i>	0
		<i>El terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente.</i>	0

Con respecto a la dimensión de Seguridad en el sistema (ver Tabla 16), también tendiente a la neutralidad, y por lo tanto, poco frecuente la detección de descriptores relativos a dicha dimensión, el terapeuta proporcionó estructura y directrices de confidencialidad y seguridad en un par de ocasiones, así como un miembro demostró en una ocasión señales de ansiedad y conductas de auto-protección de forma no verbal; mismas que debieron de ser muy ligeras, ya que tampoco fue codificado el descriptor relativo a la desatención de expresiones claras de vulnerabilidad de los clientes por parte del terapeuta.

Tabla 16.
Frecuencia de aparición de los descriptores de Seguridad (SOATIF-o). Estudio I.

Clientes	F	Terapeuta	F
El cliente indica o afirma que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía	0	El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas *	0
El cliente varía su tono emocional durante la sesión (por ej., se ríe o llora)	0	El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad	2
El cliente "abre" su intimidad (por ej., comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, llora, etc.)	0	El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente (por ejemplo, equipo de grabación, informes a terceras partes, equipo de observación del tratamiento, espejo unidireccional, procedimientos de investigación, etc.) *	0
El cliente tiene una postura corporal abierta (relajada; se ha de observar fundamentalmente la parte superior del cuerpo: tronco y brazos)	0	El terapeuta ayuda a los clientes a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros.	0
El cliente revela un secreto o algo que ningún miembro de la familia sabe	0	El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes.	0
El cliente anima a otro miembro de la familia a abrirse o decir la verdad	0	El terapeuta protege activamente un miembro de la familia de otro (por ej., de acusaciones, hostilidad o intrusismo emocional).	0
El cliente pregunta directamente a los demás miembros de la familia que opinen de él como persona o de sus conductas	0	El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad cuando parece haber tensión o ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.).	0
El cliente expresa ansiedad de forma no verbal (por ej., da golpecitos, se agita, se mueve)	1	El terapeuta pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión.	0
El cliente se protege de forma no verbal (por ej., cruza los brazos sobre el pecho, no se quita la ropa de abrigo o el bolso, se sienta lejos del grupo, etc.)	1	El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación.	0
El cliente rechaza o es reticente a la hora de responder cuando otro miembro del grupo le habla	0	El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ej., llanto, defensividad, etc.)	0
El cliente responde defensivamente a otro miembro del grupo	0		
El cliente menciona de forma ansiosa/incómoda la cámara, los observadores, la supervisión, o los procedimientos de investigación.	0		

Finalmente, dentro de la dimensión de Sentido de compartir el propósito (ver Tabla 17), tendiente a ser fuerte, se observó de forma frecuente que los miembros compartieran entre ellos un momento humorístico. Así mismo, se observó el fomento hacia la formación de acuerdos de compromiso entre los clientes por parte de terapeuta, y que éste mismo subrayara de forma ocasional sus similitudes en relación a valores, experiencias, necesidades, sentimientos, o perspectivas sobre algún problema o su solución.

Tabla 17.
Frecuencia de aparición de los descriptores de Sentido de compartir el propósito (SOATIF-o). Estudio I.

Clientes	F	Terapeuta	F
Los miembros del grupo ofrecen un acuerdo de compromiso	0	El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes*	1
Los miembros del grupo comparten entre ellos una broma o un momento gracioso	15	El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista *	0
Los miembros del grupo se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	0	El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros *	0
Los miembros del grupo validan mutuamente sus puntos de vista	0	El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución.	3
Los miembros del grupo reflejan-reproducen posturas corporales similares	0	El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos.	2
Los miembros del grupo evitan el contacto ocular entre ellos	0	El terapeuta anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros.	0
Los miembros del grupo se culpan unos a otros	0	El terapeuta anima a los clientes a pedir confirmación y opinión (feedback) por parte de otros *	0
Unos miembros del grupo devalúan la opinión o perspectiva de otros	0	El terapeuta no interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor o la necesidad de la terapia *	0
Miembros del grupo tratan de aliarse con el terapeuta en contra de otros miembros de la familia	0	El terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas por un miembro de la familia discutiendo únicamente las preocupaciones de otro.	0
El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros del grupo	0		
Algunos miembros de la familia no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas, o las tareas de la terapia, o sobre quién debe ser incluido en las sesiones	0		

5.5.4. Progreso terapéutico y alianza terapéutica auto-reportada

Como puede observarse en la Tabla 18, se describe un progreso terapéutico moderado reportado por los miembros del grupo durante las cuatro sesiones, con un nivel ligeramente más alto durante la sesión 6.

Adicionalmente, se encontró una correlación significativa entre la percepción de mejoría y la percepción retrospectiva de utilidad de las sesiones ($r = .534$, $p < .01$); así como un significativo incremento lineal progresivo de la percepción de mejoría ($R^2 = .60$), utilidad ($R^2 = .63$), impacto de las sesiones ($R^2 = .43$), y satisfacción de los co-terapeutas con las sesiones ($R^2 = .43$).

Es por todo ello que se puede concluir que hubo un progreso terapéutico moderado que fue incrementando de forma lineal durante el curso de las sesiones; donde la percepción de utilidad de las mismas jugó un papel importante en la percepción de mejoría.

Tabla 18.
Descripción estadística del progreso terapéutico (medidas de auto-informe). Estudio I.

	Sesión 1		Sesión 3		Sesión 6		Sesión 9	
	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.	M	D.E.
Percepción de los clientes								
Mejoría hasta el momento			2.4	.89	3.25	.5	3	0
Impacto de las sesiones	.6	.54	.8	.44	1.25	.5	.8	.44
Utilidad de las sesiones	3	0	3.6	.55	3.5	.57	3.6	.55

Nota: sesión 3 N= 5; sesión 6 N= 5; sesión 9 N= 5. Mejoría (rango de puntuaciones entre 1 y 5), e Impacto (rango de puntuaciones entre -2 a +2) fueron medidas durante la sesión 3 y 6; y Utilidad (rango de puntuaciones entre 1 y 5) fue medida durante la sesión subsecuente de las sesiones 3, 6, y 9.

En la Tabla 19, se pueden observar las puntuaciones naturales de los auto-informes de alianza terapéutica (SOATIF-s), junto con un nivel de mejoría sacado por medio de la diferencia entre el valor inicial de percepción de mejoría dado por los miembros del grupo durante la primera sesión, y el valor que dieron durante la última sesión del proceso. Al tratarse del valor de mejoría dado por los miembros del grupo en la aplicación del instrumento de *Progreso terapéutico* (ver sección de instrumentos), los valores posibles para la variable de mejoría, oscilarían entre 0 y 4; aunque debido a que la percepción de mejoría en el grupo fue típicamente moderada, éstos valores oscilan entre 0 y 2.

Tabla 19.
SOATIF-s y mejoría durante la tercera, sexta, y novena sesión. Estudio I.

Cl.	SOATIF-s															Mejoría*
	Sesión 3					Sesión 6					Sesión 9					
	Eng.	CE	Seg.	CP	T	Eng.	CE	Seg.	CP	T	Eng.	CE	Seg.	CP	T	
1	13	14	15	17	59	-	-	-	-	-	14	15	15	17	61	2
2	16	15	16	17	64	16	15	19	18	68	16	14	16	14	60	1
3	19	18	15	17	69	13	14	17	15	59	20	19	16	17	72	2
4	16	17	16	18	67	18	17	19	18	72	17	16	16	17	66	2
5	17	18	17	11	63	17	16	16	16	65	17	16	16	8	57	0
Tpt.																
1	17	14	15	16	62	-	-	-	-	-	18	16	16	17	67	
2	18	16	14	16	64	-	-	-	-	-	17	14	17	17	65	

Nota: Eng.= Enganche en el proceso terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; Seg= Seguridad en el sistema; CP= Sentido de compartir el propósito con el grupo; T= Total; Tpt.= Terapeuta. Las puntuaciones de las dimensiones del SOATIF-s oscilan entre un rango posible de 4-20, y sus puntuaciones totales de 16-80. * El puntaje de mejoría está sacado por la diferencia entre la mejoría (con un rango de puntuación entre 1= "nada" y 5= "mucho") inicial, menos el valor de mejoría final. Durante la sesión 6 los co-terapeutas no completaron con los cuestionarios; así como el cliente 1.

Como puede observarse, tanto los co-terapeutas como la mayoría del grupo mantienen puntuaciones altas y constantes.

Así mismo, la única diferencia entre los puntajes de los clientes que percibieron mejoría y los puntajes del cliente que no lo hizo, se encontró relacionada con la diferencia en el nivel de Sentido de Compartir el propósito durante la tercera y novena sesión.

Dentro de las diferencias encontradas en dicha sub-escala, se encuentran que el cliente número 5 dudaba, o no aseguraba, tener objetivos y metas en común con el resto de los miembros del grupo.

5.5.5. Elementos facilitadores

Como se mencionó anteriormente, dentro de los instrumentos que midieron el progreso terapéutico se les hizo una pregunta a los clientes, durante todas las sesiones, que estuvo compuesta por siete opciones múltiples de respuesta donde ellos podían identificar los elementos que, según su experiencia, fueron los que les ayudaron más. Adicionalmente, se les dio el espacio a los clientes para escribir cualquier otro elemento que consideraran que les había sido de ayuda durante el curso de las sesiones.

En la Figura 17, se observa la frecuencia con la que los cinco miembros del grupo identificaron los diferentes elementos facilitadores proporcionados en las opciones múltiples de respuesta.

Como puede observarse, los clientes percibieron que las contribuciones de las co-terapeutas y de los miembros del grupo acerca de sus diferentes puntos de vista e historias personales, favorecieron su progreso mediante la reflexión durante y después de las sesiones en el curso del tratamiento.

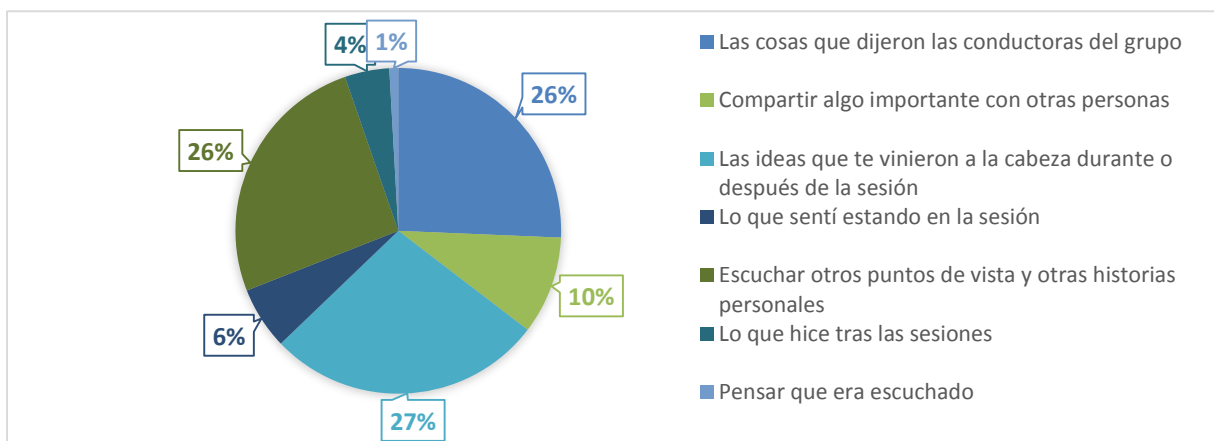


Figura 17: Percepción de elementos facilitadores durante el tratamiento.

Así mismo, aunque de forma un poco menos frecuente, los clientes expresaron haberse beneficiado de la experiencia de compartir algo importante para ellos con otras personas; y expresaron de forma escrita durante las primeras sesiones haberse sentido optimistas hacia el logro de sus objetivos debido a la tranquilidad y estructura inicial que transmitieron las co-terapeutas. Además, otro aspecto facilitador inicial detectado por los clientes fue que éstos percibieran una buena disposición de todos los participantes hacia el trabajo grupal, y la escucha mutua; aspecto que quizás haya favorecido las posteriores expresiones escritas de introspección, toma de conciencia, y adquisición de nuevas habilidades.

5.5.6. Consideraciones para la evaluación con el SOATIF-o en entornos grupales

Resulta importante mencionar las distintas dificultades que trae consigo la codificación de sesiones grupales; donde en muchas ocasiones, el grupo se contagia, se emociona, y participa de forma conjunta y simultánea en distintas interacciones verbales y no verbales; donde inclusive éstas envuelven al equipo de terapeutas detrás del espejo unidireccional.

Sin embargo, mediante esta primera experiencia con el SOATIF-o en intervenciones grupales, y la puesta en común de observaciones entre codificadoras y equipo de terapeutas durante todo el tratamiento, se encontraron ciertos aspectos que fueron considerados relevantes dentro de los contextos grupales, y susceptibles a ser considerados como parte de las adaptaciones del instrumento.

- Considerar aspectos relacionados con la conexión emocional entre los miembros del grupo; como lo pueden ser expresar interés personal hacia uno o más miembros del grupo (por ej. preguntarse cómo se encuentran, cómo se sienten, cómo ha transcurrido la semana, etc., o expresar haberse recordado durante la semana, o apoyarse mutuamente en momentos de vulnerabilidad emocional).
- Valorar no sólo aspectos relacionales entre los miembros del grupo, sino también entre cada miembro y la íntima experiencia de vivir y experimentar al grupo como una entidad; es decir, cómo cada uno se siente o no identificado, escuchado, y aceptado por el grupo.
- Contemplar aspectos relacionados al aprendizaje vicario; ya sea por medio de la petición explícita de consejo entre los miembros del grupo, o por medio del reconocimiento directo de *haberse llevado* algún aprendizaje de alguien más, o de la experiencia de haber escuchado otros testimonios y formas de sentir, actuar, o pensar.

5.6. DISCUSIÓN

El presente estudio pretendió ser un primer contacto en la investigación de procesos grupales con el instrumento SOATIF; donde se demostró una alta fiabilidad inter-observadores tras el previo entrenamiento de las codificadoras que continuarán siendo parte de los próximos estudios.

Así mismo, mediante la utilización de los diferentes instrumentos de proceso empleados, se evidenció un progreso terapéutico moderado que fue incrementando de forma progresiva y lineal durante el transcurso de las sesiones; donde la percepción de utilidad de las mismas jugó un papel importante en la percepción de dicha mejoría.

Adicionalmente, dentro del estudio de proceso del presente grupo psico-educativo, se evidenció la importancia del favorecimiento de la Seguridad en el sistema terapéutico por parte del terapeuta para promover el intercambio de ideas entre los miembros del grupo, y favorecer un clima de trabajo libre de prejuicios que permitiera la introspección y el trabajo personal intra e inter-sesiones.

A pesar de que gran parte de las contribuciones a la formación de una sólida alianza terapéutica por parte de las co-terapeutas estuvieron encaminadas al favorecimiento de una fuerte conexión emocional, resulta llamativo que ésta se mantuviera neutralmente estable por parte de los miembros del grupo durante todo el curso del tratamiento, y que en el caso del Sentido de compartir el propósito no se hayan necesitado de mayores contribuciones del terapeuta que resaltar en algunas ocasiones las similitudes entre ellos, y favorecer en una ocasión el acuerdo de objetivos para lograr que percibieran un alto Sentido de compartir el propósito durante todo el tratamiento.

Quizás, la selección de una muestra homogénea en el motivo de consulta y heterogénea en las características personales de los miembros del grupo, haya podido favorecer la identificación entre el grupo, y la generación de unos objetivos de trabajo en común.

Se considera importante resaltar la importancia del trabajo terapéutico por medio de un equipo de terapeutas y supervisores, que promuevan el intercambio de ideas y enriquezcan desde distintos ángulos el estudio de los procesos grupales; ya que como se ha mencionado, la experiencia en el estudio resalta la dificultad para identificar las múltiples interacciones verbales y no verbales que surgen, en ocasiones al mismo tiempo, y que modifican constantemente el proceso dinámico del grupo.

Finalmente, a pesar de que aún falta tomar en cuenta las consideraciones necesarias para la sacar el mayor provecho del instrumento SOATIF en intervenciones grupales, se hizo evidente su utilidad, así como la de los cuestionarios de progreso terapéutico, en el campo de la intervención clínica e investigación de los procesos grupales.

FASE II.

6. ESTUDIOS MULTIFAMILIARES

6.1. TIPO DE ESTUDIO Y MUESTRA

De forma posterior al estudio piloto, se realizaron dos estudios secuenciales de investigación aplicada en grupos multifamiliares dirigidos a familias que se encontraran en una situación de riesgo psicosocial moderado; es decir, familias que presentaran problemáticas psicosociales, tales como desempleo, inmigración, drogodependencias, violencia, absentismo escolar, sentimientos de abandono y desesperanza, etc., y que aún no hubieran sido institucionalizadas y/o atendidas por los servicios de protección a la infancia en su respectiva comunidad autónoma debido a que no alcanzaran la gravedad suficiente para ser atendidas por los mismos.

En la Tabla 20 se muestran los estudios desarrollados; indicando el sitio donde fueron llevados a cabo, la fecha y periodo, y por último, el número de adolescentes y familiares participantes; conformando así un total de 14 familias atendidas (n=37).

Tabla 20.
Grupos Multifamiliares desarrollados

<i>Estudio</i>	<i>Lugar</i>	<i>Periodo</i>	<i>Familias</i>	<i>Adolescentes</i>	<i>Familiares</i>
II	<i>DeustoPsych</i> , Universidad de Deusto (UD, Bilbao)	marzo-junio 2014	6	6	9
III	<i>Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF)</i> , A Coruña, Galicia	mayo-junio 2014	8	9	13
TOTALES			14	15	22

6.2. INSTRUMENTOS

En ambos estudios se pretendió conformar un grupo multifamiliar independiente compuesto por un intervalo de 6 a 8 familias con hijos adolescentes; donde se estudiará, mediante los mismos instrumentos (ver Tabla 21), el nivel de impacto de la intervención en el favorecimiento del funcionamiento familiar.

Así mismo, tras un periodo de investigación profunda, se seleccionaron también los instrumentos más influyentes y empíricamente utilizados en la investigación de proceso en intervenciones grupales; de tal forma que se logran evidenciar los elementos y mecanismos de acción que operan en los grupos multifamiliares, y que éstos fueran capaces de valorar el comportamiento del instrumento SOATIF en dicha modalidad de intervención.

De esta forma, se utilizaron en total 10 instrumentos de resultado, aplicados previa y posteriormente al tratamiento, y 5 instrumentos de proceso aplicados durante el proceso del tratamiento (ver Tabla 21).

Tabla 21.
Instrumentos empleados en los Grupos Multifamiliares.

<i>Instrumentos de Resultado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Recursos Familiares (<i>Family Strengths Scale</i>- versión española; FStS-VE) • Escala de Satisfacción Familiar (<i>Family Satisfaction Scale</i>- versión española; FCS-VE) • Escala de Comunicación Familiar (<i>Family Communication Scale</i>- versión española; FCS-VE)
	<ul style="list-style-type: none"> • Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (<i>Optimismo Fundado</i>; BEEGC-R22)
	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del <i>Child's Report of Parent Behavior Inventory</i> (CRPBI) a población española
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Child's Behavior Check List</i> (CBCL) <ul style="list-style-type: none"> Sub-escala de Agresión Sub-escala de Conducta Disruptiva Sub-escala de Ansiedad/Depresión Sub-escala de Evitación/Depresión • <i>Youth Self Report</i> (YSR) <ul style="list-style-type: none"> Sub-escala de Ansiedad/Depresión Sub-escala de Evitación/Depresión
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi-estructurada pre-tratamiento • <i>Guía de Investigación y Evaluación ante situaciones de Desprotección en la Infancia</i> (Junta de Castilla y León) • Entrevista semi-estructurada post-tratamiento
	<i>Instrumentos de proceso</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Progreso terapéutico (<i>Therapeutic progress</i>) 	

6.2.1. Instrumentos de resultado

Para conocer la eficacia de la intervención, se evaluó previa y posteriormente al proceso de intervención con los instrumentos descritos en las Tablas 22- 29.

- **Recursos familiares** (*Family Strengths*). Es una escala desarrollada por (Olson, Portner, & Bell, 1982) y adaptada a la población española (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, & Sanz, 2006) que valora los recursos y capacidades familiares para hacer frente a los potenciales estresores; como lo son: competencia, lealtad, confianza, orgullo y respeto. La versión breve empleada consta de 12 ítems (Tabla 22).

Tabla 22.
Escala de Recursos Familiares (*Family Strengths Scale- versión española; FStS-VE*)

		Nº de sub-escalas: 2		
Descripción de la escala	• Nº de ítems	Consta de 12 ítems		
	• Corrección	Sumatorio de los ítems		
	• Ítems inversos	Ninguno		
Características psicométricas	• Fiabilidad	Escala o Sub-escala	<i>Alpha de Cronbach</i>	Correlación <i>Test-Retest</i> (<i>r de Pearson</i>)
		FCS-VE	.85	.91
		Recursos Familiares I	.84	.87
	• Validez	Recursos Familiares II	.55	.54
		• Buena validez de contenido		
		• Buena validez de constructo		
Sub-escalas	• Recursos Familiares I	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12		
	• Recursos Familiares II	Ítems 6, 9, 11		

- **Satisfacción Familiar** (*Family Satisfaction*; Olson, McCubbin, et al., 1982). Cuenta con 10 ítems con los cuales se evalúa el grado de satisfacción experimentado con aspectos relacionados con la cohesión y adaptabilidad familiar. Se empleó la versión adaptada al español de Martínez-Pampliega et al., (2006; ver Tabla 23).

Tabla 23.
Escala de Satisfacción Familiar (FStS-VE).

		Nº de sub-escalas: unidimensional		
Descripción de la escala	• N° de ítems	Consta de 10 ítems		
	• Corrección	Sumatorio de los ítems		
	• Ítems inversos	Ninguno		
Características psicométricas	• Fiabilidad	Escala o Sub-escala	<i>Alpha de Cronbach</i>	Correlación <i>Test-Retest</i> (<i>r de Pearson</i>)
		FCS-VE	.92	.95
	• Validez	<ul style="list-style-type: none"> • Buena validez de contenido • Buena validez de constructo 		

- **Comunicación Familiar** (*Family Communication*; Barnes & Olson, 1982). Este instrumento es una versión corta del cuestionario PAC (Parent-Adolescent Communication), el cual fue creado con el fin de cubrir la tercera dimensión del modelo circunplejo. En este estudio se empleó la versión adaptada de Martínez-Pampliega et al., (2006), de 10 ítems (Ver Tabla 24).

Se trata de una escala unidimensional centrada en las habilidades positivas de la comunicación; es decir, la libertad para un libre intercambio de información, de hechos y emociones; el sentido de ausencia de restricción y el grado de comprensión y satisfacción experimentado en la relación.

Tabla 24.
Escala de Comunicación Familiar (FStS-VE).

		Nº de sub-escalas: unidimensional		
Descripción de la escala	• N° de ítems	Consta de 10 ítems		
	• Corrección	Sumatorio de los ítems		
	• Ítems inversos	Ninguno		
Características psicométricas	• Fiabilidad	Escala o Sub-escala	<i>Alpha de Cronbach</i>	Correlación <i>Test-Retest</i> (<i>r de Pearson</i>)
		FCS-VE	.88	.88
	• Validez	<ul style="list-style-type: none"> • Buena validez de contenido • Buena validez de constructo 		

- **Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control** (BEEGC-Optimismo fundado, Palenzuela, D., 2013) Es una escala tipo Likert con 9 opciones de respuesta que van desde “totalmente en desacuerdo”=1, a “totalmente de acuerdo”=9. La escala está basada en la teoría del control personal de Palenzuela, (1988); que a su vez, se encuentra fundamentada en la teoría

del aprendizaje social de Rotter (1966), la teoría cognitivo social de Bandura, y la teoría de la indefensión aprendida de Seligman, (1983). Como se puede observar en la Tabla 19, el análisis factorial confirmatorio realizado con el LISREL revela una estructura de 5 factores que en conjunto componen las tres dimensiones de las expectativas generalizadas de control: a) las expectativas de autoeficacia (SE); que hacen referencia a los juicios de las personas sobre sus propias capacidades, b) las expectativas de locus de control (LOC), referidas a en qué medida uno espera que los acontecimientos o resultados que puedan acontecerle o tener lugar en su vida serán o no contingentes con sus acciones y en qué medida cree en la suerte, y finalmente, e) las expectativas de éxito (EOS), que se refieren a la estimación subjetiva de una persona de en qué medida espera conseguir una meta, un refuerzo o un resultado deseado.

Tabla 25.

Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-Optimismo fundado).

Nº de sub-escalas: 6														
Descripción de la escala	<ul style="list-style-type: none"> Nº de ítems Corrección Ítems inversos 	Consta de 22 ítems Promedio por sub-escalas Ninguno												
Características psicométricas	<ul style="list-style-type: none"> Fiabilidad 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Escala o Sub-escala</th> <th>Alpha de Cronbach</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Contingencia</td> <td>.88</td> </tr> <tr> <td>Indefensión</td> <td>.77</td> </tr> <tr> <td>Suerte</td> <td>.87</td> </tr> <tr> <td>Autoeficacia</td> <td>.75</td> </tr> <tr> <td>Éxito</td> <td>.86</td> </tr> </tbody> </table>	Escala o Sub-escala	Alpha de Cronbach	Contingencia	.88	Indefensión	.77	Suerte	.87	Autoeficacia	.75	Éxito	.86
		Escala o Sub-escala	Alpha de Cronbach											
		Contingencia	.88											
		Indefensión	.77											
		Suerte	.87											
	Autoeficacia	.75												
Éxito	.86													
<ul style="list-style-type: none"> Validez 	<ul style="list-style-type: none"> Buena validez de contenido Buena validez de constructo 													
Sub-escalas	<i>Optimismo Fundado</i>													
	<ul style="list-style-type: none"> Contingencia 	Ítems 7, 12, 19												
	<ul style="list-style-type: none"> Autoeficacia 	Ítems 2, 8, 13, 20												
	<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de alternativas 	Ítems 3, 9, 15, 21												
	<ul style="list-style-type: none"> Éxito 	Ítems 4, 10, 16, 22												
	<i>Creencias de control externo</i>													
	<ul style="list-style-type: none"> Indefensión 	Ítems 5, 11, 17												
	<ul style="list-style-type: none"> Suerte 	Ítems 6, 14, 18												

- **Adaptación del *Child's Report of Parent Behavior Inventory (CRPBI)* a población española** (Samper, Cortés, Mestre, Nácher, & Tur, 2006). El CRPBI es un instrumento que permite evaluar la disciplina familiar que perciben los hijos, tanto en su relación con el padre, como en su relación con la madre. El instrumento está basado en un modelo tridimensional que identificó tres pares de factores ortogonales denominados: a) Aceptación frente a rechazo, b) Autonomía psicológica frente a Control Psicológico (control parental a través de la dominación y la inducción de culpa y ansiedad), y c) Control firme frente Control laxo (control parental a través de la imposición de reglas y establecimiento de límites).

Las dimensiones de afecto/apoyo y control en los estilos de crianza que se perciben por parte del padre y de la madre son dimensiones claras, potentes y fiables en nuestra población (ver Tabla 20). Los ítems se presentan a modo de escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta (“nunca”, “casi siempre”, y “siempre”) que plantean diferentes situaciones propias de la vida y educación familiar a las que el hijo/a debe contestar su grado de acuerdo. De esta forma, la aplicación de este instrumento permite obtener una puntuación para las madres (en una escala de 20 ítems), y otra puntuación para los padres (con una escala de 27 ítems).

Tabla 26.
Adaptación del *Child's Report of Parent Behavior Inventory (CRPBI)* a población española.

		Nº de sub-escalas: 4		
Descripción de la escala	• Nº de ítems	Consta de un único formato de 29 ítems aplicados a la madre, y esos mismos 29 para el padre.		
	• Corrección	Promedio por sub-escalas		
	• Ítems inversos	16 ítems inversos, correspondientes a la evaluación negativa (van del 14 al 29)		
Características psicométricas	• Fiabilidad	Padres	Apoyo y estimulación a la toma de decisiones	0,85
		Madres	Evaluación negativa	0,82
			Apoyo y estimulación a la toma de decisiones	0,88
			Evaluación negativa	0,84
				• Buena validez de contenido
	• Buena validez de constructo			
Sub-escalas	Madre			
	• Apoyo	Ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11		
	• Evaluación negativa	Ítems 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29		
	Padre			
	• Apoyo	Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 1, 11, 12, 13		
	• Evaluación negativa	Ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28		

- **Child Behavior Check List (CBCL;** Achenbach & Rescorla, 2001). El instrumento ha sido modelado sobre versiones anteriores de esta misma prueba (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991) para ser contestado por los padres u otros cuidadores del niño entre 6 y 18 años de edad que puedan observar su comportamiento en el contexto familiar. En total, consta de 120 ítems que evalúan problemas conductuales, emocionales y sociales transcurridos durante los últimos 6 meses mediante una escala tipo Likert de 3 opciones de respuesta (1= “no es cierto”, 1= “algunas veces cierto”, 2= “cierto muy a menudo”).

Debido a que es una prueba de evaluación elaborada desde el enfoque psicométrico-dimensional, los diferentes ítems han sido sometidos al análisis de sus componentes principales a fin de

identificar grupos de problemas que tienden a co-existir. Los análisis factoriales de segundo orden sobre los ocho síndromes ponen de manifiesto dos agrupaciones que diferencian entre trastornos internalizados y trastornos externalizados. Las sub-escalas utilizadas para la presente investigación fueron: Agresividad, Conducta disruptiva, y Ansiedad/Depresión (ver Tabla 27).

Tabla 27.
Child's Behavior Check List (CBCL).

N° de sub-escalas aplicadas: 3				
Descripción de la escala	• N° de ítems	120 ítems		
	• Corrección	Promedio por sub-escalas		
	• Ítems inversos	No tiene		
Características psicométricas	• Fiabilidad	Escala o Sub-escala	Alpha de Cronbach	
		Problemas afectivos	.82	
		Problemas de ansiedad	.72	
		Problemas somáticos	.75	
		Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	.84	
		Problemas por Oposición Desafiante	.86	
	• Validez	• buena validez de contenido		
		• buena validez de constructo		
		• Agresividad	Ítems 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104	
			• Conducta Disruptiva	Ítems 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 97, 99, 101, 105, 106
Sub-escalas	• Ansiedad/Depresión	Ítems 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112		
	• Aislamiento	Ítems 5, 65, 69, 75, 102, 103, 111		
	• Quejas somáticas	Ítems 47, 49, 51, 54, 56		
	• Problemas sociales	Ítems 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79		
	• Agresividad	Ítems 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 88, 89, 94, 95, 97, 104		
	• Conducta Disruptiva	Ítems 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 73, 81, 82, 90, 96, 97, 99, 101, 105, 106		

- **Youth Self Report (YSR;** Achenbach y Rescorla, 2001). La escala consta de 105 ítems referidos a posibles problemas, y 14 ítems de discapacidad social con tres opciones de respuesta ($1 =$ “no es cierto”, $1 =$ “algunas veces cierto”, $2 =$ “cierto muy a menudo”), y al igual que el CBCL, se encuentra precedida por versiones anteriores (Achenbach & Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991); aunque ésta mantiene un rango de edad para su aplicación más restrictivo: de 11 a 18 años (ver Tabla 28), y permite evaluar las competencias, el funcionamiento adaptativo, y los problemas conductuales, emocionales y sociales del niño a partir de la información que facilita él mismo.

Así mismo, mide de igual forma los 8 síndromes anteriormente mencionados en el instrumento CBCL; aunque para la presente investigación, tan sólo se utilizó la sub-escala de Depresión/Ansiedad.

De forma paralela al CBCL, el YSR facilita la comparación sistemática de diversas fuentes de información al ofrecer los resultados de los mismos 8 síndromes agrupados en las mismas escalas.

Tabla 28.
Youth Self Report (YSR).

		Nº de sub-escalas aplicadas: 1		
Descripción de la escala	• N° de ítems	119 ítems		
	• Corrección	Promedio por sub-escalas		
	• Ítems inversos	No tiene		
		Escala o Sub-escala	<i>Alpha de Cronbach</i>	
		Problemas afectivos	.81	
		Problemas de ansiedad	.67	
Características psicométricas	• Fiabilidad	Problemas somáticos	.75	
		Problemas Déficit de Atención e Hiperactividad	.77	
		Problemas por Oposición Desafiante	.70	
	• Validez	• buena validez de contenido		
		• buena validez de constructo		
	Sub-escalas	• Agresividad	Ítems 3, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 37, 57, 68, 86, 87, 89, 94, 95, 97, 104	
		• Conducta Disruptiva	Ítems 2, 26, 28, 39, 43, 63, 67, 72, 81, 82, 90, 96, 99, 101, 105	
		• Ansiedad/Depresión	Ítems 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91, 112	
		• Aislamiento	Ítems 5, 65, 69, 75, 102, 103, 111	
		• Quejas somáticas	Ítems 47, 51, 54, 56,	
• Problemas sociales		Ítems 11, 12, 25, 27, 34, 36, 38, 48, 62, 64, 79		
• Problemas de pensamiento		Ítems 9, 18, 40, 46, 58, 66, 70, 76, 83, 84, 85, 100		
	• Problemas de atención	Ítems 1, 4, 8, 10, 13, 17, 41, 61, 78		

- **Entrevistas semi-estructuradas pre-tratamiento.** De forma previa, y posterior al tratamiento, dos terapeutas del respectivo equipo terapéutico realizaron de una a tres entrevista(s) semi-estructurada(s) con cada familia. El objetivo de realizar la entrevista previa al tratamiento fue conocer mejor a las familias, evaluar el nivel de riesgo psicosocial de las familias (ver siguiente apartado), que las familias conocieran a parte del equipo terapéutico, proveerles información acerca del encuadre terapéutico, y que se evaluara de forma conjunta la idoneidad de la modalidad multifamiliar para cada caso.

Los temas o puntos principales en los que se basaron las entrevistas iniciales con las familias y la información recabada por medio de los Servicios Sociales de Base (SSB) derivantes, para ambos grupos, fueron los mostrados en la Tabla 29.

Tabla 29.
Guía de entrevista inicial semi-estructurada.

Breve explicación del contexto y objetivos de la entrevista.	
Conocimiento de la familia: realización de un genograma	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Convivencia/Separaciones (periódicas o definitivas)</i> ○ <i>Enfermedades</i> ○ <i>Profesiones</i> ○ <i>Calidad de las relaciones familiares entre subsistemas y familia extensa</i> ○ <i>Historia de crianza de los padres (violencia, conductas antisociales, salud mental, intelectual, y física).</i>
Cualidades y debilidades de la familia	
Vida cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Jornada laboral.</i> ○ <i>Personas más cercanas a los hijos.</i> ○ <i>Organización con tareas de casa.</i> ○ <i>Periodos temporales de separación familiar.</i>
Descripción del hijo adolescente	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Temperamento</i> ○ <i>Nivel de autonomía</i> ○ <i>Creencias y expectativas hacia él.</i>
Consumo de sustancias en la familia.	
Redes sociales, apoyo extra-familiar, y recursos familiares	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Recibimiento de ayudas sociales.</i> ○ <i>Apoyo social/familiar de los padres, y de los hijos.</i> ○ <i>Historia con profesionales (Servicios Sociales de Base, Psicólogos, Psiquiatras, etc.).</i>
Temas de conflicto	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Manejo de límites y reglas.</i> ○ <i>Respuestas de agresividad verbal y no verbal.</i> ○ <i>Ejemplo de una vivencia familiar estresante y estrategia tomada para solucionarla.</i>
Muestras de afecto en la familia.	
Rendimiento escolar de los hijos.	
Expectativas hacia el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Motivación.</i> ○ <i>Disposición al trabajo terapéutico.</i>
Decisión entre la familia y el equipo terapéutico sobre la idoneidad del tratamiento.	
Explicación del encuadre terapéutico y firma del consentimiento informado (Ver anexo 5).	

- **Codificación del nivel de riesgo psicosocial** (Junta de Castilla y León, 2008). Como ya se había mencionado antes, las entrevistas semi-estructuradas iniciales y posteriores al tratamiento, que en ocasiones duraron más de dos sesiones, fueron también utilizadas para evaluar el nivel de riesgo psicosocial que presentan las familias.

El instrumento pretende valorar la situación general del niño/adolescente, identificar si éste tiene necesidades especiales o necesidades básicas sin cubrir, valorar los efectos del maltrato/abandono en el niño/adolescente, y planificar el tipo de intervención requerida. Así mismo, el instrumento también pretende establecer el pronóstico de cada caso; determinando si existe un tratamiento específico que facilite el funcionamiento de la familia, o si se valora que no hay posibilidad de lograr la rehabilitación de los padres y mantener a la familia en funcionamiento.

El instrumento cuenta con seis partes: 1. Tipos de situaciones de desamparo, 2. Características del incidente de maltrato/abandono, 3. Factores de vulnerabilidad infantil, 4. Factores de

vulnerabilidad familiar, 5. Necesidades específicas del niño, y 6. Necesidades específicas de la familia. Las cuatro primeras partes consisten en una escala tipo Likert de 6 a cuatro opciones de respuesta (dependiendo de cada caso); donde 0= “no aplicable, o información insuficiente”, 1= “Gravedad leve”, 3= “Gravedad moderada”, y 5= “Gravedad severa”. Las últimas dos partes del instrumento consisten en variables dicotómicas donde se indica la presencia o ausencia de las necesidades mencionadas.

Para determinar las puntuaciones finales del instrumento, ambas terapeutas entrevistadoras puntuaron por separado, y posteriormente se tomó en cuenta la puntuación media que demostrara el acuerdo entre ambas puntuaciones para cada familia.

Este mismo procedimiento se realizó de forma inicial y posterior al tratamiento, de tal manera que se pudiera evidenciar si existió o no un cambio en el nivel de riesgo psicosocial de las familias tras haber finalizado el tratamiento.

- **Entrevistas post-tratamiento.** Posteriormente al tratamiento, y con el objetivo de poder dar un *feedback* por parte del equipo terapéutico a cada familia de forma individual, valorar los cambios en el nivel de riesgo psicosocial y mejoría percibida por las familias, así como conocer el nivel de satisfacción de las familias con el tratamiento, dos terapeutas del respectivo equipo terapéutico realizaron una entrevista semi-estructurada de finalización del tratamiento.

Se utilizó una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, que van desde 1= “poco”, 3= “algo”, y 5= “mucho” (ver Anexo 6); favoreciendo el posterior diálogo durante la entrevista sobre dichas respuestas dadas. La escala pretendía recabar información acerca de la satisfacción de las familias con respecto a los siguientes aspectos del tratamiento:

- Percepción de cercanía con los co-terapeutas, su propia familia, y otras familias.
- Nivel de confianza con los co-terapeutas, su propia familia, y otras familias.
- Nivel de seguridad transmitido por los co-terapeutas.
- Sensación de haber sido comprendidos durante el tratamiento.
- Sensación de haber cumplido sus objetivos y expectativas previas al tratamiento.
- Percepción de cambio tras el tratamiento.

6.2.2. Instrumentos de proceso

Para conocer el proceso de la intervención en ambos grupos multifamiliares se evaluó cada tercera sesión mediante los instrumentos de proceso.

- ***Therapeutic Factors Inventory*** (Lese & MacNair-Semands, 2000). El TFI es un instrumento que evalúa la percepción de los miembros del grupo acerca de la presencia o ausencia de los factores terapéuticos identificados por Yalom (1985) en un grupo. El instrumento fue desarrollado en cuatro fases: a) Creación de los ítems, b) Revisión de los ítems por reconocidos expertos en procesos grupales, c). Aplicación de los ítems en grupos de apoyo y terapias grupales en tres clínicas universitarias, y d) Análisis de los ítems. El proceso terminó con la reducción de 174 a 99 ítems (9 por cada una de las 11 sub-escalas). Las sub-escalas son: Altruismo, Catarsis, Cohesión, Recreación correctiva del grupo primario de la familia, Desarrollo de técnicas de socialización, Factores existenciales, Conducta imitativa, Compartir información, Instauración de la esperanza, Aprendizaje interpersonal, y Universalidad.

La sub-escala de cohesión grupal, además de ser la única utilizada en este estudio, ha sido la más utilizada por ser considerada como una condición necesaria para el cambio en la terapia grupal. El TFI define a la cohesión grupal como *un consenso entre los miembros del grupo en el trabajo y compromiso con la terapia grupal*; es decir, un paso previo y necesario para el enganche y trabajo terapéutico. Como consecuencia de ello, los miembros del grupo experimentan un trabajo terapéutico significativo durante las sesiones; y mientras más incrementa el nivel de cohesión grupal durante el proceso, más significativo es el trabajo terapéutico. En contraparte, la formación de sub-grupos, o el *acting-out* de un miembro, puede ser considerado como nocivo para la cohesión grupal, y productividad de las sesiones.

En resumen, la sub-escala de Cohesión grupal aborda el sentido de pertenencia al grupo de sus miembros, así como la experiencia de ser aceptado por el grupo, sentirse confiado en él, y cooperar con el trabajo grupal.

Como puede observarse en la Tabla 30, la sub-escala de cohesión grupal consta de 7 opciones de respuesta (1= *“totalmente en desacuerdo”*, a 7 *“totalmente de acuerdo”*). Así mismo, tiene una buena consistencia y estabilidad; observándose también un solapamiento, compartiendo su varianza con otras 6 de las sub-escalas del TFI (factores existenciales, instauración de la esperanza, conducta imitativa, aprendizaje interpersonal, desarrollo de técnicas de socialización, y universalidad).

Debido a que la proporción de varianza compartida era menor (14-45%) en el caso de la sub-escala de cohesión grupal, se puede concluir que ésta aborda una propiedad única de la experiencia grupal, e importante para el funcionamiento de otros factores terapéuticos (Crouch, Bloch, & Wanlass, 1994; Lese & MacNair-Semands, 2000; MacKenzie, 1987).

Tabla 30.
Therapeutic Factors Inventory (TFI).

		N° de sub-escalas aplicadas: 1				
Descripción de la escala	• N° de ítems	99 ítems en total, y 9 en la sub-escala de cohesión				
	• Corrección	Promedio por sub-escalas				
	• Ítems inversos	2 en sub-escala de cohesión (ítem 4 e ítem 7)				
		Escala o Sub-escala	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Correlación Test-Retest (r de Pearson)</i>		
		Altruismo	.88	.87*		
		Catarsis	.83	.89*		
		Cohesión	.94	.93*		
Características psicométricas	• Fiabilidad	Factores existenciales	.83	.64*		
		Instauración de la esperanza	.93	.88*		
		Conducta imitativa	.88	.78*		
		Compartir información	.85	.84*		
		Aprendizaje interpersonal	.88	.74*		
		Recreación correctiva del grupo primario de la familia	.82	.28**		
		Desarrollo de técnicas de socialización	.92	.72*		
		Universalidad	.86	.85*		
		• Validez	• Buena validez de contenido			
			• Buena validez de constructo			

Nota: * $p < .001$ ** $p < .05$

- **Group Questionnaire (Burlingame, 1983).** El instrumento consiste en un auto-informe de 30 ítems con 7 opciones de respuesta tipo Likert (0= “Nada de acuerdo”, a 6= “Totalmente de acuerdo”), que evalúa las relaciones grupales. Se encuentra basado en el modelo de los tres factores de Johnson (2005), que incluye: **a) Conexión emocional positiva:** referida al sentido de pertenencia o atracción al grupo por parte de los participantes hacia el grupo, sus miembros, y su(s) terapeuta(s), que ayuda a crear una atmósfera positiva y a que los miembros se sientan genuinamente entendidos y apreciados. **b) Alianza de trabajo positiva:** es decir, la habilidad del grupo para acordar y trabajar con los objetivos de forma efectiva, y **c) Relación negativa:** referida a la ausencia de confianza, autenticidad, y entendimiento; y en contraparte, presencia de fricción y distancia entre el grupo, sus miembros, o su(s) terapeuta(s).

Se utilizó un análisis confirmatorio donde los resultados mostraron el ajuste del modelo a tres tipos de población: clínica, psiquiátrica, y no clínica (ver Tabla 31).

Tabla 31.
Group Questionnaire (GQ).

N° de sub-escalas aplicadas: 8										
Descripción de la escala	<ul style="list-style-type: none"> N° de ítems Corrección Ítems inversos 	Consta de 30 ítems. Promedio por sub-escalas. Nueve (del 17 al 25)								
Características psicométricas	<ul style="list-style-type: none"> Fiabilidad 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Escala o Sub-escala</th> <th>Alpha de Cronbach</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Positive Bonding</i></td> <td>.93</td> </tr> <tr> <td><i>Positive Working</i></td> <td>.90</td> </tr> <tr> <td><i>Negative Relationship</i></td> <td>.84</td> </tr> </tbody> </table>	Escala o Sub-escala	Alpha de Cronbach	<i>Positive Bonding</i>	.93	<i>Positive Working</i>	.90	<i>Negative Relationship</i>	.84
		Escala o Sub-escala	Alpha de Cronbach							
<i>Positive Bonding</i>	.93									
<i>Positive Working</i>	.90									
<i>Negative Relationship</i>	.84									
	<ul style="list-style-type: none"> Validez 	<ul style="list-style-type: none"> Buena validez de contenido Buena validez de constructo 								
Sub-escalas	<ul style="list-style-type: none"> <i>Member-member positive bonding</i> <i>Member -member positive working</i> <i>Member -member negative relationship</i> <i>Member-leader positive bonding</i> <i>Member -leader positive working</i> <i>Member -leader negative relationship</i> <i>Member -Group positive bonding</i> <i>Member -Group negative relationship</i> 	Item 2, 4, 6, 8 Item 10, 12, 14, 16 Ítem 18, 20, 22 Ítem 1, 3, 5, 7 Item 9, 11, 13, 15 Item 17, 19, 21 Item 26, 27, 28, 29, 30 Item 23, 24, 25								

- Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (SOATIF-s)** Versión auto-informe (Friedlander, Escudero, Haar, & Higham, 2005). Como ya se ha mencionado con anterioridad, el SOATIF-s es un instrumento de auto-informe que permite evaluar la fortaleza o debilidad de la alianza terapéutica en intervenciones individuales y conjuntas-familiares con respecto a cuatro dimensiones: Seguridad, Enganche, Conexión emocional, y Sentido de compartir el propósito. En la Tabla 32 se pueden observar algunos de los ítems que componen el instrumento para intervenciones conjuntas-familiares; así como las definiciones conceptuales de las cuatro dimensiones del modelo SOATIF.

Tabla 32.
Definición y ejemplos de dimensiones del SOATIF, en la versión de auto-informe (SOATIF-s para intervenciones conjuntas-familiares; Friedlander et al., 2009).

	Definición de las dimensiones SOATIF-s	Ejemplos de ítems del instrumento
Enganche en el proceso terapéutico	El cliente le encuentra sentido al tratamiento; se involucra en la terapia y trabaja cordialmente con el terapeuta; entiende que los objetivos y las tareas de la terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta; considera que tomarse en serio el proceso es importante y que el cambio es posible.	<ul style="list-style-type: none"> “Lo que estamos haciendo en terapia puede solucionar nuestros problemas” “Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta”. “Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia”.

Conexión emocional con el terapeuta	El cliente considera al terapeuta una persona importante en su vida, casi un miembro de la familia; siente que la relación terapéutica se base en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; cree que le importa realmente al terapeuta y que éste está a su lado para ayudarlo; comparte con el terapeuta una visión del mundo (por ejemplo, perspectivas vitales o valores similares); confía en que los conocimientos y la experiencia del terapeuta son relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> • “El terapeuta me comprende”. • “El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme”. • “Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme”.
Seguridad dentro del contexto terapéutico	El cliente considera la terapia un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; se siente cómodo y alberga expectativas de que se produzcan nuevas experiencias y aprendizajes; entiende que hay cosas buenas que provienen de la terapia, que el conflicto dentro de la familia se puede manejar sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva.	<ul style="list-style-type: none"> • “Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas”. • “Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia”. • “Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.
Sentido de compartir el propósito dentro de la familia	Los miembros de la familia consideran que están trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; tienen un sentido de solidaridad en relación con la terapia (“estamos juntos en esto”); valoran el tiempo que comparten en la terapia; hay esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia.	<ul style="list-style-type: none"> • “Algunos miembros de la familia consideran que sus objetivos son incompatibles con los de los demás”. • “Todos en la familia intentamos ayudar a que los demás consigan en terapia lo que necesitan”. • “Todos los que venimos a terapia valoramos el esfuerzo y el tiempo invertido por los demás aquí”.

El modelo SOATIF cuenta con versiones separadas para la evaluación de la alianza terapéutica del terapeuta y del cliente; donde la versión del SOATIF-s, tanto del terapeuta, como del cliente, cuenta con 12 ítems y cinco opciones de respuesta de escala tipo Likert ($1 = \text{“nada”}$, a $5 = \text{“mucho”}$) para la evaluación en tratamientos individuales.

La versión utilizada para la presente investigación fue SOATIF-s para intervenciones conjuntas-familiares, tanto para el terapeuta, como para el cliente. Ambas versiones cuentan con 16 ítems y cinco opciones de respuesta de escala tipo Likert ($1 = \text{“nada”}$, a $5 = \text{“mucho”}$); de tal forma que se puede obtener un puntaje global de la fortaleza de la alianza terapéutica para el terapeuta, y para cada uno de los miembros del grupo; así como un puntaje para cada una de las cuatro dimensiones que la componen, para el terapeuta, y para cada uno de los miembros que conforman el grupo (ver Anexo 4).

En la Tabla 33, se pueden observar sus características psicométricas, junto con una descripción más específica del instrumento.

Tabla 33.

Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (SOATIF-s) Versión auto-informe.

		Nº de sub-escalas: 4 para clientes y para terapeutas	
Descripción de la escala	• N° de ítems	Consta de 12 ítems.	
	• Corrección	Suma de sub-escalas	
	• Ítems inversos	5, 11, 12, 14, 15	
Características psicométricas	• Fiabilidad	Escala	<i>Alpha de Cronbach</i>
		SOATIF-s	<i>Versión Terapeuta</i> <i>Versión Cliente</i>
	En sub-escalas	de .62 a .80	
	• Validez	<ul style="list-style-type: none"> Buena validez de contenido Buena validez de constructo 	
Sub-escalas	• <i>Enganche</i>	• Ítems 1, 5, 9, 13	
	• <i>Conexión Emocional</i>	• Ítems 2, 6, 10, 14	
	• <i>Seguridad</i>	• Ítems 3, 7, 11, 15	
	• <i>Sentido de Compartir el Propósito</i>	• Ítems 4, 8, 12, 16	

- **Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (SOATIF-o) Versión observacional** (Escudero & Friedlander, 2003; Friedlander, Escudero, Horvath, et al., 2006). Consiste en la versión observacional que complementa y corresponde a la versión de auto-informe (SOATIF-s), anteriormente descrita (ver Tabla 34).

Tabla 34.

Correspondencia entre versiones del SOATIF (SOATIF-s y SOATIF-o; Friedlander et al., 2009).

<i>Dimensión</i>	<i>Versión</i>	<i>Ítems SOATIF-o</i>	<i>Ítems SOATIF-s</i>
Enganche en el proceso terapéutico	Cliente	El cliente se muestra de acuerdo con las metas del terapeuta	El terapeuta y yo trabajamos en equipo
	Terapeuta	El terapeuta anima al/los cliente(s) a exponer sus metas terapéuticas.	La familia y yo trabajamos en equipo.
Conexión emocional con el terapeuta	Cliente	El cliente expresa interés por la vida personal del terapeuta.	El terapeuta se ha convertido en una persona importante en mi vida.
	Terapeuta	El terapeuta expresa interés por el cliente, aparte de las cuestiones objeto de la terapia.	Me he convertido en una persona importante en la vida de la familia.
Seguridad dentro del contexto terapéutico	Cliente	El cliente anima a otro miembro de la familia a “abrirse” o hablar sinceramente.	Las sesiones de terapia me ayudan a abrirme.
	Terapeuta	El terapeuta ayuda al/los cliente(s) a hablar sinceramente con los demás sin ponerse a la defensiva.	Las sesiones de terapia ayudan a los miembros de la familia a abrirse (compartir los sentimientos, intentar cosas nuevas).
Sentido de compartir el propósito dentro de la familia	Cliente	<i>Algunos miembros de la familia no están de acuerdo entre sí sobre el valor, propósito, metas o tareas de la terapia o sobre quién debe ser incluido en la terapia.</i>	Algunos miembros de mi familia no coinciden acerca de las metas de la terapia.
	Terapeuta	<i>El terapeuta no interviene cuando los miembros de la familia discuten entre sí acerca de las metas, el valor o la necesidad de la terapia.</i>	Algunos miembros de la familia no coinciden acerca de las metas de la terapia

Como ya se ha mencionado antes en la Fase I, el SOATIF-o también cuenta con una adaptación hecha para intervenciones individuales, y otra para tratamientos conjuntos-familiares; así como una versión para terapeutas, y otra para clientes, en ambas adaptaciones.

La versión utilizada para la presente investigación fue la del SOATIF-o para tratamientos conjuntos-familiares; que cuenta con 44 conductas observables agrupadas en las cuatro dimensiones de la alianza terapéutica en el caso del instrumento para clientes; y 43 conductas observables, agrupadas en las mismas cuatro dimensiones, para el caso de la evaluación de terapeutas. Dichas conductas observables indican el nivel de la alianza terapéutica en un momento determinado del proceso terapéutico; y pueden ser tanto positivas como negativas, es decir, que indiquen la fortaleza/debilidad de la alianza terapéutica de los clientes o que indiquen la contribución positiva/negativa de la alianza terapéutica por parte de los terapeutas (ver Tabla 34, donde se muestran en letra cursiva las conductas observables negativas).

El instrumento SOATIF-o puede ser utilizado mediante observadores previamente entrenados en la codificación de la alianza terapéutica; utilizando el conjunto de reglas anteriormente descritas en la Fase I; relacionadas con la frecuencia, intensidad, valencia (positiva vs. negativa), e importancia clínica de cada episodio o conducta observable

La estimación global de la calidad de la alianza terapéutica en el SOATIF-o, se establece mediante una escala tipo Likert de siete puntos (“-3= *alianza muy problemática*”, “0=*neutral, o no reseñable*”, a “+3= *alianza muy fuerte*”). De esta forma, se puede obtener una puntuación global para cada una de las cuatro dimensiones de alianza terapéutica, y una puntuación global de la fortaleza de la alianza terapéutica durante una sesión. Esto es aplicable tanto en la versión adaptada para terapeutas, como en la versión de clientes.

En la Tabla 35 se pueden observar las características psicométricas del instrumento, así como una descripción más detallada del mismo.

Tabla 35.
Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar (SOATIF-o), versión observacional.

<i>Nº de sub-escalas: 4 para clientes y para terapeutas</i>			
Descripción de la escala	• Nº de ítems	Consta de 44 indicadores de conductas de los clientes, y 43 indicadores de contribuciones del terapeuta	
	• Corrección	Reglas para establecimiento de puntuaciones finales (ver Fase I)	
Características psicométricas		Escala o sub-escala	<i>Alpha de Cronbach</i>
		Enganche	.84
	• Fiabilidad	Conexión Emocional	.82
		Seguridad	.88
		Sentido de Compartir el Propósito	.93
	• Validez	<ul style="list-style-type: none"> • Buena validez de contenido • Buena validez de constructo 	

- **Progreso terapéutico.** Consiste en un instrumento de medida de tipo auto-informe que pretende evaluar la percepción de los clientes y de los terapeutas sobre el progreso terapéutico durante el curso de las sesiones. Cuenta con una serie de preguntas hechas antes y después de las sesiones.

Antes de iniciar las sesiones, se les hizo una pregunta a los clientes acerca de su percepción de utilidad de la sesión anterior, así como sobre su percepción de mejoría desde el inicio del proceso grupal hasta el momento. Las opciones de respuesta para ambas preguntas consistieron en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van entre “1=*nada útil*” a “5=*muy útil*”, y “1=*ninguna mejoría*” a “5=*mucha mejoría*”. Preguntando sobre la utilidad de las sesiones después de un significativo intervalo de tiempo (que en este caso fue de una semana), se logró medir la perspectiva de los clientes acerca de la utilidad de la sesión anterior de forma retrospectiva, sin contaminar sus respuestas por la probable inundación de sentimientos inmediatos post-sesión.

Adicionalmente a las dos preguntas anteriores, se le añadió una pregunta extra con siete opciones de respuestas dicotómicas para identificar cuáles de los elementos del programa fueron los que, según su experiencia, les fueron ayudado más durante el progreso de las sesiones (por ejemplo, comunicación inter-familiar, expresión de emociones, adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento, etc.). Ver Anexo 1.

Posteriormente, al finalizar las sesiones, se les hicieron cuatro preguntas de escala tipo Likert para evaluar las cuatro dimensiones de alianza terapéutica propuestas en el modelo SOATIF durante todas las sesiones; las cinco opciones de respuesta van desde “1=*nada*” a “5=*mucho*”.

Además, se midió el impacto de las sesiones preguntándoles cómo se sentían al salir de cada sesión, y se les dio cinco opciones de respuesta de escala tipo Likert que van desde “-2=*me siento mucho peor*” a “+2=*mucho mejor*”.

Adicionalmente, se les preguntó abiertamente a los clientes sobre la ocurrencia de algo especialmente relevante para ellos durante las sesiones (ver Anexo 2).

Dentro de las preguntas hechas a los terapeutas al finalizar las sesiones, se encontraron cuatro que midieron cada una de las cuatro dimensiones del SOATIF (versión terapeuta), con cinco opciones de respuesta que van desde “1=*nada*” a 5=*mucho*”.

Por último, se les preguntó a los terapeutas sobre su nivel de satisfacción con la sesión transcurrida y se les dieron cinco opciones de respuesta que van desde “1=*nada*” a “5=*mucho*” (ver Anexo 3).

La utilización de éste instrumento ha demostrado ser especialmente eficaz como medida pre-post tratamiento para identificar el progreso en psicoterapia; estudios recientes detectaron que el nivel de mejoría detectado se encuentra significativamente asociado durante las sesiones tanto para los clientes, como para los terapeutas (Escudero et al., 2008; Friedlander, Lambert, & Muñiz de la Peña, 2008).

6.3. PROCEDIMIENTO

6.3.1. Evaluación

6.3.1.1. Entrevistas iniciales y proceso de selección de muestra

El contacto telefónico previo a la entrevista, permitió explicarles a las familias que el objetivo de las entrevistas iniciales era un primer contacto personal, donde se les pudiera explicar más detalladamente en qué consiste el tratamiento multifamiliar, y que ambas partes (tanto la familia, como parte del equipo de terapeutas) se pudieran conocer, y determinar la idoneidad de su participación en el tratamiento propuesto.

La duración de las entrevistas iniciales varió de una a tres sesiones de 60 minutos cada una según el tipo de difusión hecha y la fuente de derivación de cada caso; ya que en los casos donde la familia provenía de los S.S.B., éstos solían aligerar el proceso de recaudación de información enviando al equipo terapéutico parte de información básica de la familia.

Para evaluar el nivel de riesgo de las familias durante las entrevistas iniciales de ambos grupos multifamiliares, se diseñó una semi-estructura de entrevista por medio del siguiente procedimiento:

- Detectar la información necesaria a recabar de la *Guía de Investigación y Evaluación ante Situaciones de Desprotección en la Infancia* (Junta de Castilla y León, 2008) para realizar la evaluación del riesgo.
- Diseñar la entrevista de forma conjunta y semi-estructurada entre las terapeutas entrevistadoras, tomando notas de los datos más relevantes a recabar (ver Tabla 29).
- Seleccionar la(s) fuente(s) de recogida de información a consultar; donde en ocasiones, se contactó de forma adicional con los educadores familiares para recabar parte de la información.
- Puntuar, cada una de las terapeutas y de forma separada, por medio del protocolo de la *Guía de Investigación y Evaluación ante Situaciones de Desprotección en la infancia* (Junta de Castilla y León, 2008; ver Anexo 7).
- Realizar una puesta en común de la puntuación dada por ambas terapeutas.
- Determinar una puntuación consensuada.

Así mismo, durante las sesiones de entrevista inicial, ambos equipos terapéuticos hicieron uso de una “pausa” donde las dos terapeutas entrevistadoras salían de la sala de entrevista para discutir las impresiones acerca de la información recabada, y así poder devolver alguna propuesta de tratamiento a cada familia. En los casos donde se valoraba la exclusión de las familias en el grupo, se les explicaba a las familias el por qué, y se les daba una o varias propuestas de servicios alternativos, junto con toda la información relevante para que ellos pudieran hacer el posterior contacto con dicho servicio.

En la mayoría de los casos, las entrevistas fueron realizadas en las instalaciones de la clínica donde se haría el tratamiento; a excepción de los casos donde las entrevistas se realizaron en instalaciones del Ayuntamiento de los Servicios Sociales de Base (SSB) derivantes, o en su defecto, en sus hogares. Esto permitió que en caso de que se evaluara de forma conjunta la pertinencia del tratamiento multifamiliar para la familia, se mostrara durante la última entrevista el espacio físico donde se daría el tratamiento a la vez de que se les explicara el encuadre y contexto del mismo; incluyendo cámaras, espejos unidireccionales, aulas, recepción, etc.

Parte del contexto terapéutico explicado en ambos grupos multifamiliares e incluido en el consentimiento informado firmado por todos los participantes (ver Anexo 5), es el trabajo durante todas las sesiones con un equipo de video que permitió la grabación de todas las sesiones, así como con un equipo de terapeutas de apoyo; ya sea conectados por medio de un circuito cerrado de televisión, o detrás de un espejo unidireccional.

6.3.1.2. Utilización de instrumentos

Al inicio y al final del tratamiento se aplicaron por medio de lápiz y papel los instrumentos de resultado descritos previamente; ya sea al inicio, o al final de la sesión, dependiendo de las necesidades del grupo y del programa de actividades de la sesión.

En concordancia con los objetivos de investigación, y las metas de proceso del tratamiento con TGMF, los instrumentos de proceso fueron utilizados durante todo el tratamiento; sin embargo, no todos los éstos fueron empleados el mismo momento ni en con la misma periodicidad. Así mismo, para poder utilizar los instrumentos de *Group Questionnaire* (GQ), junto con el *Therapeutic Factors Inventory* (TFI-coh) se realizó una retro-traducción de los mismos mediante la ayuda de una norte-americana nativa.

Resulta importante mencionar, que a pesar de que en la Tabla 37 tan sólo se muestren los instrumentos de proceso durante la etapa I, III, V, y VII, las metas de proceso están presentes durante todas las Fases; demostrando así, que éstas cobran aún mayor importancia durante dichas etapas del

tratamiento. Es por ello, que el *Therapeutic Factors Inventory, Cohesiveness Sub-scale* (TFI-coh), junto con el *Group Questionnaire* (GQ), y el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica (SOATIF-s, y SOATIF-o) fueron utilizados en ambos grupos multifamiliares cada tercera sesión durante todo el tratamiento, y de forma adicional, se aplicaron cada inicio y final de todas las sesiones los tres instrumentos restantes que son más breves y pueden ser también aplicados a los terapeutas y a los clientes.

Es importante mencionar, que cada tercera sesión las observadoras entrenadas para codificar la alianza terapéutica en los grupos, trabajaron de forma paralela, periódica e independiente; observando las videgrabaciones en las instalaciones de la Universidad de Deusto de forma posterior a las sesiones, durante todo el tratamiento.

El procedimiento que siguieron las observadoras entrenadas para la codificación de cada una de las sesiones es el mismo que dicta el manual (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005):

- 1) Detección y registro de cada una de las conductas observables que conforman el instrumento.
- 2) Establecimiento de una estimación global de la calidad de la alianza terapéutica para cada una de sus cuatro dimensiones, co-terapeuta, y cliente, por medio de las reglas anteriormente descritas (ver entrenamiento) y de una escala tipo Likert de siete opciones de respuesta (“-3= *alianza muy problemática*”, “0=*neutral, o no reseñable*”, a “+3= *alianza muy fuerte*”).

En la Tabla 36, se observan algunos ejemplos de las conductas observables que son codificadas por las observadoras para determinar la fortaleza/debilidad de la alianza terapéutica de las sesiones. Como se puede observar en dicha Tabla, en letras cursivas se encuentra un ejemplo de conducta *negativa* de parte de el/los cliente(s) con respecto a la seguridad dentro del contexto terapéutico; donde posteriormente, en dicho ejemplo, el terapeuta podría reparar dicha “ruptura” o debilidad de la alianza terapéutica atendiendo a la necesidad de seguridad por medio de una discusión acerca de los elementos del contexto terapéutico que pudieron haber generado ansiedad, donde las observadoras de terapeuta codificarían dicha conducta. De lo contrario, si el terapeuta no atiende a la falta de seguridad de el/los cliente(s), las observadoras de las conductas del terapeuta podrían codificar con la conducta negativa del terapeuta “*El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente*”, indicando su frecuencia, e intensidad.

Todas estas dinámicas relacionales son identificadas y finalmente puntuadas por medio del instrumento y de sus conductas observables. Ejemplos como el anterior, son también descritos en el Friedlander (2005) y en la web (<http://www.softa-soatif.com>); mismos que fueron utilizados para la previa formación de las observadoras entrenadas en la codificación de la alianza terapéutica (ver entrenamiento a observadoras).

Tabla 36.
Ejemplos de conductas observables del SOATIF-o.

Dimensión	Ejemplo de conducta observable SOATIF-o, familia	Ejemplo de conducta observable SOATIF-o, terapeuta
Enganche en el proceso terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación. El cliente expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia. El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir.
Conexión emocional con el terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> El cliente verbaliza su confianza en el terapeuta. El cliente indica que se siente entendido o aceptado por el terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente. El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.
Seguridad dentro del contexto terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> El cliente “abre” su intimidad (por ejemplo, comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, llora, etc.) <i>El cliente menciona de forma ansiosa/incómoda la cámara, los observadores, la supervisión, o los procedimientos de investigación.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta ayuda a los clientes a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros. El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que puedan intimidar al cliente (por ej., equipo de grabación, informes a terceras partes, equipo de observación del tratamiento, espejo unidireccional, procedimientos de investigación, etc.).
Sentido de compartir el propósito de la familia	<ul style="list-style-type: none"> Los miembros de la familia ofrecen un acuerdo de compromiso. Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista. 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes. El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista.

6.3.2. Estructuración del proceso de intervención con TGMF

Mediante la experiencia clínica previa con familias y adolescentes en situación de riesgo, y profunda revisión de la literatura, se realizó un esquema general de intervención para ambos grupos multifamiliares (ver Tabla 37); de forma que éste fuera lo suficientemente flexible para poderse utilizar con un amplio abanico de técnicas útiles para cumplir con los objetivos de la intervención (ver Anexos 8 y 9), y que cualquier terapeuta lo pudiera seguir independientemente de su enfoque psicoterapéutico, o preferencias personales.

Así mismo, éste esquema general de intervención fue diseñado mediante la premisa general de concordancia entre los objetivos de investigación e intervención, y los posibles indicadores de logro de los mismos; por lo que en la Tabla 37 también se muestran los instrumentos aplicados para los padres/familiares, e hijos, que sirvieron también como indicadores de logro de las metas u objetivos de evaluación e intervención.

Tabla 37.
Estructura del programa intervención para los grupos de TGMF.

		Objetivo de evaluación e intervención	INDICADORES DE LOGRO	
			Instrumentos aplicados en los padres/familiares	Instrumentos aplicados en los hijos
FASE INICIAL	Etapa I "Contacto"	1.Construir un ambiente seguro 2.Expresión emocional	TFI-Coh GQ (SOATOF-s) y (SOATIF-o)	
	Etapa II "Emociones"	1..Aceptación y funcionalidad de las emociones 2.Control de impulsos 3.Agresividad	CBCL Sub-escalas: Depresión-ansiedad Agresividad Conducta disruptiva	YSR Sub-escalas: Depresión-ansiedad
	Etapa III "Enganche"	1.Determinar metas de tratamiento grupales	TFI-Coh GQ (SOATOF-s) y (SOATIF-o)	
FASE MEDIA	Etapa IV "Afrontamiento"	1.Expectativas de control 2.Estrategias de afrontamiento 3.Estrategias de solución de problemas	BEEGC	
	Etapa V "Relacional"	1. Incrementar interacción miembro-miembro y participación equilibrada. 2. Continuar construyendo seguridad y expresión emocional.	TFI-Coh GQ (SOATOF-s) y (SOATIF-o)	
	Etapa VI "Funcionamiento familiar"	1. Balance entre dependencia e independencia 2.Conexión emocional entre padres e hijos 3.Fortalecimiento de recursos familiares 4.Comunicación 5.Re-establecimiento de Límites/Reglas	CRPBI <i>Recursos Familiares</i> <i>Satisfacción Familiar</i> <i>Comunicación Familiar</i>	
FASE FINAL	Etapa VII "Terminación"	1.Reconocer logros grupales 2.Plan de prevención de recaídas	TFI-Coh GQ (SOATOF-s) y (SOATIF-o)	

Nota: En color azul, se encuentran las etapas donde predomina la importancia de los objetivos de proceso; y en verde, cuando predominan los de resultado.

Debido a que cada estudio fue llevado a cabo en comunidades autónomas distintas, y por tanto, con un equipo y entorno terapéutico distinto, se describirán posteriormente de forma independiente.

6.3.3. Aspectos ético-legales

Desde el proceso de selección de la muestra, se les garantizó a todos los participantes en el estudio la confidencialidad y anonimato de la información recogida en los cuestionarios y en el registro de las grabaciones vídeo-grabadas, por parte de los co-terapeutas, observadores, colaboradores participantes en el programa a través del espejo uni-direccional, y miembros del grupo participantes.

Todo ello, junto con la autorización a video-grabar las sesiones, fue previamente firmado por medio de un Consentimiento Informado según se recoge en el art. 10 de la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, que garantiza que la persona ha expresado voluntariamente su intención de participar en el estudio, después de haber comprendido la información y condiciones dadas (ver Anexo 5).

Así mismo, el equipo de observadoras entrenadas en la codificación de la alianza terapéutica firmó un consentimiento informado que recoge diversas características de confidencialidad respecto a la observación y utilización de las videograbaciones de las sesiones.

6.4. ESTUDIO II. PRIMER GRUPO MULTIFAMILIAR

6.4.1. Muestra

6.4.1.1. Descripción de la muestra

El presente grupo de TGMF fue llevado a cabo en las instalaciones de la Clínica *DeustoPsych*, I+D+i en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Deusto (Bilbao, España), y estuvo compuesto por 6 familias conformadas por 15 personas: 9 padres-familiares, y 6 hijos adolescentes entre 13 y 16 años de edad (ver Tabla 38).

Tabla 38.
Edades del Primer Grupo de TGMF.

PARTICIPANTES	<i>n</i>	MEDIA DE EDAD	RANGO	D.E.
Adolescentes	6	14	13-16	1.3
Chicas				
Chicos	6	14	13-16	1.3
Madres	6	42.2	35-45	3.9
Padres	2	49	42-52	4.2
Abuelas acogedoras	1	60	-	0

Todas las familias acudieron al grupo con un solo hijo adolescente; siendo derivadas por medio de otros servicios profesionales, Servicios Sociales de Base, o colegios e institutos de la provincia de Bizkaia (País Vasco, España).

Como puede observarse en la Figura 18, todos los adolescentes del grupo sufren de problemáticas en sus relaciones sociales; manifestándolas por medio del aislamiento, o por medio de la agresividad.

Resulta importante mencionar que debido a la agudeza de los síntomas en dos de las familias participantes, se les aconsejó que llevaran psicoterapia individual de forma paralela al tratamiento; aunque sólo una de ellas mantuvo el tratamiento de forma complementaria a la TGMF.

De los dos adolescentes que presentaron un trastorno emocional, uno ya se encontraba con atención psiquiátrica debido a su conducta agresiva y sus sintomatología depresiva; mientras que el otro había sido derivado inicialmente al grupo multifamiliar por medio del colegio debido a síntomas depresivos y aislamiento social, y posteriormente fue derivado por el equipo terapéutico del grupo a un centro especializado para recibir un tratamiento paralelo a la TGMF.

En total, cuatro de los seis adolescentes, y cuatro de los nueve familiares que conformaron el grupo, mantuvieron otro(s) tratamiento(s) complementario(s) a la TGMF con distintos profesionales (psiquiatras, asistentes sociales, médicos de cabecera, y/o psicoterapeutas individuales).

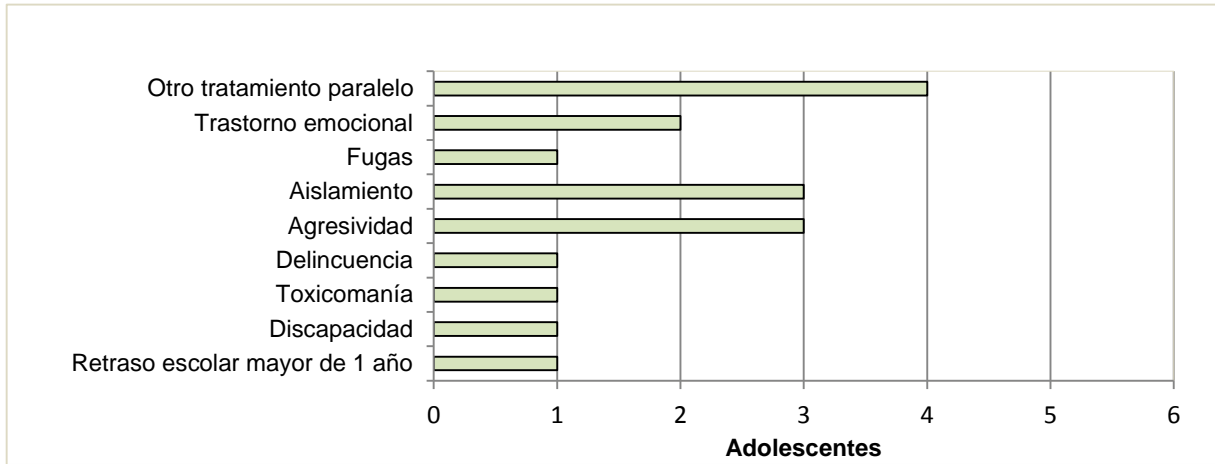


Figura 18: Necesidades de los adolescentes
Nota. n=6.

En la Figura 19 se muestran algunas características de las familias que conformaron el grupo. Como puede observarse, en cinco de las seis familias participantes al menos un miembro atraviesa por una etapa de desempleo; manteniéndose así por medio de ayudas de familiares y ayudas sociales.

Resulta importante mencionar, que cinco de las seis familias, son familias monoparentales; donde tres adolescentes viven con sus madres, otro con su abuela acogedora, y otro con su madre, y su abuela, que también es su acogedora.

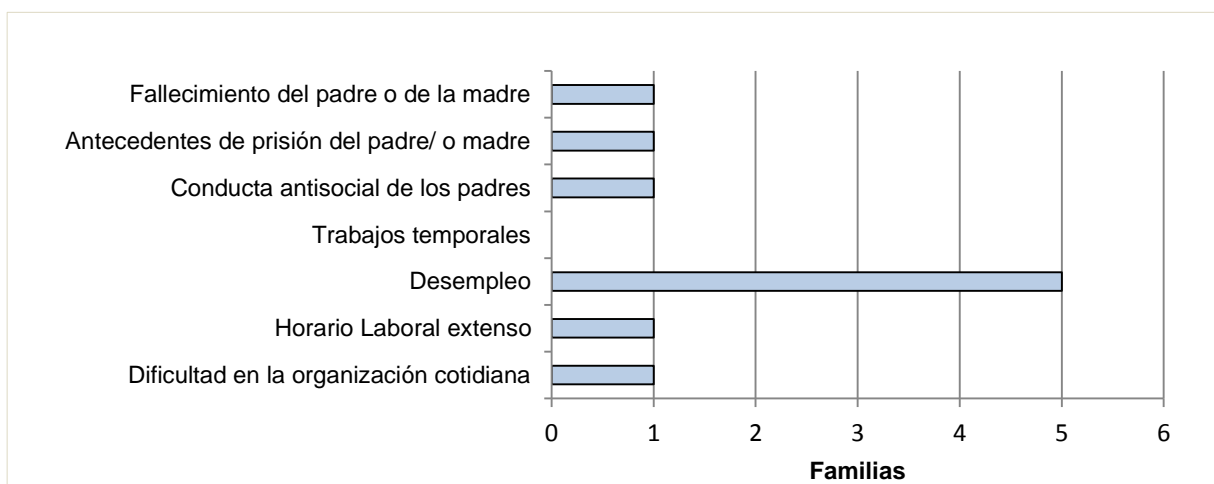


Figura 19: Necesidades de las familias
Nota. n=6.

En la Figura 20, se muestran algunas características de las familias relacionadas con su nivel de riesgo psicosocial; cada una de ellas se encuentra puntuada de forma ascendente del 1 al 4 según el nivel de gravedad o cronicidad que las terapeutas entrevistadoras detectaron previamente al tratamiento por medio de la Guía de Investigación y Evaluación ante situaciones de desprotección en la infancia (Junta de Castilla y León, 2008).

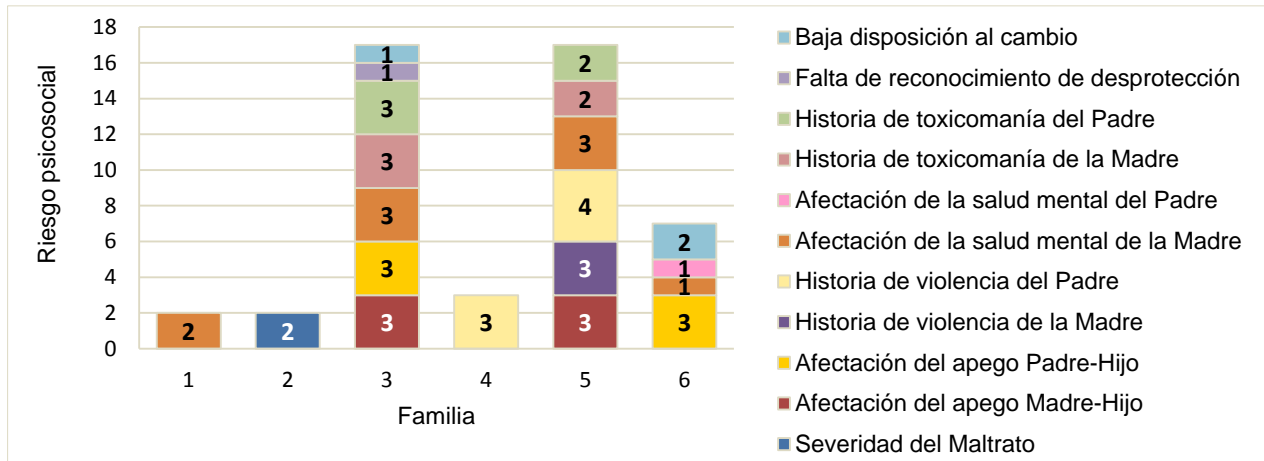


Figura 20: Características del nivel de riesgo y cronificación de los casos. Estudio II.

Si bien, se observa que la mayoría de las dificultades mencionadas en la Figura 20 se encuentran concentradas en dos familias, es de resaltar la ausencia de una baja disposición al cambio y de una falta de reconocimiento de desprotección en cuatro de las seis familias; dando así la idea inicial de un grupo compuesto por un sistema parental que, con cierto apoyo emocional y psicoeducativo por parte de los terapeutas, pudiera impulsarse entre sí hacia el incremento de su motivación y capacidad para adquirir cierta responsabilidad hacia el cambio.

Éstas características no son el total de características que determinan el nivel de riesgo global de las familias, sin embargo, éstas son algunas de las características que, en conjunto con las características anteriormente representadas, pueden dar una idea acerca del pronóstico de los casos (Junta de Castilla y León, 2008); es decir, de la valoración de la posibilidad del trabajo terapéutico con las familias; evitando así, la intervención de los servicios de protección a la infancia y la desintegración familiar.

6.4.1.2. Criterios de inclusión y exclusión

La difusión del programa de tratamiento con TGMF fue llevada a cabo por medio de trípticos informativos (ver Anexo 11), notas de prensa, y contacto telefónico y/o presencial con centros de secundaria, Servicios Sociales de base de Bilbao, Handia, y municipios cercanos, módulos psicosociales de Bilbao, Barakaldo, y Cruces, Puntos de Encuentro de Barakaldo, Portugalete, y Bilbao, Asociaciones de Familia de la Diputación Foral de Bizkaia, Organizaciones de Intervención Social y Tercer Sector, y Psicólogos privados de Bilbao.

El primer contacto con las familias fue por medio de una llamada telefónica de las familias interesadas al equipo terapéutico; donde se les comenta an los criterios de inclusión y objetivos del tratamiento, así como también se agendaba un primer encuentro mediante una entrevista en las instalaciones de la clínica *DeustoPsych* de la Universidad de Deusto.

Las entrevistas permitieron evaluar entre las familias y el equipo terapéutico la idoneidad del programa de tratamiento para cada caso. Los criterios de inclusión tomados en cuenta fueron que los participantes fueran candidatos al trabajo grupal, que las familias contaran con un hijo adolescente entre 13 y 16 años de edad, que se encontraran en una situación de riesgo psicosocial moderado, valorado por medio de la *Guía de Investigación y Evaluación ante Situaciones de Desprotección en la Infancia* (Junta de Castilla y León, 2008), y que pudieran acudir a todas las sesiones del proceso grupal.

Si se valoraba que no se cumplía con algún/algunos criterios de inclusión, o se presentaba alguno de los siguientes criterios de exclusión, se les derivaba a otros servicios especializados.

Criterios de exclusión:

- Encontrarse incapacitados por motivos físicos o psíquicos que dificulten el desarrollo del estudio, de las sesiones de trabajo y/o de la posibilidad de establecer comunicación y contacto con otras personas y/o terapeutas (por ejemplo: personas con Trastorno Mental Grave, demencias, etc.).
- Encontrarse en una situación de riesgo bajo, o en riesgo alto, donde ya cuenten con apoyo de instituciones especializadas en la protección del menor.
- Encontrarse en una situación de crisis que necesita una atención urgente o al menos, más personalizada y centrada en la problemática.

6.4.1.3. Presentación de las familias

A continuación, se presentará a cada una de las familias que conformaron el grupo; esto será por medio de un genograma familiar, y la descripción breve y esquemática su historia familiar, el problema/queja/demanda que hace la familia al asistir a la entrevista pre-tratamiento, las expectativas que tienen al tratamiento, los recursos que perciben entre ellos como familia, y el tipo de expresiones de afecto que suelen mantener en casa.

Familia no. 1. “Acompañamiento en la formación de la identidad del adolescente”

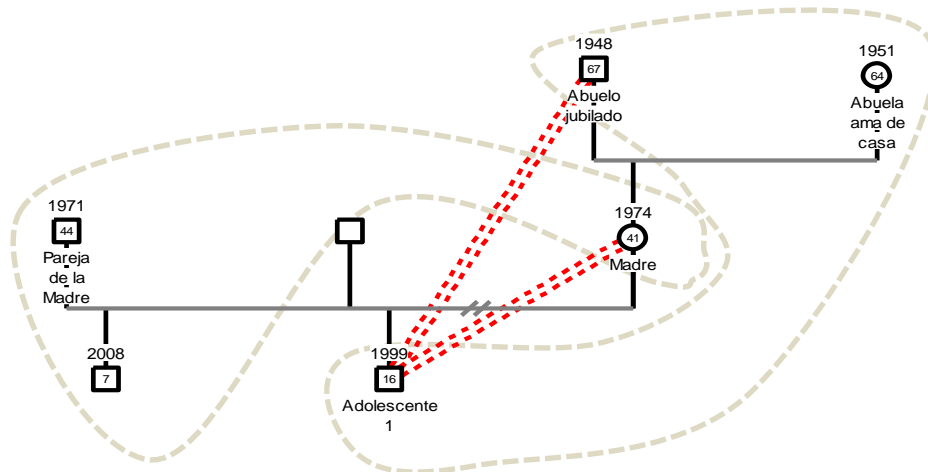


Figura 21: Genograma Familia no.1

Tabla 39.

Información acerca de la familia no. 1.

Historia Familiar

Existe historia de maltrato del padre a la madre en presencia del hijo. Así mismo, de abandono y rechazo del padre hacia el hijo adolescente e historia previa de múltiples informes en Servicios Sociales de Base (SSB) sobre episodios de conflicto.

Según lo explica su madre, desde que el adolescente tenía 4 años han tenido “conflictos” con él, y comenzaron a acudir con profesionales. A sus 10 años de edad, recibió atención psicológica para aceptar la separación de sus padres, y después de una etapa tranquila, a los 14 años “brotó” su rebeldía, mal carácter, y consumo de drogas (hachís y marihuana). Tras ser tratado en psicoterapia individual por varios años, su terapeuta les hace la recomendación de recibir un tratamiento centrado en la familia.

El adolescente le ha robado al abuelo para pagar deudas; por lo que éste le ha dejado de hablar, y el adolescente lo vive como una ausencia de afecto.

Actualmente el adolescente tiene sesiones periódicas con el educador social, y un psiquiatra; lleva dos meses de haber empezado a ser medicado con 1.5 mg de Risperdal.

Problema

Desde hace una semana el adolescente se ha ido a vivir con la abuela materna. La madre se muestra frágil, frustrada, y sobrepasada con la situación. No sabe cómo relacionarse con su hijo ni entender sus necesidades. El hijo adolescente se mantiene en conductas de riesgo, fugas del colegio, y relaciones sociales conflictivas; consume hachís y marihuana, además de que se hace cortes frecuentemente. El retraso y afectación escolar es cada vez más evidente, y los SSB Se ven sobrepasados con la situación.

<i>Expectativas del tratamiento</i>	<p>Durante la entrevista inicial con la madre, se le percibe con mucha ansiedad y un pensamiento poco fluido. Pide que su hijo sea “equilibrado”, “normal”, que tenga buenas amistades, y que rinda como estudiante.</p> <p>Durante la entrevista individual con el adolescente, él expresa que le gustaría que mejorara la relación con su familia.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>La madre ve en su hijo adolescente dos facetas; una donde es cariñoso, majo, colaborador, juguetón con su hermano, familiar, y tranquilo, y otra en donde es todo lo contrario.</p> <p>De su pareja, la madre ve que es “su gran apoyo y amigo”, que le escucha, es buen padre, y le apoya a tomar decisiones.</p> <p>Sobre ella misma, ella se percibe luchadora, tenaz, y capaz de buscar ayuda en lo que merece la pena.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>Actualmente casi nula. El adolescente va a casa a comer un par de veces a la semana, donde normalmente surgen los conflictos relacionales entre madre e hijo.</p>

Familia no. 2 “Transmisión del conflicto intergeneracional”

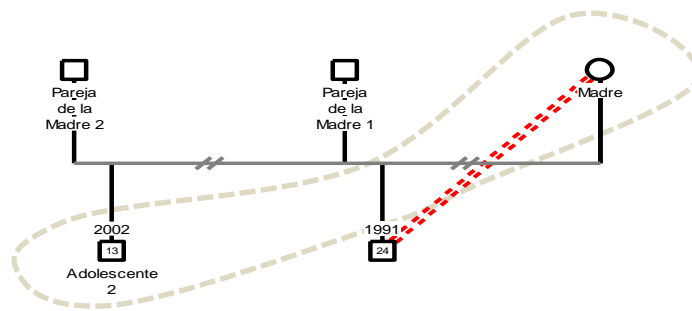


Figura 22: Genograma Familia no.2

Tabla 40.
Información acerca de la familia no.2.

<i>Historia familiar</i>	<p>Madre con historia de abandono y violencia intrafamiliar que inmigró hace 12 años con ayuda de su madre (ahora fallecida) desde Colombia. La adaptación tras la inmigración fue difícil, por lo que pidieron atención psicológica para su hijo menor hace tres años.</p> <p>Abandono del padre del adolescente y renuncia de toda la responsabilidad de parentalidad; a excepción de cuando el adolescente va a Colombia</p> <p>La madre ejerce maltrato hacia sus hijos por medio de golpes como práctica parental.</p> <p>El hermano mayor (hijo de padre distinto), también fue abandonado por su padre, consume drogas y vive en albergue; volviendo a casa de forma ocasional. La madre dice que se ha propuesto no volver a dejarle entrar a casa hasta que haya dejado de consumir. La familia sufre mucho con esa decisión. Los contactos con S.S.B. y diputación han sido por medio del hermano mayor.</p>
<i>Problema</i>	<p>La madre se presenta a la entrevista inicial mostrando un fuerte carácter. Según lo que ella menciona, los conflictos con su hijo adolescente son porque él reacciona emocionalmente de forma desproporcionada con profesores y compañeros; participando en peleas en el colegio de forma ocasional.</p> <p>En la entrevista individual con el adolescente, él expresa que “a veces le sale una furia que no sabe contener” cuando le corrigen. En casa esto no ocurre; cuando la madre se enfada, “a veces le da con el cinturón”, pasa de él y le deja de hablar hasta el adolescente acepta y cumple con lo que la madre le pide.</p>

	Recibieron una carta de desahucio por falta de medios para pagar; la madre mantiene trabajos temporales de limpieza de domicilios, y recibió una casa por medio de una ayuda del Gobierno Vasco.
<i>Expectativas/ Demanda</i>	La madre expresa sentir “miedo a que su hijo menor termine igual que su hijo mayor” y dice que le gustaría mejorar la unión familiar.
<i>Recursos y redes sociales</i>	La madre tiene una hermana y a su abuela, que ha sido como su madre, en España; además, ha creado un grupo de amigos inmigrantes colombianos. Al adolescente le gusta mucho jugar fútbol; entrena en un equipo. Entre madre e hijo logran identificar virtudes uno del otro.
<i>Expresión de afecto</i>	Cuando la madre tiene dinero, le compra cosas y le cocina.

Familia no.3 “Al borde de la apertura de un expediente en servicios de protección a la infancia”

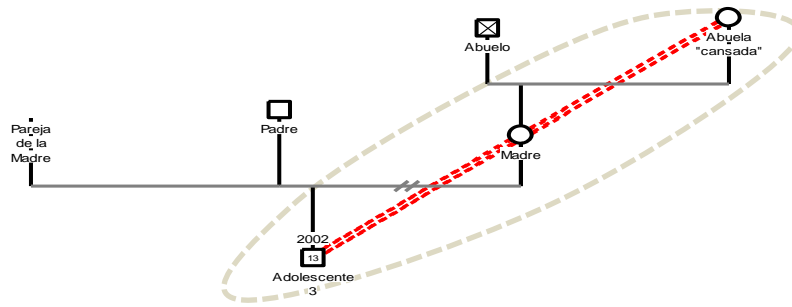


Figura 23: Genograma Familia no.3

Tabla 41.
Información acerca de la familia no. 3.

<i>Historia familiar</i>	<p>Los padres se separaron, y tras ello, hay muy poco contacto entre el padre y el adolescente. El adolescente vive desde sus cinco años de edad con la abuela; y cuando se encuentra presente la madre, conviven los tres en casa de la abuela. La madre comenzó a vivir con ellos de forma esporádica desde los siete años de edad del adolescente.</p> <p>La abuela describe al padre del adolescente como alguien adicto con impulsos violento; a su hija, la madre del adolescente, la describe como alguien también adicta, con altibajos emocionales, y con presencia esporádica en el hogar.</p> <p>La abuela reconoce que ella ha cumplido las funciones maternas con su nieto debido a la ausencia de la madre; pero cuando llega la madre, los roles entre ellas son muy difusos.</p> <p>La abuela explica que desde que el nieto comenzó a crecer, ha habido muchas dificultades de comunicación en la familia.</p> <p>La abuela se reconoce ahora con falta de energía y sin apoyo, pero aun así, está muy preocupada por el desarrollo de su nieto.</p>
<i>Problema/ Demanda</i>	<p>El colegio los deriva por “síntomas depresivos” del adolescente.</p> <p>Según la abuela, el problema es la “Desunión familiar”; mientras que para el adolescente “cada uno va por su lado”.</p> <p>Los S.S.B. han comenzado una investigación, y la familia busca éste recurso como alternativa a la desintegración familiar.</p> <p>El adolescente no quiere salir de casa ni relacionarse con otros chicos.</p> <p>No quiere ir al colegio y hace novillos.</p> <p>El adolescente repite curso.</p>
<i>Expectativas</i>	<p>Para abuela: que su nieto salga y se relacione.</p> <p>Para el adolescente: mejorar y solucionar sus problemas en el instituto.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>La familia recibe ayudas sociales; además acuden periódicamente con un educador y una asistenta social.</p> <p>La abuela tiene trabajos temporales, y se define como alguien “luchadora”.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>La abuela le da besos y le hace cariños en la cabeza al nieto.</p> <p>El nieto le pide abrazos y juegan a veces.</p>

Familia no.4 “Primer paso. Tenemos un problema”

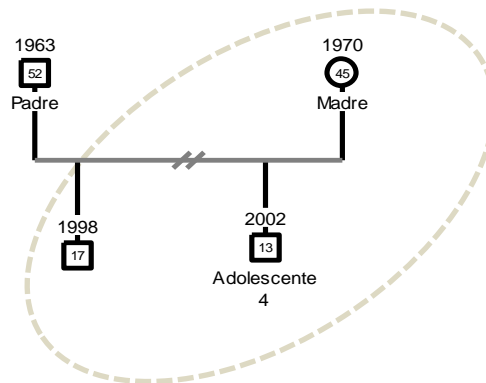


Figura 24: Genograma Familia no.4

Tabla 42.
Información acerca de la familia no. 4.

<i>Historia familiar</i>	<p>Los padres se encuentran divorciados desde hace un año debido al consumo frecuente de alcohol del padre y a la violencia verbal y física del padre hacia la madre; desde entonces, los hijos han mantenido contacto diario con el padre. Los padres expresan que mantienen una relación cordial .asada en el cuidado de los hijos. Ambos quieren mucho a sus hijos y buscan un espacio para convivir con ellos.</p> <p>El padre también tuvo historia de malos tratos; y ahora, tras su divorcio con la madre del adolescente, éste vive con su hermano; y dice echar de menos a su familia unida.</p> <p>Ambos padres acordaron tomar el tratamiento.</p> <p>La madre describe a su hijo adolescente como alguien parecido al padre; agresivo verbal y físico; aunque a ella nunca le ha pegado, solo a su hermano.</p> <p>Toma medicación para el TDAH desde hace 6 meses.</p>
<i>Problema/ Demanda</i>	<p>La madre decide acudir al tratamiento debido a que el adolescente agredió a una profesora y ha sido expulsado del colegio debido a una demanda por el mismo motivo; por lo cual, tendrá que repetir curso.</p>
<i>Expectativas</i>	<p>La madre dice que espera que las relaciones familiares mejoren; mientras que el hijo adolescente expresa querer aprender a controlarse mejor cuando se enfada, y el padre querer aprender a convivir mejor con su ex pareja y sus hijos; ya que la relación con ellos podría mejorar.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>Cariño entre padres e hijos, comunicación, y relación cordial entre los padres.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>Dicen ser una familia muy cariñosa; se dan abrazos y .esos frecuentemente.</p>

Familia no. 5 “Secretos”

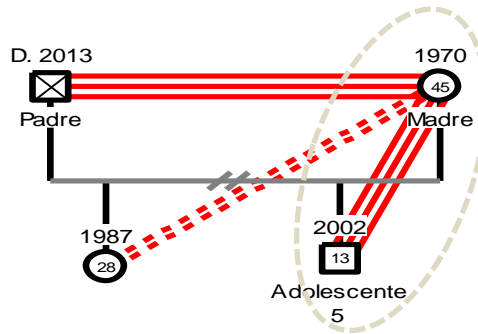


Figura 25: Genograma Familia no.5

Tabla 43.
Información acerca de la familia no. 5.

<i>Historia familiar</i>	<p>Ambos padres tienen historia de consumo de drogas. El padre estuvo tres años en la cárcel, y posteriormente falleció hace seis años después de haber salido de la cárcel. La madre tiene una historia muy dura; una violación por parte de su padre, un intento de matarlo con sus hermanos, una encarcelación del hermano como consecuencia de ello, y la muerte del hermano en la cárcel. Tuvieron una hija mayor, de la cual la madre no pudo hacerse cargo y el padre nunca conoció, por lo que terminó siendo dada en adopción a una familia que le ayudaba cuidándola cuando la madre no se encontraba bien. Hoy hay muy mala relación entre la hija y la madre. El hijo adolescente nació con <i>hepatitis C</i>, debido al estilo de vida que llevaba la madre. Los padres se divorciaron a los 7 años de edad de su hijo adolescente debido al estilo de vida que llevaba el padre; aunque los padres se continuaron viendo a escondidas del hijo por mucho tiempo. Hace un año, le dieron a la madre un diagnóstico de cáncer, mismo que el hijo se enteró hasta que ya la habían operado y todo había salido aparentemente bien. Posteriormente, le dieron la noticia de un segundo cáncer de garganta a consecuencia de un mal tratamiento, mismo que el hijo adolescente aún lo ignora.</p>
<i>Problema/ Demanda</i>	<p>Desde el fallecimiento del padre, el adolescente ha bajado mucho las notas, repite curso, hace novillos, y su madre pilló que había probado la marihuana hace quince días. Actualmente asisten periódicamente con el educador social, y psicoterapia individual en un centro especializado. Además, la madre cuenta con una persona de apoyo, por parte del ayuntamiento, para la realización de tareas en casa. Según la madre, su hijo no estudia, pero no es problemático; es decir, “no hace líos, pero está en ellos porque los demás le incitan”. La madre se queja de que su hijo no le tiene la confianza para contarle todo; ella quisiera que no le tuviera secretos, ya que ella puede comprender cualquier cosa, puesto que todo lo ha vivido.</p>
<i>Expectativas</i>	<p>La madre expresa que quisiera que su hijo sea un “hom.re de provecho”, por lo que espera poner todo su esfuerzo para sacar lo mejor del grupo.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>Ayudas sociales, y tenerse el uno al otro. La madre reconoce en su hijo que es alguien que sabe pedir perdón y es educado; mientras que su hijo reconoce que ella le quiere, le cuida y le da seguridad.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>La madre le intenta expresar a su hijo que le quiere por medio de palabras.</p>

Familia no. 6 “En búsqueda de un diagnóstico”

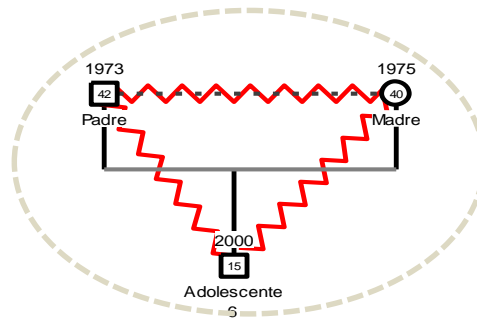


Figura 26: Genograma Familia no.6

Tabla 44.
Información acerca de la familia no. 6.

<i>Historia familiar</i>	<p>El padre tuvo una infancia con múltiples enfermedades (hepatitis, neumonía, etc.) y hospitalizaciones. El máximo tiempo que estuvo ingresado fue un año; por lo que siente que perdió casi toda su infancia de esa forma. Desde hace dos años dice que está viviendo “una etapa de miseria emocional”; lleva en paro desde hace tres o cuatro años, y desde hace 6 meses su médico de cabecera le recetó un medicamento para la depresión, aunque sigue sin poder dormir bien. Sin embargo, dice que no considerará tomar una psicoterapia individual hasta que su médico le diga si lo necesita o no.</p> <p>Han acudido a muchos servicios “insuficientes” (pediatra, educador social, psicólogo, neurólogo, y psiquiatra) debido a que el adolescente tiene un diagnóstico de TDAH y asiste a psicoterapia infantil en un centro especializado; además, tiene un CI límite con una minusvalía del 38%, y sufre de aislamiento social.</p> <p>El adolescente toma medicación para la fluidez del habla.</p>
<i>Problema</i>	<p>El padre llega a la primera entrevista muy enfadada e irascible por ser atendido tarde y haber tenido problemas en el aparcamiento. La esposa se emociona después de decir que él se siente estancado, y que por eso se desquita con su hijo.</p> <p>Los padres explican que el adolescente no respeta normas, mantiene conversaciones incoherentes, y depende de sus padres en actividades cotidianas; además, el colegio ha hecho adaptaciones curriculares, y aun así, los padres observan que lo suspenden por actitud, no le reconocen logros, y no se implican con él.</p> <p>Para los padres el principal problema es conductual; dicen que su hijo esconde comida por casa y la tira, roba, abre y destruye objetos de los padres (similares a los que los padres utilizan para castigarlo). En una ocasión incendió el baño, y en otra, lo inundó.</p> <p>Los padres perciben que su hijo tiene baja autoestima.</p> <p>Para el adolescente, su momento más estresante ha sido cuando rompió su móvil, o cuando creyeron que había roto el microondas. Dice que él miente para no aburrirse, que sabe lo que sus padres quieren que él diga, y que lo hace a posta, en broma.</p> <p>Los padres le pegan a su hijo, y éste, dice que no sabe qué es peor, si sus gritos, o sus golpes.</p> <p>En la entrevista individual con la madre, ella explica que su relación de pareja está afectada en un 50%; ya que en ocasiones sí logran dialogar, pero que por lo general, su marido se guarda todo, y luego le dura el enfado mucho más.</p>
<i>Expectativas/ Demanda</i>	<p>Los padres del adolescente acuden a los servicios de ayuda para saber a qué se debe la conducta de su hijo; si es por sus limitaciones, o por qué. Además, ellos consideran que su hijo no los quiere, y que él tampoco se siente querido; pero en la entrevista con el hijo adolescente, él dice que sabe que sus padres lo quieren porque no lo han echado de casa.</p> <p>Al preguntarles por sus expectativas, los padres mencionan lo siguiente:</p>

Padre: 1. Orientación parental (pautas), 2. Mejoría, aunque sea ligera, de la autonomía y autocontrol de su hijo; que sepa las consecuencias de sus actos, 3. Vida familiar (su mujer llora al escucharlo), 4. Un poco de aliento para seguir porque se siente estancado.

Madre: 1. Orientación con su hijo, 2. Autocontrol de su hijo.

Por último, el padre menciona que si esto sigue empeorando, ellos no podrán ser responsables de las consecuencias de sus actos, y que su hijo terminaría en la cárcel.

Para el adolescente, lo que le gustaría es que se solucionaran los problemas que hay en casa; que sus padres dejaran de estar siempre enfadados y amargados, que le reconozcan sus logros, que él deje de contestar mal, que su madre no le grite, que se les olviden a sus padres sus errores anteriores, y que dejaran de pensar que él “es un chulo”, porque no lo es.

Recursos y redes sociales

El adolescente reconoce a su madre como alguien cariñosa, y a sus padres como personas pacientes; sin embargo, a los padres les cuesta más trabajo reconocer en su familia fortalezas, virtudes o cualidades. Finalmente, la madre logró reconocer que le gusta que en su familia se apoyan en las cosas buenas y en las malas; y el padre que son muy sinceros y afectivos con él.

Expresión de afecto

En ocasiones el adolescente y la madre son cariñosos entre ellos y con el padre; el padre reconoce que a él le cuesta mucho trabajo expresar afecto.

6.4.2. Procedimiento

6.4.2.1. Características del encuadre terapéutico.

El grupo multifamiliar fue llevado a cabo en la Universidad de Deusto (UD), dentro de las instalaciones de la clínica *DeustoPsych*, durante el periodo de marzo-junio 2014.

Las instalaciones cuentan con recepción, sala de espera, equipo y cabina de video-grabación, y dos salas independientes, cada una con una cabina de observación mediante un espejo uni-direccional (ver Imagen 1). Todo esto permitió el trabajo en equipo y la video-grabación de las 15 sesiones del tratamiento.



Imagen 1. Clínica *DeustoPsych*, Universidad de Deusto

El equipo terapéutico estuvo compuesto por tres sub-grupos: co-terapeutas dentro del grupo (n=2), observadoras detrás del espejo unidireccional (n=3), y encargadas de cámaras (n=2).

Las co-terapeutas (n=2), eran ambas mujeres, psicólogas, con Máster en Salud Mental y Terapias Psicológicas por la UD, y Máster en Terapia Familiar por la *Fundación Vidal i Barraquer*, de la Universidad Ramon Llull, y por la Universidad Pontificia de Salamanca; de forma correspondiente. Además, una de ellas cuenta con formación en Mediación Familiar.

Las observadoras detrás del espejo unidireccional (n=3), fueron todas mujeres, y psicólogas. Dos de ellas, se encuentran cursando el último semestre del Máster en Psicología de Intervención Social, con 240 horas de prácticas de grado, y 600 horas de prácticas en Servicios de Infancia y Familia de distintos Ayuntamientos de Bizkaia; mientras que otra observadora contaba con formación en Mediación Familiar, y Máster en Psicología de la Intervención Social, con 600 horas de prácticas en Servicios de Infancia y Familia de un Ayuntamiento de Bizkaia.

Por último, las encargadas de realizar las videograbaciones (n=2) fueron mujeres, psicólogas, y estudiantes de Doctorado, con Máster en Salud Mental y Terapias Psicológicas por la Universidad de Deusto, con sus respectivas 240 y 600 horas de prácticas. Además, una de ellas se encontraba en

realizando la formación en Terapia Psicodinámica en el Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB).

6.4.2.2. Proceso de intervención

6.4.2.2.1. Planificación y ejecución de las sesiones.



Tras haber estructurado las sesiones mediante un esquema general de intervención (ver Tabla 37), el equipo de terapeutas observaba las video-grabaciones de las sesiones y mantenía reuniones semanales de revisión y planificación durante todo el proceso del tratamiento.

El equipo fue terminando de estructurar la intervención durante todo el proceso del tratamiento; de tal forma que se iban seleccionando las técnicas, dinámicas grupales, y objetivos específicos de intervención de acuerdo a las características particulares del grupo.







El equipo terapéutico constató la necesidad y utilidad de ir cambiando de forma constante el formato de las sesiones; de tal manera que se fueron realizando sesiones con distintos formatos de intervención durante las 15 sesiones del proceso del tratamiento, variando según las necesidades y el tipo de técnicas empleadas.



En la Tabla 45, se muestran los objetivos y estructura del proceso del tratamiento.

Tabla 45.
Objetivos y estructura del proceso de tratamiento. Estudio II.


	Adolescentes	Padres/Familiares
Sesión 1 	<p>Objetivo General: Favorecer el conocimiento mutuo y el enganche terapéutico.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar la bienvenida, presentar a los miembros del grupo y equipo terapéutico. - Explicar el funcionamiento del grupo (confidencialidad, sistema de grabación, diversidad del formato de sesiones, investigación, etc.). <p><i>Aplicación de instrumentos de resultado</i></p>	
Sesión 2 	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo los objetivos iniciales incrementando la interacción miembro-miembro y facilitando la expresión emocional enfocada a una visión sistémica.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión emocional. - Determinar expectativas/metas de tratamiento - Esclarecer similitudes entre los miembros del grupo. 	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo los objetivos iniciales incrementando la interacción miembro-miembro y facilitando la expresión emocional enfocada a una visión sistémica.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión emocional. - Determinar expectativas/metas de tratamiento - Esclarecer similitudes entre los miembros del grupo.


<p>Sesión 3 ●</p>	<p>Objetivo General: Favorecer la expresión, aceptación y reconocimiento de la funcionalidad de las emociones.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer una actitud de aceptación y normalizar las emociones “negativas”. - Reconocer las respuestas de los demás ante nuestras emociones. - Proveer psico-educación sobre la funcionalidad de las emociones. 	<p>Objetivo General: Favorecer la generación de empatía con los hijos, y el reconocimiento de sus propias emociones.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveer psico-educación relacionada a la etapa de la adolescencia. - Esclarecer los posibles sentimientos de los padres ante estos cambios. - Favorecer el control emocional.
<p>Sesión 4 ●</p>	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo la expresión, aceptación y reconocimiento de la funcionalidad de las emociones.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer sus propias emociones, identificando sus reacciones fisiológicas y detectando el momento oportuno para expresarlas. <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo la generación de empatía con sus hijos por medio del entendimiento de sus particulares formas de expresar malestar y pedir su ayuda.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer un clima terapéutico seguro. - Favorecer el entendimiento e identificación con sus hijos por medio de su propia adolescencia. - Proveer psico-educación sobre el manejo de emociones con adolescentes. <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>
<p>Sesión 5 ●</p>	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo la expresión, aceptación y reconocimiento de la funcionalidad de las emociones, e incrementar el respeto mutuo entre los miembros del grupo.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer las reglas y normas grupales. - Reconocer sus propias emociones, sus causas, y funcionalidad. 	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo la expresión, aceptación y reconocimiento de la funcionalidad de las emociones, e incrementar el nivel de conexión emocional con el terapeuta.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer sus propias emociones, identificando sus reacciones fisiológicas y detectando el momento oportuno para expresarlas. - Favorecer la conexión emocional con los miembros del grupo por medio de la expresión de sentimientos y reacciones contra-transferenciales.
<p>Sesión 6 ●</p>	<p>Objetivo General: Favorecer el conocimiento mutuo y el enganche terapéutico desde un entorno multi-familiar.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar de forma grupal los avances y aspectos en los que todavía falta trabajar. - Favorecer un primer contacto entre padres e hijos por medio de la identidad grupal formada en los sub-grupos. - Generar objetivos multi-familiares. 	
<p>Sesión 7 ●</p>	<p>Objetivo General: Favorecer el desarrollo de habilidades de comunicación.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica sus habilidades de escucha activa. <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>	<p>Objetivo General: Favorecer el desarrollo de habilidades de comunicación.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica sus habilidades de escucha activa. <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>

<p>Sesión 8 </p>	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo el desarrollo de habilidades de comunicación.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica sus habilidades de comunicación. 	<p>Objetivo General: Favorecer el desarrollo de habilidades de acercamiento y comunicación con los hijos adolescentes</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica sus habilidades y estrategias de comunicación con sus hijos adolescentes.
<p>Sesión 9 </p>	<p>Objetivo General: Favorecer la identificación de los elementos necesarios para una buena comunicación con sus padres.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las experiencias positivas con sus padres. - Identificar los elementos perdidos o ausentes para una buena comunicación con sus padres. 	<p>Objetivo General: Favorecer en los padres una actitud receptiva, reflexiva, y de curiosidad hacia sus hijos</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar experiencias positivas con sus hijos. - Identificar los elementos perdidos o ausentes para una buena comunicación con sus hijos.
<p>Sesión 10 </p>	<p>Objetivo General: Favorecer el acercamiento, conocimiento mutuo y las habilidades de comunicación familiar.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la conexión emocional entre padres e hijos. - Practicar sus habilidades de comunicación familiar <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>	
<p>Sesión 11 </p>	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo el conocimiento mutuo y las habilidades de comunicación familiar.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Practicar sus habilidades de comunicación. - Proveer una oportunidad para que los adolescentes se presenten con sus padres con sus gustos e intereses, y a sus padres para re-conocerlos mejor. - Favorecer el intercambio de elogios y reconocimiento positivo entre los miembros familiares. 	
<p>Sesión 12 </p>	<p>Objetivo General: Favorecer la comunicación familiar acerca de los límites y normas familiares.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Practicar sus habilidades de comunicación. - Proveer una oportunidad para que las familias hablen sobre las normas y los límites que mantienen en casa desde un ambiente seguro. 	
<p>Sesión 13 </p>	<p>Objetivo General: Favorecer la re-definición de normas y reglas familiares adecuadas para cada familia.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveer psico-educación acerca de las consecuencias con los adolescentes. <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>	

Sesión 14 	<p>Objetivo General: Favorecer la evaluación de los cambios positivos que ha habido desde el inicio del grupo hasta el momento e identificar los aspectos en los que todavía falta por trabajar.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar un repaso general sobre los aspectos más significativos del tratamiento.- Favorecer el reconocimiento de los cambios positivos y recursos familiares.- Favorecer una perspectiva posibilista hacia el futuro. <p><i>Aplicación de instrumentos de resultado</i></p>
Sesión 15 	<p>Objetivo General: Favorecer una experiencia de cierre grupal.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Favorecer la expresión emocional acerca del cierre del tratamiento.- Favorecer el reconocimiento de los cambios positivos y recursos familiares.

Nota:

 *Formato en Sub-grupos*

 *Formato multifamiliar*

6.4.2.2.2. Desarrollo de las sesiones.

SESIÓN 1

Multi-familiar

- 1.- Bienvenida (5 minutos).
2. Encuadre terapéutico: Presentación del equipo terapéutico y de las características del encuadre terapéutico; donde se hablará sobre el sistema de grabación de las sesiones, la confidencialidad, el formato de sub-grupos en algunas ocasiones, “pausa” para elaborar mensaje entre el equipo terapéutico, horarios, cuestionarios, y tareas como experimentos a elaborar en casa (15 minutos).
3. Actividad: Dibujar a su familia y plasmar lo que creen que aporta cada miembro a su familia. (20 minutos).
- 4.- Presentación de cada familia con su dibujo (20 minutos).
- 5.- Merienda (10 minutos).
- 6.- Aplicación de los instrumentos de resultado en formato de sub-grupos (30 minutos).

SESIÓN 2

Sub-grupo de Padres

- 1.- Bienvenida: ¿cómo venimos hoy? Con uso de la pelota (5 minutos).
- 2.- Retomar la sesión anterior: encuadre terapéutico. Se hablará sobre el contacto fuera del grupo, y se explicará la propuesta de una “silla de crisis” donde quien haya tenido una semana difícil y requiera del especial cuidado del grupo, podrá sentarse en ella al llegar a sesión (10 minutos).
- 3.- Puesta en común sobre sus recursos y objetivos personales y familiares; haciendo uso de la pizarra para recoger sus ideas y encontrar similitudes entre los padres (45 minutos).
- 4.- Pausa: el equipo terapéutico recogerá las ideas principales para devolver una propuesta de tratamiento con los principales temas y objetivos a tratar en el grupo (10 minutos).

5.- Devolución de la propuesta: se buscará favorecer que las familias desarrollen una mirada sistémica de sus dificultades por medio de la identificación de sus recursos y la des-centralización del problema en el adolescente (15 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos).

2.- Retomar la sesión anterior: encuadre terapéutico. Se hablará sobre el contacto fuera del grupo, y se explicará la propuesta de una “silla de crisis” donde quien haya tenido una semana difícil y requiera del especial cuidado del grupo, podrá sentarse en ella al llegar a sesión (15 minutos).

3.- Actividad: Cada uno realizará una silueta de sí mismo (con ayuda de los demás), donde puedan plasmar dentro de ella sus cualidades; y fuera las cosas que no les gustan y les causan problemas (25 minutos)

5.- Presentación de sus siluetas y puesta en común sobre cosas que les gustaría conservar y las cosas que preferirían cambiar (30 minutos).

6.- Pausa: el equipo terapéutico concretará y devolverá al grupo los cambios que podrían ser realistas y en los que se podrían trabajar dentro del grupo (10 minutos).

7.- Devolución del equipo terapéutico (5 minutos).

SESIÓN 3

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (15 minutos).

2.- Discusión grupal sobre la adolescencia y sus cambios: identificar los elementos esenciales de la etapa de la adolescencia, como lo son: *la formación de identidad, manejo de emociones y control de impulsos, socialización, y sexualidad* (20 minutos).

3.- Puesta en común sobre ejemplos propios de situaciones en la que los adultos pierden el control sobre sus emociones (40 minutos)

4.- Devolución y resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).

5.- Explicación del experimento para casa: Detectar qué situaciones les hacen perder el control, junto con las situaciones que pasan antes y después, y el momento en el que podrían parar la situación para evitar el descontrol (10 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos).
- 2.- Discusión sobre las emociones: ¿Qué son?, ¿Cuáles?, ¿De qué depende sentir una u otra?, ¿Todos sentimos igual?
3. Actividad: representación de emociones positivas y negativas. ¿Qué es diferente en cada una?, ¿cómo se sienten?, ¿los amigos y familia cómo las notan?
5. Devolución y resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).
6. Explicación del experimento para casa: Que simulen sentirse bien, hagan un comentario positivo en su familia y se fijen cómo reaccionan los demás (5 minutos).

SESIÓN 4

Sub-grupo de Padres

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos).
- 2.- Revisión de los resultados del experimento llevado a cabo en casa (15 minutos).
- 3.- Discusión grupal: ¿Cómo fue mi adolescencia?, ¿qué sentimientos recuerdo?, ¿qué dificultades tenía?, ¿cómo me hubiera gustado que me entendieran?, ¿qué necesidades tenía? (40 minutos).
- 3.- Psico-educación: Cada adolescente tiene una forma propia de expresar su malestar; y no siempre lo más externalizante es lo más perjudicial. Es importante detectar las formas que tienen los adolescentes de pedir ayuda (15 minutos).
- 4.- ¿Qué se llevan de la sesión? (5 minutos).
- 5.- Cuestionarios de proceso (10 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (20 minutos).
- 2.- Revisión de los resultados del experimento llevado a cabo en casa (20 minutos).
- 3.- Psico-educación: Con ayuda de sus ejemplos, utilizar la analogía del reloj; donde es posible detectar el momento para parar la situación y evitar que se desborden las emociones (25 minutos).
- 4.- ¿Qué se llevan de la sesión? (15 minutos).
7. Cuestionario de proceso (10 minutos).

SESIÓN 5

Sub-grupo de Padres

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy?, ¿cómo vengo yo? Mensaje contra-transferencial (20 minutos).
- 2.- Revisión de los resultados del experimento llevado a cabo en casa (20 minutos).
- 3.- Psico-educación: Con ayuda de sus ejemplos, utilizar la analogía del reloj; donde es posible detectar el momento para parar la situación y evitar que se desborden las emociones. Realizar ejemplos grupales (40 minutos).
- 4.- ¿Qué se llevan de la sesión? (15 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos).
- 2.- Revisión del experimento en casa (15 minutos).
- 3.- Video-Feedback: Analizar con el grupo el cumplimiento de las normas grupales. ¿Qué hay detrás de sus actuaciones en el grupo?, ¿qué consecuencias poner cuando no se cumplen? (15 minutos).
- 4.- Actividad: Línea del tiempo. Cada uno colocará los eventos especiales, tanto positivos como negativos, que les hayan ocurrido hasta ahora, y colocar las emociones que les surgieron en cada uno de ellos (30 minutos).

5. Reflexión ¿Qué se llevan de hoy? (10 minutos).

SESIÓN 6

Sub-grupo de Padres

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos).
- 2.- Evaluación del proceso grupal: ¿qué experiencia queréis obtener en el grupo? (10 minutos).
- 3.- Actividad: Dibujar o escribir qué les identifica como grupo: *qué hacen, qué tienen en común, qué diferencias encuentran, qué aporta cada uno al grupo, qué les gustaría conseguir* (35 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos).
- 2.- Evaluación del proceso grupal: ¿qué experiencia queréis obtener en el grupo? (10 minutos).
- 3.- Actividad: Dibujar o escribir qué les identifica como grupo: *qué hacen, qué tienen en común, qué diferencias encuentran, qué aporta cada uno al grupo, qué les gustaría conseguir* (35 minutos).

Grupo Multi-familiar

3. Puesta en común: Los adolescentes se presentarán con los padres, y posteriormente, los padres harán lo mismo con el material que hayan preparado previamente (30 minutos).
4. ¿Qué se llevan de la sesión? (10 minutos).

SESIÓN 7

Sub-grupo de Padres

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos)
- 2.- Retomar la sesión anterior: ¿qué les ha gustado?, ¿qué os hubiera gustado que pasara?, ¿os habéis sentido escuchados?, ¿os habíais sentido así antes? (15 minutos)

3.- Psico-educación acerca de la comunicación: importancia, errores comunes, estrategias efectivas para reflejar sentimientos, e interpretar necesidades y sentimientos (40 minutos).

4.- ¿Qué se llevan de la sesión? (5 minutos).

5.- Propuesta para experimento en casa: práctica de escucha activa (10 minutos).

6.- Cuestionarios de proceso (10 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos)

2.- Retomar la sesión anterior: ¿qué les ha gustado?, ¿qué os hubiera gustado que pasara?, ¿os habéis sentido escuchados?, ¿os habíais sentido así antes? (15 minutos)

3.- Ejercicio de escucha por medio de *role-playing*: los adolescentes ejemplificarán una conversación con los elementos que crean importantes para la comunicación efectiva y el reflejo de sentimientos (50 minutos).

4.- Propuesta para experimento en casa: practicar la comunicación con alguien, interpretando sus sentimientos y su percepción acerca de sentirse o no escuchado por ellos (10 minutos).

5.- Cuestionarios de proceso (10 minutos).

SESIÓN 8

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos)

2.- Retomar el experimento realizado en casa: ¿qué os ha parecido la experiencia?, ¿habéis descubierto algo nuevo?, ¿qué os ha resultado efectivo?, ¿cómo os habéis sentido? (15 minutos).

3.- Discusión grupal sobre experiencias de éxito hablando con los hijos adolescentes; ¿cómo acercarse?, ¿cómo comunicar el mensaje?, ¿es importante reflejarles sentimientos?, ¿cómo los recibirían ellos? (30 minutos).

4.- *Roleplaying* sobre un ejemplo de acercamiento y comunicación con los hijos adolescentes (30 minutos).

5.- ¿Qué os lleváis de la sesión? (10 minutos)

Sub-grupo de Adolescentes

1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos)

2.- Retomar el experimento realizado en casa: ¿qué os ha parecido la experiencia?, ¿habéis descubierto algo nuevo?, ¿qué os ha resultado efectivo?, ¿cómo os habéis sentido? (15 minutos)

3.- Actividad: saldrá un voluntario de la sala, y los que se quedan deberán de hablar sobre qué cosas saben sobre el miembro ausente (gustos, intereses, etc.). Posteriormente, cuando el voluntario entre a la sala, le comentarán lo que saben de él y le preguntarán las cosas que les falten por saber. Posteriormente, se podrá repetir el ejercicio con alguien más (50 minutos).

4.- Reflexión acerca de la experiencia del voluntario y del grupo: ¿os habéis sentido escuchados?, ¿os habéis sentido entendidos? (15 minutos).

SESIÓN 9

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (10 minutos).

2.- Retomar la sesión anterior: ¿qué os ha parecido?, ¿cómo os habéis sentido?, ¿os sentís capaces de hacer un ejercicio de comunicación con vuestros hijos?, ¿qué os haría falta para lograrlo? (15 minutos).

3.- Preparación para el siguiente encuentro multi-familiar por medio de una reflexión grupal: ¿Qué os haría falta comunicar a vuestros hijos?, ¿qué sentimientos hay detrás de ello?, ¿cómo comunicárselos? (45 minutos).

4.- Explicación del experimento para casa: intentar aproximarse a sus hijos durante la semana (10 minutos).

5.- Despedida

Sub-grupo de Adolescentes

- 1.- Bienvenida: ¿Cómo venís hoy? (5 minutos)
- 2.- Retomar la sesión anterior ¿qué os ha parecido?, ¿cómo os habéis sentido? (15 minutos).
- 3.- Retomar línea de vida: ¿ha habido algún momento importante donde habéis sentido el apoyo de vuestros padres?, ¿y de vuestros amigos?, ¿cómo fue?, ¿qué fue lo que os hizo sentir apoyados?, ¿cómo fue la comunicación? Identificar los elementos de comunicación en esos momentos (45 minutos).
- 5.- Explicación de propuesta de experimento para casa: pensar cómo sería la relación ideal con sus padres y traer a la sesión algún símbolo que pueda ayudarles a describirlo.

SESIÓN 10

Multi-familiar

- 1.- Bienvenida: “lo que hice en familia esta semana y me gustó” (5 minutos).
- 3.- División por sub-grupos para la preparación de los símbolos de los adolescentes, y la preparación de un role-playing de los padres donde ejemplifiquen un ejemplo de escucha activa y acercamiento entre padres e hijos (15 minutos).
- 4.- Role-playing: dos padres voluntarios ejemplificarán entre ellos la escucha y acercamiento entre padres e hijos (10 minutos).
- 5.- Actividad: los símbolos de los adolescentes se pondrán al centro y los padres intentarán identificar cuál símbolo es el de sus hijos y por qué; después de una ronda de identificación, los adolescentes tomarán sus símbolos y se reunirán con sus familias. Se les dará un tiempo para compartir el significado de los elementos por familias (40 minutos).
- 6.- Cierre ¿Qué os lleváis de la sesión? (5 minutos)
- 7.- Cuestionarios de proceso y ficha de gustos e intereses personales para retomar la próxima sesión (15 minutos).

SESIÓN 11

Multi-familiar

- 1.- Bienvenida: ¿cómo venís? – en una palabra- (10 minutos).
- 2.- Retomar tema de escucha activa (15 minutos).
- 3.- Retomar la ficha de conocimiento padres-hijos, rellena durante la sesión anterior: Se juntarán por familias para compartir sus respuestas (20 minutos).
- 4.- Merienda (10 minutos).
- 5.- Actividad: “Premiando a las familias”: Cada miembro familiar escribirá un nombre, postulándolo para recibir un premio, debido a algo que les haya gustado de él o ella durante sus vacaciones (20 minutos).
6. Propuesta de experimento en casa: Cada miembro de la familia pegará un post-it en algún sitio de casa, recordándose entre sí las cosas les gustan de cada persona (10 minutos).
- 7.- ¿Qué se llevan de la sesión? (5 minutos).

SESIÓN 12

Multi-familiar

- 1.- Bienvenida: ¿cómo venís? – en una palabra (10 minutos).
- 2.- Retomar experimento para casa (15 minutos).
- 3.- Actividad “Normas y límites”: en el centro del grupo se les presentarán a las familias tarjetas con ejemplos de normas comunes en familias con adolescentes; cada familia elegirá las que se ajusten a sus familias y las comentarán (30 minutos).
- 4.- Merienda (10 minutos).
- 5.- Puesta en común de los aspectos hablados en las familias (20 minutos).

SESIÓN 13

Multi-familiar

- 1.- Bienvenida: ¿cómo venís? – en una palabra (10 minutos).
- 2.- Retomar la sesión anterior (15 minutos).
- 3.- Psico-educación sobre consecuencias positivas y negativas: Se hablará sobre las características necesarias que deben de haber para poner una consecuencia: *deben de ser específicas, consistentes, relacionadas con la acción, temporales, y deben de ayudar a reparar o reforzar* (20 minutos).
- 4.- Desarrollo de ejemplos con el grupo: Se les pondrá el ejemplo de llegar tarde a casa y de no cumplir las tareas domésticas (25 minutos)
- 5.- Propuesta para experimento en casa: cada familia elegirá una actividad y un momento en los que todos puedan pasar un tiempo agradable como familia (10 minutos).
- 6.- Cuestionarios de proceso (10 minutos).

SESIÓN 14

Multi-familiar

- 1.- Bienvenida: ¿cómo venís hoy?- en una palabra (10 minutos).
- 2.- Retomar la sesión anterior ¿qué tal os ha parecido?, ¿hubo un clima de participación en el grupo?, ¿cómo os habéis sentido? (15 minutos).
- 3.- Revisión de temas: Adolescencia, expresión emocional, comunicación, autonomía y dependencia, confianza, y normas (15 minutos).
- 4.- Discusión grupal: “¿Qué hay que seguir trabajando?”: ¿Cómo os veis ahora?, ¿qué diferencias hay desde que comenzasteis el grupo? (20 minutos).
- 5.- Cuestionarios post-tratamiento (30 minutos).

SESIÓN 15

Multi-familiar

- 1.- Bienvenida: ¿cómo venís hoy?, utilizando la pelota (15 minutos).
- 2.- Actividad: “el árbol de las virtudes”, cada miembro familiar podrá poner en el tronco del árbol las virtudes que ya veían en sus familias y sus miembros antes de la experiencia grupal; y en las ramas, podrán poner las nuevas virtudes descubiertas durante las sesiones (20 minutos).
- 3.- Puesta en común (15 minutos).
- 4.- Merienda (15 minutos).
- 5.- Cierre: se pondrán al frente los dibujos que cada familia hizo durante la primera sesión y juntarán en forma de puzle junto con el árbol de las virtudes; posteriormente, cada uno dirá una frase que se lleva de la experiencia (25 minutos).

6.4.3. Mediciones

Tabla 21.

Instrumentos empleados en los Grupos Multifamiliares.

<i>Instrumentos de Resultado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Recursos Familiares (<i>Family Strengths Scale</i>- versión española; FStS-VE) • Escala de Satisfacción Familiar (<i>Family Satisfaction Scale</i>- versión española; FCS-VE) • Escala de Comunicación Familiar (<i>Family Communication Scale</i>- versión española; FCS-VE)
	<ul style="list-style-type: none"> • Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (<i>Optimismo Fundado</i>; BEEGC-R22)
	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del <i>Child's Report of Parent Behavior Inventory</i> (CRPBI) a población española
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Child's Behavior Check List</i> (CBCL) <ul style="list-style-type: none"> Sub-escala de Agresión Sub-escala de Conducta Disruptiva Sub-escala de Ansiedad/Depresión Sub-escala de Evitación/Depresión • <i>Youth Self Report</i> (YSR) <ul style="list-style-type: none"> Sub-escala de Ansiedad/Depresión Sub-escala de Evitación/Depresión
<i>Instrumentos de proceso</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi-estructurada pre-tratamiento • <i>Guía de Investigación y Evaluación ante situaciones de Desprotección en la Infancia</i> (Junta de Castilla y León) • Entrevista semi-estructurada post-tratamiento
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Therapeutic Factors Inventory Cohesiveness Su.-scale</i> (TFI-coh) • <i>Group Questionnaire</i> (GQ) • Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar, versión auto-informe (SOATIF-s) • Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar, versión observacional (SOATIF-o) • Progreso terapéutico (<i>Therapeutic progress</i>)

6.4.4. Resultados

6.4.4.1. Resultado.

Para evaluar la eficacia del tratamiento, o mejoría de las familias tras las 15 semanas del programa de intervención, se evaluó la diferencia de medias mediante una Prueba T de muestras relacionadas con el programa estadístico SPSS, tomando en cuenta un intervalo de confianza del 95%, y evaluando el posterior tamaño del efecto mediante la d de Cohen (Cohen, 1988; en Pearl 2012).

Es importante mencionar, que de las seis familias que conformaron el Estudio II (primer estudio Multifamiliar), cuatro completaron los cuestionarios relativos a la evaluación post-tratamiento; por lo que la n se redujo considerablemente. Así mismo, las puntuaciones obtenidas indican que no existe evidencia empírica suficiente para rechazar las hipótesis nulas de mejoría anteriormente planteadas en la sección de objetivos, sin embargo, se discutirán las variaciones encontradas mediante la valoración del tamaño del efecto y del análisis cualitativo de las respuestas proporcionadas antes y después del tratamiento.

6.4.4.1.1. Sintomatología.

Como ya se había mencionado antes (ver Tabla 47), el instrumento empleado para a valoración de la agresividad, control de impulsos, y depresión-ansiedad de los adolescentes participantes fue el *Child Behavior Check List* (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001); por lo que a continuación se muestran los resultados obtenidos.

En las Figuras 27 y 28 se muestra el límite de corte clínico que establece el Manual del CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach & Ruffle, 2000); donde en el caso de la sintomatología relacionada con la agresividad y problemas de conducta, en dos de las cuatro familias evaluadas éste se sobrepasa (ver Figura 27). Sin embargo, a pesar de que el tamaño del efecto general del cambio fue moderado ($d=.46$), algunas de estas puntuaciones continuaron estando por encima del punto de corte clínico tras las 15 semanas que duró el proceso de tratamiento (ver Tabla 46).

Tabla 46.

Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas del CBCL e YSR. Estudio II.

		M y D.T.		95% I.C.		t	d Cohen
		Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	Inferior	Superior		
CBCL	ACD	31.40 (D.T.= 13.94)	25.40 (D.T.=13.16)	-1.29	13.29	2.28	-.46
	PC	10.60 (D.T.= 5.86)	9.00 (D.T.= 4.89)	-1.51	4.72	1.42	-.33
	A	18.20 (D.T.= 7.01)	16.40 (D.T.= 8.53)	-4.31	7.91	.818	-.21
	DA	14.20 (D.T.= 12.01)	12.00 (D.T.= 8.63)	-2.48	6.88	1.30	-.25
	A.D	8.60 (D.T.= 7.47)	8.00 (D.T.= 5.24)	-2.75	3.95	.50	-.11
	E.D	5.60 (D.T.= 4.93)	4.00 (D.T.= 3.94)	-.97	4.17	1.72	-.41
YSR	DA	7.50 (D.T.= 9.11)	12.50 (D.T.= 7.05)	-21.89	11.89	-.94	.71
	A.D	3.25 (D.T.= 3.30)	4.25 (D.T.= 2.87)	-5.31	3.31	-.74	.35
	E.D	4.25 (D.T.= 6.55)	8.25 (D.T.= 4.50)	-17.18	9.18	-.96	.89

Nota. CBCL (n=5), YSR (n=4); ACD= Agresividad-Conducta disruptiva; PC= Problemas de conducta; A= Agresividad; DA= Depresión-Ansiedad; AD= Ansioso Depresivo; ED= Evitativo Depresivo.

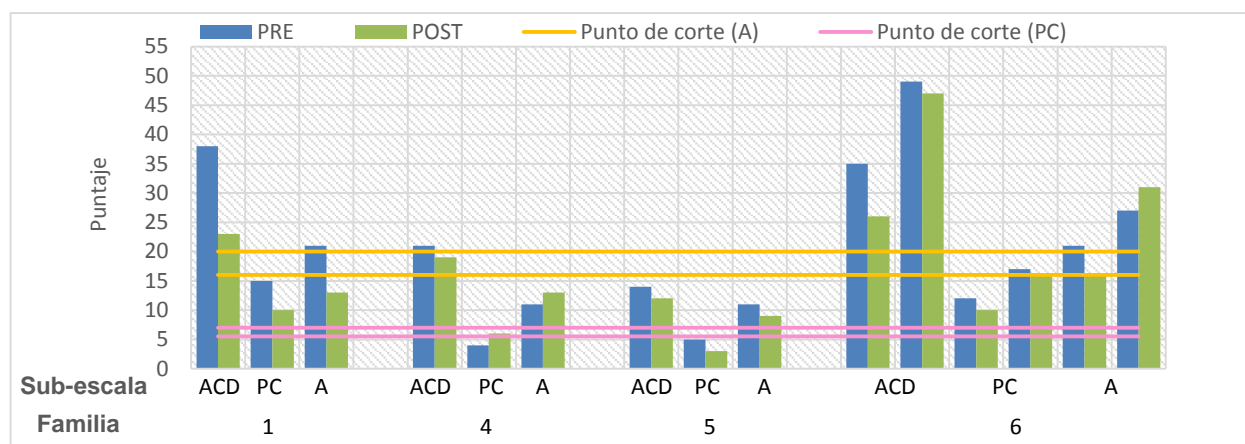


Figura 27: Puntuaciones CBCL, Agresividad Conducta disruptiva, antes y después del tratamiento. Estudio II

Nota: ACD= Agresividad Conducta Disruptiva; PC= Problemas de Conducta; A= Agresividad. El límite de corte clínico, tanto para la sub-escala de Agresividad (A) como para la sub-escala de Problemas de Conducta (PC), se encuentra basado en los percentiles publicados en Achenbach y Ruffle (2000). Los padres de las familias 2 y 3 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 6, los dos padres respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

Los padres de tres de los cuatro adolescentes evaluados antes y después del tratamiento coincidieron principalmente en que sus hijos mejoraron en los siguientes aspectos: agresividad física hacia otras personas, malhumor y mala cara, y ausencias injustificadas en el colegio. En contraparte, los aspectos donde notaron la ausencia de mejoría se encontraron relacionados con el incumplimiento de normas, y la dificultad para respetar los límites puestos en casa y en el colegio.

Con respecto a la evaluación de Depresión Ansiedad, a pesar de que los padres percibieron una leve mejoría tras el tratamiento (ver Tabla 46), y que tan solo los padres de un adolescente percibieron

a su hijo por encima del corte clínico, antes y después del tratamiento y en relación a ambas sub-escalas (ver Figura 28), los adolescentes, de forma contraria a sus padres, y a nivel general, valoraron un incremento importante de las mismas ($d=.77$) después de las 15 semanas de tratamiento (ver Tabla 46 y Figura 29). La diferencia entre la valoración de padres e hijos fue especialmente notoria en la sub-escala de Evitativo-Depresivo (valores d entre $-.41$ y $.89$).

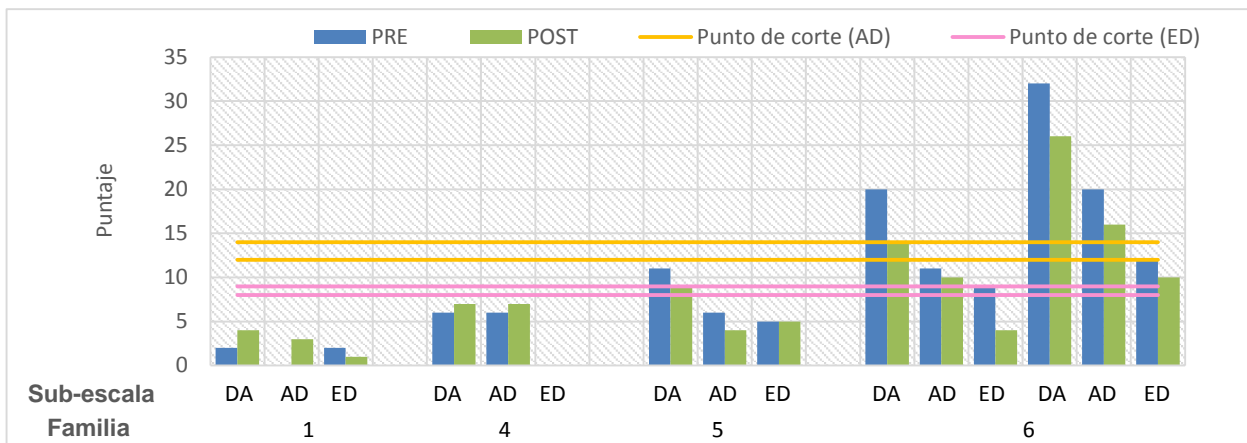


Figura 28: Puntuaciones CBCL, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento. Estudio II.

Nota: DA= Depresión Ansiedad; AD= Ansioso-Depresivo; ED= Evitativo-Depresivo. El límite de corte clínico, tanto para la sub-escala de Ansioso-Depresivo (AD) como para la sub-escala de Evitativo-Depresivo (ED), se encuentra basado en los percentiles publicados en Achenbach y Ruffle (2000). Los padres de las familias 2 y 3 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 6, los dos padres respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

De esta forma, como se puede observar en la Figura 29, los adolescentes de las familias 1 y 5, expresaron después del tratamiento que algunas veces lloran mucho, se sienten inferiores a los demás, piensan en matarse, y se preocupan a menudo; acentuándose sobre todo en el adolescente de la familia 5 síntomas como pensar que tiene que ser perfecto, y avergonzarse fácilmente.

Sin embargo tras el tratamiento, las madres de estos dos adolescentes no percibieron esto; la madre de la familia 5 tan sólo notó que algunas veces, su hijo se aislaba físicamente de los demás y que seguía manteniendo frecuentemente miedo al ridículo; mientras que la madre de la familia 1 notó mejoría en el estado de ánimo de su hijo, y atribuyó que si algunas veces se encontraba nervioso, ansioso, y preocupado, era por dejar de fumar tabaco.

Por otro lado, dentro de la familia 6 se observa que tanto los padres como el adolescente percibían muy altos niveles de depresión ansiedad en el adolescente; sin embargo, este nivel bajó notoriamente después del tratamiento hasta estar por debajo del corte clínico que establece el instrumento (Achenbach y Ruffle, 2000) en ambas sub-escalas.

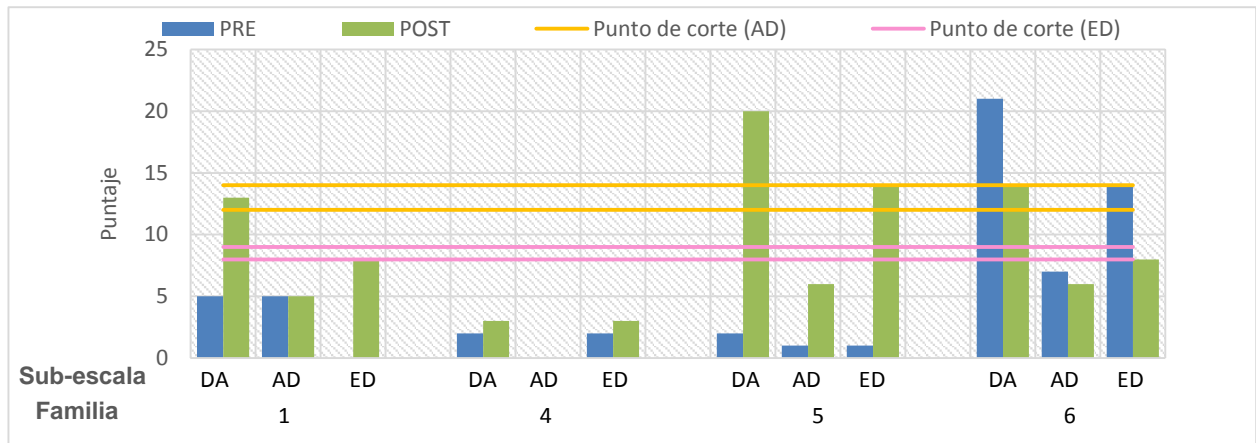


Figura 29: Puntuaciones YSR, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento. Estudio II.

Nota: DA= Depresión Ansiedad; AD= Ansioso-Depresivo; ED= Evitativo-Depresivo. El límite de corte clínico, tanto para la sub-escala de Ansioso-Depresivo (AD) como para la sub-escala de Evitativo-Depresivo (ED), se encuentra basado en los percentiles publicados en Achenbach y Ruffle (2000). Los adolescentes de las familias 2 y 3 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura.

6.4.4.1.2. Recursos, satisfacción, y comunicación familiar.

Los instrumentos empleados para evaluar los recursos, satisfacción, y comunicación familiar fueron algunas de las escalas adaptadas del FCS-VE (Martínez-Pampliega et al., 2006).

A continuación, en la Tabla 47, se muestran los resultados obtenidos en relación a la percepción de los padres y de los adolescentes acerca de sus recursos, satisfacción, y comunicación familiar durante el pre y el post-tratamiento.

Resulta llamativa la gran diferencia de opiniones entre padres e hijos sobre su percepción de recursos familiares antes y después del tratamiento (ver Tabla 47 y Figura 30). Como se observa, el incremento en la percepción de los padres sobre sus recursos familiares después del tratamiento se centra en dos familias; siendo menos común encontrar en los padres de las otras dos familias restantes la percepción de algo de mejoría; especialmente en la familia 6, donde llamativamente esta percepción no es compatible con la de su hijo adolescente, el cual expresó mejoría en 9 de las 12 preguntas del cuestionario, quedando las tres preguntas restantes estables durante la pre y la post evaluación.

Tabla 47.

Medias, desviaciones típicas, y Prueba T para muestras relacionadas de Recursos, Satisfacción, y Comunicación familiar. Estudio II.

		M y D.T.		95% I.C.		t	d Cohen
		Pre-Tratamiento	Post-tratamiento	Inferior	Superior		
Padres	Recursos	36.20 (D.T.=4.44)	34.60 (D.T.=8.68)	-11.53	14.73	.34	-.18
	I	30.40 (D.T.=3.91)	31.20 (D.T.=5.89)	-10.55	8.95	-.23	.14
	II	5.80 (D.T.=2.17)	5.40 (D.T.=2.61)	-2.17	2.97	.43	-.15
Hijos	Satisfacción	36.40 (D.T.=4.98)	33.00 (D.T.=6.04)	-1.29	8.09	2.01	-.56
	Comunicación	27.00 (D.T.=4.85)	31.40 (D.T.=5.18)	-16.23	7.43	-1.03	.85
	Recursos.	34.33 (D.T.=3.51)	38.67 (D.T.=7.51)	-24.26	15.59	-.94	.58
Hijos	I	28.00 (D.T.=5.57)	31.00 (D.T.=6.56)	-21.75	15.75	-.69	.46
	II	6.33 (D.T.=2.31)	7.67 (D.T.=2.89)	-2.77	.10	-4.00	.46
	Satisfacción	33.25 (D.T.=6.95)	29.75 (D.T.=6.29)	-17.31	24.31	.53	-.56
	Comunicación	31.50 (D.T.=6.61)	34.75 (D.T.=6.95)	-22.49	15.99	-.54	.47

Nota. Padres (n=5), Hijos (n=4)

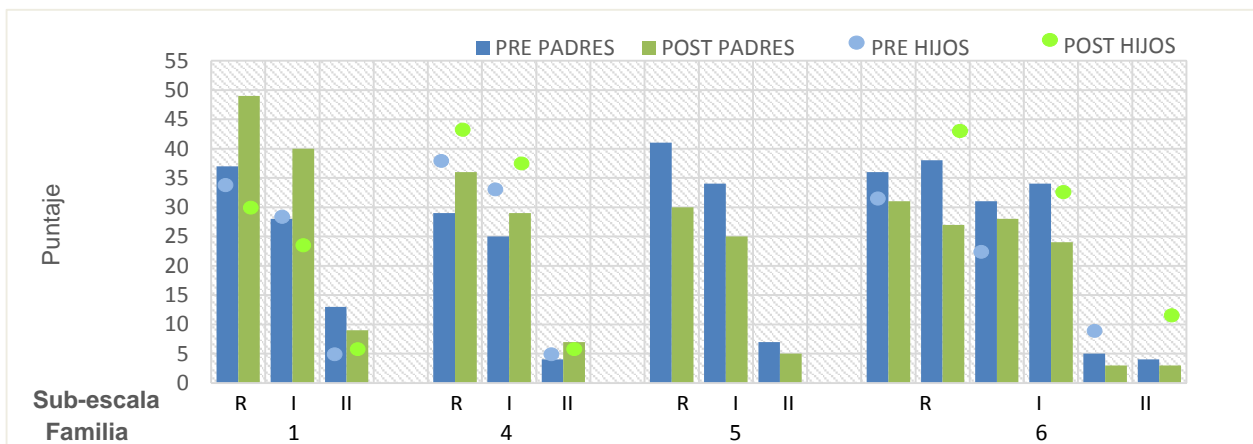


Figura 30: Puntuaciones de Recursos familiares, obtenidas por los padres e hijos, antes y después del tratamiento. Estudio I.

Nota: R= Recursos; I= Recursos I; II= Recursos II. Las familias 2 y 3, así como el adolescente de la familia 5, no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 6, los dos padres participantes respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

En relación a la satisfacción familiar, se observa que tanto los padres como los hijos expresaron un retroceso general con respecto al nivel de satisfacción familiar previo al tratamiento ($d = -.56$). De esta forma, cuatro de los 5 padres expresaron un muy ligero retroceso en su nivel de satisfacción con la calidad de la comunicación familiar, el modo en el que los problemas son tratados, y lo justa que es la crítica en la familia; llegando tan sólo dos padres a expresar sentirse insatisfechas con respecto a los dos últimos aspectos.

Por otro lado, debido a la heterogeneidad de las respuestas otorgadas por los adolescentes, es difícil hablar de forma genérica; sin embargo, como puede observarse en la Figura 31, dos de los adolescentes fueron los que expresaron insatisfacción familiar al terminar el tratamiento; siendo especialmente notoria en relación a la calidad de la comunicación entre sus miembros, el modo en el que los problemas son tratados, y a su capacidad para ser flexibles y adaptarse.

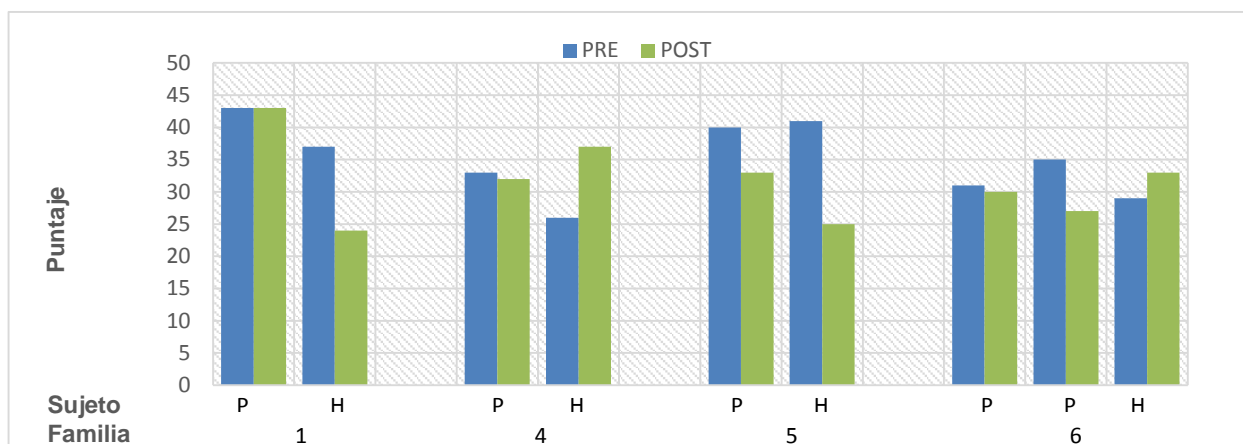


Figura 31: Puntuaciones Satisfacción familiar, antes y después del tratamiento. Estudio II.

Nota: P= Padres; H= Hijos. Las familias 2 y 3 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 6, los dos padres participantes respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

Con lo que respecta a la comunicación familiar, tanto los padres como los adolescentes expresaron una mejoría tras las 15 semanas de tratamiento ($ds=.85$, y $.47$). Sin embargo, como se muestra en la Figura 32, en tres de las cinco familias los padres expresaron que no lograron sentirse completamente satisfechos con su comunicación familiar tras las 15 semanas de tratamiento; pudiendo esto estar relacionado en las familias 4 y 5 con diferentes aspectos de la comunicación familiar en los que aún no lograron diferenciar entre si éstos están o no están presentes en sus familias. En el caso de la familia 6, ambos padres puntuaron bajo, tanto en la evaluación previa como en la posterior al tratamiento; dejando una clara evidencia de la percepción compartida de un déficit importante en la comunicación familiar.

Sin embargo, de forma general, la mayoría de los 5 padres evaluados demostraron cierta mejoría en el disfrute del tiempo que pasan juntos como familia, en discutir sentimientos e ideas entre ellos, y, de forma contraria a tres de los cinco adolescentes evaluados, en la forma en la que resuelven los problemas.

Como ya habían expresado en la evaluación de satisfacción familiar, los adolescentes de las familias 1 y 5, volvieron a expresar sentirse insatisfechos con la comunicación familiar; siendo esto especialmente relacionado a la percepción de poca sinceridad en la expresión emocional y en las

respuestas dadas cuando los miembros de la familia preguntan algo. Sin embargo, como se muestra en la Figura 32, existen otros aspectos en la comunicación familiar que les hicieron percibir una mejoría global.

Por último, es importante mencionar que la mayoría de los adolescentes expresó percibir una importante mejora con respecto a la expresión de afecto entre la familia; así como algo de mejoría en la calidad de la escucha entre los miembros de la familia.

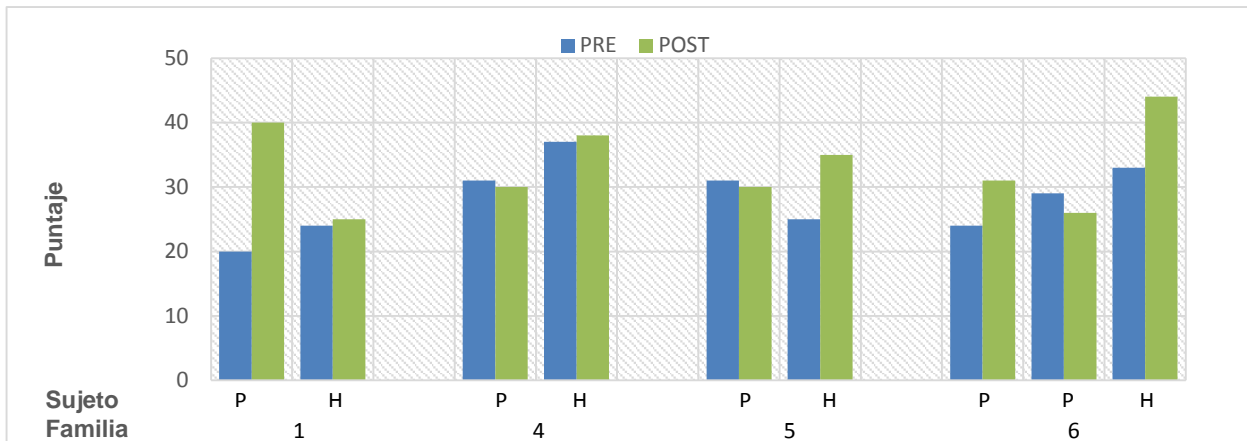


Figura 32: Puntuaciones Comunicación familiar, antes y después del tratamiento. Estudio II.

Nota: P= Padres; H= Hijos. Las familias 2 y 3 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 6, los dos padres participantes respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

6.4.4.1.3. Percepción de afecto, apoyo, y control parental.

El instrumento empleado para la evaluación de la percepción del afecto, apoyo, y control por parte de la madre y del padre fue el CRPBI (Samper et al., 2006).

Dentro de los resultados, se observa en la Tabla 49 que tras las 15 semanas de tratamiento hubo una ligera mejoría en la percepción de los adolescentes sobre el apoyo que reciben de sus madres ($d=.21$); resaltando de forma notoria su percepción de sentirse más comprendidos por sus madres cuando ellos lo necesitan. Sin embargo, la mayoría de los adolescentes expresó un retroceso en la percepción de ser siempre escuchados por ellas.

En relación a la evaluación negativa de la madre, se observa que hubo un marcado incremento ($d= 1.07$); principalmente debido a la percepción generalizada de una madre “sobrepasada” que pierde el control cuando el adolescente no ayuda en casa, o que se enfada por hacer ruidos en casa, etc.; percibido esto por los adolescentes como si ellos fueran alguien que obstaculiza o estorbe al bienestar

de sus madres. Específicamente con respecto a los adolescentes de las familias 1 y 3, se observa que los adolescentes percibieron un mayor control por parte de sus madres al finalizar el tratamiento.

Tabla 48.

Medias, desviaciones típicas, y Prueba T para muestras relacionadas del CRPBI. Estudio II.

		<i>M y D.E.</i>		<i>95% I.C.</i>		<i>t</i>	<i>d Cohen</i>
		<i>Pre-Tratamiento</i>	<i>Post-tratamiento</i>	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		
Madre	Apoyo	17.50 (D.E.= 3.70)	18.75 (D.E.= 5.85)	-8.53	6.03		
	E.N.	16.50 (D.E.= 3.87)	23.00 (D.E.= 6.06)	-22.23	9.23	-1.32	1.07
Padre	Apoyo	19.00 (D.E.= 5.66)	20.00 (D.E.= 9.90)	-140.77	138.77	-0.09	.10
	E.N.	22.50 (D.E.= 12.02)	27.50 (D.E.= .71)	-119.36	109.36	-0.56	7.07

Nota. Madre (n=4), Padre (n=2). E.N.=Evaluación negativa.

En relación a la evaluación del padre, tan solo se tomaron en cuenta a aquellas evaluaciones hechas a padres que hubieran formado parte del tratamiento y estuvieran en contacto directo con el adolescente; por lo que en este caso, tan solo fueron dos.

Como se puede observar en la Tabla 48, sus percepciones fueron muy distintas; lo cual pudo deberse a las marcadas dificultades de relación que persistieron desde el inicio hasta el final del tratamiento entre los padres y el hijo de la familia 6. Sin embargo, ambos adolescentes coincidieron en la dificultad que mantuvieron sus padres después del tratamiento para hablar frente a sus hijos sobre las cosas que ellos hacen bien; así como para hablar sobre sus desacuerdos.

Con respecto a la evaluación negativa de los padres, de nuevo las percepciones de los adolescentes son muy diferentes, yendo en sentidos opuestos (ver Figura 33). A pesar de ello, ambos coinciden en percibir que sus padres siempre están intentando cambiarlos.

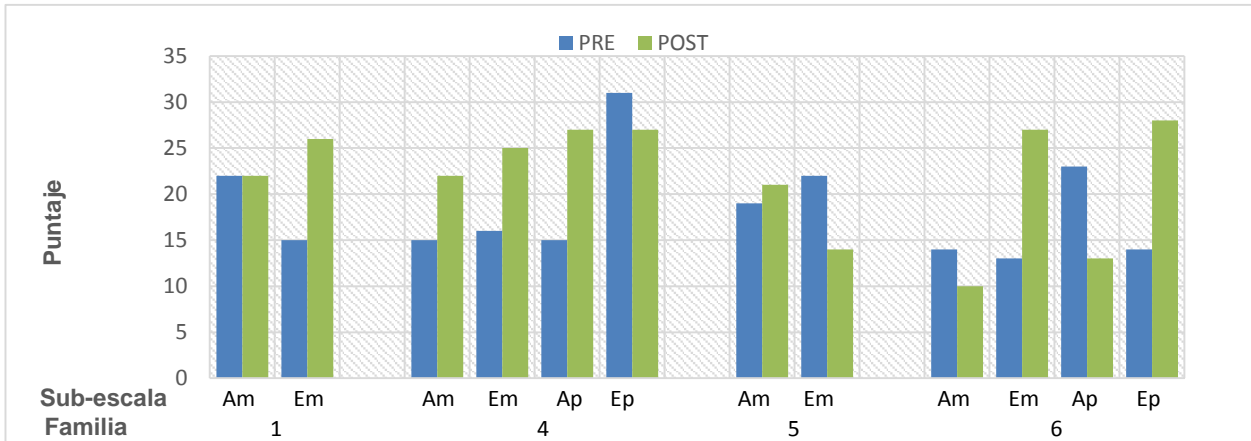


Figura 33: Puntuaciones CRPBI, antes y después del tratamiento. Estudio II.

Nota: Am= Apoyo madre; Ap= Apoyo padre; Em= Evaluación negativa de la madre; Ep= Evaluación negativa del padre. Las familias 2 y 3 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de las familias 4 y 6, los hijos respondieron el cuestionario con respecto a ambos padres, por lo cual ambas puntuaciones aparecen en la Figura.

6.4.4.1.4. Expectativas generalizadas de control.

Como se puede observar en la Tabla 49, de forma general, los miembros del grupo ya hacían juicios relativamente acertados con respecto a sus propias capacidades y a sus posibilidades para alcanzar sus metas; así como presentaban expectativas relativamente acertadas acerca de su capacidad de influencia en los acontecimientos que les ocurren; estando a nivel general, alejados aproximadamente en +/- 1.5 desviaciones típicas del perfil óptimo establecido por Palenzuela (2013).

Tabla 49.

Medias, desviaciones típicas y Prueba T para muestras relacionadas del BEEGC. Estudio II.

	P.O.	M y D.T.	M y D.T.	95% I.C.		t	d Cohen
				Inferior	Superior		
		Pre-Tratamiento	Post-tratamiento				
Contingencia	8.3	6.76 (D.T.= .96)	6.52 (D.T.= 1.09)	-.89	1.35	.47	-.22
Autoeficacia	8.0	6.69 (D.T.= 1.04)	6.91 (D.T.= 1.56)	-1.24	.80	-.50	.05
Éxito	7.5	6.83 (D.T.= 1.46)	6.69 (D.T.= .94)	-.80	1.08	.34	-.15
B.A.	8.8	7.00 (D.T.= 1.07)	7.00 (D.T.= 1.07)	-.77	.77	.00	.00
Indefensión	1.8	3.59 (D.T.= 2.38)	4.41 (D.T.= 1.94)	-3.02	1.39	-.85	.42
Suerte	5.5	4.18 (D.T.= 1.55)	4.70 (D.T.= 2.26)	-1.98	.94	-.81	.23
Optimismo Fundado		6.82 (D.T.= .92)	6.80 (D.T.= .96)	-.75	.78	.05	-.02

Nota. n=9; P.O.=Perfil Óptim; B.A.= Búsqueda de Alternativas. Desviación típica posible entre +/-4.

En la Figura 34, se observan las desviaciones típicas en las que se aleja cada una de las puntuaciones dadas por los miembros del grupo de la media post-tratamiento; siendo posible una desviación típica mayor de ± 4 , y observándose de forma gráfica las puntuaciones extremas.

Como puede observarse, el adolescente de la familia 4, junto con la madre de la familia 6, demuestran posteriormente al tratamiento puntuaciones por debajo de la media del grupo y del perfil óptimo en la realización de juicios acertados sobre sus propias capacidades y posibilidades para alcanzar sus metas; así como en la búsqueda de alternativas de solución a sus problemas. Adicionalmente, en el caso del adolescente de la familia 4 se observa una alta percepción de indefensión que incrementó después del tratamiento.

Por otro lado, el adolescente de la familia 1 y el padre de la familia 6, muestran posteriormente al tratamiento puntuaciones por debajo de la media del grupo y del perfil óptimo en relación al reconocimiento de su capacidad de influencia en los acontecimientos que les ocurren; y por lo tanto, es de esperarse que también lo hagan en la búsqueda de alternativas. Así mismo, en el caso del adolescente de la familia 1, se observa una muy baja expectativa de alcanzar sus metas y una alta percepción de indefensión, la cual incrementó después del tratamiento.

Con lo que respecta a los otros dos adolescentes, a pesar de que no incrementaron sus índices de indefensión después del tratamiento, estos continuaron siendo altos desde el inicio hasta el final del tratamiento.

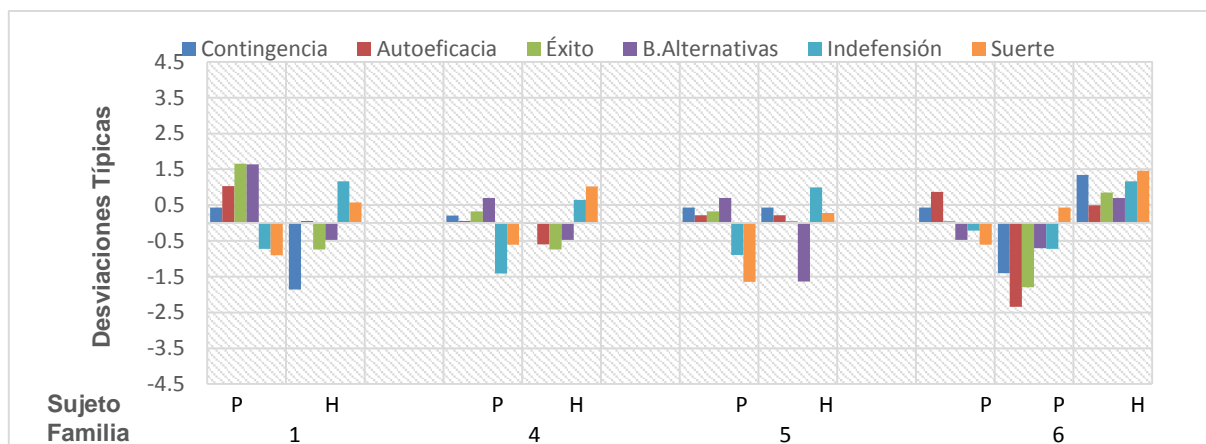


Figura 34: Desviaciones típicas del Perfil Óptimo después del tratamiento. Estudio II.

Nota: P= Padres; H= Hijos adolescentes; Éxito= Expectativas de éxito; B.Alternativas= Búsqueda de alternativas. Desviación típica máxima posible: ± 4 .

6.4.4.2. Proceso.

6.4.4.2.1. Asistencia a las sesiones y abandonos.

Durante todo el proceso del tratamiento (15 semanas), una familia abandonó el proceso entre la semana 6 y la semana 10 debido a que decidieron un cambio del tipo y formato de tratamiento recibido; por lo que una semana después de haber dejado los tres el proceso grupal, iniciaron un proceso de psicoterapia individual.

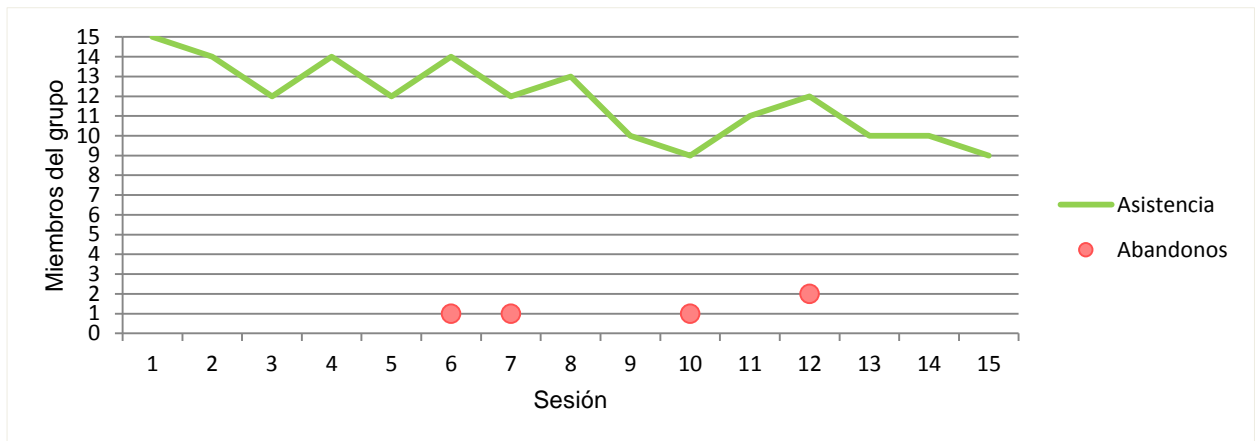


Figura 35: Asistencia y abandonos durante el proceso de tratamiento. Estudio II

Durante la semana 12, otra familia abandonó el proceso debido a que el equipo terapéutico detectó la cronificación del nivel del maltrato físico como método de disciplina utilizado por parte de la madre hacia el hijo adolescente, y se decidió hablarlo con ella y sugerirle un servicio especializado. Contando dichos abandonos, la asistencia global a las sesiones de todo el grupo fue de un 78,7%.

6.4.4.2.2. Progreso terapéutico.

Como parte del cuestionario final de las sesiones (ver sección de instrumentos), se les preguntó a todos los miembros del grupo durante todo el proceso del tratamiento *cómo se sentían después de cada sesión*, y se les dio cinco opciones de respuesta tipo Likert: 1= "mucho peor", 2= "peor", 3= "igual", 4= "mejor", y 5= "mucho mejor".

De acuerdo a las respuestas dadas, un 60.5% de los participantes expresaron un impacto positivo de las sesiones; indicando así, haberse sentido mejor o mucho mejor después de las sesiones. Se obtuvo una media de 3.91 (D.E.= .68) durante las 8 sesiones con formato de subgrupos, y de 3.60 (D.E.= .56) durante las 7 sesiones posteriores que tuvieron un formato multifamiliar.

Por otro lado, como parte del Cuestionario inicial aplicado durante todas las sesiones (ver sección instrumentos), se les preguntaba *cómo de útil les resultó la sesión anterior*, y se les dan las siguientes opciones de respuesta: 1= "nada útil", 2= "poco útil", 3= "algo útil", 4= "bastante útil", y 5= "muy útil".

De acuerdo a las respuestas obtenidas, el 95.4% los participantes expresaron que las sesiones les fueron útiles; donde en un 28.4% de ellas, los participantes las consideraron entre bastante útiles y muy útiles. Se alcanzó una media de 3.35 (D.E.= .76) durante las 8 sesiones con formato de subgrupos, y de 3.21 (D.E.= .77) durante las 7 sesiones con formato multifamiliar.

Adicionalmente a la pregunta de utilidad anteriormente mencionada, en el Cuestionario inicial aplicado durante todas las sesiones del proceso terapéutico se les preguntó a los miembros del grupo si *había alguna mejoría desde que comenzó el tratamiento hasta el momento* y se les dio cinco opciones de respuesta: 1= "ninguna", 2= "ligera", 3= "moderada", 4= "mucha", y 5= "muchísima"; donde en el 88.1% de las respuestas dadas, los miembros del grupo expresaron haber percibido algún tipo de mejoría. En el 19.6% de dichas ocasiones, la mejoría fue percibida como mucha o muchísima. La puntuación media durante las 8 sesiones con formato de subgrupos fue de 2.50 (D.E.= .87), y de 2.67 durante las 7 sesiones con formato multifamiliar.

A forma de resumen, en el caso de los padres y familiares que conformaron el grupo (n=9), se observa que su percepción de utilidad de las sesiones y mejoría durante el tratamiento fue relativamente variada; a pesar de ello, parece ser que la mayoría de las sesiones multifamiliares fueron percibidas como algo útiles; mientras que en las sesiones con un formato de subgrupos fueron percibidas ligeramente más útiles (16.6%, con respecto a la mediana). Por otro lado, se observa que los padres y familiares generalmente salieron de las sesiones con la sensación de haberse sentido mejor; y aunque no se observa una tendencia progresiva en relación a su percepción de mejoría, se observa que percibieron en general, una mejoría moderada (ver Figura 36).

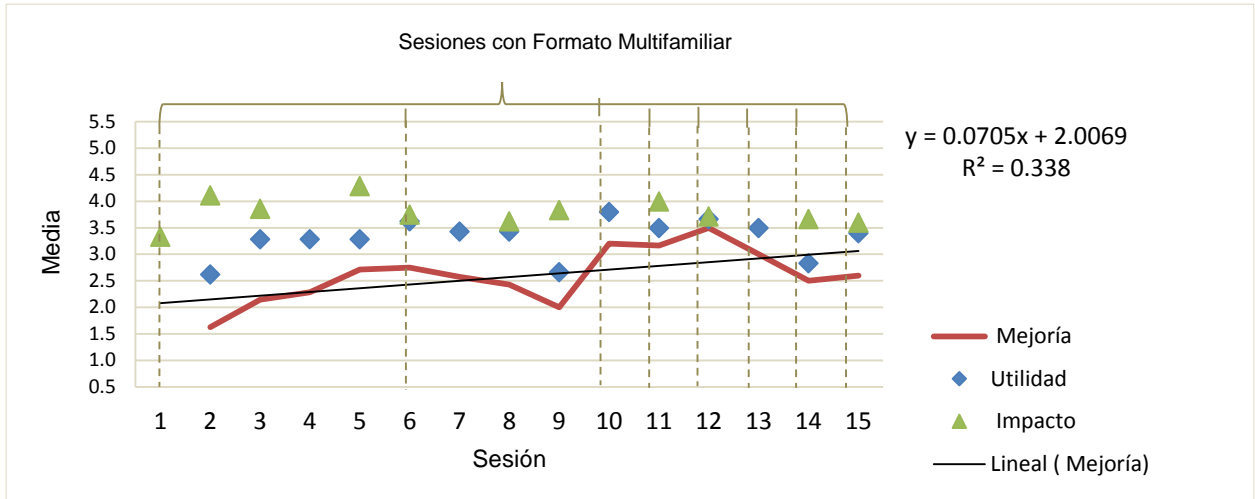


Figura 36: Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones según los padres. Estudio II

Por otro lado, a pesar del grado de heterogeneidad de las puntuaciones, parece ser que para los adolescentes (n=7) las sesiones multifamiliares fueron ligeramente más útiles que las sesiones realizadas en formato de subgrupos (12% más útiles con respecto a la puntuación media). A pesar de ello, y de que tampoco se observa una tendencia progresiva en relación a su percepción de mejoría, el impacto de las sesiones durante todo el proceso del tratamiento fue positivo, y al igual que los padres y familiares, percibieron una mejoría moderada (ver Figura 37).

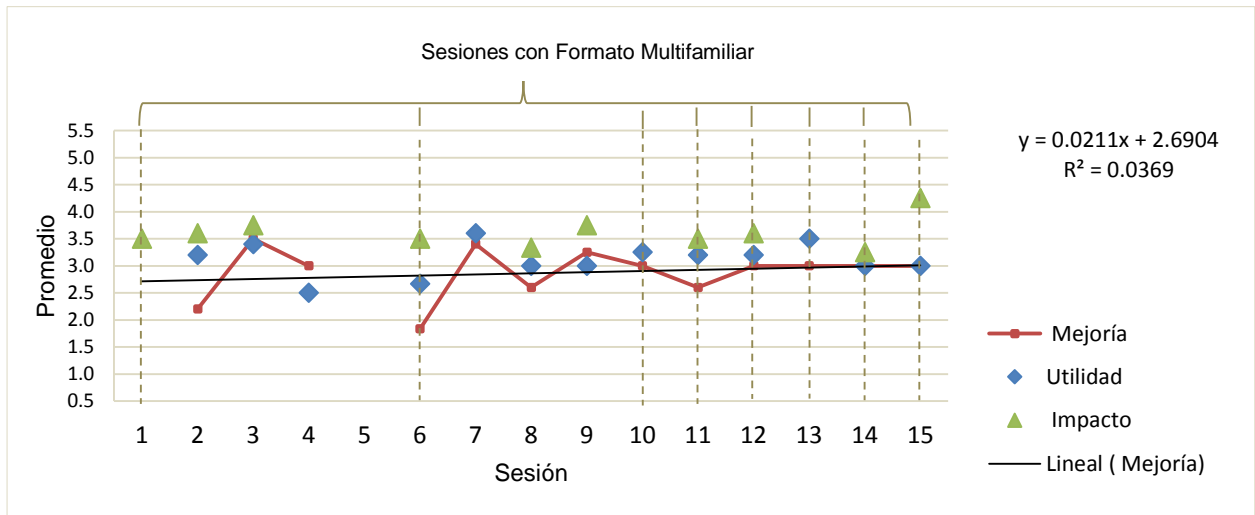


Figura 37: Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones según los adolescentes. Estudio II.
Nota: Los cuestionarios no fueron aplicados durante la sesión 5.

6.4.4.2.3. Observación de la fortaleza de la alianza terapéutica en el grupo mediante el SOATIF-o.

Las mismas observadoras entrenadas codificaron la cuarta, séptima, décima, y decimotercera sesión del primer grupo multi-familiar (n=15) de 15 sesiones de duración conducido por las dos co-terapeutas dentro de sesión y el equipo terapéutico detrás del espejo anteriormente mencionado.

La Figura 38 describe las puntuaciones medias globales del SOATIF-o en relación a las contribuciones de las co-terapeutas hacia la construcción de la alianza terapéutica durante las sesiones 4, 7, 10, y 13. De forma notoria, se observa que todas las puntuaciones se encuentran dentro de los valores positivos; así como los valores de enganche se encuentran estables durante todo el tratamiento, y los valores de conexión emocional se mantienen altos durante todo el proceso de tratamiento.

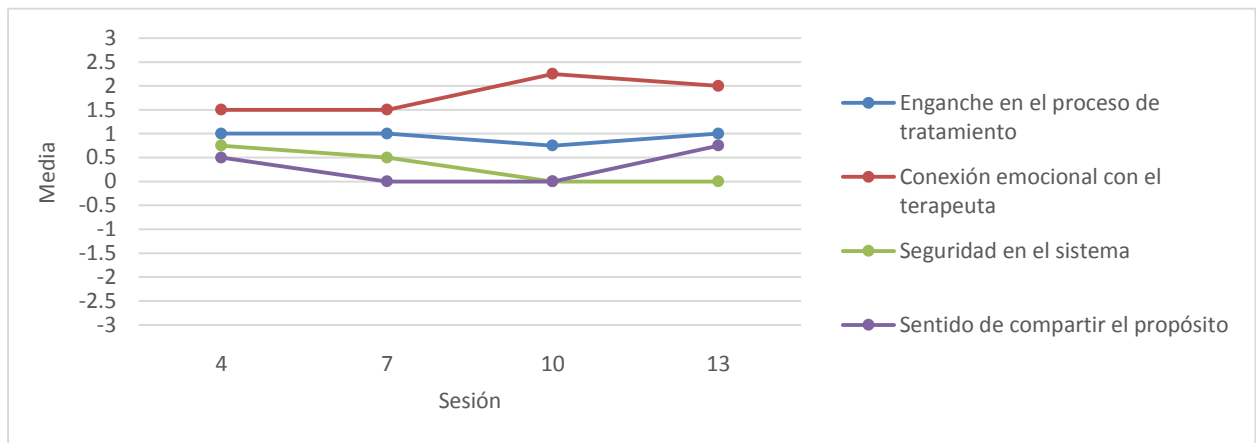


Figura 38: Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión terapeuta, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13. Estudio II.

Nota: El SOATIF-o cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (“0=neutral, o no reseñable”, “+1= alianza algo fuerte”, “+2= alianza moderadamente fuerte” “+3= alianza muy fuerte”).

Por otro lado, en la Figura 39, que corresponde a las puntuaciones medias globales del SOATIF-o de los clientes, resalta la llamativa la tendencia a la neutralidad en la dimensión de Conexión emocional durante todo el tratamiento; al igual que la dimensión de seguridad dentro del sistema terapéutico. Por otro lado, también se observa un alto nivel de las dimensiones de Sentido de compartir el propósito y Enganche en el proceso de tratamiento; demostrando una correlación lineal positiva entre ambas durante el curso del tratamiento ($R^2 = .92$; $p < .05$).

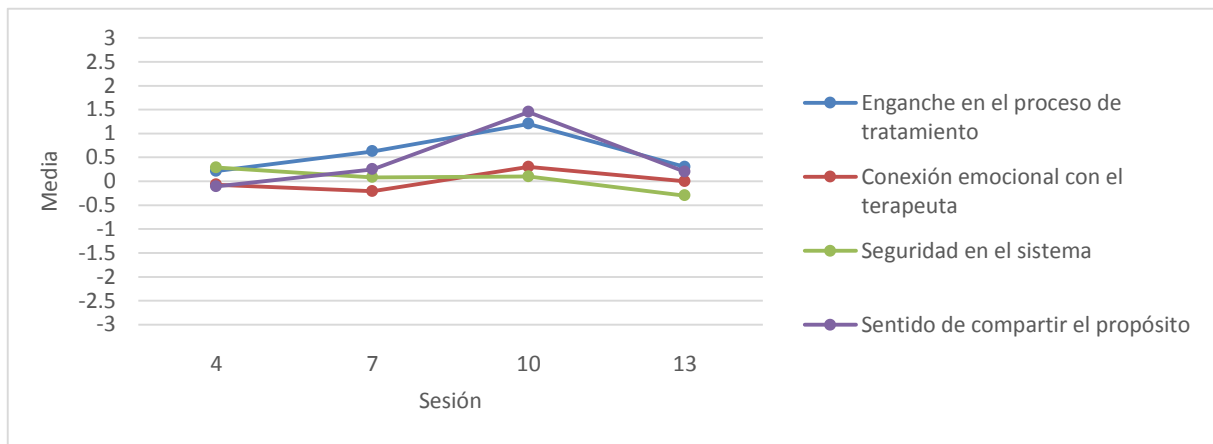


Figura 39: Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión clientes, durante la sesión 4, 7, 10, y 13. Estudio II.

Nota: El SOATIF-o cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (“0=neutral, o no reseñable”, “+1= alianza algo fuerte”, “+2= alianza moderadamente fuerte” “+3= alianza muy fuerte”).

A continuación, se observa la frecuencia de ocurrencia cada una de las conductas observables que el instrumento SOATIF-o permite codificar mediante los descriptores de cada una de las cuatro dimensiones de alianza terapéutica.

Como se puede observar en la Tabla 50, resultaron ser más frecuentes las intervenciones del terapeuta hacia el fomento del enganche durante la sesión 4; mismas que estuvieron relacionadas con captar su atención, estimularlos a definir sus metas en terapia, expresarles optimismo, y preguntarles sobre su disposición para hacer una tarea, y sobre las dudas que pudieran surgirles.

Es durante la séptima sesión, que fue llevada a cabo con un formato multifamiliar, donde fueron aún más frecuentes las intervenciones del terapeuta para explicar el funcionamiento de la terapia multifamiliar, y algo menos frecuentes en la decimotercera sesión, que también fue llevada a cabo con dicho formato. Adicionalmente, durante la decimotercera sesión las co-terapeutas señalaron algún cambio positivo, y capturaron la atención de un cliente.

Las intervenciones del terapeuta favorecieron que fuera muy frecuente durante casi todas las sesiones que los clientes expresaran haber hecho alguna tarea o que éstas eran útiles. Así mismo, los clientes aportaron nuevas problemáticas para ser discutidas durante las sesiones; conducta que se presentó durante la cuarta, séptima, y décima sesión.

Sin embargo, un adolescente se mostró especialmente indiferente a las tareas y al proceso del tratamiento durante la cuarta y séptima sesión, con lo que el terapeuta respondió intentando captar su atención durante la cuarta.

Adicionalmente, durante la séptima y décima sesión los clientes continuaron introduciendo problemas para ser discutidos dentro de las sesiones, y aceptaron frecuentemente hacer las distintas actividades que pedían de una participación más activa durante el tratamiento.

Tabla 50.

Frecuencia de aparición de los descriptores de Enganche (SOATIF-o). Estudio II.

Cientes	F	Terapeuta	F
El cliente introduce un problema para discutirlo	<u>3</u> (4,7,10)	El terapeuta explica cómo funciona la terapia	<u>4</u> (4,7,13)
El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren	<u>4</u> (7,10)	El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia.	<u>1</u> (4)
El cliente indica que ha hecho una tarea o la ha visto como útil	<u>8</u> (4,7,13)	El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión *	<u>1</u> (4)
El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar alguna interacción delante de él	<u>10</u> (7,10)	El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente *	<u>1</u> (13)
<i>El cliente muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia</i>	<u>2</u> (4,7)	El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir *	<u>2</u> (4,13)
		El terapeuta captura la atención del cliente (por ej.: inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)	<u>2</u> (4,13)
		El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer.	<u>1</u> (4)

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

Con lo que respecta a la Conexión emocional con el terapeuta (ver Tabla 51), se observa que un co-terapeuta fomentó la conexión emocional con sus clientes desvelando una reacción personal ante la constante falta de escucha que predominó durante la sesión cuatro. Así mismo, las co-terapeutas expresaron un especial interés en los clientes durante la séptima y decimotercera sesión. Sin embargo, resulta evidente que la principal forma en la que los co-terapeutas fomentaron la conexión emocional fue por medio de los frecuentes los momentos humorísticos compartidos con los clientes durante todo el tratamiento; así como por medio de su constante actitud empática ante las dificultades que expresaban los clientes.

Por último, se observa que el mismo adolescente que se mostraba indiferente ante el tratamiento durante la cuarta y séptima sesión también se comportó de forma reticente con el terapeuta durante las mismas sesiones.

Tabla 51.

Frecuencia de aparición de descriptores de Conexión emocional con el terapeuta (SOATIF-o, versión clientes). Estudio II.

Cientes	F	Terapeuta	F
El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta	<u>3</u> (10)	El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente *	<u>11</u> (4,7,13)
El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta	<u>4</u> (4,7)	El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha.	<u>2</u> (7,13)
		El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.	<u>1</u> (4)
		El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ej., "Se lo duro que debe ser", "Siento su dolor" o llora con los clientes).	<u>6</u> (4,7,13)

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

Con respecto a la dimensión de Seguridad en el sistema (ver Tabla 52), se observa que el terapeuta proporcionó la discusión sobre los elementos del contexto terapéutico que pudieran haber intimidado a los clientes durante la sesión cuatro; lo cual pudo haber favorecido que se diera lugar a momentos de expresión emocional de los clientes durante el tratamiento.

Resulta importante mencionar que en el grupo de los adolescentes resultó ser complicado establecer un clima de respeto y escucha al inicio del tratamiento; disminuyendo en dichas ocasiones el nivel de seguridad dentro del sistema terapéutico.

Tabla 52.

Frecuencia de aparición de los descriptores de Seguridad (SOATIF-o). Estudio II.

Cientes	F	Terapeuta	F
El cliente varía su tono emocional durante la sesión (por ej., se ríe o llora)	<u>3</u> (4,7,10)	El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente (por ejemplo, equipo de grabación, informes a terceras partes, equipo de observación del tratamiento, espejo unidireccional, procedimientos de investigación, etc.) *	<u>4</u> (4)
El cliente "abre" su intimidad (por ej., comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, llora, etc.)	<u>4</u> (4)		
El cliente responde defensivamente a otro miembro del grupo	<u>3</u> (13)		

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

Finalmente, dentro de la dimensión de Sentido de compartir el propósito, se observó que las co-terapeutas comenzaron fomentándolo durante la cuarta sesión por medio de la acentuación de las similitudes y diferencias entre los clientes; y terminaron haciéndolo durante la decimotercera sesión animándolos a preguntarse entre ellos sobre sus respectivos puntos de vista, y destacando sus similitudes en cuanto a necesidades, sentimientos y experiencias afines. Se observa que esto fue suficiente para que los clientes validaran mutuamente sus puntos de vista y compartieran momentos

agradables en el grupo caracterizados por el sentido del humor que caracterizó la séptima, decimotercera, y en especial, a la décima sesión (ver Tabla 53).

Sin embargo, las dificultades iniciales con el grupo de adolescentes anteriormente mencionadas dieron lugar a comentarios hostiles entre ellos durante la cuarta y séptima sesión.

Tabla 53.

Frecuencia de aparición de los descriptores de Sentido de compartir el propósito (SOATIF-o). Estudio II.

Clientes	F	Terapeuta	F
Los miembros del grupo comparten entre ellos una broma o un momento gracioso	6 (7,10,13)	El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista *	1 (13)
Los miembros del grupo validan mutuamente sus puntos de vista	1 (4)	El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución.	1 (4)
El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros del grupo	4 (4,7)	El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos.	1 (13)

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

6.4.4.2.4. Fortaleza de alianza terapéutica auto-informada (SOATIF-s).

En las Figuras 40 y 41, se observan las puntuaciones obtenidas mediante el empleo del instrumento SOATIF-s durante la cuarta, séptima, décima, y decimotercera sesión del tratamiento; mismas que corresponden tanto a los clientes como a los terapeutas que conformaron el grupo multifamiliar.

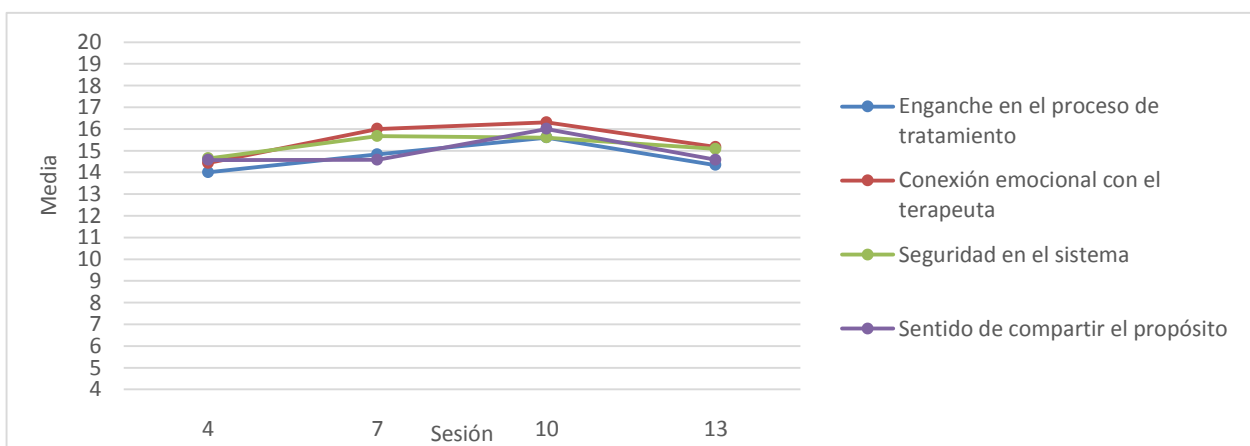


Figura 40: Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión clientes, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13. Estudio II.

Nota: n= 15. El rango posible de puntuaciones oscila entre 4 y 20.

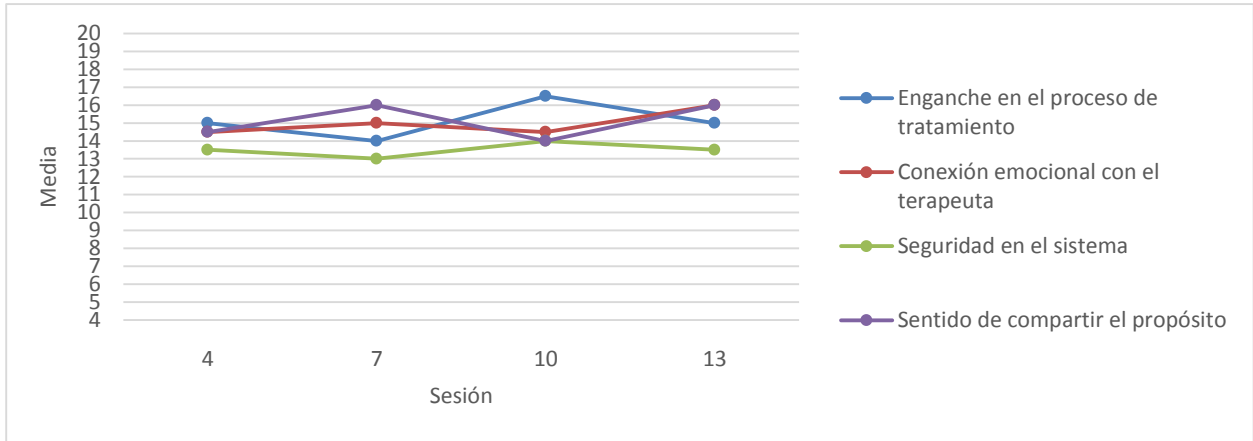


Figura 41: Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión terapeuta, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13. Estudio II. Nota: $n=2$; aunque durante la sesión 7 una de las terapeutas no completó los cuestionarios. El rango posible de puntuaciones oscila entre 4 y 20.

Como puede observarse, las puntuaciones proporcionadas por los clientes presentan menor variabilidad entre sesiones que las obtenidas por las co-terapeutas; sin embargo, ambas presentan niveles parecidos, oscilando las puntuaciones medias entre 14 y 16.3 en el caso de los clientes, y entre 13 y 16.5 en el caso de las co-terapeutas.

De forma complementaria, en la Tabla 54 se pueden observar las puntuaciones naturales de los auto-informes de alianza terapéutica (SOATIF-s); mismas que fueron obtenidas por los clientes y por los co-terapeutas durante la cuarta, séptima, décima, y decimotercera sesión. Así mismo, en la Tabla también se presenta la percepción de mejoría dada por los miembros del grupo en su última sesión de tratamiento, y la media de percepción de satisfacción con las sesiones que los terapeutas auto-reportaron durante el curso del tratamiento.

Tabla 54.

SOATIF-s y mejoría durante la cuarta, séptima, décima, y decimotercera sesión. Estudio I.

Cl.	F	SOATIF-s																				M
		Sesión 4					Sesión 7					Sesión 10					Sesión 13					
		E	CE	S	CP	T	E	CE	S	CP	T	E	CE	S	CP	T	E	CE	S	CP	T	
1		18	20	17	20	75	14	18	19	18	69	19	20	16	18	73	18	20	18	19	75	2
2	1	16	17	13	13	59	14	17	17	11	59	16	17	17	15	65	14	16	16	15	61	3
3		15	16	16	17	64	18	17	15	11	61	17	16	18	17	68	14	17	18	14	63	4
4	2	9	13	15	10	47	12	14	14	10	50	10	13	10	14	47	9	12	11	13	45	3
5		17	9	14	20	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
7		12	13	16	8	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
8		12	13	16	14	55	12	19	16	11	58	17	17	18	16	68	14	16	16	17	63	3
9	4	15	16	12	18	61	12	17	12	18	59	17	18	15	18	68	16	17	12	18	63	3
10		12	16	12	12	52	15	17	17	17	66	14	17	17	14	62	16	14	18	14	62	4
11		16	17	15	17	65	16	17	17	17	67	-	-	-	-	-	15	16	18	18	67	3
12	5	10	12	12	10	44	18	12	12	14	56	-	-	-	-	-	13	13	10	13	49	3
13		15	13	18	11	57	16	15	16	17	64	14	15	17	14	60	14	15	14	11	54	2
14	6	17	17	17	20	71	16	18	19	20	73	18	18	16	19	71	14	14	16	12	56	3
15		12	10	12	14	48	15	11	14	11	51	14	12	12	15	53	15	12	14	11	52	2
Tpt.																						Sf
1		14	15	13	16	58	14	15	13	16	58	17	15	14	15	61	14	16	12	15	57	4
2		16	14	14	13	57	-	-	-	-	-	16	14	14	13	57	16	16	15	17	64	4

Nota: Cl.= Cliente; F= número de familia; E= Enganche en el proceso terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; S= Seguridad en el sistema; CP= Sentido de compartir el propósito con el grupo; T=Total; Tpt.= Terapeuta; M= Percepción de mejoría en la última sesión; Sf= Media de satisfacción con las sesiones. Las puntuaciones de las dimensiones del SOATIF-s oscilan entre 4-20, y sus puntuaciones totales entre 16-80. Las puntuaciones de percepción de mejoría oscilan entre 1= "ninguna mejoría" a 5= "mucho mejoría"; y las de satisfacción entre 1= "nada" a 5= "mucho".

Así mismo, a pesar de que no se percibe una evidente asociación entre la percepción de mejoría durante la última sesión de cada cliente con el nivel de alianza terapéutica auto-reportada en la Tabla 54, si se observa que en los casos donde hay un abandono prematuro (familia 3), el nivel de percepción de mejoría, junto con el de sentido de compartir el propósito y conexión emocional con el terapeuta, fueron más bajos que los del resto de clientes que continuaron en el tratamiento.

6.4.4.2.5. Cohesión grupal auto-informada mediante el GQ y el TFI-coh.

En las Figuras 42 y 43 , se muestran las puntuaciones medias de los instrumentos TFI-coh y GQ; los cuales fueron empleados durante la cuarta, séptima, décima, y decimotercera sesión del proceso de tratamiento.

Como puede observarse, a pesar de que a nivel general se perciben pocas variaciones durante las sesiones, se logra identificar en ambos instrumentos un especial incremento durante la décima sesión; seguido de un ligero retroceso durante la decimotercera sesión que no llega a ser lo suficientemente grande como para encontrarse por debajo de la séptima sesión.

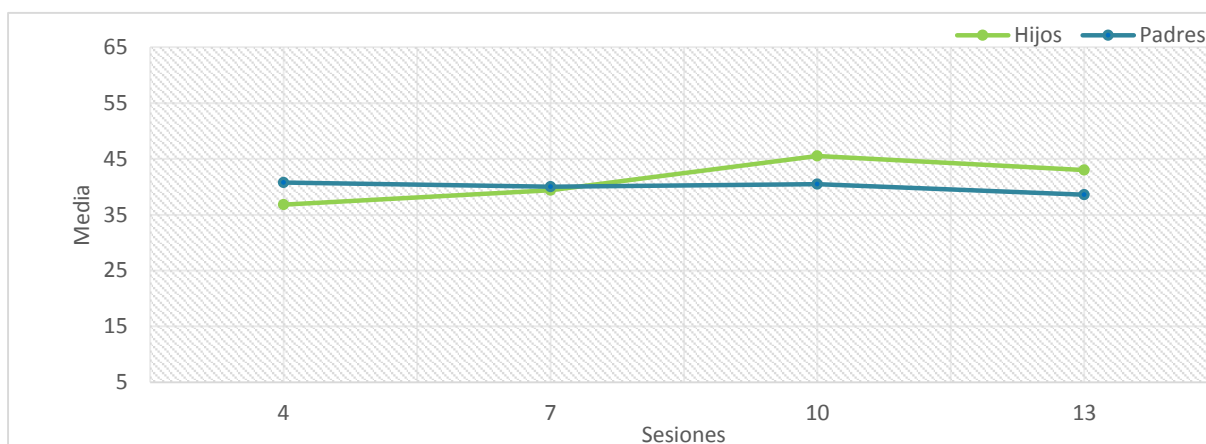


Figura 42: Puntuaciones medias del TFI-coh, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13.

Nota: $n=15$. El rango de puntuaciones posibles oscila entre 9 y 63.

Resulta importante mencionar que el instrumento GQ se encuentra compuesto por ocho sub-escalas (miembro-miembro *Positive Bonding*, miembro-miembro *Positive Working*, miembro-miembro *Negative Relationship*, miembro-líder *Positive Bonding*, miembro-líder *Positive Working*, miembro-líder *Negative Relationship*, miembro-grupo *Positive Bonding*, y finalmente, miembro-grupo *Negative Relationship*); las cuales hacen referencia tanto a los niveles estructurales de relación (relación horizontal: entre miembro-miembro, y miembro-grupo como entidad individual; y relación vertical: miembro-líder), como a la cualidad de cada una de dichas relaciones en el entorno terapéutico (*Positive Bonding*, *Positive Working*, y *Negative Relationship*).

De esta forma, como es de esperarse, a medida en la que surge un cambio en una sub-escala, consecuentemente trae cambios sistémicos en otras.

En la Figura 43, correspondiente a los resultados del instrumento GQ se observa lo siguiente:

- 1) El ligero descenso progresivo desde la cuarta hasta la décima sesión de las sub-escalas de miembro-miembro, miembro-líder, y miembro-grupo *Negative Relationship*; lo cual se relaciona con el aumento simultáneo durante la décima sesión de las sub-escalas relacionadas con *Positive Bonding* y *Positive Working*;
- 2) El ligero aumento en las sub-escalas de miembro-miembro y miembro-líder *Negative Relationship* durante la sesión trece; trayendo consigo la disminución de las puntuaciones medias de las sub-escalas de miembro-miembro y miembro-líder *Positive Bonding*, miembro-miembro *Positive Working*, y miembro-líder *Positive Working*.

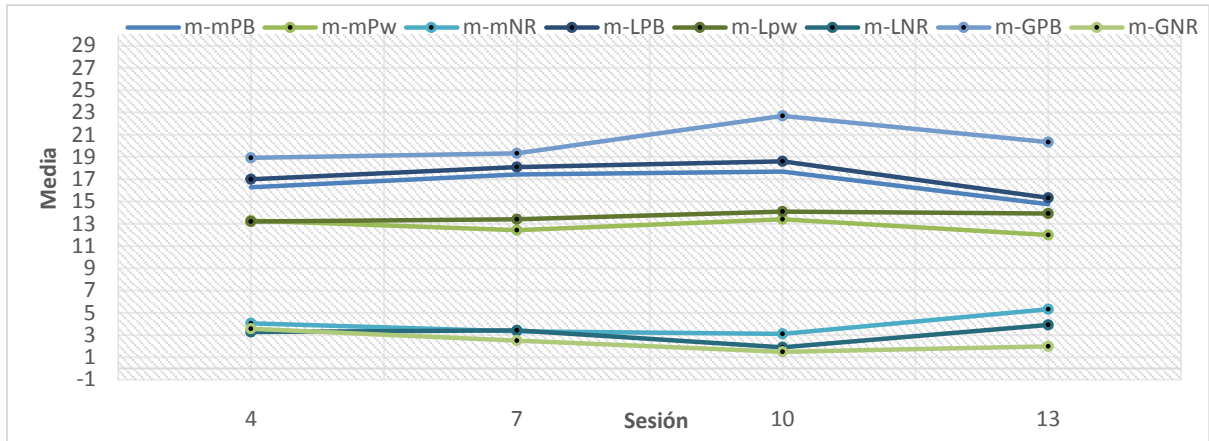


Figura 43: Puntuaciones medias del GQ, durante las sesiones 4, 7, 10, y 13.

Nota: $n=15$. *m-mPB*= miembro-miembro Positive Bonding; *m-mPw*= miembro-miembro Positive Working; *m-mNR*= miembro-miembro Negative Relationship; *m-LPB*= miembro-líder Positive Bonding; *m-LPW*= miembro-líder Positive Working; *m-LNR*= miembro-líder Negative Relationship; *m-GPB*= miembro-grupo Positive Working; *m-GNR*= miembro-grupo Negative Relationship. El rango de puntuaciones posibles oscila entre 0 y 30.

Para valorar las puntuaciones, es importante mencionar que hubo una alta dispersión de los datos en las medias mostradas en la Figura 43; especialmente durante la cuarta sesión. Esto debido a grandes variaciones de puntuaciones entre las puntuaciones de los adolescentes y de los padres. En consecuencia, se presenta la necesidad de entrar a mayores detalles.

En las siguientes Tablas, se presenta la estructura general del instrumento, junto con sus respectivos ítems, y su comportamiento gráfico durante las sesiones. Resulta importante mencionar, que dicho comportamiento gráfico indica tan solo la ascendencia o descendencia de las puntuaciones a lo largo de las evaluaciones llevadas a cabo durante el proceso del tratamiento.

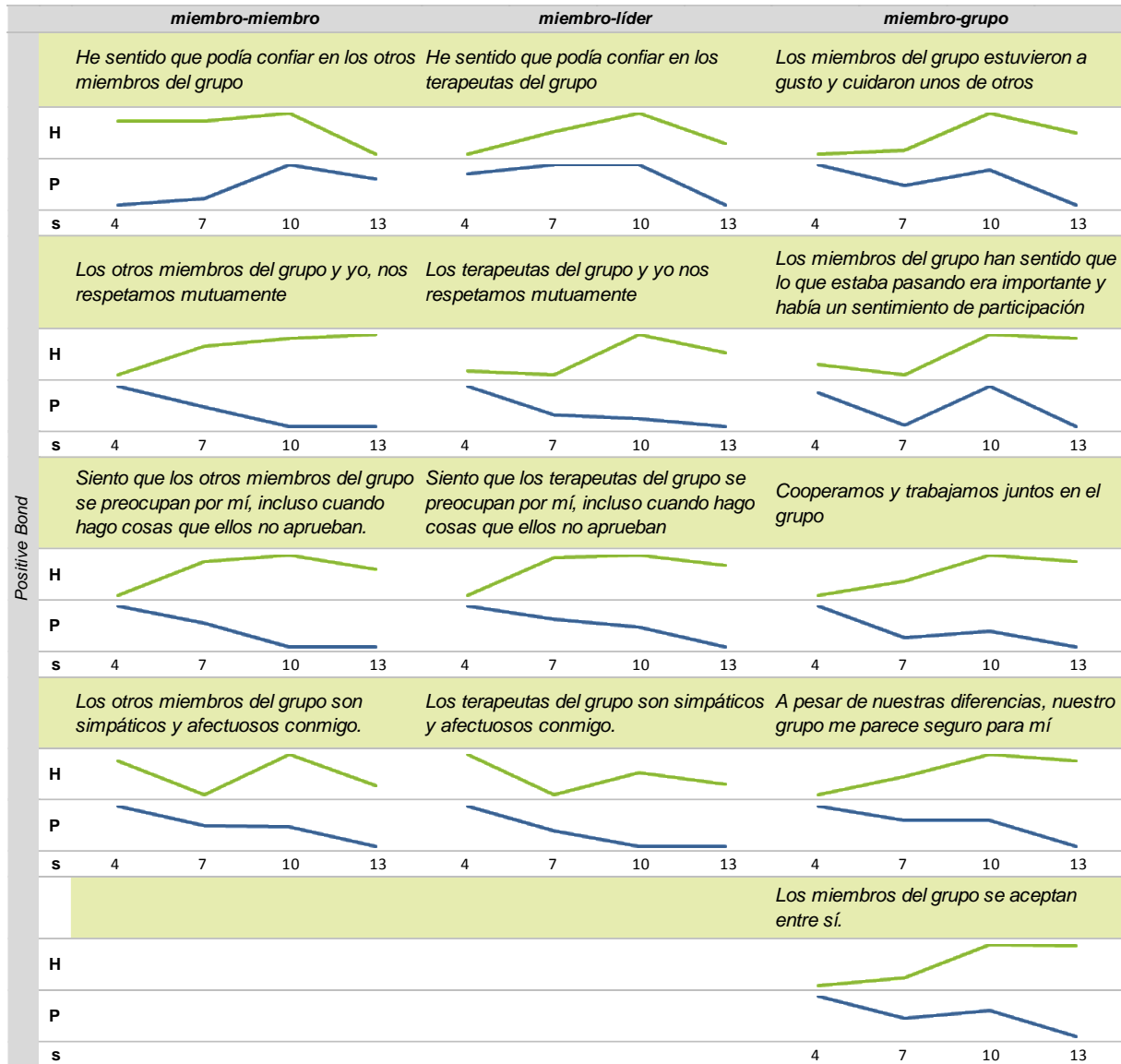
El instrumento mide, dentro del *Positive Bonding*, la percepción de confianza, respeto, preocupación inter-personal, simpatía, y afectuosidad entre los miembros, así como entre cada miembro del grupo y el terapeuta. Adicionalmente, dentro del *Positive Bonding* también se mide la percepción de sentirse a gusto en el grupo, así como el grado de percepción de cooperación, aceptación, seguridad, y participación en el grupo.

Dentro de estos aspectos, se observó tanto en el *Positive Bonding* como en el *Negative Relationship*, que durante la cuarta sesión los adolescentes presentaron dificultades para sentirse en un espacio seguro; donde el respeto, la aceptación, y la percepción de preocupación y cuidado inter-personal entre los adolescentes fue valorado de forma negativa. Esto pudo haber influido en la falta de confianza en el equipo terapéutico, y en la valoración general de la experiencia grupal (ver Tablas 55, 56, y 57).

Posteriormente, durante la séptima y décima sesión, parece ser que los adolescentes lograron superar las dificultades en torno a la seguridad; a excepción del adolescente de la familia 2, que continuó ligeramente por debajo del promedio de sus compañeros, y del adolescente de la familia 6, donde su percepción de confianza, respeto, cuidado, y simpatía por parte de sus compañeros y del equipo terapéutico disminuyó casi por completo durante la séptima sesión. Sin embargo, esto parece haber sido reparado durante el curso de las sesiones; ya que durante la séptima y décima sesión se observó un incremento ascendente en la percepción de la comprensión entre los adolescentes y con el equipo terapéutico, así como una disminución paulatina de la percepción de momentos de tensión y ansiedad en el grupo de adolescentes; expresando una alta confianza en el equipo de terapeutas y en sus compañeros durante la décima sesión.

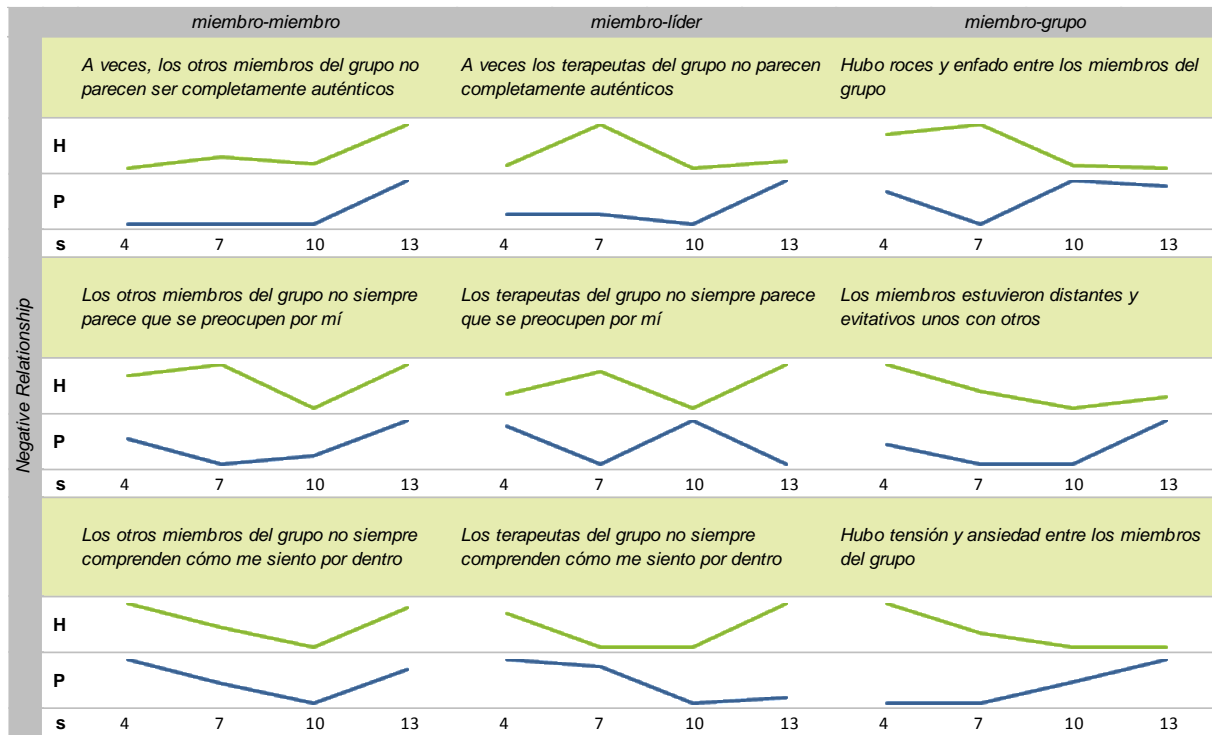
Con respecto a la relación entre los adolescentes y el equipo de terapeutas, a pesar de que durante la séptima sesión los adolescentes incrementaron su confianza en ellos, y percibieron una mayor preocupación por su parte, la percepción de autenticidad, simpatía, afectuosidad, y respeto mutuo con los terapeutas se vio ligeramente afectada; aunque esto mejoró de forma considerable durante la décima sesión.

Tabla 55.
Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Bonding.



Nota: P= Padres; H= Hijos; s= número de sesión.

Tabla 56.
Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, *Negative Relationship*.



Nota: P= Padres; H= Hijos; s= número de sesión.

Como puede observarse, la información recabada dentro del *Negative Relationship* valida y complementa la percepción de los miembros del grupo; donde de nuevo se observa en ambas Tablas un incremento en la percepción de falta de preocupación y comprensión por parte del equipo terapéutico y grupo de adolescentes durante la decimotercera sesión; así como una disminución en la percepción de autenticidad, simpatía y afecto entre el grupo.

Por otro lado, como puede observarse, la experiencia de los padres y adolescentes del grupo en relación al *Positive Bonding* y *Negative Relationship* fue muy distinta durante el transcurso de las sesiones; a excepción de la decimotercera sesión, donde parece ser que ambos coinciden un poco más.

Para los padres y familiares del grupo, el inicio durante la cuarta sesión estuvo caracterizado por una alta confianza en el sistema terapéutico y seguridad en el entorno terapéutico; donde a pesar de haber reconocido que hubieron momentos de enfado y roces entre el grupo de padres, no hubo tensión y ansiedad, así como hubo una alta percepción de respeto, preocupación, implicación, y cooperación grupal, que contribuyó a haberse sentido a gusto en el grupo y a percibir un clima de aceptación, simpatía y afectuosidad.

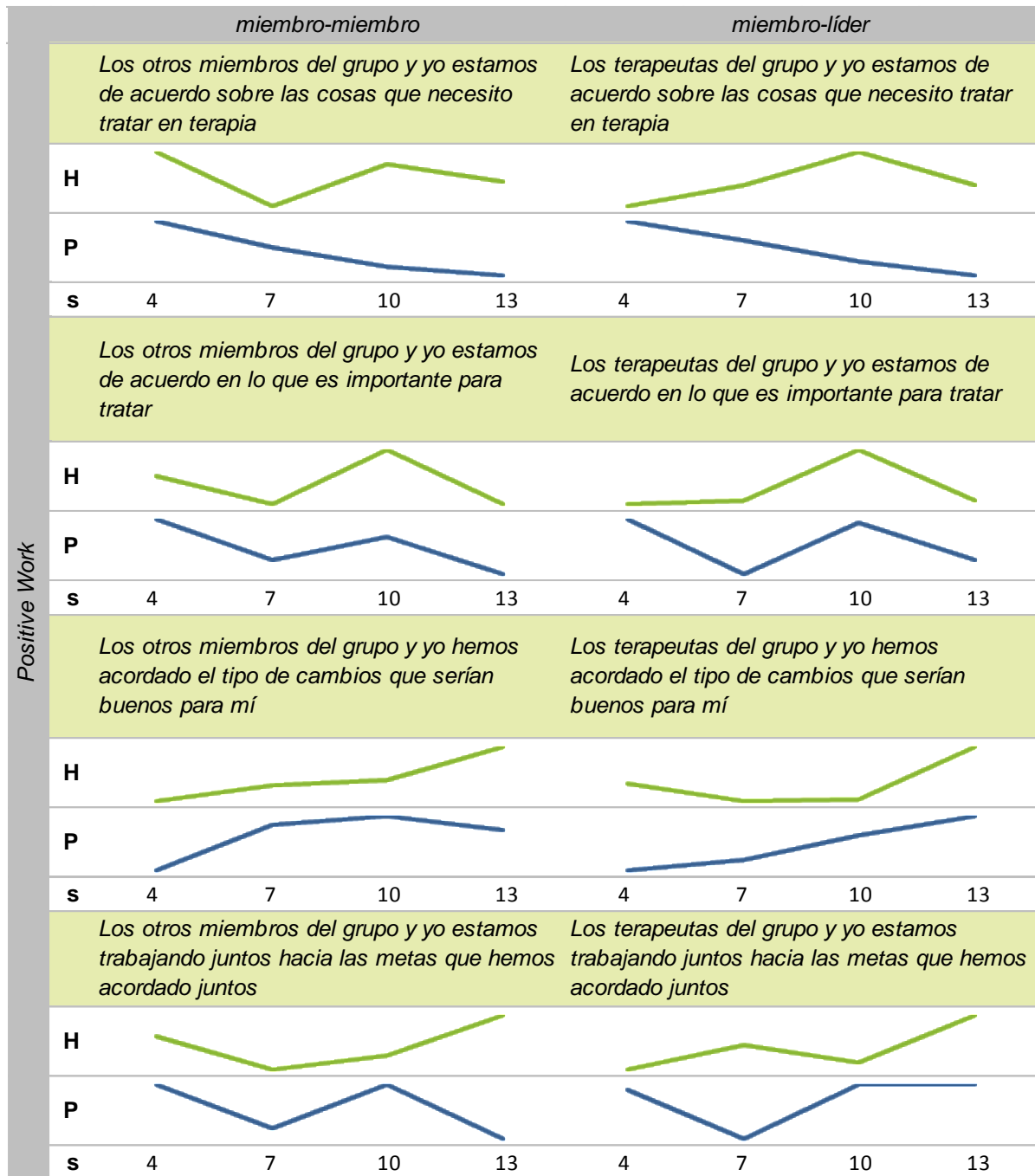
Posteriormente, para los padres y familiares la séptima sesión estuvo caracterizada por una disminución de la percepción de cooperación, participación y trabajo grupal; así como de la percepción de simpatía, afecto y aceptación. Sin embargo, ya no hubo la percepción de algún roce o momento de enfado, e incrementó la percepción de comprensión, confianza, y preocupación por parte del grupo y del equipo terapéutico.

Durante la décima sesión, a pesar de que hubo mayor estabilidad en cuanto a la relación con el equipo terapéutico, bajó ligeramente la percepción de simpatía y afecto por parte del mismo. Así mismo, incrementó la confianza entre el grupo, y la percepción de participación grupal; lo cual pudo haber influido en la mejoría notada en su sensación de bienestar dentro del grupo.

Finalmente, como puede observarse, el instrumento detectó una disminución de dicho bienestar grupal; y a diferencia de los adolescentes, esto estuvo acompañado de una menor percepción de participación grupal. Sin embargo, como ya se había mencionado, se encontraron ciertas similitudes con los adolescentes en torno a la percepción de un incremento en la falta de preocupación y comprensión por parte del equipo terapéutico, así como en la percepción de una disminución de autenticidad, simpatía, y afecto entre el grupo.

Resulta interesante que la dinámica relacional anteriormente mencionada entre los adolescentes durante la cuarta sesión, pudo haber estado relacionada con la percepción de una falta de acuerdo entre ellos sobre sus necesidades individuales de cambio; así como con la percepción de una ausencia de acuerdo y trabajo en conjunto hacia unas mismas metas de tratamiento con el equipo terapéutico. En contraparte, la mejoría en la calidad relacional de los adolescentes observado durante la décima sesión, se encontró acompañado de un incremento en torno a la percepción de acuerdo sobre la importancia y las necesidades de cambio entre el grupo y con el equipo terapéutico; aunque no es hasta la decimotercera sesión cuando los adolescentes percibieron trabajar en conjunto con los terapeutas hacia los objetivos terapéuticos acordados (ver Tabla 57).

Tabla 57.
Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Work.



Nota: P= Padres; H= Hijos; s= número de sesión.

Por último, es importante mencionar que la inestabilidad en la calidad relacional percibida por los padres y familiares que conformaron el grupo, pudo haberse visto reflejada en el instrumento mediante la percepción de acuerdo en las necesidades e importancia de cambio terapéutico, y en la

percepción de estar trabajando en conjunto con los miembros del grupo y el equipo terapéutico; sin embargo, a pesar de que los padres expresaron haber llegado a un acuerdo progresivo con el equipo terapéutico acerca de los cambios que son necesarios, se observa mediante el instrumento que probablemente haya sido necesario involucrar aún más a las familias en la reformulación de las temáticas a tratar durante el curso de las sesiones.

6.4.4.2.6. Correlaciones bivariadas entre instrumentos.

A continuación se describirán las correlaciones bivariadas estadísticamente significativas encontradas mediante el programa estadístico SPSS, durante la cuarta, séptima, décima, y decimotercera sesión; sin embargo, también pueden ser consultadas todas las correlaciones dentro de las tablas de correlaciones bivariadas en el Anexo 12.

Así mismo, se simplificó la matriz de correlaciones mediante un *análisis de clusters* con el fin de dar una idea sobre la estructura de la serie de variables encontradas durante cada sesión. El procedimiento llevado a cabo en dicho análisis fue el siguiente (Morales-Vallejo, 2008):

1. Identificar en cada variable con qué otra variable tiene su mayor correlación (su pareja más clara).
2. Localizar la pareja de variables que tienen la mayor correlación de todas las parejas formadas; esta será el núcleo del primer *cluster*.
3. Localizar las variables que tienen sus mayores correlaciones con cualquiera de las dos variables localizadas en el paso anterior para formar el resto del *cluster*.
4. Buscar la siguiente pareja de variables que tienen la correlación mayor de las parejas restantes para conformar el núcleo del segundo *cluster*, y continuar sucesivamente con el paso anterior para formar el resto del *cluster* y los *clusters* posteriores.
5. Los ítems dudosos son situados en el *cluster* con el que se mantiene su mayor correlación media.
6. Obtener la correlación media de cada *cluster* por medio del cálculo de una media aritmética de todas las correlaciones (estadísticamente significativas) que existan entre las variables del *cluster*.

Resulta importante mencionar, que las puntuaciones obtenidas mediante el SOATIF-o muestran una alta homogeneidad entre los miembros del grupo; lo cual pudo haber influido en la percepción de pocas correlaciones con los otros dos instrumentos de medida. Es por ello, que los *clusters* que a

continuación son presentados, hacen referencia tan solo a las correlaciones encontradas entre los instrumentos SOATIF-s, GQ, y TFI-coh; aunque algunas de las correlaciones relativas al SOATIF-o son brevemente mencionadas y también pueden encontrarse en el Anexo 12.

6.4.4.2.6.1. Cuarta sesión.

Como puede observarse, en las Figuras 44, 45, y 46, se observa que durante la cuarta sesión del grupo multifamiliar, el rol del terapeuta es relevante en el establecimiento de relaciones afectivas y de trabajo entre los miembros del grupo, y entre éstos y el grupo como una sola entidad; así mismo, se observa en el segundo *cluster* que la relación de trabajo positiva entre el terapeuta y los miembros del grupo fue un factor importante en el establecimiento de un Sentido de Compartir el propósito y del Enganche de los miembros dentro del proceso del tratamiento.

Resulta importante mencionar, que, con un nivel de confianza del 95%, la dimensión de Seguridad en el sistema terapéutico tiene un papel relevante en el establecimiento de dicho Sentido de Compartir el propósito y Enganche en el tratamiento ($r_s=.68$, y $.63$); así como en el establecimiento de relaciones positivas en el grupo; ya que ésta también se encuentra moderadamente correlacionada con las sub-escalas de: miembro-miembro Positive Bonding ($r=.62$), miembro-miembro *Negative relationship* ($r= -.54$), miembro-líder *Negative relationship* ($r= -.70$), y miembro-grupo *Negative relationship* ($r= -.66$).

Dentro de las correlaciones entre el SOATIF-o, el GQ, y el TFI-coh, a pesar de que no se hace evidente dicho papel de la seguridad en el proceso del tratamiento durante la cuarta sesión, se hace presente la importancia del establecimiento de una Conexión emocional con el terapeuta para favorecer el Sentido de compartir el propósito y el Enganche en el proceso de tratamiento ($r_s=.64$, y $.61$, $p_s<.05$).

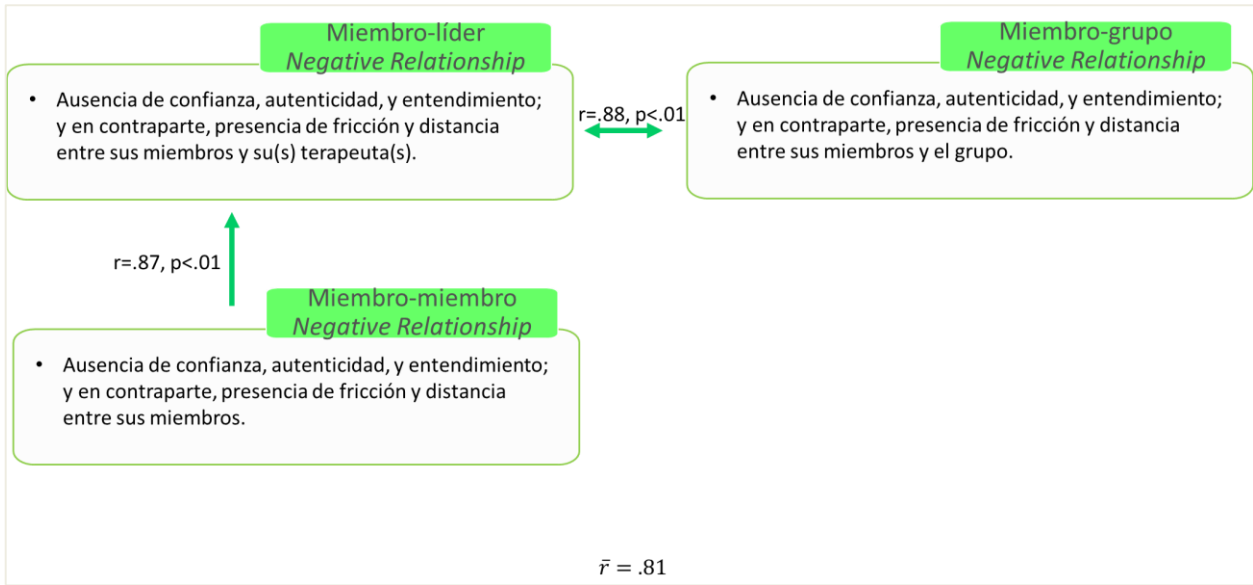


Figura 44: Primer Cluster, cuarta sesión. Estudio II.

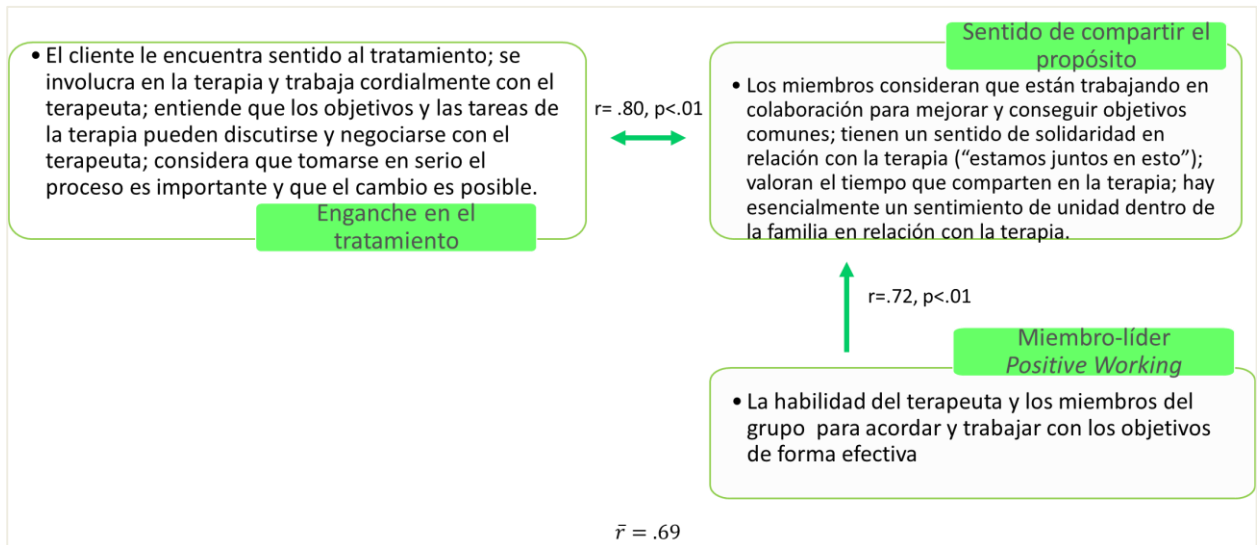


Figura 45: Segundo Cluster, cuarta sesión. Estudio II.

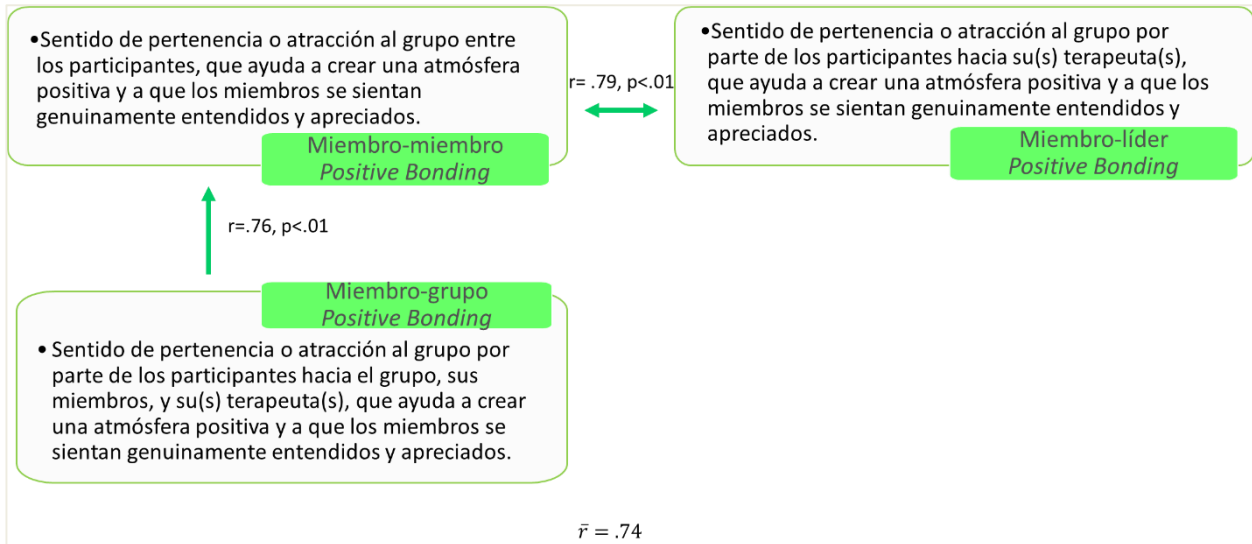


Figura 46: Tercer Cluster, cuarta sesión. Estudio II.

6.4.4.2.6.2. Séptima sesión.

Dentro de la séptima sesión, las variables se encuentran aún más relacionadas entre sí que en la cuarta sesión; sin embargo, a pesar de que se encontraron cuatro *clusters* que identifican las relaciones más fuertes, éstos se encuentran entrelazados entre sí. Aunque esto se haga notorio de forma especial en los *clusters* relacionados con las relaciones afectivas (*cluster* 1, 2, y 4), durante la presente sesión también se observa una moderada relación entre algunas de las variables relacionadas con a las relaciones afectivas, y las que hacen referencia a la relación de trabajo (ver Anexo 12).

Como puede observarse en las Figuras 47-50, nuevamente el rol del terapeuta es relevante en el establecimiento de relaciones afectivas y de trabajo entre los miembros del grupo, y entre éstos y el grupo como una sola entidad; así mismo, la variable de cohesión grupal, cobró mayor fuerza y relevancia en la relación de trabajo entre el equipo de terapeutas y los miembros del grupo.

Al igual que en la sesión anterior, a pesar de que la dimensión de Seguridad en el sistema terapéutico en el SOATIF-s no es de las variables que mantienen los más altos índices de correlación y significancia estadística, ésta hace notoria su relación con la Conexión emocional con el terapeuta ($r = .62, p < .05$) y con la relación miembro-miembro *Positive Bonding* ($r = .60, p < .05$); donde en esta última sub-escala se repite esta misma correlación con la dimensión de Seguridad en el sistema terapéutico medida mediante el instrumento SOATIF-o (ver Anexo 12).

Sin embargo, resulta muy interesante que dentro del SOATIF-o no se encuentren correlaciones estadísticamente significativas entre sus sub-escalas; aunque la dimensión de Conexión emocional con

el terapeuta sí correlaciona con algunas sub-escalas: miembro-miembro *Positive Bonding* ($r=.78$, $p<.01$); miembro-miembro *Negative Relationship* ($r= -.85$, $p<.01$); miembro-líder *Positive Bonding* ($r=.63$, $p<.05$); miembro-líder *Negative Relationship* ($r= -.75$, $p<.01$); y miembro-grupo *Positive Bonding* ($r=.73$, $p<.01$).

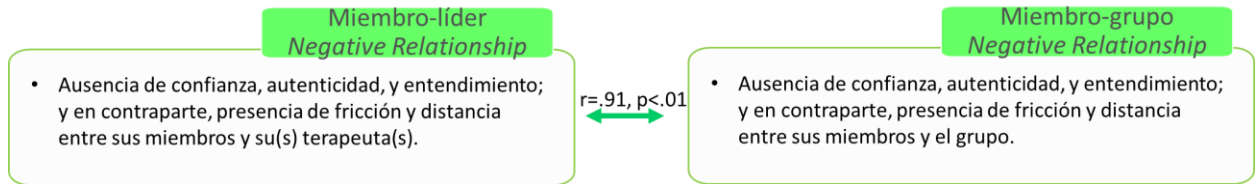


Figura 47: Primer Cluster, séptima sesión. Estudio II.

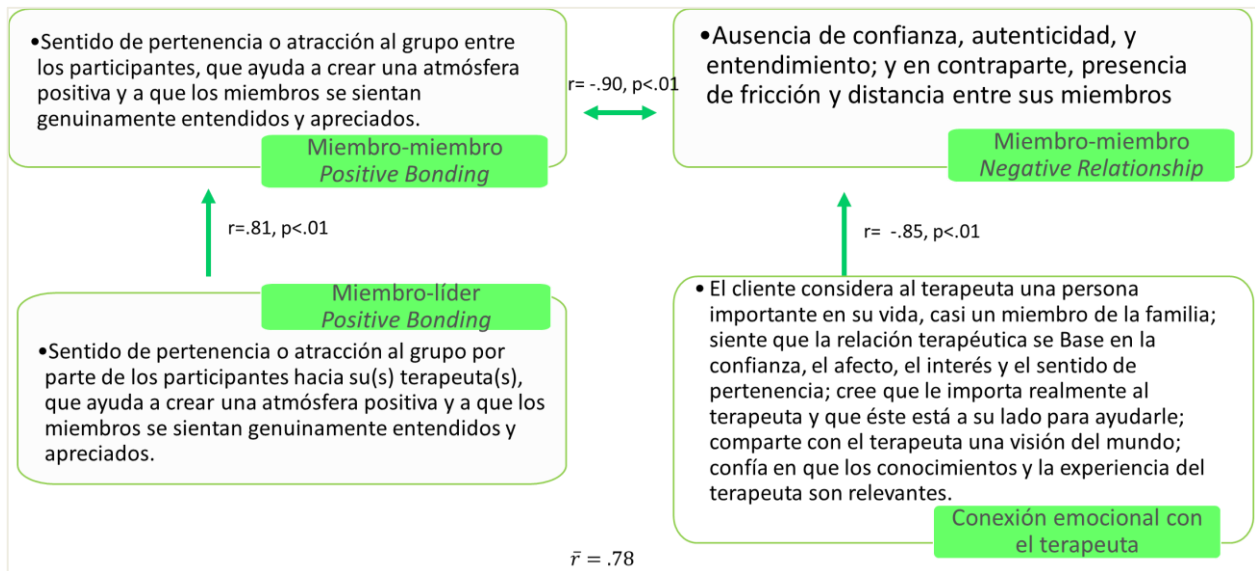


Figura 48: Segundo Cluster, séptima sesión. Estudio II.

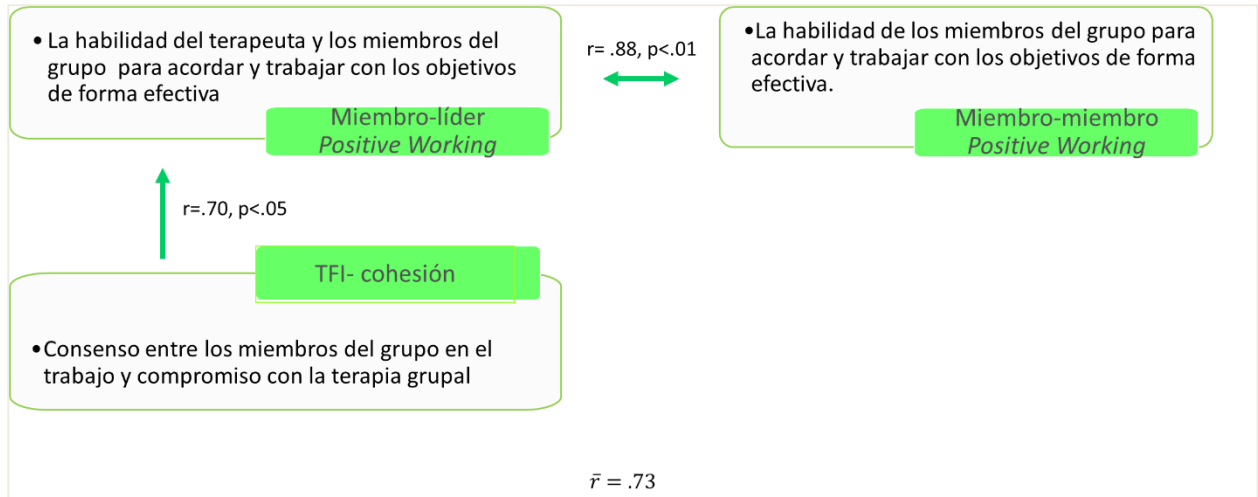


Figura 49: Tercer Cluster, séptima sesión. Estudio II.

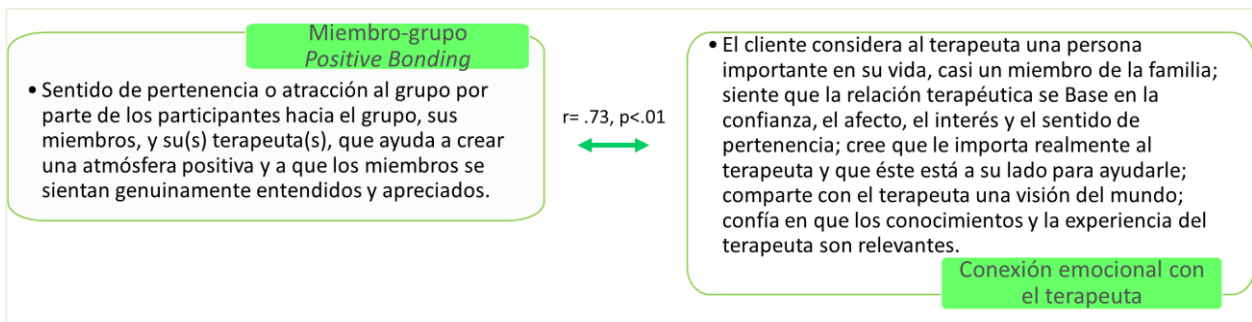


Figura 50: Cuarto Cluster, séptima sesión. Estudio II.

6.4.4.2.6.3. Décima sesión.

Con lo que respecta a la décima sesión, se hace de nuevo evidente la relevancia del rol del terapeuta en el establecimiento de relaciones afectivas y de trabajo entre los miembros del grupo, y entre éstos y el grupo como una sola entidad; donde específicamente se muestra en el tercer *cluster* (ver Figura 53) la relevancia de la relación afectiva positiva entre los miembros y el terapeuta, y de una conexión emocional con el terapeuta positiva, para que los participantes mantengan un fuerte Enganche en el proceso del tratamiento ($r_s = .86$ y $.81, p < .01$).

De esta forma, y como puede observarse, al igual que en la novena sesión las relaciones afectivas se relacionan con las relaciones de trabajo en el sistema terapéutico (ver Anexo 12).

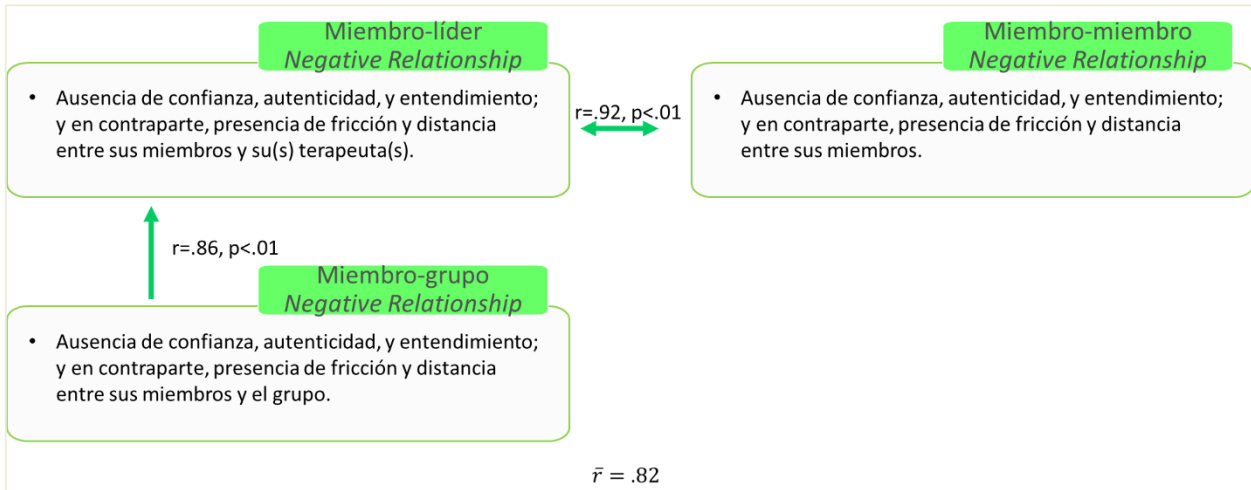


Figura 51: Primer Cluster, décima sesión. Estudio II.

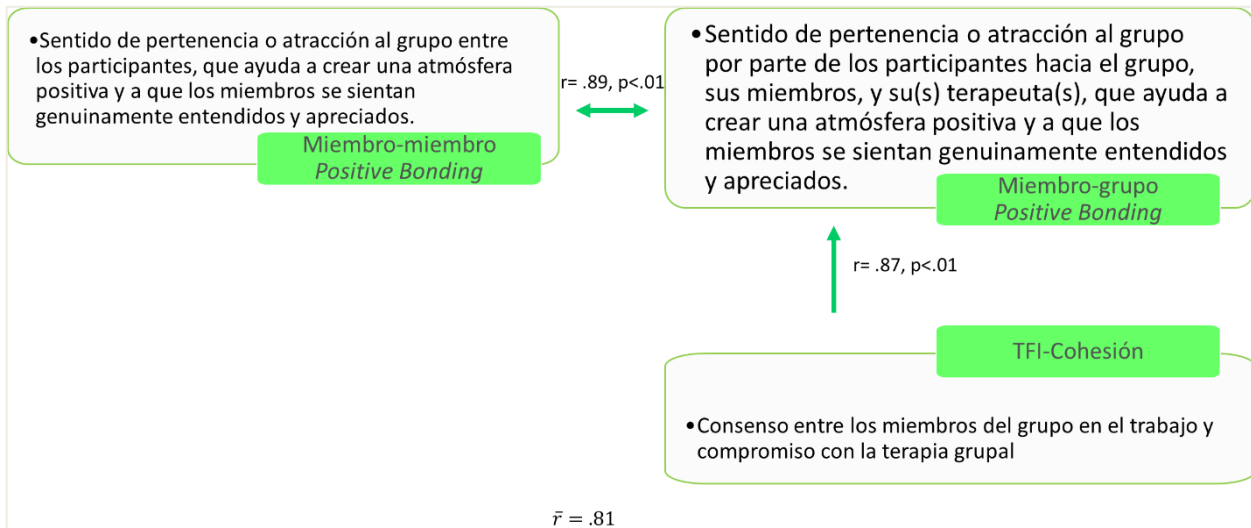


Figura 52: Segundo Cluster, décima sesión. Estudio II.

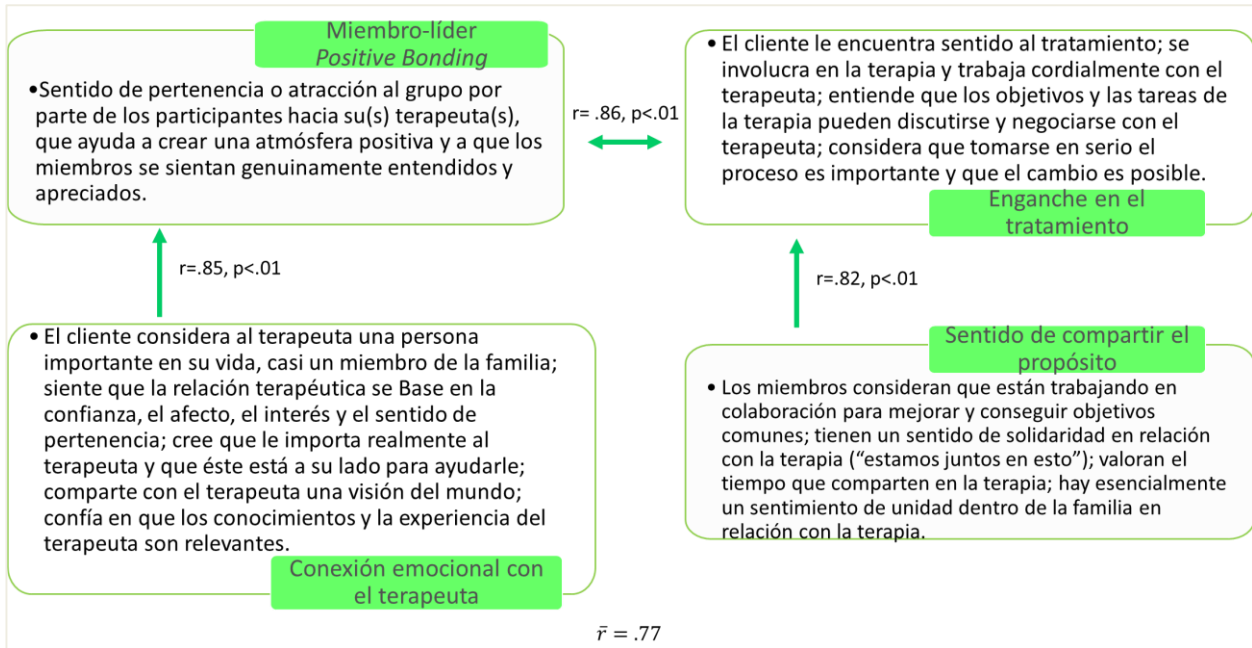


Figura 53: Tercer Cluster, décima sesión. Estudio II.

6.4.4.2.6.4. Decimotercera sesión.

Finalmente, dentro de la decimotercera sesión, se encuentran tres *clusters*; donde el primero hace referencia a la fuerte correlación entre la puntuación media de percepción de mejoría durante las sesiones, y la relación afectiva entre los miembros y el grupo como una entidad.

Resulta importante mencionar que también la cohesión grupal, junto con la sub-escala de miembro-grupo *Negative Relationship*, mantuvieron correlaciones medias significativas con la sub-escala de miembro-grupo *Positive Bonding* durante la sesión (con un 5% de error); aunque éstas no fueron representadas en el *cluster* debido a la ausencia de una clara relación con la puntuación media de percepción de mejoría durante el curso de las sesiones.

Durante la presente sesión también se hace evidente la importancia de una buena relación afectiva y de trabajo entre el terapeuta y los miembros del grupo para favorecer una positiva relación afectiva entre los miembros del grupo (ver Figura 55); así como de una buena conexión emocional con el terapeuta para evitar relaciones negativas entre los miembros (ver Figura 56).

Así mismo, durante la presente sesión también se observa la importancia de una buena conexión emocional con el terapeuta, o de la ausencia de una relación negativa con él, para el establecimiento de un alto Sentido de Compartir el propósito ($r=.77, p<.01$), y el favorecimiento de un adecuado nivel de Enganche durante la presente sesión ($r=.66, p<.05$; ver Anexo 12).

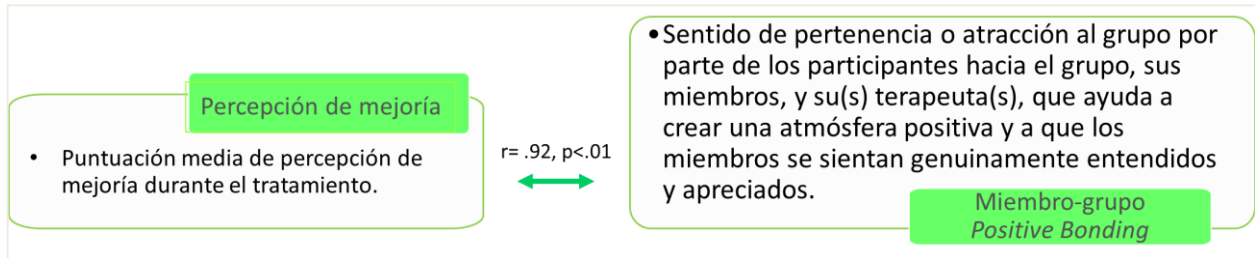


Figura 54: Primer Cluster, decimotercera sesión. Estudio II.

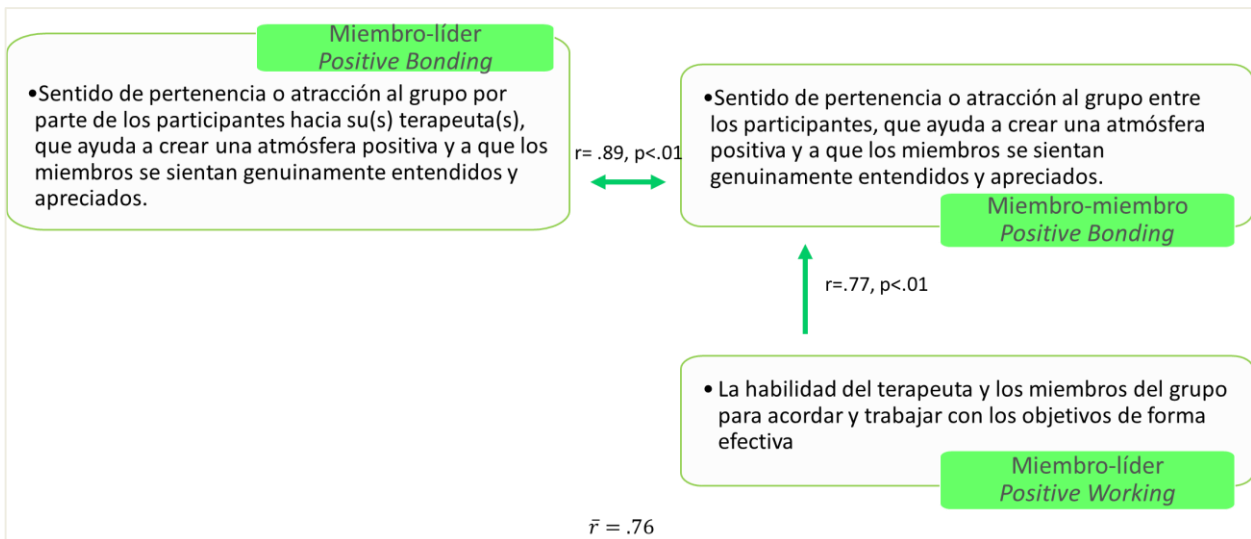


Figura 55: Segundo Cluster, decimotercera sesión. Estudio II.

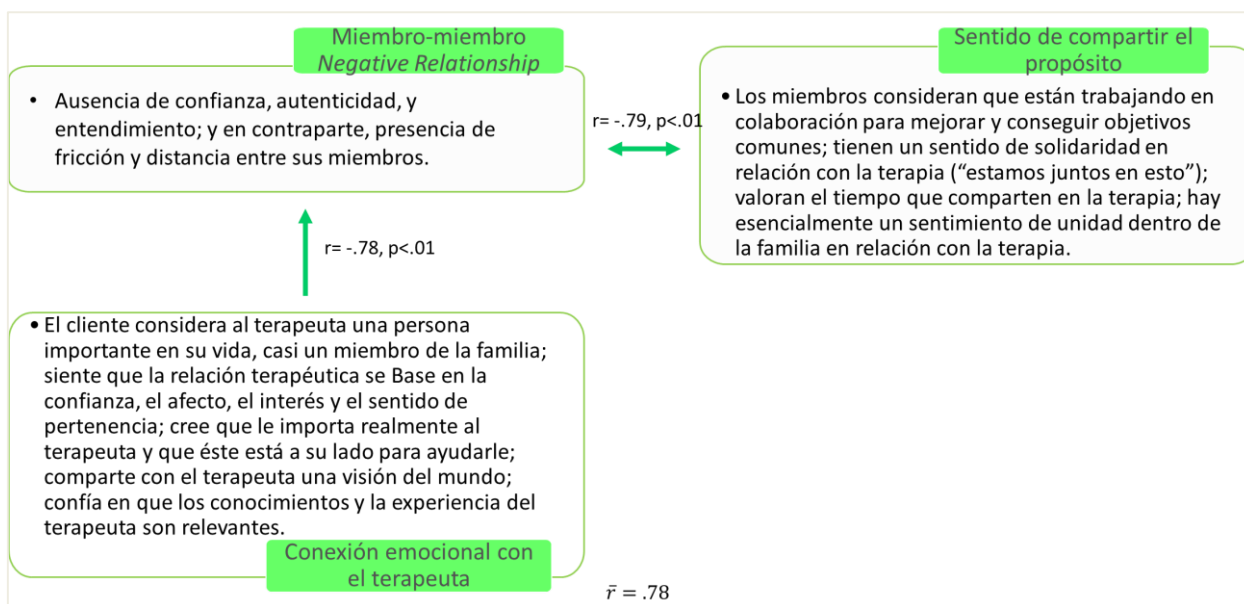


Figura 56: Tercer Cluster, decimotercera sesión. Estudio II.

6.4.4.2.7. Variables predictoras.

6.4.4.2.7.1. Relación afectiva en el grupo.

Mediante el modelo de regresión lineal, llevado a cabo por el programa SPSS, se observa que en las cuatro sesiones evaluadas durante el tratamiento la sub-escala miembro-líder *Positive Bonding* predice a la sub-escala miembro-miembro *Positive Bonding* de forma ascendente; obteniendo valores que van desde [$F = 19.91, p < .001, R^2 = .62, R^2 \text{ correg.} = .59$] durante la cuarta sesión, a [$F = 37.67, p < .001, R^2 = .79, R^2 \text{ correg.} = .77$] con un valor para el estadístico *Beta* de .89 y una *t* de 6.14 durante la decimotercera sesión. Esto significa que los miembros del grupo que expresaron mayor relación afectiva con el equipo terapéutico, manifestaron mejores relaciones afectivas con sus compañeros del grupo; y que a medida en la que avanzaron las sesiones, la relación afectiva con el terapeuta predecía aún más las relaciones afectivas entre los miembros del grupo.

A su vez, modelos de regresión lineal posteriores, indican que la variable miembro-miembro *Positive Bonding* predice a la variable miembro-grupo *Positive Bonding* durante el proceso del tratamiento; a excepción de la decimotercera sesión, donde no se encontró un resultado significativo. De esta forma, se encontró en la cuarta sesión [$F = 16.57, p < .01, R^2 = .58, R^2 \text{ correg.} = .54, \beta = .76, t = 4.07$]; en la séptima [$F = 11.60, p < .01, R^2 = .54, R^2 \text{ correg.} = .49, \beta = .73, t = 3.41$]; y en la décima [$F = 31.79, p < .001, R^2 = .80, R^2 \text{ correg.} = .77, \beta = .89, t = 5.64$]. Esto significa que los miembros del grupo que expresaron mayor relación afectiva con el resto de miembros, tendieron

a expresar mejor relación afectiva el grupo en general durante el proceso del tratamiento; a excepción de la decimotercera sesión.

De la misma forma, regresiones lineales posteriores encontraron correspondencia con lo anterior; de tal manera que los miembros que expresaron mayor relación afectiva negativa con el equipo terapéutico, expresaron mayor relación afectiva negativa con los miembros del grupo durante el curso del tratamiento; a excepción de la decimotercera sesión, donde no se encontraron resultados significativos. Los resultados obtenidos son los siguientes: durante la cuarta sesión [$F = 36.57, p < .001, R^2 = .75, R^2_{correg.} = .73, \beta = .86, t = 6.05$]; durante la séptima [$F = 21.23, p < .001, R^2 = .68, R^2_{correg.} = .65, \beta = .82, t = 4.61$]; y durante la décima [$F = 45.51, p < .001, R^2 = .85, R^2_{correg.} = .83, \beta = .92, t = 6.75$].

Adicionalmente, se encontró que durante la cuarta sesión la variable miembro-líder *Negative Relationship* también predice, de forma negativa, a la dimensión de Seguridad en el sistema terapéutico en un 44%; encontrándose que [$F = 11.43, p < .01, R^2 = .49, R^2_{correg.} = .44, \beta = -.70, t = -3.38$]. Así mismo, se encontró que dicha variable también predice a la variable miembro-grupo *Negative Relationship* durante las sesiones; a excepción de la decimotercera sesión, donde los resultados no son estadísticamente significativos; encontrándose durante la cuarta sesión que [$F = 41.10, p < .001, R^2 = .77, R^2_{correg.} = .75, \beta = .88, t = 6.41$]; mientras que durante la séptima sesión [$F = 49.41, p < .001, R^2 = .83, R^2_{correg.} = .81, \beta = .91, t = 7.03$]; y durante la décima [$F = 23.16, p < .001, R^2 = .74, R^2_{correg.} = .71, \beta = .86, t = 4.81$].

6.4.4.2.7.2. Relación de trabajo en el grupo.

Los análisis de regresión lineal relativos a las relaciones de trabajo en el grupo, indican que durante las cuatro sesiones evaluadas, los miembros del grupo que expresaron mayor relación de trabajo positiva con el equipo terapéutico, expresaron mayor relación positiva de trabajo con el resto de los miembros del grupo; sin embargo, esto es importante considerarlo con cierta cautela, ya que durante la cuarta sesión los resultados no fueron estadísticamente significativos [$F = 9.05, p < .01, R^2 = .43, R^2_{correg.} = .38, \beta = .65, t = 3.01$]. Sin embargo, durante la séptima sesión se encontró que [$F = 35.52, p < .001, R^2 = .78, R^2_{correg.} = .76, \beta = .88, t = 5.96$]; durante la décima [$F = 17.37, p < .01, R^2 = .68, R^2_{correg.} = .64, \beta = .82, t = 4.17$]; y durante la decimotercera, con una disminución, se encontró que [$F = 7.67, p < .05, R^2 = .43, R^2_{correg.} = .38, \beta = .66, t = 2.77$].

6.4.4.2.7.3. Cohesión grupal

Los análisis de regresión lineal relativos a la relación entre cohesión grupal, demuestran que en la sesión 10, las relaciones de trabajo entre los miembros del grupo predicen de forma positiva al nivel de cohesión grupal percibido por ellos durante dichas sesiones [$F = 7.53, p < .05, R^2 = .48, R^2_{\text{correg.}} = .42, \beta = .70, t = 2.74$]. Lo cual indica que los miembros del grupo que expresaron mayor relación de trabajo positiva con los otros miembros del grupo durante la décima sesión, expresaron mayor percepción de cohesión grupal durante la sesión.

6.4.4.2.7.4. Percepción de mejoría.

A pesar de que en los análisis anteriores, relacionados a las relaciones afectivas en el grupo, no se encuentran resultados estadísticamente significativos durante la decimotercera sesión; la variable de miembro-grupo *Positive Bonding*, durante dicha sesión, explica el 84% de la puntuación media de la percepción de mejoría durante el curso de las sesiones [$F = 58.31, p < .001, R^2 = .85, R^2_{\text{correg.}} = .84, \beta = .92, t = 7.64$]. Esto significa que los miembros del grupo que percibieron un mayor grado de relación positiva con el grupo durante la sesión 13, tendieron a expresar mayor percepción de mejoría durante el tratamiento.

Por otro lado, tomando en cuenta a la puntuación media de la percepción de mejoría de los clientes durante el proceso de tratamiento como variable dependiente, y a la puntuación global del instrumento *Group Questionnaire* (GQ) durante la cuarta sesión como variable predictora, se observó que dicha variable explica el 42% de la varianza de la percepción de mejoría durante el tratamiento [$F = 10.57, p < .05, R^2 = .47, R^2_{\text{correg.}} = .42, \beta = .68, t = 3.25$]. Lo cual indica que los miembros del grupo que percibieron mayor cohesión grupal, medida mediante el instrumento GQ durante la cuarta sesión del tratamiento, tendieron a expresar mayor percepción de mejoría durante el tratamiento.

6.4.4.2.8. Percepción de elementos facilitadores.

Dentro de los instrumentos que midieron el progreso terapéutico se les hizo una pregunta a los clientes, durante todas las sesiones, que estuvo compuesta por siete opciones múltiples de respuesta donde ellos podían identificar los elementos que, según su experiencia, fueron los que les ayudaron más. Adicionalmente, se les dio el espacio a los clientes para escribir cualquier otro elemento que consideraran que les había sido de ayuda durante el curso de las sesiones.

En la Figura 57, se observa la frecuencia con la que padres e hijos (n=15) identificaron los diferentes elementos facilitadores proporcionados en las opciones múltiples de respuesta.

Como puede observarse, los clientes percibieron que escuchar otros puntos de vista e historias personales, así como compartir algo importante con otras personas y sentirse escuchados, facilitó el trabajo terapéutico durante y ente las sesiones de tratamiento.

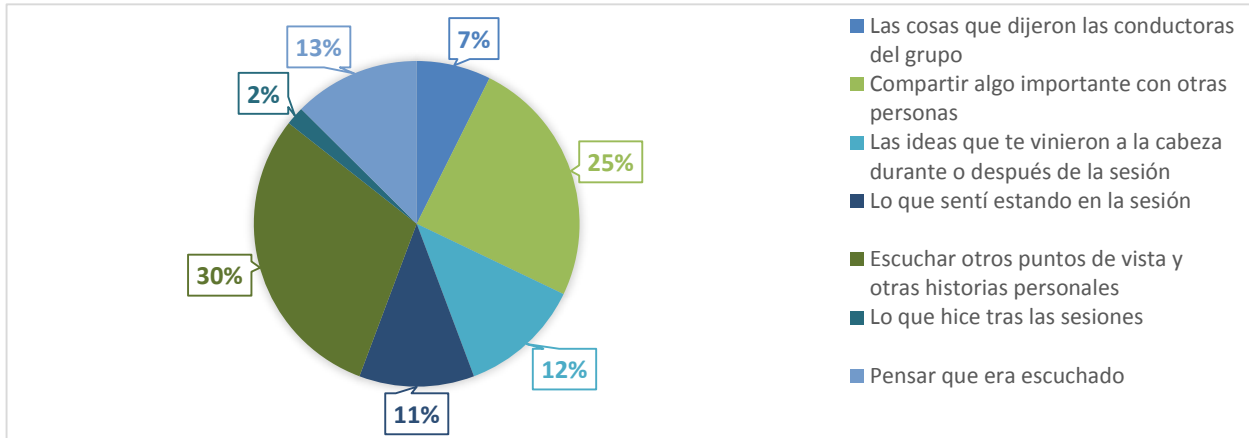


Figura 57: Percepción de elementos facilitadores durante el tratamiento.

6.4.4.2.9. Satisfacción con el programa de tratamiento.

Al finalizar las 15 semanas de tratamiento, se llevó a cabo una entrevista profunda con cada una de las familias para evaluar el proceso y proporcionarles un cierre individual reconociendo los logros alcanzados y los aspectos que continúan siendo contemplados para seguir trabajando a nivel familiar.

Así mismo, para evaluar la satisfacción del tratamiento a nivel general durante la entrevista final, se les hizo una serie de preguntas que fueron respondidas por medio de cinco opciones de respuesta que fueron desde 1= “poco”, 3= “algo”, y 5= “mucho”.

Como puede observarse en la Figura 58 , de manera general, tanto los adolescentes como los padres participantes (n=15) expresaron haberse sentido cercanos, seguros, y confiados con sus terapeutas; percibiendo que habían compartido cosas importantes con ellos, y donde se habían sentido comprendidos en los momentos donde expresaron sus sentimientos.

Así mismo, parece ser que hubo diferencias en la percepción de los padres y de los hijos en relación a su cercanía y confianza a nivel individual familiar; donde los padres expresaron a nivel general, valoraciones más altas. A nivel multi-familiar, se observa que las familias se sintieron medianamente cercanas, confiadas, y con libertad para hacer o decir las cosas que deseaban.

Por último, se puede observar que, en concordancia con la percepción de mejoría anteriormente mencionada, las familias se sintieron moderadamente satisfechas con lo que lograron durante las sesiones.

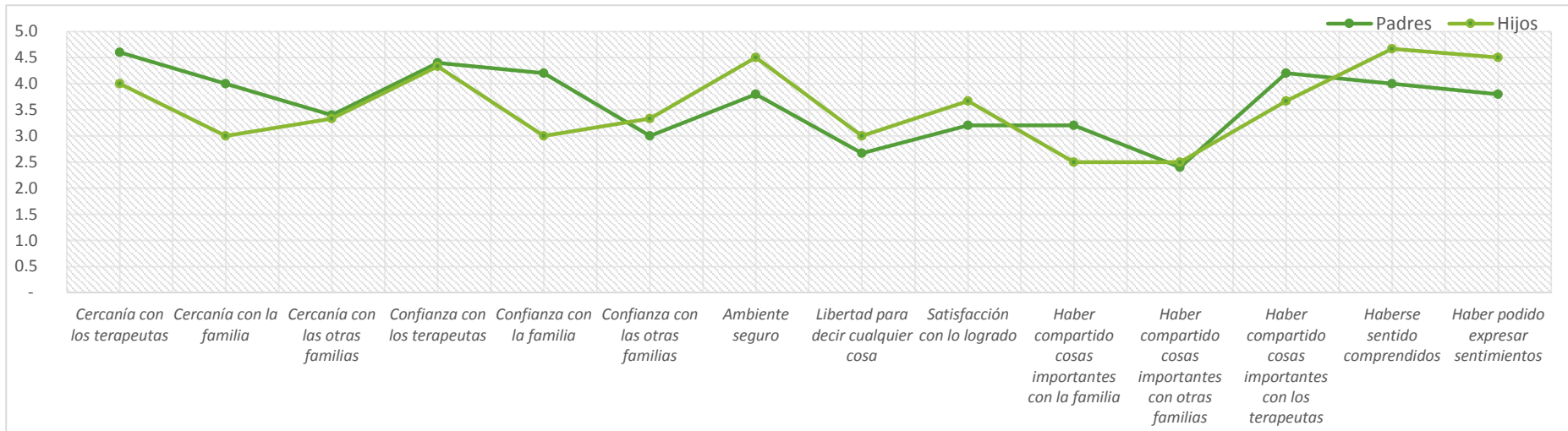


Figura 58: Cuestionario de satisfacción con el tratamiento.

Nota: 1= "poco", 3= "algo", y 5= "mucho".

6.5. ESTUDIO III. SEGUNDO GRUPO MULTIFAMILIAR

6.5.1. Muestra

6.5.1.1. Descripción de la muestra

El presente grupo de TGMF fue llevado a cabo en las instalaciones de la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) de la Universidad de la Coruña (Galicia, España), y estuvo compuesto por 8 familias conformadas por 22 personas; 13 padres-familiares, y 9 hijos adolescentes entre 12 y 14 años de edad (ver Tabla 58).

Tabla 58.
Edades del Segundo Grupo de TGMF.

PARTICIPANTES	<i>n</i>	MEDIA DE EDAD	RANGO	D.E.
Adolescentes	9	13.5	12-14	0.7
Chicas	3	13.6	13-14	0.6
Chicos	6	13.5	12-14	0.8
Madres	8	36.6	32-42	4.7
Padres	2	43	41-45	2.8
Parejas de madres	2	51	48-54	4.2
Abuelas acogedoras	1	60	-	0

Cinco de los nueve adolescentes del grupo, comparte el mismo hogar con su madre; mientras que otros dos adolescentes lo comparten con su madre y con su padre, y otras dos con su abuela, que desempeña también el papel de acogedora.

Al igual que en el primer grupo multifamiliar, primero se procederá a explicar las características generales de las familias y del grupo compuesto por las ocho familias; y posteriormente, se especificarán las características individuales de cada una de ellas.

Los datos recabados dentro de las entrevistas iniciales con las familias, junto con la Guía de codificación del nivel de riesgo utilizada, permitieron la detección de las necesidades específicas de los adolescentes que conforman el estudio.

Como se puede observar en la Figura 59, el 44% de los adolescentes presenta problemas relacionados con la agresividad en sus relaciones sociales; mientras que otro 22% sufre de aislamiento. Por último, se puede observar que en tan solo un adolescente suele fugarse, en este caso, de casa.

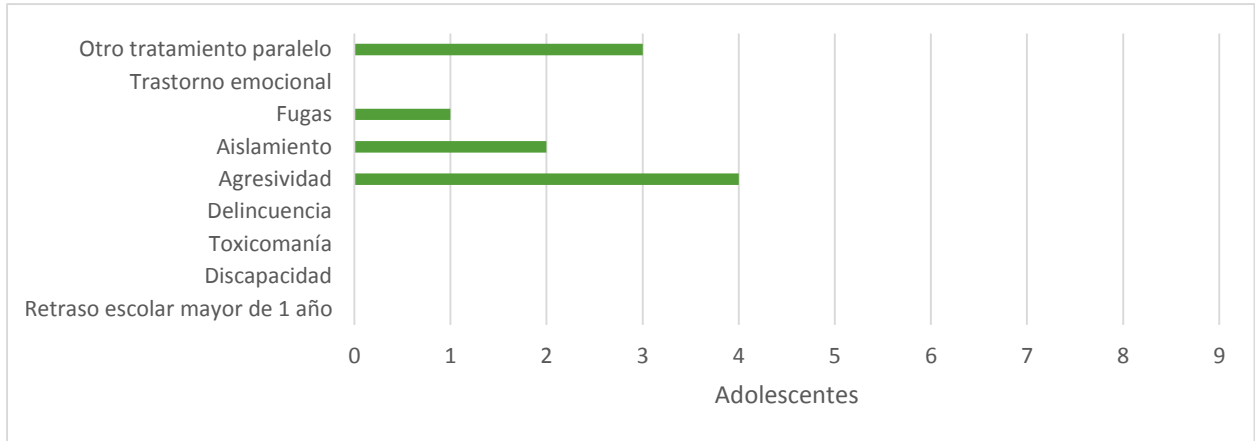


Figura 59: Necesidades de los adolescentes
Nota: n=9.

En total, cuatro de los seis adolescentes, y uno de los nueve familiares que conformaron el grupo, mantuvieron otro(s) tratamiento(s) complementario(s) a la TGMF con distintos profesionales (psiquiatras, educadores, médicos de cabecera, y/o psicoterapeutas familiares dentro de la UIICF).

En la Figura 60 se muestran algunas características de las familias que conformaron el grupo. Como puede observarse, en cinco de las nueve familias participantes (56%) al menos un miembro atraviesa por una etapa de desempleo; y en cuatro de las nueve familias (44%), al menos un miembro de la familia se mantiene en trabajos temporales; manteniéndose así en ambos casos, por medio de ayudas de familiares y ayudas sociales. Así mismo, el 44% de las familias mantienen dificultades para organizarse en el día a día; donde una familia sufre de horario laboral extenso, y seis de las nueve familias, que conforman el 67% del total, son familias monoparentales. En estos seis casos, cuatro de los adolescentes de estas seis familias mencionadas, viven con sus madres, otro con su abuela acogedora, y otro con su madre y su abuela.

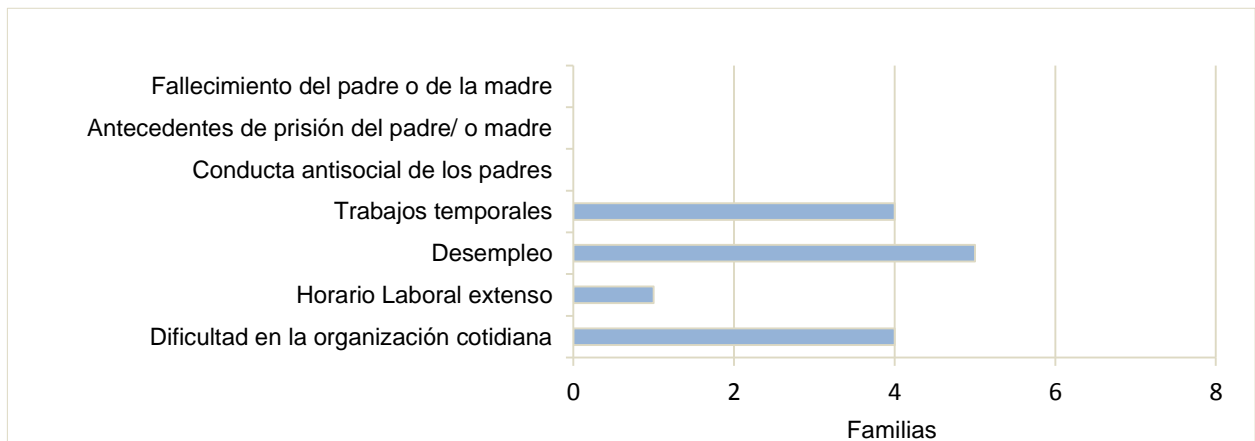


Figura 60: Necesidades de las familias.
Nota: n=8

En la Figura 61, se muestran algunas características de las familias relacionadas con su nivel de riesgo psicosocial; cada una de ellas se encuentra puntuada de forma ascendente del 1 al 4 según el nivel de gravedad o cronicidad que las terapeutas entrevistadoras detectaron previamente al tratamiento por medio de la *Guía de Investigación y Evaluación ante situaciones de desprotección en la infancia* (Junta de Castilla y León, 2008).

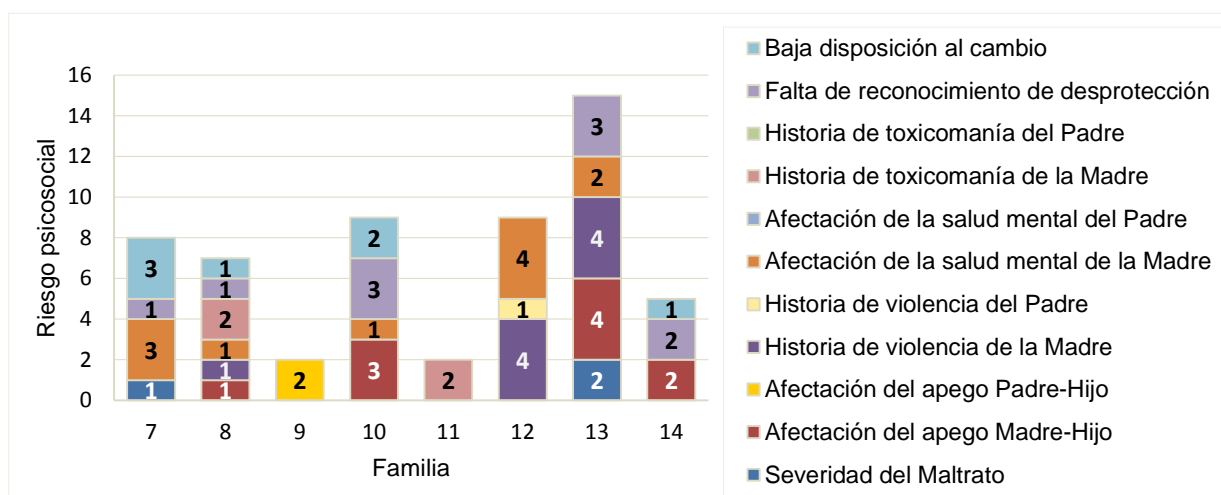


Figura 61: Características del nivel de riesgo y cronificación de los casos. Estudio III.

Como se puede observar, el grupo está compuesto en un 63% por madres afectadas en su salud mental; ya sea por rasgos depresivos o ansiosos, o dependientes, cada uno, en distinta medida. Así mismo, se observa que en la mitad de los sistemas parentales aún no logra percibir el nivel de desprotección de sus adolescentes; demostrando también cierta resistencia y dificultad para responsabilizarse por ello, y reconocer la necesidad de un cambio personal para solucionar alguna parte de sus problemáticas.

Como ya se ha mencionado antes, éstas características no son el total de características que determinan el nivel de riesgo global de las familias, éstas corresponden a algunas de las características que, en conjunto con las características anteriormente representadas, pueden dar una idea acerca del pronóstico de los casos (Junta de Castilla y León, 2008); permitiendo así determinar si existe o no la capacidad familiar para recuperar su funcionamiento mediante algún tipo de atención profesional, y evitar la intervención de los servicios de protección a la infancia.

6.5.1.2. Criterios de inclusión y exclusión

La difusión del programa de tratamiento con TGMF fue hecha a diferentes Ayuntamientos aledaños de Galicia mediante trípticos informativos (ver Anexo 13) enviados por vía electrónica, y una reunión posterior con los técnicos y/o educadores correspondientes; donde se les solicitaba la derivación de familias mediante un cuestionario de derivación (ver Anexo 14) y se les informaba que era un programa de sesiones semanales de 90 minutos con un formato grupal multi-familiar, voluntario, y gratuito. Las familias derivadas tendrían que cumplir con los criterios de inclusión mencionados a continuación:

- Familias en situación de riesgo moderado; es decir, familias sin medidas de protección ni judiciales, que tengan sentimientos de impotencia o ineficacia parental, y que tengan hijos adolescentes con dificultades como consumo de marihuana, fracaso escolar, conducta agresiva, y fugas.
- Hijos adolescentes entre 12 y 15 años de edad, de preferencia, que puedan participar en el tratamiento de forma consecutiva.
- Candidatos al trabajo grupal.

El primer contacto con las familias fue por medio de una llamada telefónica; donde se les comenta an los criterios de inclusión y objetivos del tratamiento, así como también se agendaba un primer encuentro mediante una entrevista en las oficinas de los S.S.B., en casa, o en la *Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF)*.

A pesar de que los SSB ayudaron a hacer un primer filtro de selección, las entrevistas iniciales también permitieron conocer mejor a las familias, hablar con ellas sobre el encuadre terapéutico, y tomar una decisión junto con ellas sobre la pertinencia del tratamiento.

Al igual que en el primer grupo multifamiliar, se evaluó el nivel de riesgo psicosocial durante las entrevistas mediante la *Guía de Investigación y Evaluación ante Situaciones de Desprotección en la Infancia* (Junta de Castilla y León, 2008), y mediante la información proporcionada por los SSB correspondientes (ver Anexo 15).

Tras la entrevista, tan solo en cuatro casos se les ofreció a las familias atenderlas de forma individual o familiar de forma gratuita en la UIICF debido a que o no se cumplían con algún o algunos de los criterios de inclusión, o que se presentaba alguno de los siguientes criterios de exclusión:

- Encontrarse incapacitados por motivos físicos o psíquicos que dificulten el desarrollo del estudio, de las sesiones de trabajo y/o de la posibilidad de establecer comunicación y contacto

con otras personas y/o terapeutas (por ejemplo: personas con Trastorno Mental Grave, demencias, etc.).

- Encontrarse en una situación de riesgo bajo, o en riesgo alto, donde ya cuenten con apoyo de instituciones especializadas en la protección del menor.
- Encontrarse en una situación de crisis que necesita una atención urgente o al menos, más personalizada y centrada en la problemática.

6.5.1.3. Presentación de las familias

A continuación, se presentará a cada una de las familias que conformaron el grupo; esto será por medio de un genograma familiar, y la descripción breve y esquemática su historia familiar, el problema/queja/demanda que hace la familia al asistir a la entrevista pre-tratamiento, las expectativas que tienen al tratamiento, los recursos que perciben entre ellos como familia, y el tipo de expresiones de afecto que suelen mantener en casa.

Familia 8. “El deseo de ser madre desde una relación de dependencia con su propia madre”

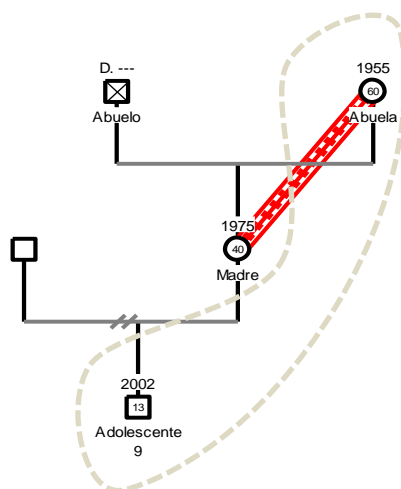


Figura 63: Genograma Familia no.8

Tabla 60.

Información acerca de la Familia no. 8.

<i>Historia familiar</i>	<p>La madre se describe a sí misma durante su infancia y adolescencia como alguien que vivió para complacer a su madre y cumplir con sus expectativas sin correr riesgos ni separarse de ella; hasta que durante su adolescencia tardía comenzó a consumir y traficar drogas. El hijo, hoy adolescente, fue producto de una relación esporádica que mantuvo estando en la cárcel; por lo que hasta hoy en día, el adolescente no conoce a su padre. La madre no lo ha querido debido al estilo de vida que éste lleva.</p> <p>A pesar de todo ello, la madre siempre quiso tener un hijo; y expresa sentirse frustrada por no poder ser la madre que ella quisiera.</p> <p>Muy a pesar a sus deseos, la abuela tiene la tutela del adolescente, ya que la madre tiene muchos problemas económicos que no le permiten vivir en condiciones adecuadas para tener con ella a su hijo.</p> <p>La madre mantuvo recientemente una relación de pareja con un hom.re dominante; donde su hijo solía mostrarse “celoso” y tendía a protegerla, según lo que expresa la madre.</p> <p>Actualmente la madre se encuentra muy centrada en trabajar lo suficiente para volver a convivir con su hijo “como una familia normal”; y por lo mismo, dice no poder establecer relaciones de amistad con otras personas que le hablen de más problemas. Dice estar “muy centrada en ella misma, y bloqueada para escuchar a los demás, inclusive, desde la televisión”.</p>
<i>Problema/ Demanda</i>	<p>El hijo adolescente, actualmente medicado por TDAH, no quiere estudiar ni hacer sus deberes; así mismo, ha comenzado a ser violento verbalmente, especialmente con su abuela.</p> <p>La madre suele ir a comer casi todos los días a casa de la abuela, y con su hijo; donde normalmente escucha quejas y discusiones entre ellos debido a los deberes del adolescente o por detalles de la convivencia diaria. Ella suele hablar con su hijo para que haga los deberes y se comporte con su abuela. Intenta pasar momentos agradables con él y complacerle en algunos gustos (como en la compra de consolas, móviles etc.), pero aun así no logra sentirse verdaderamente como la madre de su hijo, ni convivir con él sin la interrupción de sus aparatos electrónicos.</p> <p>Todo esto no hace más que generar conflictos entre una abuela dominante y una “madre escondida” en una relación de dependencia hacia ella.</p> <p>La familia lleva 3 meses asistiendo a psicoterapia familiar en la UIICF sin percibirse cambios significativos. El equipo de terapeutas conserva dudas acerca del verdadero deseo de la madre de ser una madre para su hijo, y no una amiga, o hermana mayor.</p>

<i>Expectativas</i>	La abuela se encuentra preocupada, y dice estar dispuesta a asistir a la psicoterapia y llevar a su hija y nieto para que las cosas mejoren. La madre se muestra algo cansada, y dice no saber qué más hacer para que las cosas mejoren.
<i>Recursos y redes sociales</i>	Deseo de mejora, y apoyo de la abuela materna.
<i>Expresión de afecto</i>	El hijo adolescente es muy cariñoso con la madre y con la abuela; frecuentemente las abraza.

Familia 9. “Mi hijo adolescente, entrando al mundo adulto con alma de niño”

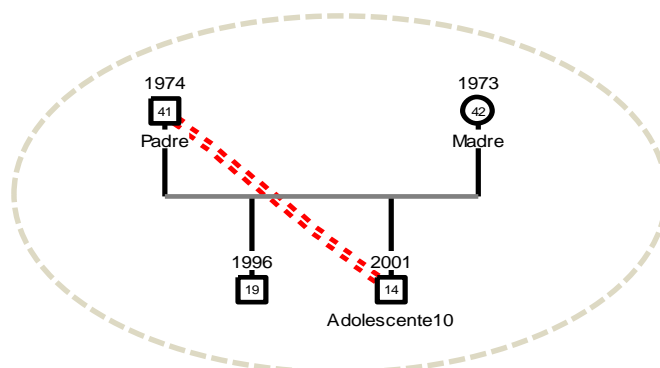


Figura 64: Genograma Familia no.9

Tabla 61.

Información acerca de la Familia no. 9.

<i>Historia familiar</i>	<p>La familia está pasando por un periodo económicamente difícil, puesto que el padre se encuentra desempleado, y la madre tiene trabajos temporales. La abuela materna ha solido ser el principal apoyo familiar.</p> <p>El colegio del hijo adolescente de 14 años ha contactado con los padres por la mala conducta de su hijo; además, hubo una denuncia por acoso hacia su hijo, pero finalmente lo lograron arreglar entre los padres.</p>
<i>Problema/ Demanda</i>	<p>Los padres no se explican qué es lo que estuviera pasando, puesto que en casa ellos no ven que su hijo sea así; dicen que tan solo ven que su hijo físicamente es mucho más grande que los demás chicos de su edad, y que puede aparentar algo que no es, puesto que lo consideran todavía como un niño en muchas cosas.</p>
<i>Expectativas</i>	<p>A pesar de que las relaciones familiares no son malas, la familia considera que podrían mejorar las relaciones en torno al hijo menor adolescente; en especial con el padre, ya que, por lo que dice la madre, los dos son muy parecidos, y chocan mucho.</p> <p>Así mismo, reconocen que sería importante que el adolescente aprenda a controlar sus emociones y a expresarse mejor, para tener mejores relaciones sociales. El adolescente es consciente de ello, y acepta este objetivo del tratamiento.</p> <p>La motivación al cambio del hijo y la madre es buena, aunque el padre se muestra un poco a la expectativa.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>La madre demuestra un muy buen entendimiento de su hijo, sus necesidades, y de la etapa de la adolescencia por la que está pasando.</p> <p>La relación entre los padres parece ser buena; ellos expresan que se equilibran bastante bien, ya que la madre es más emocional, y el padre mucho más objetivo.</p> <p>La familia en general demuestra un excelente sentido del humor, además de que les gusta pasar tiempo juntos haciendo senderismo y actividades recreativas.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>La madre suele ser la que comúnmente expresa su afecto, ya que ella es conocida como la “emocional de la familia”. Al resto, les cuesta un poco más expresarse afecto.</p>

Familia 11. “¿Mi hija adolescente me quiere cerca?”

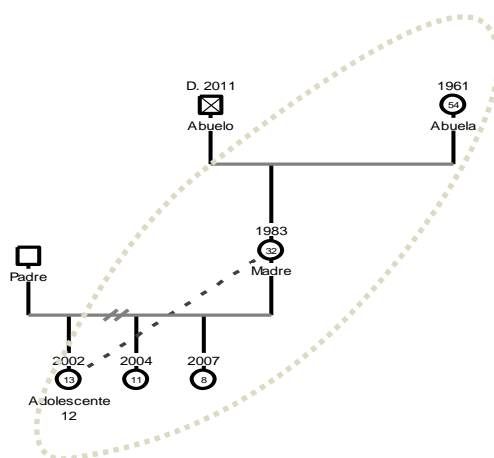


Figura 66: Genograma Familia no.11

Tabla 63.

Información acerca de la Familia no. 11.

<i>Historia familiar</i>	Hace ocho años la abuela acogió a sus nietas debido a que su madre se encontraba “inestable” consumiendo drogas, y por lo general, fuera de casa. Después de dos años, la madre dejó de consumir y regresó a vivir con su familia; aún a pesar de que la abuela seguía siendo la acogedora. Hasta dos años después de su regreso, le concedieron de nuevo la tutela de sus hijas, y comenzaron a vivir de nuevo las cuatro solas. Dos meses antes de la entrevista la abuela regresó a vivir con ellas debido a cuestiones económicas y de crianza.
<i>Problema/ Demanda</i>	La madre se encuentra insegura acerca de sus habilidades de crianza, y dice sentirse lejana a sus hijas; en especial de la más grande, su hija adolescente que acude con ella al tratamiento.
<i>Expectativas</i>	Lo que ella dice buscar en el tratamiento es acercarse a sus hijas y empoderarse como madre; primero lográndolo con su hija mayor, que es el ejemplo de las otras dos, y que se encuentra en la etapa de la adolescencia. Su hija expresa que también le gustaría acercarse a su madre.
<i>Recursos y redes sociales</i>	Al preguntarles acerca de sus cualidades como familia, ellas expresan lo siguiente: “cariño mutuo, sentido del humor, y apoyo mutuo”.
<i>Expresión de afecto</i>	Suelen decirse que se quieren mucho.

Familia 12. “Reunificación familiar”

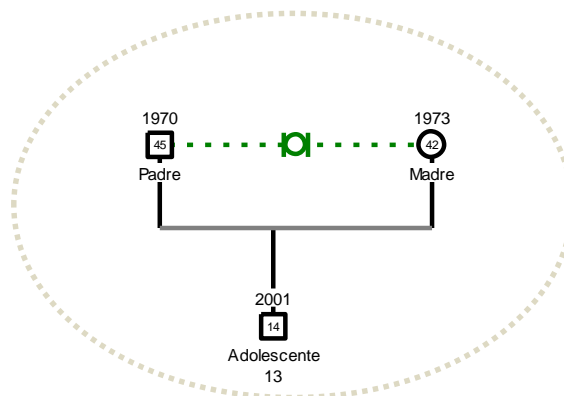


Figura 67: Genograma Familia no.12

Tabla 64.
Información acerca de la Familia no. 12.

<i>Historia familiar</i>	<p>La madre tiene historia de violencia familiar con su familia de origen; aspecto que aún mantienen presente debido a recientes denuncias familiares. Así mismo, hace un año ella llamó a la policía denunciando a su marido por violencia; reconociendo ahora que dicha violencia era verbal, y que esto le hizo revivir sus experiencias de violencia con su familia de origen.</p> <p>Por otro lado, la madre fue miembro de otro grupo psicoterapéutico debido a 3 intentos de suicidio hace un año; donde en 5 veces ha acudido a pedir ayuda profesional.</p> <p>Actualmente ella se encuentra medicada con antidepresivos y con atención psiquiátrica. Así mismo, la pareja ha decidido permanecer junta y trabajar en una re-unificación después de los difíciles sucesos familiares.</p> <p>Ambos padres trabajan de forma temporal en hostelería; aunque actualmente se encuentran en paro.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>La familia expresa su afecto de múltiples formas; desde el sacrificio, ante las dificultades económicas, hasta con la comunicación verbal del mismo.</p>
<i>Expectativas/ Demanda</i>	<p>El deseo de re-unificación familiar, así como la necesidad de recibir retroalimentación y orientación por parte de otras familias, fue el motor que los impulsó a solicitar una ayuda económica a los S.S.B. para acudir al tratamiento.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>Debido a sus grandes dificultades económicas, y a cierto miedo agorafóbico (descrito así por la madre), la entrevista tuvo lugar en su hogar; donde la familia recibió a las dos terapeutas entrevistadoras con mucha alegría, transparencia, y apertura.</p> <p>Dentro de la entrevista, los padres se mostraron con una alta motivación al cambio y a la experiencia grupal; ya que la madre había tenido una muy buena experiencia en su grupo de apoyo previo. Así mismo, los padres se mostraron conscientes de sus dificultades y muy seguros sobre querer unirse más como pareja y como familia. Así mismo, es importante mencionar la alta capacidad verbal y social de la familia.</p> <p>La madre expresa que siente que le ha fallado a su familia con sus intentos de suicidio: sabe que necesita ayuda y continúa buscando alternativas para recibirla. Durante toda la entrevista la madre presenta un lenguaje claro y coherente, así como un pensamiento fluido y buenas habilidades de socialización y empatía.</p>

Familia 13. “Buscando la empatía en las prácticas parentales y diferencias culturales”

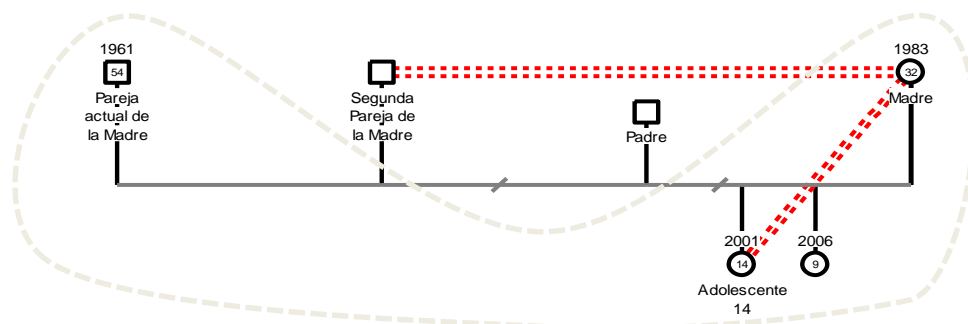


Figura 68: Genograma Familia no.13

Tabla 65.

Información acerca de la Familia no. 13.

<i>Historia familiar</i>	<p>La familia inmigró a España hace 4 años; desde entonces, la madre ha tenido dos parejas sentimentales, ambas, conviviendo en el mismo hogar. La primera pareja fue concebida por las niñas como su figura parental, y tras su rompimiento sentimental con la madre después de 3 años y medio aproximadamente de relación, ésta les prohibió a sus hijas volverlo a ver. Actualmente la madre lleva una relación de pareja nueva de 6 meses (con 5 meses de haber empezado a convivir en el mismo hogar).</p>
<i>Problema/ Demanda</i>	<p>Los S.S.B. derivan a la familia debido a que la madre no suele poner en práctica sus indicaciones, desde hace tres años que mantienen contacto. Afirman que la madre está muy interesada en que sus hijas vean que ella es la autoridad y en que la tienen que obedecer; manteniendo reglas y normas .bastante estrictas y desproporcionadas.</p> <p>Por otro lado, la familia siente cierto rechazo por parte de los S.S.B. hacia ellas.</p> <p>Así mismo la familia aún se encuentra en proceso de adaptación a la inmigración.</p> <p>La hija mantiene conflictos con la madre debido a que no la deja ver al padre.</p>
<i>Expectativas</i>	<p>La madre e hijas expresan en la entrevista que les gustaría llevarse mejor entre ellas; y que por eso les parece una buena idea tomar el tratamiento. Muestran una alta motivación inicial.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>Tienen muy pocas redes sociales; aunque la nueva pareja parece ayudarles económicamente.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>La hija pequeña suele ser la que más expresa cariño hacia su familia.</p>

Familia 14. “La socialización en la adolescencia. Una necesidad y una amenaza”

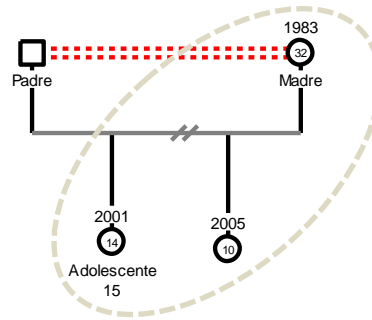


Figura 69: Genograma Familia no.14

Tabla 66.

Información acerca de la Familia no. 14.

<i>Historia familiar</i>	<p>Los padres se separaron hace 3 años; y desde entonces, las visitas con el padre causan conflicto debido a que la madre percibe ciertas conductas negligentes con respecto a la comida que él les da y a la ausencia de preocupación por los deberes del colegio de sus hijas.</p> <p>Así mismo, desde hace un tiempo, las hijas ya no quieren ir a ver al padre debido a que éste tiene una nueva relación con la que celebrará matrimonio próximamente.</p> <p>Actualmente la hija adolescente se encuentra repitiendo año con adaptaciones curriculares por parte del colegio.</p>
<i>Problema/ Demanda</i>	<p>La madre se presenta como alguien muy jovial y amiga de sus hijas; expresa que le preocupa que su hija no hable con nadie acerca de lo que le pasa cuando está enfadada; además de que está comenzando con conductas de riesgo subiendo fotos de ella misma con poca ropa en internet.</p> <p>Así mismo, la madre se percibe a sí misma con dificultades para ponerles límites y reglas en casa; diciendo que sus hijas le dan mucha ternura y siempre termina quitándoles castigos, y cediendo a lo que ellas quieren.</p> <p>Por otro lado, la madre también percibe ciertos celos por parte de su hija adolescente hacia la pequeña; lo cual, junto con los estudios y deberes, son los principales temas de conflicto con su hija, donde en ocasiones, llegan a los gritos y a las manos.</p>
<i>Expectativas</i>	<p>La madre expresa que le gustaría que su hija adolescente acuda al tratamiento debido a que no tiene amigos, a excepción de una prima de 14 años de edad</p> <p>La hija se muestra muy tímida al inicio de la entrevista; aunque poco a poco comienza a relacionarse con las terapeutas entrevistadoras y a enseñarles fotos de ella y su hermana. La adolescente dice que le gustaría asistir al grupo con otros chicos de su edad y hacer amigos.</p>
<i>Recursos y redes sociales</i>	<p>Las primas y la abuela son una fuente de apoyo para la familia. La madre suele buscar momentos para convivir con sus hijas y pasarlo bien.</p>
<i>Expresión de afecto</i>	<p>Las tres suelen abrazarse en ocasiones.</p>

6.5.2. Procedimiento

6.5.2.1. Características del encuadre terapéutico

El grupo multifamiliar fue llevado a cabo en UIICF, durante el periodo de mayo-julio de 2015; durando un total de 8 sesiones.

Los S.S.B. de cada ayuntamiento ayudaron a las familias derivadas que no conta.an con los recursos económicos suficientes para trasladarse y acudir a las entrevistas y/o al tratamiento.

Las instalaciones conta.an con recepción y sala de espera, equipo de video-grabación, y con la instalación de un circuito cerrado de televisión que permitía la conexión entre las dos salas de intervención (ver imagen 1) y las dos salas de trabajo con el equipo de terapeutas y supervisores (ver imagen 2). Estas últimas salas, están diseñadas para que el equipo pueda observar en vivo las sesiones, y mantener un contacto directo con los co-terapeutas por medio de un teléfono.



Imagen 2. UIICF. Salas de intervención con familias



Imagen 3. UIICF. Salas de trabajo en equipo con terapeutas y supervisores

Todo esto permitió el trabajo en equipo entre terapeutas y supervisores, la vídeo-grabación de las sesiones del tratamiento, y la posterior codificación de las sesiones por el mismo equipo de observadoras entrenadas en la Universidad de Deusto, que participaron también en la codificación de las sesiones del primer grupo multifamiliar.

El equipo terapéutico estuvo compuesto por cuatro co-terapeutas y un equipo de supervisores; de tal forma que cuando se separaba al grupo en dos, el equipo de co-terapeutas también se separaba, de tal forma que quedaban dos terapeutas en cada sub-grupo y de uno a tres terapeutas supervisores por sala.

Los co-terapeutas (n=4), eran dos mujeres y dos hombres; todos licenciados en psicología y con experiencia clínica y supervisión con familias y adolescentes, y tres de ellos terapeutas familiares acreditados por la Federación Española de Asociaciones de la Terapia Familiar (FEATF).

6.5.2.2. Planificación y estructuración de las sesiones

Tras haber estructurado las sesiones mediante el esquema general de intervención (ver Anexo 9 y Tabla 37), el equipo de terapeutas y supervisores del segundo grupo multifamiliar, terminó de estructurar las sesiones mediante un trabajo sistémico y un proceso de evaluación continuo (ver Figura 70).



Figura 70: Proceso de evaluación continuo

Dicho proceso, descrito, consistió inicialmente en una primera propuesta de la sesión con las técnicas, dinámicas, horarios, y materiales correspondientes que cumpliera con los objetivos y características específicas de la etapa y fase específica en la que se encontraran; correspondiente a la estructura general anteriormente descrita en la Tabla 37. Posteriormente, dicha propuesta era enviada al supervisor clínico, y éste, daba su punto de vista y se hacían las modificaciones correspondientes. De esta forma, se podía realizar una reunión con los co-terapeutas para explicar la sesión, solucionar dudas, y tener en cuenta el material necesario para la realización de la sesión.




Quince minutos o media hora antes del inicio de las sesiones, todo el equipo, incluyendo co-terapeutas, supervisores, y terapeutas de equipo, comenta an la estructura de la sesión; y de forma posterior a la aplicación de los Cuestionarios de evaluación final del grupo, el equipo de terapeutas que observaba las sesiones mediante el circuito cerrado de televisión hacía una breve devolución acerca del proceso y/o mensaje central de la sesión, de acuerdo a su propia perspectiva de “espectadores”.

Por último, y de forma posterior a las sesiones, los co-terapeutas observaban las grabaciones de las sesiones para valorar el proceso y necesidades del grupo; para posteriormente, generar una propuesta para la siguiente sesión.

Desde el inicio, se contempló un formato compuesto por las cuatro primeras sesiones del grupo con un formato de sub-grupos, es decir, trabajando de forma separada y simultánea con los adultos y los adolescentes, cada uno con dos co-terapeutas; y posteriormente, las últimas cuatro sesiones con un formato multifamiliar.

En la Tabla 67 se muestra un resumen general que esquematiza el proceso de tratamiento con las familias; donde se describen los objetivos junto con el formato utilizado durante las sesiones, es decir, si las sesiones fueron llevadas a cabo por subgrupos o en un formato multifamiliar.

Tabla 67.
Esquema general de sesiones llevadas a cabo. Estudio III.

	Adolescentes	Padres/Familiares
Sesión 1  	<p>Objetivo General: Favorecer el establecimiento de conexión emocional con el terapeuta, seguridad en el grupo, enganche y curiosidad para conocerse entre los miembros del grupo.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la participación equilibrada entre los miembros del grupo. - Dar la bienvenida, presentar a los miembros del grupo y equipo terapéutico, y explicar el funcionamiento del grupo multifamiliar (confidencialidad, respeto, libertad, equipo terapéutico, diversidad de formato de sesiones, etc.). - Discusión sobre expectativas y miedos en el grupo. - Esclarecer similitudes entre los miembros del grupo. 	
Sesión 2 	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo los objetivos iniciales incrementando la interacción miembro-miembro y facilitando la expresión emocional enfocada a una visión sistémica.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la expresión emocional. - Determinar expectativas/metad de tratamiento - Esclarecer similitudes entre los miembros del grupo. <p><i>Aplicación de instrumentos de resultado</i></p>	<p>Objetivo General: Seguir favoreciendo los objetivos iniciales incrementando la interacción miembro-miembro y favoreciendo la expresión emocional enfocada al rescate de recursos parentales y capacidad de influencia para el cambio.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Favorecer la expresión emocional. -Incrementar similitudes entre los miembros del grupo. -Favorecer el intercambio de estrategias/recursos parentales. <p><i>Aplicación de instrumentos de resultado</i></p>

<p>Sesión 3 ✚</p>	<p>Objetivo General: Favorecer la aceptación y reconocimiento de la funcionalidad de las emociones incrementando expectativas de control interno.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer una actitud de aceptación y normalizar las emociones “negativas”. - Reconocer las situaciones “que nos activan” y las reacciones físicas que las acompañan. - Proveer psico-educación sobre la funcionalidad de las emociones. <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>	<p>Objetivo General: Favorecer la expresión, aceptación y reconocimiento de la funcionalidad de las emociones incrementando expectativas de control/capacidad de influencia de cambio en sus hijos.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer una actitud de aceptación y normalizar las emociones “negativas”. - Reconocer las situaciones “que nos activan” y las reacciones físicas que las acompañan. - Proveer psico-educación sobre la funcionalidad de las emociones. <p><i>Aplicación de instrumentos de proceso</i></p>
<p>Sesión 4 ✚</p>	<p>Objetivo General: Redefinir, concretar los objetivos de los adolescentes en el grupo multifamiliar.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la expresión emocional. - Favorecer la discusión grupal acerca de sus deseos de cambio. 	<p>Objetivo General: Favorecer la introspección y capacidad de auto-control incrementando expectativas de control/capacidad de influencia de cambio en sus hijos.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la sensación de capacidad de influencia en los hijos por medio de su propio autocontrol y manejo emocional. - Facilitar la generación e intercambio de estrategias de autocontrol y expresión emocional. - Favorecer la puesta en práctica de dichas estrategias. - Favorecer la evaluación posterior de las mismas y reconocer los logros alcanzados. - Favorecer una visión posibilista hacia el futuro.
<p>Sesión 5 ✚</p>	<p>Objetivo General: Favorecer la generación de empatía con los padres, y el balance entre dependencia e independencia.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalizar las características de la adolescencia y el deseo de crecer. - Esclarecer los posibles sentimientos de los padres ante este cambio. - Favorecer el intercambio de opiniones y estrategias. 	<p>Objetivo General: Favorecer la generación de empatía con los hijos, y el balance entre dependencia e independencia.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveer psico-educación relacionada a la etapa de la adolescencia. - Esclarecer los posibles sentimientos de los hijos ante estos cambios. - ¿Cómo saber “cuándo soltar y cuando retener”? - Favorecer el intercambio de opiniones y estrategias.
<p>Sesión 6 ✚</p>	<p>Objetivo General: Fomentar la expresión y la escucha activa desde un entorno seguro.</p> <p><i>Objetivos Específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveer un entorno seguro. - Esclarecer similitudes en el ámbito emocional. - Incrementar el deseo de conectar entre padres e hijos. - Proveer estrategias de comunicación entre padres e hijos. <p><i>Aplicación de los instrumentos de proceso.</i></p>	
<p>Sesión 7 ✚</p>	<p>Objetivo General: Romper con el círculo de identidad negativa, y favorecer la capacidad de introspección y capacidad auto-crítica de los padres.</p> <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proveer un entorno seguro. - Esclarecer similitudes en el ámbito emocional. - Favorecer la identidad positiva de los adolescentes. - Favorecer la reflexión grupal. 	

Sesión
8




Objetivo General: Proveer una experiencia de cierre del proceso grupal mediante una actividad intra-familiar que permita el reconocimiento de sus recursos familiares y su re-definición familiar.


Objetivos específicos:

- *Proveer un entorno seguro y agradable que permita la convivencia intra-familiar.*
- *Favorecer el diálogo y convivencia positiva intra-familiar.*
- *Favorecer el reconocimiento de los cambios percibidos y de los recursos personales y familiares.*

Aplicación de instrumentos de resultado.

Nota:

 *Formato en Sub-grupos*

 *Formato multifamiliar*

6.5.2.3. Desarrollo de las sesiones

SESIÓN 1

Sub-grupo de Padres

- 1.- Bienvenida (5 minutos).
2. Actividad multifamiliar: Presentación con tarjetas de presentación. En la mesita de la sala se encontrarán las tarjetas con los nombres de todos los participantes del grupo multifamiliar. Se les pedirá a todos que se pongan su tarjeta y que miren detrás de sus nombres, ya que un miembro de cada familia le podría haber tocado la suerte de tener una marca de color verde que indica que serán los presentadores de su familia. Se les pedirá a los presentadores que presenten a su familia con un adjetivo de algo que les guste hacer (15 minutos).

Por ejemplo: *“Somos la familia cocinera, porque nos gusta mucho cocinar y cada uno tiene su propia especialidad. Mi familia son: ..., ... , y ...”*

División por subgrupos.

3. Discusión grupal acerca de las expectativas y miedos en el grupo mediante los ejemplos de las siguientes frases: *“Me daría mucho corte que...”*, y *“Me haría mucha ilusión que aquí...”* (50 minutos).
4. Presentación del equipo terapéutico y del programa. Se hablará sobre el contexto terapéutico de la UIICF (cámaras, equipo terapéutico, y cuestionarios), y se preguntará sobre alguna duda o curiosidad específica. Posteriormente, se les explicará a los padres el objetivo del programa: *“Favorecer la eficacia parental y el acompañamiento de sus hijos durante la etapa de la adolescencia”*, y el tipo de formato de sesiones que mantendremos durante el programa de tratamiento. Así mismo, se les mencionará que cualquier necesidad particular que surja, podrán acudir con el equipo terapéutico (20 minutos).
5. Explicación de la tarea para casa: Seleccionar y traer un objeto personal (preferentemente pequeño) que pueda ayudarles a representar a su familia (5 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

- 1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).
2. Actividad multifamiliar: Presentación con tarjetas de presentación. En la mesita de la sala se encontrarán las tarjetas con los nombres de todos los participantes del grupo multifamiliar. Se les pedirá a todos que se pongan su tarjeta y que miren detrás de sus nombres, ya que un miembro de cada familia

le podría haber tocado la suerte de tener una marca de color verde que indica que serán los presentadores de su familia. Se les pedirá a los presentadores que presenten a su familia con un adjetivo de algo que les guste hacer (15 minutos).

Por ejemplo: *“Somos la familia cocinera, porque nos gusta mucho cocinar y cada uno tiene su propia especialidad. Mi familia son: ..., ... , y ...”*

División por subgrupos.

3. Discusión grupal acerca de las expectativas y miedos en el grupo mediante los ejemplos de las siguientes frases: *“Me daría mucho corte que...”*, y *“Me molaría que aquí...”* (50 minutos).

4. Presentación del equipo terapéutico y del programa. Se hablará sobre el contexto terapéutico de la UIICF (cámaras, equipo terapéutico, y cuestionarios), y se preguntará sobre alguna duda o curiosidad específica, donde podrán recorrer la unidad e ir a conocer al equipo terapéutico que se encuentra conectado por el circuito cerrado de televisión. Posteriormente, se les explicará a los adolescentes que el sub-grupo de adolescentes será un espacio personal, confidencial, e independiente al grupo multifamiliar; donde en cada espacio podrán hablar y trabajar aspectos distintos. Así mismo, se les mencionará que cualquier necesidad particular que surja, podrán acudir con el equipo terapéutico (20 minutos).

5. Explicación de la tarea para casa: Seleccionar y traer un objeto personal (preferentemente pequeño) que pueda ayudarles a presentarse al grupo durante la siguiente sesión; sin que éste objeto sea un animal, o un objeto que no pueda estar dentro de la sesión (5 minutos).

SESIÓN 2

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Presentación con los nombres y los objetos personales que trajeron como parte de la tarea: Se colocará una bolsa negra fuera de las salas de sesión para que conforme vayan entrando a la sesión vayan dejando sus objetos sin que nadie más vea lo que trajeron. Un co-terapeuta irá sacando los objetos (uno por uno), y los miembros del grupo tendrán que adivinar de quién cree que pertenece el objeto y

por qué. Posteriormente, el dueño del objeto explicará por qué ha escogido ese objeto y se presentará. Todos los miembros del grupo se presentarán así de forma sucesiva (20 minutos).

3. Puesta en común sobre ejemplos propios de situaciones de éxito/recursos parentales. Se utilizará la pizarra para ir juntando las ideas y encontrando similitudes y diferencias (20 minutos).

4. Devolución y resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).

5. Explicación de la tarea para casa: Detectar qué virtudes o recursos logran percibir en ellos mismos como padres, y qué recursos o virtudes logran percibir en sus hijos. Pueden ser virtudes que hayan descubierto hace tiempo, o recientemente (5 minutos).

6. Aplicación de los instrumentos de resultado (30 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Presentación con los nombres y los objetos personales que trajeron como parte de la tarea: Se colocará una bolsa negra fuera de las salas de sesión para que conforme vayan entrando a la sesión vayan dejando sus objetos sin que nadie más vea lo que trajeron. Un co-terapeuta irá sacando los objetos (uno por uno), y los miembros del grupo tendrán que adivinar de quién creen que pertenece el objeto y por qué. Posteriormente, el dueño del objeto explicará por qué ha escogido ese objeto y se presentará. Todos los miembros del grupo se presentarán así de forma sucesiva (15 minutos).

3. Reflexión grupal mediante la siguiente pregunta: “*Si tuvieras un súper-poder, ¿qué mejorarías en tu familia?*” Será importante que los adolescentes se sientan lo suficientemente seguros para expresarse en libertad. Las ideas se escribirán en la pizarra; de tal forma que se puedan sacar similitudes y diferencias entre las diferentes opiniones de los miembros del grupo (25 minutos).

5. Devolución y resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).

6. Explicación de la tarea para casa: Pensar ¿qué te gustaría heredar de tus padres? No podrán ser objetos. Por ejemplo: fortaleza, paciencia, etc. (5 minutos).

6. Aplicación de los instrumentos de resultado (30 minutos).

SESIÓN 3

Sub-grupo de Padres

- 1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).
- 2.- Presentación con los nombres y las virtudes/recursos personales y parentales que encontraron en la tarea (15 minutos).
3. Juego de roles. Se les pedirá que algunos voluntarios se pongan de acuerdo y representen un ejemplo real o ficticio sobre un padre que haya tenido una discusión gorda con sus hijos adolescentes y hayan perdido los estribos (20 minutos).
4. Reflexión y re-escenificación. La escena podrá repetirse y el terapeuta podrá ir “congelando las escenas” para hacer una reflexión grupal acerca de los sentimientos y pensamientos que les vayan surgiendo a los personajes dentro de su papel y escena representada (20 minutos).
5. Reflexión grupal final acerca de las conclusiones. Favorecer que los padres comenten los sentimientos que les hayan surgido como espectadores; así como la reflexión de diferentes alternativas en la historia donde *se evite la escalación de las emociones y la devolución de una reacción al adolescente; y en su lugar, se le devuelva una respuesta* (15 minutos).
6. Devolución y resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).
7. Explicación de la tarea para casa: Reconocer y registrar “situaciones que nos activan”, junto con las reacciones físicas que las acompañan. Por ejemplo: 1. *¿Qué estaba haciendo yo antes de que pasara lo sucedido?*, 2. *¿qué pasó?*, 3. *¿qué sensación fisiológica tuve?*, *¿en qué momento?*, 4. *¿qué pasó después?*, y 5. *¿cómo me sentí?* (5 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

- 1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).
- 2.- Presentación con los nombres y con las virtudes/recursos que pensaron de tarea que les gustaría heredar de sus padres (15 minutos).

3. Juego de roles. Se les pedirá que algunos voluntarios se pongan de acuerdo y representen un ejemplo real o ficticio sobre un adolescente que haya tenido una discusión gorda con sus padres y hayan perdido los estribos (20 minutos).

4. Reflexión y re-escenificación. La escena podrá repetirse y el terapeuta podrá ir “congelando las escenas” para hacer una reflexión grupal acerca de los sentimientos y pensamientos que les vayan surgiendo a los personajes dentro de su papel y escena representada (20 minutos).

5. Reflexión grupal final acerca de las conclusiones. Favorecer que los adolescentes comenten los sentimientos que les hayan surgido como espectadores; así como la reflexión de diferentes alternativas en la historia donde *se evite la escalación de las emociones y la devolución de una reacción al padre/madre; y en su lugar, se le devuelva una respuesta alternativa* (15 minutos).

6. Devolución y resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).

7. Explicación de la tarea para casa: Reconocer y registrar “situaciones que nos activan”, junto con las reacciones físicas que las acompañan. Por ejemplo: 1. *¿Qué estaba haciendo yo antes de que pasara lo sucedido?*, 2. *¿qué pasó?*, 3. *¿qué sensación fisiológica tuve?*, *¿en qué momento?*, 4. *¿qué pasó después?*, y 5. *¿cómo me sentí?* (5 minutos).

SESIÓN 4

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Recoger impresiones de la sesión anterior. *En ejemplos de violencia hacia los hijos, normalizar los sentimientos de los padres, favorecer la empatía con sus hijos, y evitar justificaciones hacia la violencia.* Aceptar el sentimiento, rechazar la violencia (15 minutos).

3. Cierre educativo “lo aceptable y lo no aceptable”. Explicar que en la vida, todos tenemos cosas que son aceptables, y otras que no lo son. Por ejemplo, los hijos tienen normas para la hora de llegada, para el orden en casa, para no faltar al respeto ni insultar a nadie; y de la misma forma, los adultos también tenemos la norma de no ejercer la violencia. *¿Qué ejemplo queremos darles?* (5 minutos).

4. Discusión grupal “*Mi historia, mi presente, y mi futuro*”. Guiar una discusión grupal por medio de la siguiente guía: 1. *Cómo se verían a ellos mismos si viajaran al pasado y se vieran como adolescentes.* 2. *¿Qué de la imagen del pasado se encuentra en el presente?*, *¿Qué les gustaría que no estuviera?* 3.

¿Qué les gustaría que sus hijos contaran de ellos como padres en el futuro?, ¿Qué les gustaría que explicaran como recuerdo de su relación con ellos? (50 minutos).

5.- Devolución, resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).

6. Explicación de la tarea para casa. Reflexión acerca de: *¿Qué os gustaría que vuestros hijos heredaran de vosotros como padres?* Ej. Paciencia, respeto, generosidad, temple, etc. (5 minutos)

Sub-grupo de Adolescentes

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Recoger impresiones de la sesión anterior, y de la tarea para casa (20 minutos).

3. Lluvia de ideas sobre aspectos que les gustaría obtener en el grupo retomando las ideas que se anotaron en la pizarra durante la sesión. *¿Por qué creéis que estáis aquí?, ¿Por qué creéis que vuestros padres vienen aquí?, ¿Qué dificultades creéis que tienen vuestros padres?, ¿Qué dificultades creéis que tenéis vosotros?, ¿Qué os imagináis que ellos hacen en sesión?, ¿Qué pueden sacar ellos de aquí?* (40 minutos).

4. Devolución, resumen de los aspectos más importantes de la sesión (5 minutos).

5. Explicación de la tarea para casa: *¿qué os gustaría que vuestros padres hicieran distinto?* (5 minutos).

6. Despedida

SESIÓN 5

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Recoger impresiones de la sesión anterior (5 minutos).

3.- Proyección de viñetas. A través de proyección de diapositivas con las viñetas de *Zits*, que caricaturan de una forma educativa y cercena las aventuras y desventuras de un adolescente (ver Imagen 4 y 5) se buscará “conectar antes de corregir”, es decir, normalizar la etapa de la adolescencia y conectar a los

padres con esta etapa que sus hijos están viviendo y que trae consigo diferentes retos para la familia (30 minutos).



Imagen 4. Ejemplo 1 de viñetas Zits empleadas para padres.



Imagen 5. Ejemplo 2 de viñetas Zits empleadas para padres

4.- Describir temas universales conectando con los aspectos comunes de "sus adolescencias" y las de sus hijos (conectarlo con la tarea anterior sobre lo que les gustaría que heredaran sus hijos de ellos mismos) *¿Qué necesitan ellos en esa etapa, en relación a sus padres?:* autonomía, individuación/intimidad, diferenciación de los padres, seguridad: "necesidad de encontrar apoyo en casa cuando algo va mal". *¿Dónde encuentran ellos apoyos como padres?* (30 minutos).

5.- Devolución, resumen de los aspectos más importantes de la sesión (10 minutos).

6.- Despedida

Sub-grupo de Adolescentes

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Recoger impresiones de la sesión anterior y la tarea de *¿qué les gustaría ver diferente en vuestros familias?* (15 minutos).

3.- Proyección de viñetas. A través de proyección de diapositivas con las viñetas de *Zits*, que caricaturan de una forma educativa y cercana las aventuras y desventuras de un adolescente (ver Imagen 6) se buscará normalizar la etapa de la adolescencia y expresar los diferentes retos y dificultades para la familia (30 minutos).



Imagen 6. Ejemplo de viñetas *Zits* empleadas para adolescentes

4.- Conclusiones sobre expectativas de cambio (10 minutos).

5.- Preparación para la próxima sesión. Se les hará la propuesta a los adolescentes de comunicarles algo a los padres durante la próxima sesión por medio de la técnica del *Grupo dentro del grupo*. La instrucción será la siguiente: “*Si vosotros estáis de acuerdo, invitaremos a los padres a nuestra sala, y ellos escucharán sin poder interrumpiros vuestra discusión sobre lo que hemos hablado hoy durante la sesión. Posteriormente, intercambiaremos sitios en la sala, y vuestros padres comentarán entre ellos lo que escucharon de vosotros; mientras vosotros estáis en silencio escuchando, sin poder hacer ninguna interrupción*”.

6.- Devolución, resumen de los aspectos más importantes de la sesión (10 minutos).

7.- Despedida

SESIÓN 6

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Recoger impresiones de la sesión anterior (20 minutos).

“Conectar antes de corregir” Como hijos, ¿Qué cosas rescataríais de vuestros padres?, ¿Qué recomendaríais a vuestros padres que hubieran hecho con vosotros cuando erais adolescentes?, ¿Qué cosas creéis que estáis haciendo bien? ¿Y vuestros hijos?

Retomar grado de autonomía y necesidad de explorar el mundo. Ser una base segura que protege, pero que no desalienta la exploración.

3.- Explicar la dinámica del “Círculo dentro del círculo”; donde ellos escucharán un mensaje de sus hijos de manera serena, activa y respetuosa; y después ellos dirán en una o dos palabras una impresión, no reacción (10 minutos).

4.- Círculo dentro del círculo (30 minutos).

5.- Devolución de un mensaje de conexión emocional, competencia, identidad positiva de los adolescentes, y recursos familiares (5 minutos).

6.- Recoger impresiones de lo escuchado en subgrupo de padres. *¿Qué sintieron? ¿Cómo vieron a sus hijos? ¿Qué destacarían? ¿Qué significado tiene lo que escucharon?* (10 minutos).

7.- Cuestionarios de proceso (10 minutos).

Sub-grupo de Adolescentes

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Reflexión grupal: *¿Qué os parece que funciona en vuestra familia, y no quisierais que cambiase?, ¿Qué os parece que podríais cambiar vosotros?, ¿Qué creéis que deberíais de mantener de lo que estáis haciendo?* (20 minutos).

3.- Explicación y ensayo del “Círculo dentro del círculo” *¿Qué les gustaría decirles a vuestros padres en relación a lo que funciona y a lo que os gustaría que cambiase en vuestra familia?*; siendo éste un mensaje positivo y relacional (10 minutos).

4.- Círculo dentro del círculo (30 minutos).

5.- Devolución de un mensaje de conexión emocional, competencia y recursos (5 minutos).

6.- Recoger sentimientos en sub-grupo de adolescentes (10 minutos).

7.- Cuestionarios de proceso (10 minutos).

SESIÓN 7

Sub-grupo de Padres

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Recoger impresiones de la sesión anterior *¿Qué sintieron? ¿Cómo vieron a sus hijos? ¿Qué destacarían? ¿Qué significado tiene lo que escucharon?* (15 minutos).

3. Explicar la dinámica del “Círculo dentro del círculo”; donde ellos hablarán entre ellos sobre *¿Qué habéis descubierto de nuevo en vuestros hijos? ¿En qué han crecido/cambiado?, para romper con el círculo de identidad negativa y reconocer el proceso de crecimiento de los adolescentes, y ¿Qué os ha costado más trabajo hacer como padres ahora que vuestros hijos son adolescentes? Para favorecer la introspección y capacidad de auto-crítica.* Mientras tanto, los adolescentes los escucharán de manera atenta y respetuosa sin poder interrumpirlos o intervenir mientras ellos hablan. Posteriormente, intercambiaremos sitios y nosotros como grupo de padres escucharemos lo que los adolescentes comenten sobre lo hablado previamente. Las reglas de la dinámica serán las mismas: escucha activa y respetuosa, sin poder interrumpir al grupo que esté hablando; y los comentarios dichos serán hechos de forma universal, y no particular (15 minutos).

4.- Círculo dentro del círculo en sala de padres (50 minutos).

5.- Devolución del equipo terapéutico y cierre (5 minutos).

6.- Explicación del collage familiar para la próxima sesión (10 minutos)

7.- Merienda.

Sub-grupo de adolescentes

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2.- Recoger impresiones de la sesión anterior *¿Qué sintieron?, ¿Qué habéis descubierto en vosotros mismos al haberse expresado la sesión anterior?, ¿Qué percibisteis diferente en vuestros padres?* (15 minutos).

3. Explicar la dinámica del “Círculo dentro del círculo”; donde ellos escucharán al grupo de padres hablar entre ellos, y mientras tanto, ellos escucharán de manera atenta y respetuosa sin poder interrumpirlos o intervenir mientras ellos hablan. Posteriormente, intercambiaremos los sitios y nosotros como grupo de adolescentes comentaremos sobre lo escuchado. Las reglas de la dinámica

serán las mismas: escucha activa y respetuosa, sin poder interrumpir al grupo que esté hablando; y los comentarios dichos serán hechos de forma universal, y no particular (5 minutos).

4.- Círculo dentro del círculo en sala de padres (50 minutos).

5.- Devolución del equipo terapéutico y cierre (5 minutos).

6.- Explicación del collage familiar para la próxima sesión (10 minutos).

De forma adicional, se les entregará a las adolescentes una hoja con la explicación de la tarea (ver Figura 71).

COLLAGE FAMILIAR

Como equipo terapéutico, nos gustaría que **en la próxima sesión, cada familia** realizara en la UIICF un **collage familiar** por medio de imágenes o símbolos puestos en una cartulina que representen **cómo pensáis que sería vuestra familia ideal**.

Podremos utilizar **pinturas, recortes de revistas, papeles de colores y una cartulina**.

Si queréis podéis traer algún material de esto que se os ocurra que pueda servir o que os haga ilusión para hacerlo (*por ejemplo: fotos*). Aquí en la unidad también tendremos preparado algo de material para vosotros.

Figura 71: Explicación de preparación para el Collage familiar

7.- Merienda.

SESIÓN 8

Formato multifamiliar

1.- Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos).

2. Elaboración de los Collages por familia (20 minutos).

Explicación: Al ser 7 familias, se adaptará el espacio disponible para hacer los collages dentro de las dos salas de terapia (3 familias en una sala, y 4 en la otra) y con dos terapeutas en cada una, de tal forma que cada familia tenga acceso a parte del material general puesto por el equipo dentro de su sala.

Se les pedirá que metan sus objetos y materiales en una bolsa por familia; y que posteriormente la agiten para revolverlos y llevarlos junto con su familia a su zona seleccionada para hacer el collage. *“Ahora que estáis en vuestro espacio con vuestra bolsa llena de vuestros objetos, volcadlos al centro y mostrarlos a vuestra familia”, “organizarlos de la forma en la que os gustaría que quedaran colocados en la cartulina, sin usar pegamento todavía para que podáis mover las cosas”, “cualquier cosa que alguien piense que es importante, debe de ponerse en la cartulina”, “cuando se acumule un poco, comenzad a componerlo, de forma que tome sentido de alguna manera... organizarlo. Algunas piezas permanecerán al centro, otras a un lado; y otras podrán simplemente permanecer alrededor”, “Una vez organizado, comenzar a pegar las piezas de vuestro collage”. “Ir viendo, ¿os hace falta poner algo más?, podéis dibujar, escri.ir o conectar piezas con líneas, formas o bordes”*. Después de 10 minutos se anunciará que quedan 5 minutos, y después 2 minutos más.

“Ahora, os pedimos que un miembro de la familia ponga los materiales en su sitio, que otro tire la .asura en el cesto, y que otro lleve vuestro collage a la sala de reunión y que lo coloque en el centro.” “Colocadlos de forma que todos podamos verlos”.

3. Explicación de collages. Se le pedirá a cada familia que describa sus collages por turno y que vayan diciendo lo que significan (20 minutos).

4. Los terapeutas y el equipo hacen una devolución final a modo de conclusión y cierre. (15 minutos).

5. Despedida. Se les entrega el Diploma y se les da 5 minutos para que pongan los nombres y adjetiven a su familia. Cada familia dirá al grupo que adjetivo ha puesto (5 minutos).

6. Aplicación de los instrumentos de resultado (30 minutos).

6.5.3. Mediciones

Tabla 21.

Instrumentos empleados en los Grupos Multifamiliares.

<i>Instrumentos de Resultado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Recursos Familiares (<i>Family Strengths Scale</i>- versión española; FStS-VE) • Escala de Satisfacción Familiar (<i>Family Satisfaction Scale</i>- versión española; FCS-VE) • Escala de Comunicación Familiar (<i>Family Communication Scale</i>- versión española; FCS-VE)
	<ul style="list-style-type: none"> • Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (<i>Optimismo Fundado</i>; BEEGC-R22)
	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del <i>Child's Report of Parent Behavior Inventory</i> (CRPBI) a población española
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Child's Behavior Check List</i> (CBCL) <ul style="list-style-type: none"> Sub-escala de Agresión Sub-escala de Conducta Disruptiva Sub-escala de Ansiedad/Depresión Sub-escala de Evitación/Depresión
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Youth Self Report</i> (YSR) <ul style="list-style-type: none"> Sub-escala de Ansiedad/Depresión Sub-escala de Evitación/Depresión
	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semi-estructurada pre-tratamiento • <i>Guía de Investigación y Evaluación ante situaciones de Desprotección en la Infancia</i> (Junta de Castilla y León) • Entrevista semi-estructurada post-tratamiento
<i>Instrumentos de proceso</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Therapeutic Factors Inventory Cohesiveness Su.-scale</i> (TFI-coh) • <i>Group Questionnaire</i> (GQ) • Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar, versión auto-informe (SOATIF-s) • Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Terapia Familiar, versión observacional (SOATIF-o) • Progreso terapéutico (<i>Therapeutic progress</i>)

6.5.4. Resultados

6.5.4.1. Resultado

Para evaluar la eficacia del tratamiento, o mejoría de las familias tras las 8 semanas del tratamiento, se evaluó la diferencia de medias mediante una Prueba T de muestras relacionadas con el programa estadístico SPSS, tomando en cuenta un intervalo de confianza del 95%, y evaluando el posterior tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen (Cohen, 1988; en Pearl et al., 2012).

Es importante mencionar, que de las ocho familias que conformaron el Estudio (segundo estudio Multifamiliar), seis completaron los cuestionarios relativos a la evaluación post-tratamiento; por lo que la *n* se redujo considerablemente. Así mismo, a pesar de que solo dos puntuaciones resultaron

ser estadísticamente significativas, el tamaño del efecto nos permite valorar el cambio tras las 8 sesiones de tratamiento.

6.5.4.1.1. Sintomatología.

Al igual que en el estudio anterior, el instrumento empleado para la valoración de la agresividad, control de impulsos, y depresión-ansiedad de los adolescentes participantes fue el *Child Behavior Check List* (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001); por lo que a continuación en la Tabla 68 y las Figuras 72, 73, y 74 se muestran los resultados obtenidos.

Como puede observarse en la Tabla 68, la hipótesis nula referente a la disminución de la percepción de los padres sobre la sintomatología agresiva-disruptiva de sus hijos adolescentes, ha sido rechazada con una muy baja probabilidad de error ($p=.01$; $t=3.57$), y un mayor tamaño del efecto en relación a la disminución de la percepción de problemas de conducta ($d= -1.14$).

En la Figura 72, se muestra el *límite de corte clínico* que establece el Manual del CBCL para la sintomatología relacionada con la agresividad y problemas de conducta de los adolescentes (Achenbach y Ruffle, 2000); donde durante la evaluación pre-tratamiento, en cuatro de las cinco familias evaluadas éste se sobrepasa en al menos una sub-escala, y en la evaluación post-tratamiento tan solo en dos de ellas continúa alguna sub-escala por encima de él.

Tabla 68.

Medias, desviaciones típicas, y prueba *T* para muestras relacionadas del CBCL e YSR. Estudio III

		M y D.T.		95% I.C.		<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d</i> Cohen
		Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento	Inferior	Superior			
ACD		20.43 (D.T.=13.29)	16.71 (D.T.=11.39)	1.17	6.26	3.57	.01	-.33
	PC	6.33 (D.T.= 3.55)	4.33 (D.T.= 1.75)	-.30	4.30	2.24	NS	-1.14
	A	11.71 (D.T.= 7.49)	13.00 (D.T.= 9.52)	-4.82	2.24	-.90	NS	-.14
CBCL	DA	14.86 (D.T.= 6.31)	13.57 (D.T.= 5.09)	-1.37	3.94	1.18	NS	-.25
	A.D.	8.29 (D.T.= 3.86)	7.57 (D.T.= 4.12)	-1.19	2.62	.92	NS	-.17
	E.D.	6.57 (D.T.= 3.55)	6.00 (D.T.= 2.58)	-1.62	2.76	.64	NS	-.22
YSR	DA	9.86 (D.T.=10.06)	8.86 (D.T.= 6.09)	-10.12	12.12	.22	NS	-.16
	A.D.	3.86 (D.T.= 4.14)	2.43 (D.T.= 1.90)	-2.77	5.63	.83	NS	-.75
	E.D.	6.00 (D.T.= 6.00)	6.43 (D.T.= 4.93)	-7.61	6.75	-.15	NS	.09

Nota. CBCL ($n=8$), YSR ($n=7$). PC= Problemas de conducta; A= Agresividad; ACD= Agresividad-Conducta disruptiva; PC= Problemas de conducta; A= Agresividad; DA= Depresión-Ansiedad; AD= Ansioso Depresivo; ED= Evitativo Depresivo.

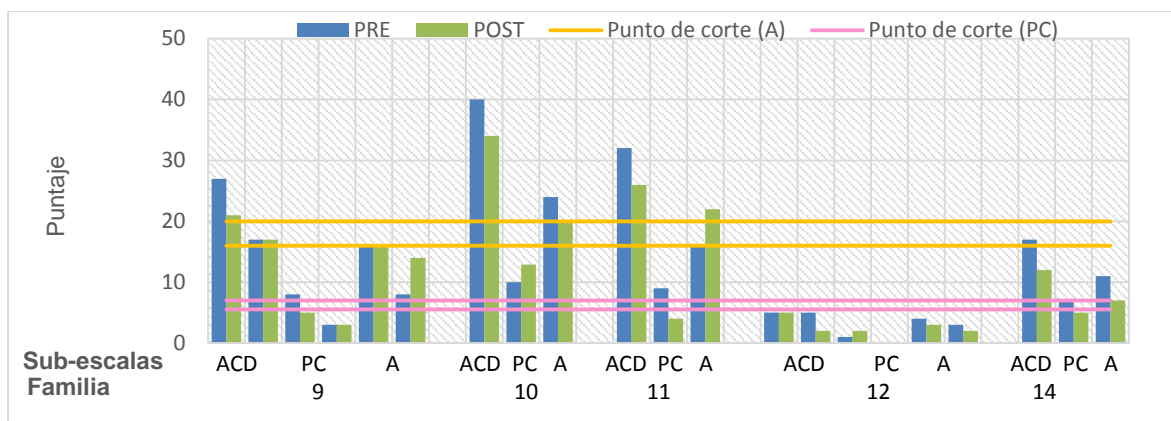


Figura 72: Puntuaciones CBCL, Agresividad Conducta disruptiva, antes y después del tratamiento. Estudio III.

Nota: ACD= Agresividad Conducta Disruptiva; PC= Problemas de Conducta; A= Agresividad. El límite de corte clínico, tanto para la sub-escala de Agresividad (A) como para la sub-escala de Problemas de Conducta (PC), se encuentra basado en los percentiles publicados en Achenbach y Ruffle (2000). Los padres de las familias 7 y 8 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de las familias 9 y 12, los dos padres respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

De esta forma, tres de los siete padres que evaluaron a sus hijos coincidieron en percibir que sus hijos se encontraban menos irritables, mostraban mayor arrepentimiento después de haberse portado mal, y que agredían menos a otras personas físicamente; así mismo, cuatro de los siete padres percibieron que sus hijos preferían menos que antes del tratamiento juntarse con jóvenes mayores que ellos. En contraparte, los aspectos donde notaron la ausencia de mejoría se encontraron relacionados con la dificultad para obedecer en casa, y con la constante exigencia de atención.

Con respecto a la evaluación de Depresión Ansiedad, a pesar de que se observa una disminución de la misma mediante el cálculo del tamaño del efecto, los resultados indican que no existe evidencia suficiente para rechazar su hipótesis nula de disminución (ver Tabla 68).

Como puede observarse en las Figuras 73 y 74, la percepción general de los padres sobre los síntomas Ansiosos Depresivos de sus hijos adolescentes es más alta de la que sus hijos expresaron durante la evaluación pre-post tratamiento; a excepción del adolescente de la familia 10, donde éste expresó un incremento significativo después del tratamiento en su sintomatología evitativa depresiva.

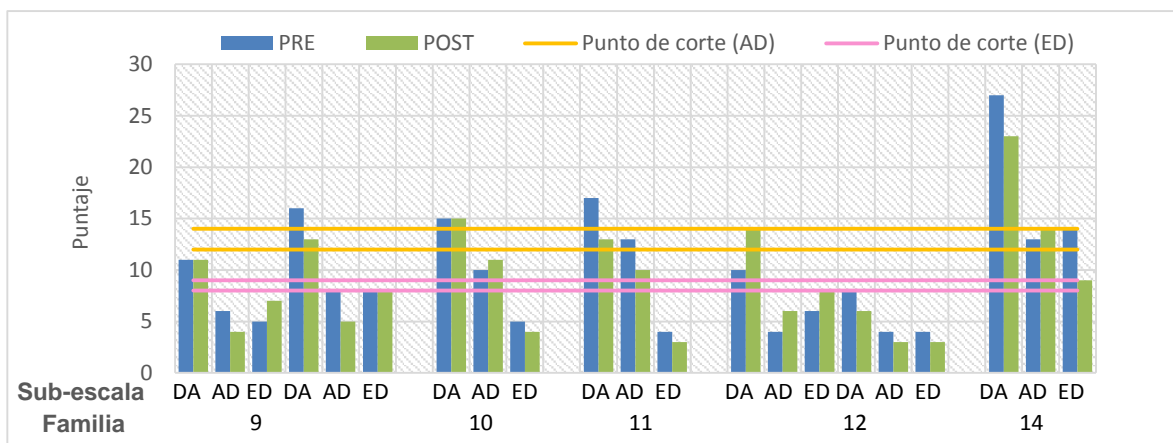


Figura 73: Puntuaciones CBCL, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento. Estudio II.

Nota: DA= Depresión Ansiedad; AD= Ansioso-Depresivo; ED= Evitativo-Depresivo. El límite de corte clínico, tanto para la sub-escala de Ansioso-Depresivo (AD) como para la sub-escala de Evitativo-Depresivo (ED), se encuentra basado en los percentiles publicados en Achenbach y Ruffle (2000). Los padres de las familias 2 y 3 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 6, los dos padres respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

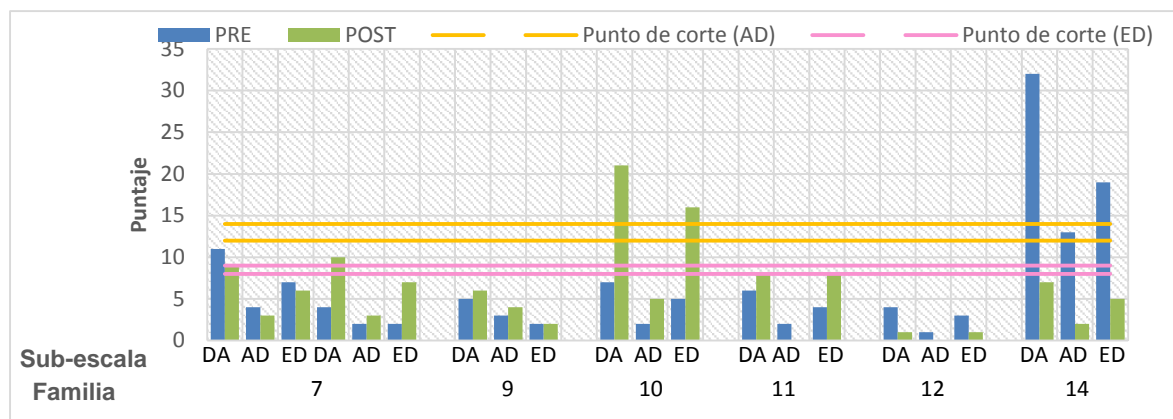


Figura 74: Puntuaciones YSR, Depresión Ansiedad, antes y después del tratamiento.

Nota: DA= Depresión Ansiedad; AD= Ansioso-Depresivo; ED= Evitativo-Depresivo. El límite de corte clínico, tanto para la sub-escala de Ansioso-Depresivo como para la de Evitativo Depresivo, se encuentra basado en los percentiles publicados en Achenbach y Ruffle (2000). Los adolescentes de las familias 8, 12, y 13 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 7, los dos adolescentes participantes respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

Resulta importante mencionar, que dentro de los principales cambios encontrados a nivel grupal, se observa que tres de los siete padres que respondieron a los cuestionarios post-tratamiento percibieron mejoría en relación al estado de ánimo de sus hijos y a sus pensamientos relacionados con su valía personal y necesidad de ser perfectos; así como percibieron que sus hijos se negaban menos a hablar que antes del tratamiento. Con respecto a la percepción de los hijos, tres de los siete percibieron

que después del tratamiento se sentían menos nerviosos, tensos, ansiosos, y miedosos que cuando iniciaron el tratamiento.

En contraparte, los aspectos donde los padres encontraron menor mejoría se encuentran la percepción de pocas cosas que les hacen disfrutar, y su timidez; mientras que los hijos percibieron menor mejoría, a nivel grupal, en ser tímidos, y tener miedo al ridículo y a hacer algo malo.

6.5.4.1.2. Recursos, satisfacción, y comunicación familiar.

Los instrumentos empleados para evaluar los recursos, satisfacción, y comunicación familiar fueron algunas de las escalas adaptadas del FCS-VE (Martínez-Pampliega et al., 2006).

A continuación, en la Tabla 69 y en las Figuras 75, 76, y 77, se muestran los resultados obtenidos en relación a la percepción de los padres y de los adolescentes acerca de sus recursos, satisfacción, y comunicación familiar durante el pre y el post-tratamiento; donde no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula referente a su incremento.

Como puede observarse en la Tabla 69, con lo que respecta a los recursos familiares, la percepción de cambio a nivel general fue muy ligera; especialmente en los hijos adolescentes. Sin embargo, a pesar de que existe una gran dispersión de los datos a nivel general, las puntuaciones medias de los adolescentes antes del tratamiento fueron relativamente mayores a las de sus padres; demostrando finalmente después del tratamiento unas puntuaciones medias más similares entre sí.

Tabla 69.
Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas de Recursos, Satisfacción, y Comunicación familiar. Estudio III.

		M y D.T.		95% I.C.		t	d Cohen
		Pre-Tratamiento	Post-tratamiento	Inferior	Superior		
Padres	Recursos	40.63 (D.T.=7.23)	42.38 (D.T.=9.18)	-9.29	5.79	-.549	.19
	I	32.50 (D.T.=6.16)	34.12 (D.T.=7.43)	-6.78	3.53	-.746	.22
	II	8.12 (D.T.=3.27)	8.25 (D.T.=3.06)	-4.18	3.93	-.073	.04
	Satisfacción	31.63 (D.T.=8.02)	33.75 (D.T.=9.18)	-7.31	3.06	-.970	.23
Comunicación		33.25 (D.T.=8.45)	36.63 (D.T.=7.33)	-9.42	2.67	-1.320	.46
	Recursos.	43.43 (D.T.=11.22)	43.57 (D.T.=9.90)	-7.89	7.60	-.045	.01
Hijos	I	33.14 (D.T.=8.43)	33.71 (D.T.=7.76)	-6.39	5.25	-.240	.07
	II	10.28 (D.T.=3.99)	9.85 (D.T.=2.67)	-2.07	2.92	.420	-.16
	Satisfacción	37.14 (D.T.=11.26)	35.71 (D.T.=9.53)	-3.30	4.16	.281	-.15
	Comunicación	36.29 (D.T.=9.98)	35.71 (D.T.=9.53)	-3.13	5.99	.767	-.06

Nota: Padres (n=8), Hijos (n=7)

En concordancia con lo anterior, en la Figura 75 se observan gráficamente las puntuaciones de cada familia; donde se pueden percibir las diferencias y similitudes entre las percepciones de los padres y de los hijos, así como entre los miembros de cada familia.

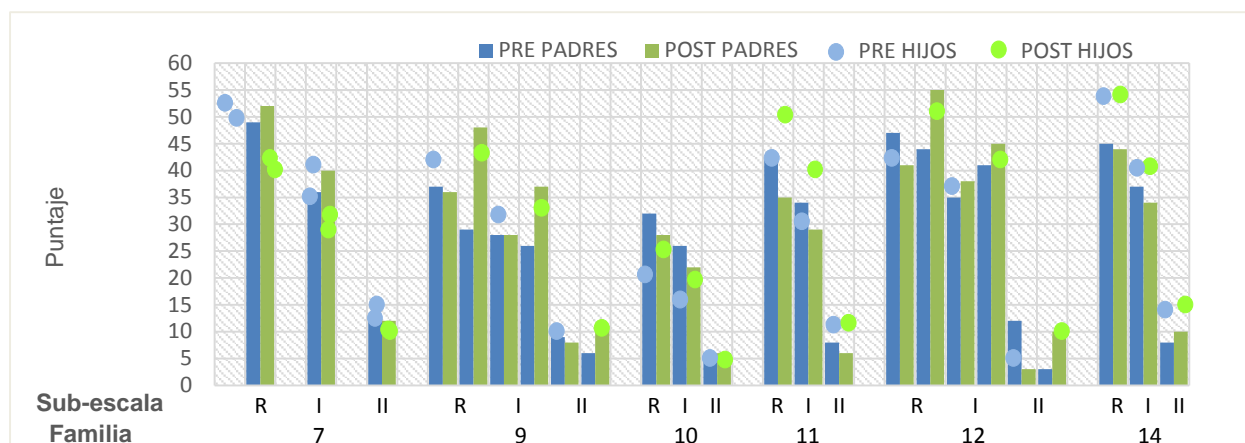


Figura 75: Puntuaciones de Recursos familiares, obtenidas por los padres e hijos, antes y después del tratamiento.

Nota: R= Recursos; I= Recursos I; II= Recursos II. Las familias 8 y 13 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 7, los dos adolescentes completaron los cuestionarios, así como en la familia 9 y en la 12 ambos padres lo hicieron; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura.

En relación a la satisfacción familiar, a pesar de la gran variabilidad de los datos, se observa nuevamente que, a nivel grupal, los hijos adolescentes expresaron puntuaciones más altas que los padres antes del tratamiento (ver Tabla 69 y Figura 76); mostrándose posteriormente al tratamiento una mayor similitud entre ambas puntuaciones medias debido al ligero incremento en la percepción de mejoría reflejada por los padres ($d=.23$).

De esta forma, cuatro de los ocho padres que respondieron al cuestionario post-tratamiento, coincidieron en una mejoría en el grado de cercanía y comunicación entre los miembros de su familia; mientras que a pesar de que fue menos evidente la percepción de mejoría en los adolescentes, cuatro de los ocho que respondieron al cuestionario expresaron haber percibido mejoría en la cantidad de tiempo que pasan juntos como familia y en la justa que es la crítica en su familia. Sin embargo, dentro de los aspectos en los que los hijos expresaron menor cambio positivo se encontraron la capacidad de su familia para ser flexible y adaptarse, y la capacidad para afrontar situaciones de tensión.

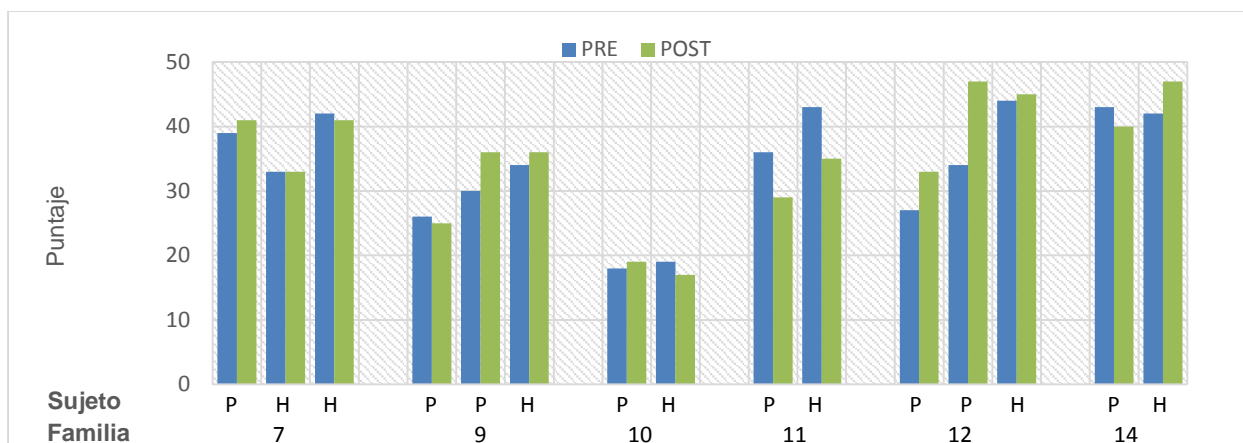


Figura 76: Puntuaciones Satisfacción familiar, antes y después del tratamiento.

Nota: P= Padres; H= Hijos. Las familias 8 y 13 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 7, los dos adolescentes participantes respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura; y en la figura 9 y 12, los dos padres participantes respondieron al cuestionario, y sus puntuaciones también se ven reflejadas en la figura.

Con lo que respecta a la comunicación familiar, a nivel general se reiteran las puntuaciones más altas de los adolescentes antes del tratamiento con respecto a las de sus padres; emparejándose un poco más después del tratamiento debido a la moderada percepción de mejoría de los padres después del tratamiento ($d=.46$).

De esta forma, cuatro de los ocho padres que respondieron a los cuestionarios post-tratamiento expresaron mejoría en su satisfacción con la forma en la que se comunican en su familia; así como en el disfrute del tiempo que pasan juntos. Sin embargo, el aspecto en el que mostraron menor mejoría tanto padres como hijos, se encontró relacionado con la expresión de afecto.

A pesar de que no se perciba una mejoría estadística en el nivel de satisfacción familiar de los adolescentes, resulta importante mencionar que cuatro de los siete adolescentes que respondieron al cuestionario post-tratamiento, expresó percibir una mejoría en la tranquilidad con la que resuelven los problemas familiares, y en las respuestas sinceras compartidas en la familia.

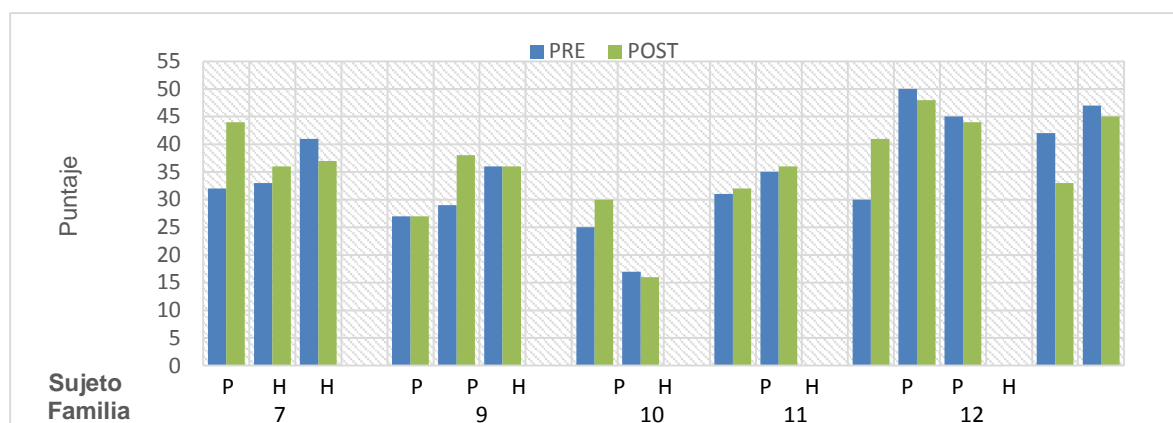


Figura 77: Puntuaciones Comunicación familiar, antes y después del tratamiento.

Nota: P= Padres; H= Hijos. Las familias 8 y 13 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 7, los dos adolescentes participantes respondieron el cuestionario; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura; y en las familias 9 y 12, los dos padres participantes respondieron al cuestionario, y sus puntuaciones también se ven reflejadas en la figura.

6.5.4.1.3. Percepción de afecto, apoyo, y control parental.

El instrumento empleado para la evaluación de la percepción del afecto, apoyo, y control por parte de la madre y del padre fue el CRPBI (Samper, et al., 2006; ver Tabla 70); donde los resultados obtenidos tampoco demuestran suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula.

Tabla 70.

Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas del CRPBI.

		95% I.C.				t	d Cohen
		M y D.T. Pre-Tratamiento	M y D.T. Post-tratamiento	Inferior	Superior		
Madre	Apoyo	21.43 (D.T.= 5.91)	22.42 (D.T.= 6.19)	-4.70	2.70	-0.66	.16
	E.N.	18.43 (D.T.= 8.56)	21.43 (D.T.= 6.58)	-8.23	2.23	-1.40	.46
Padre	Apoyo	25.75 (D.T.= 8.92)	25.75 (D.T.= 9.50)	-2.30	2.30	0.0	0.0
	E.N.	19.75 (D.T.= 11.79)	27.75 (D.T.= 8.18)	-10.56	0.89	-1.96	.98

Nota. Madre (n=7), Padre (n=6). E.N.=Evaluación negativa.

Como puede observarse en la Figura 78, existe una gran variabilidad en los datos, por lo que es difícil encontrar similitudes o agrupaciones; sin embargo, dentro de los aspectos en los que al menos tres de los siete adolescentes que respondieron a los cuestionarios coincidieron con respecto a la percepción de apoyo, se encuentran que percibieron una mejoría en la libertad que sus madres les dejan para ayudar en la toma de decisiones sobre algo en común.

Así mismo, tres de los siete adolescentes coincidieron en la percepción de un mayor entendimiento y menor evaluación negativa por parte de sus madres cuando ellos no obedecen; aunque también al menos tres adolescentes expresaron un incremento en la percepción de sentir que obstaculizan o estorban en las actividades y bienestar de sus madres; percibiendo que ellas disfrutaban menos de compartir las tareas de casa con ellos.

En relación a la evaluación del padre, tan solo se tomaron en cuenta a aquellas evaluaciones hechas a padres que hubieran formado parte del tratamiento y estuvieran en contacto directo con el adolescente; por lo que en este caso, las dos evaluaciones tomadas en cuenta se comentarán posteriormente a nivel individual familiar.

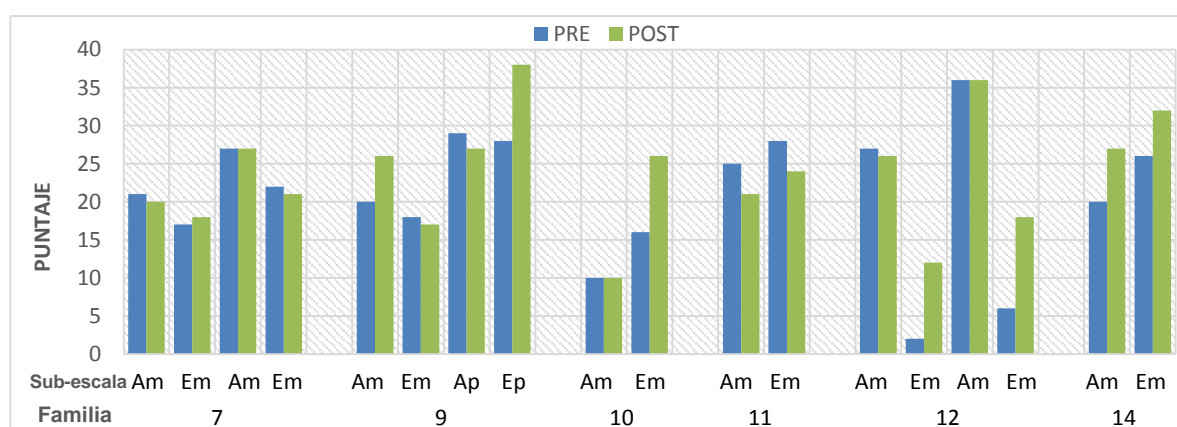


Figura 78: Puntuaciones CRPBI, antes y después del tratamiento.

Nota: Am= Apoyo madre; Ap= Apoyo padre; Em= Evaluación negativa de la madre; Ep= Evaluación negativa del padre. Las familias 8 y 13 no completaron los instrumentos post-tratamiento, por lo que no aparecen en la figura. Dentro de la familia 7, los dos adolescentes participantes respondieron el cuestionario con relación a su madre; por lo que se observan ambas puntuaciones en la figura. En las familias 9 y 12 los hijos respondieron también con respecto a su padre.

6.5.4.1.4. Expectativas generalizadas de control.

Como se puede observar en la Tabla 71, de forma general, los miembros del grupo ya hacían juicios relativamente acertados con respecto a sus propias capacidades y a sus posibilidades para alcanzar sus metas; así como presentaban expectativas relativamente acertadas acerca de su capacidad de influencia en los acontecimientos que les ocurren; estando a nivel general, alejados entre 1.0 y 1.5 desviaciones típicas del perfil óptimo establecido por Palenzuela (2013), y demostrando así pocas variaciones después del tratamiento.

Sin embargo, en la sub-escala de contingencia existe evidencia empírica para rechazar la hipótesis nula con un 97% de intervalo de confianza, y un tamaño del efecto de .58; lo cual indica que

los miembros del grupo incrementaron de una forma moderada sus expectativas de capacidad de influencia en los acontecimientos que les ocurren, y que esta variación *distinta a cero* tiene pocas probabilidades de ser presentada de forma aleatoria.

Tabla 71.

Medias, desviaciones típicas, y prueba T para muestras relacionadas de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC). Estudio III.

	P.O.	M y D.T.	M y D.T.	95% I.C.		t	p	d Cohen
				Inferior	Superior			
				Pre-Tratamiento	Post-tratamiento			
Contingencia	8.3	7.16 (D.T.=1.02)	7.65 (D.T.=.84)	-.93	-.03	-2.29	.03	.58
Autoeficacia	8.0	7.55 (D.T.=1.14)	7.31 (D.T.=1.37)	-.42	.89	.78	NS	-.18
Éxito	7.5	7.22 (D.T.=1.58)	7.28 (D.T.=1.36)	-1.19	1.06	-.12	NS	.04
B.A.	8.8	7.90 (D.T.=1.22)	7.62 (D.T.=.99)	-.18	.75	1.29	NS	-.28
Indefensión	1.8	3.51 (D.T.=1.88)	3.75 (D.T.=2.50)	-1.58	1.09	-.39	NS	.10
Suerte	5.5	4.71 (D.T.=2.48)	4.61 (D.T.=2.11)	-1.33	1.53	.15	NS	-.05
O.F.		7.45 (D.T.=1.03)	7.46 (D.T.=.92)	-.51	.51	-.01	NS	.01

Nota. n=15. P.O.=Perfil Óptimo; B.A.= Búsqueda de Alternativas; Optimismo Fundado; Desviación típica posible entre +/-4.

Resulta importante mencionar que aún a pesar de dicho incremento general, aún después del tratamiento existen miembros del grupo que presentaron puntuaciones que se encuentran ligeramente por debajo del perfil óptimo; como es el caso del padre de la familia 9, el hijo de la familia 10, y la madre de la familia 14, los cuales también mostraron puntuaciones por debajo de la media del grupo post-tratamiento y del perfil óptimo en relación a sus expectativas de éxito, búsqueda de alternativas, y a los juicios con respecto a sus propias capacidades y posibilidades para alcanzar sus metas.

En la Figura 79, se observan las desviaciones típicas en las que se aleja cada una de las puntuaciones dadas por los miembros del grupo de la media post-tratamiento; siendo posible una desviación típica mayor de +/- 4, y observándose de forma gráfica las puntuaciones extremas.

Como puede observarse, los hijos adolescentes de las familias 7, 10, y 14, y los padres de las familias 11, 12, y 14 sobrepasan a la media del post-tratamiento grupal en 1.5 desviaciones típicas; siendo especialmente llamativos los perfiles en los que se observa niveles altos en las sub-escalas de control externo, como lo es con el segundo hijo de la familia 7, y con el adolescente de la familia 10.

En el caso del primero, éste demostró un óptimo incremento en su puntuación de contingencia, y se acercó un poco más al perfil óptimo bajando ligeramente sus puntajes de auto-eficacia, éxito, y búsqueda de alternativas; sin embargo, durante la evaluación post-tratamiento incrementó en ocho veces su puntaje inicial de indefensión y suerte durante el post-tratamiento.

Finalmente, en el caso del adolescente de la familia 10, a pesar de que hubo un ligero incremento en las sub-escalas relativas al control interno, sus niveles de indefensión y suerte incrementaron notoriamente durante el post-tratamiento; demostrando puntuaciones extremas en ambos casos en comparación con la media grupal de la evaluación hecha después del tratamiento.

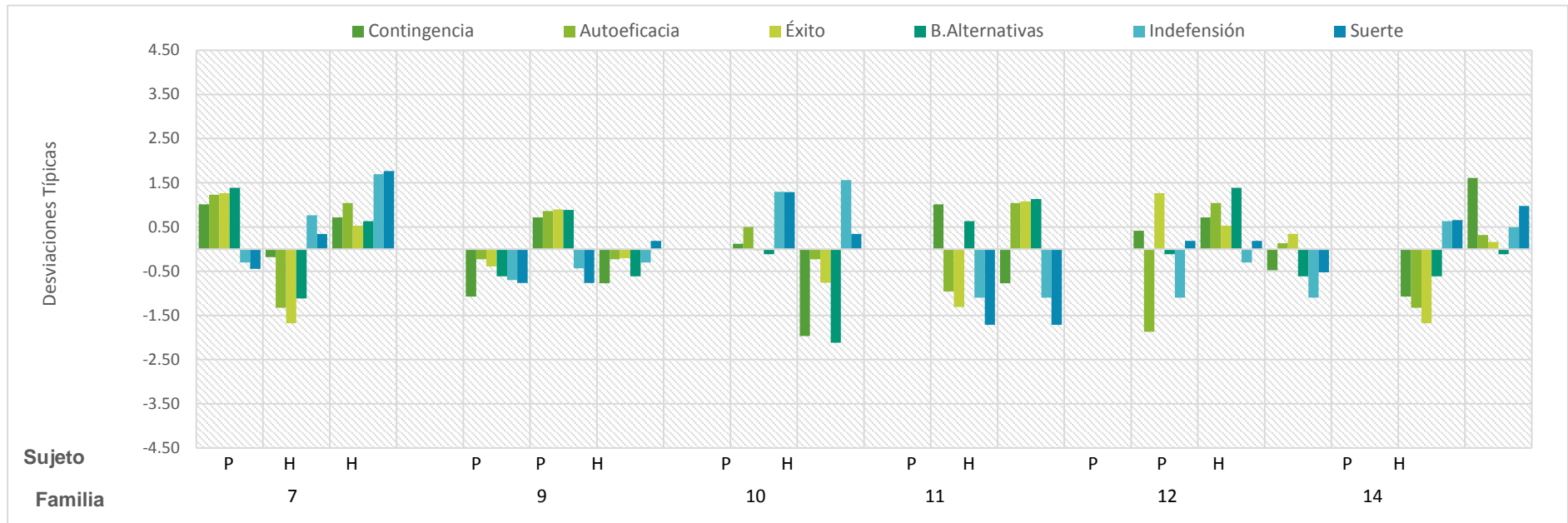


Figura 79: Desviaciones típicas del Perfil Óptimo después del tratamiento. Estudio III.

Nota: P= Padres; H= Hijos adolescentes; Éxito= Expectativas de éxito; B.Alternativas= Búsqueda de alternativas. Desviación típica máxima posible: +/- 4

6.5.4.2. *Proceso*6.5.4.2.1. *Porcentaje de asistencia y abandonos.*

Resulta interesante el hecho de que durante la tercera sesión, donde se llevaron a cabo escenas de conflicto entre padres e hijos mediante un *rolle playing* en formato de subgrupos, una hija y una madre representaron simultáneamente una escena de conflicto donde se escenificaban malos tratos por parte de la madre hacia la hija (cada una en su sala por separado). Posteriormente a esa sesión, la familia tuvo que abandonar el proceso de tratamiento debido a una denuncia por parte de la hija adolescente hacia su madre, y a su consecuente apertura de expediente en los Servicios de Protección a la Infancia.

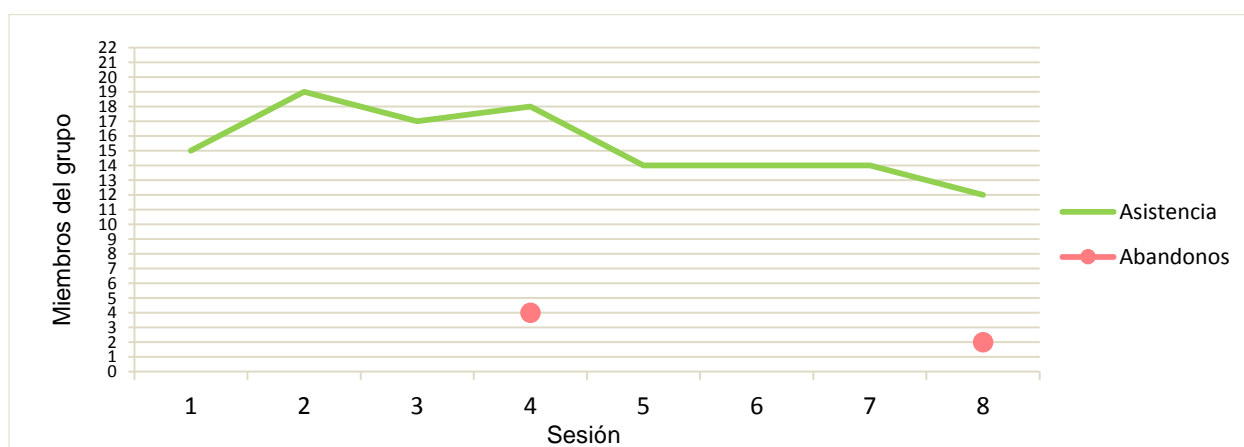


Figura 80: Asistencia y abandonos durante el proceso de tratamiento. Estudio III.

Así mismo, después de la tercera sesión, una abuela que desempeñaba la función de acogedora familiar de su nieto, tomó la decisión de abandonar el proceso; decisión que fue clave para fomentar el nivel de enganche de la madre en el proceso del tratamiento.

Por otro lado, la madre de otra adolescente recientemente bien integrada al grupo, que principalmente acudía para que su hija se aislara menos dentro y fuera de casa, comenzó a notar en su hija mayor expresión emocional, dotada con ciertas connotaciones de rebeldía; por lo que sin decir nada, decidió “hacer el experimento” de no llevarla al tratamiento durante la semana 6 para ver si sus recientes cambios, eran debido al tratamiento. Finalmente, la madre decidió abandonar el tratamiento debido a los recientes conflictos con su hija adolescente después de acudir a la semana 7.

Contando dichos abandonos durante el proceso del tratamiento, la asistencia global de todo el grupo fue de un 69.9%.

6.5.4.2.2. Progreso terapéutico.

Al finalizar cada semana de intervención, se les pidió a todos los asistentes que respondieran al cuestionario final de las sesiones (ver Anexo 2), donde se les hacía la pregunta de *cómo se sentían después de la sesión*; y se les dio la siguiente opción múltiple de respuesta: 1=“Mucho peor”, 2=“Peor”, 3=“Igual”, 4=“Mejor”, o 5=“Mucho Mejor”. En el 85.7% de las respuestas dadas por los miembros del grupo (n=22) hubo un impacto positivo durante las 15 sesiones; mientras que la media de dicho impacto fue de 3.96 (D.E.= .69) durante las 8 sesiones con formato de sub-grupos, y de 3.90 (D.E.= .65) durante las 7 sesiones posteriores que tuvieron un formato multifamiliar.

Como parte del cuestionario inicial de las sesiones (ver Anexo 1), se les pidió a los miembros del grupo que respondieran a la pregunta de *cómo de útil les resultó la sesión anterior*; donde se les dieron cinco opciones de respuesta (1=“nada útil”, 2=“poco útil”, 3=“algo útil”, 4=“bastante útil”, y 5=“muy útil”). En el 96% de las respuestas dadas los participantes expresaron que las sesiones les fueron útiles; donde en un 54.6% de éstas, las sesiones fueron descritas como bastante útiles o muy útiles. Así mismo, la media de las respuestas dadas durante las sesiones con formato de subgrupos fue de 3.21 (D.E.= .90), y de 2.92 (D.E.= .95) durante las sesiones con formato multifamiliar.

De forma adicional a la pregunta anterior, dentro del Cuestionario inicial de las sesiones también se les preguntó a los participantes si *había alguna mejoría desde que comenzó el tratamiento hasta el momento específico en el que se respondía a la pregunta*, y se les dieron 5 opciones de respuesta tipo Likert (1=“ninguna”, 2=“ligera”, 3=“moderada”, 4=“mucha”, 5=“muchísima”); donde en el 83.8% de las respuestas dadas, los miembros del grupo expresaron haber percibido algún tipo de mejoría. En el 26.2% de dichas ocasiones, la mejoría fue percibida como mucha o muchísima. La media durante las sesiones con formato de subgrupos fue de 2.24 (D.E.= .98), y de 2.85 (D.E.= 1.14) durante las sesiones con formato multifamiliar.

En la Figura 81, se puede observar la distribución de las respuestas del grupo (n=22) durante el proceso del tratamiento (8 sesiones); observándose la frecuencia de las respuestas obtenidas, así como la puntuación media de la percepción de mejoría en cada una de las sesiones. Dichas puntuaciones medias demuestran una ligera tendencia ascendente durante el proceso; yendo de 2.46 a 3.25, aunque el nivel de asistencia y abandonos durante el proceso del tratamiento, pudieran haber influido.

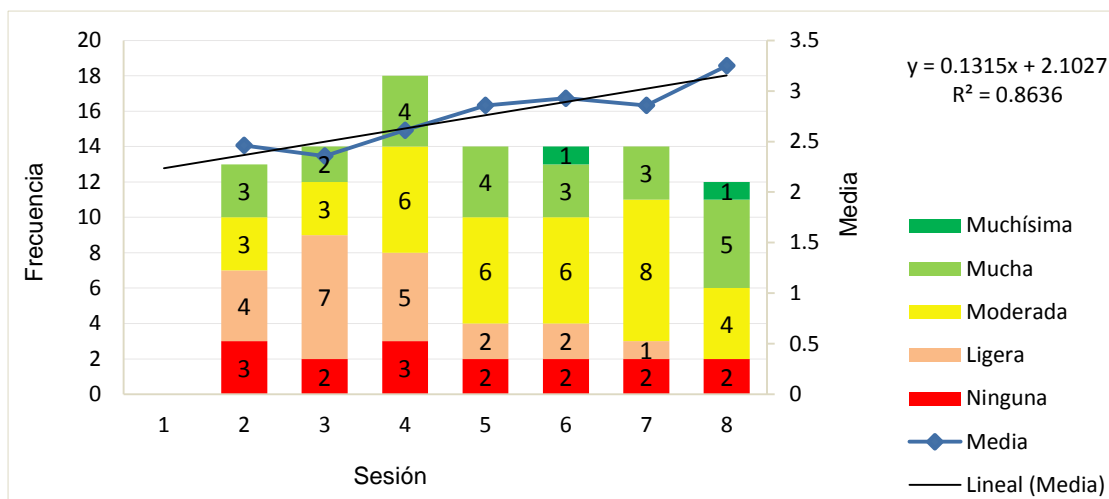


Figura 81: Percepción de mejoría durante el tratamiento. Estudio III.

A pesar de la variabilidad de las respuestas dadas en relación a la percepción de utilidad de las sesiones y la mejoría durante el tratamiento, se observa que en términos generales, los padres y familiares que conformaron el grupo (n=13) percibieron que las sesiones fueron de utilidad, y durante el tratamiento, manifestaron una progresiva percepción de mejoría que fue desde ninguna a moderada. Así mismo, se observa que de manera general, las familias salían sintiéndose mejor durante las sesiones.

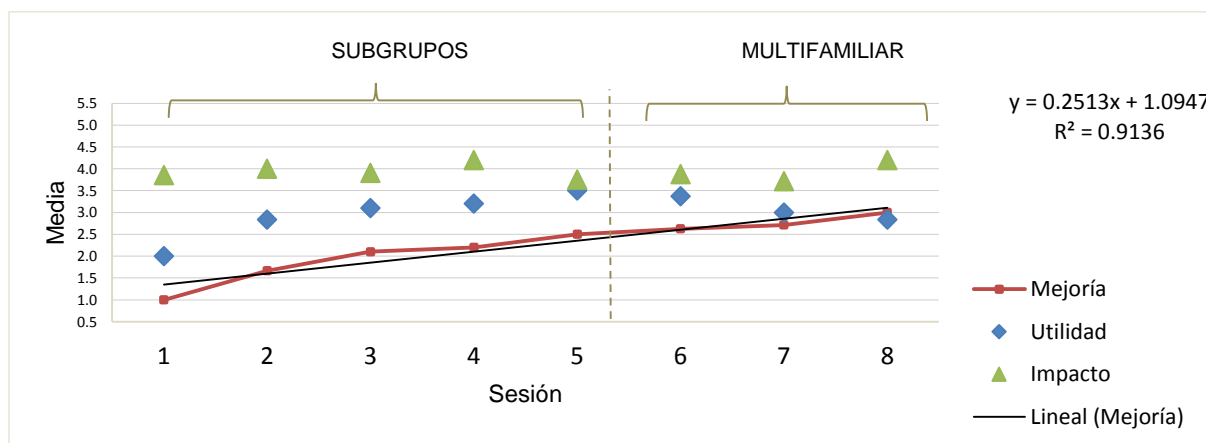


Figura 82: Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones. Padres. Estudio III.

Por otro lado, parece ser que los adolescentes (n=9) percibieron a las sesiones como bastante útiles y que les ayudaban a sentirse mejor de forma general; esto de forma independiente al formato utilizado durante las sesiones (ya sea por sub-grupos, o en sesiones multifamiliares). Así mismo, a pesar de la dispersión de las respuestas obtenidas, parece ser que percibieron algo de mejoría durante el proceso del tratamiento.

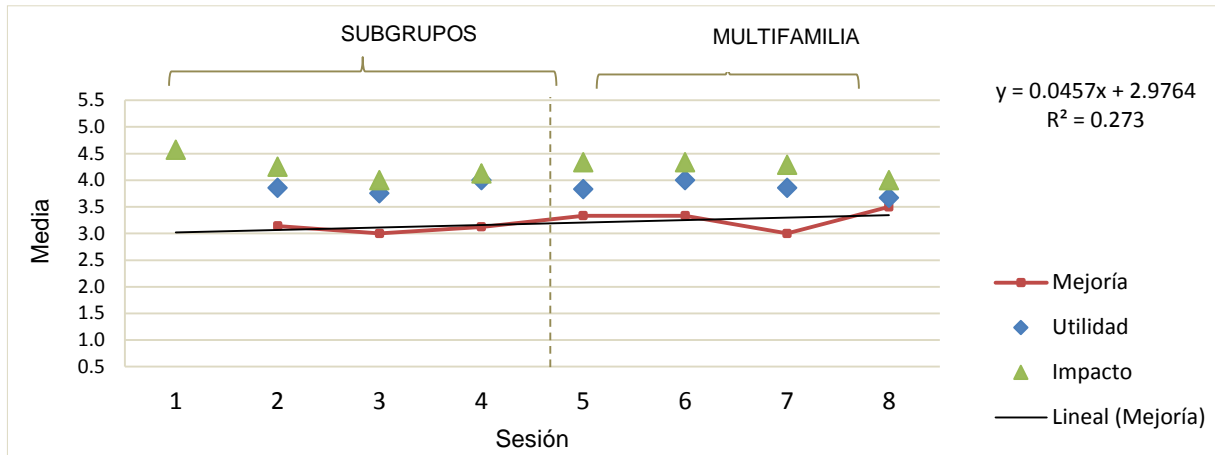


Figura 83: Percepción de mejoría, utilidad, e impacto de las sesiones. Adolescentes. Estudio III

6.5.4.2.3. Observación de la fortaleza de la alianza terapéutica en el grupo mediante el SOATIF-o.

Las mismas observadoras entrenadas que codificaron el primer grupo multifamiliar, codificaron la tercera y sexta sesión del presente grupo multi-familiar (n=22) de 8 sesiones de duración conducido por cuatro co-terapeutas dentro de sesión y el equipo terapéutico detrás del espejo anteriormente mencionado.

La Figura 84 describe las puntuaciones medias globales del SOATIF-o en relación a las contribuciones de los co-terapeutas hacia la construcción de la alianza terapéutica durante la tercera y sexta sesión del tratamiento. De forma notoria, se observa que todas las puntuaciones se encuentran relativamente estables y dentro de los valores positivos; incrementando ligeramente las contribuciones hacia el establecimiento de un sistema terapéutico seguro y disminuyendo las relativas al favorecimiento de una conexión emocional durante la sexta sesión.

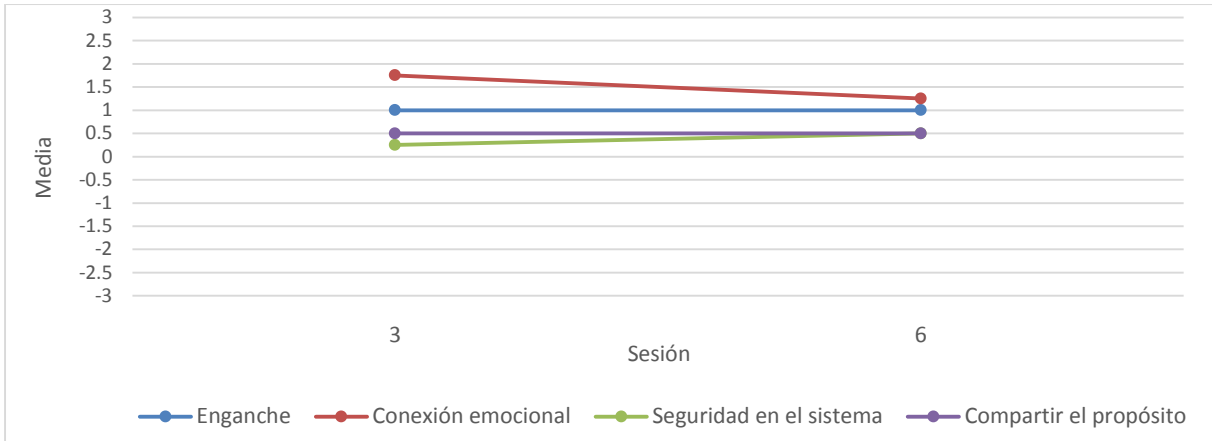


Figura 84: Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión terapeuta durante las sesiones 3 y 6. Estudio III.

Nota: El SOATIF-o cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (“0=neutral, o no reseñable”, “+1= alianza algo fuerte”, “+2= alianza moderadamente fuerte” “+3= alianza muy fuerte”).

Por otro lado, en la Figura 85, que corresponde a las puntuaciones medias globales del SOATIF-o de los clientes, resalta la tendencia a la neutralidad en la dimensión de Conexión emocional durante el tratamiento; así como la disminución del nivel de Seguridad dentro del sistema terapéutico, del Sentido de compartir el propósito, y del Enganche en el tratamiento durante la sexta sesión.

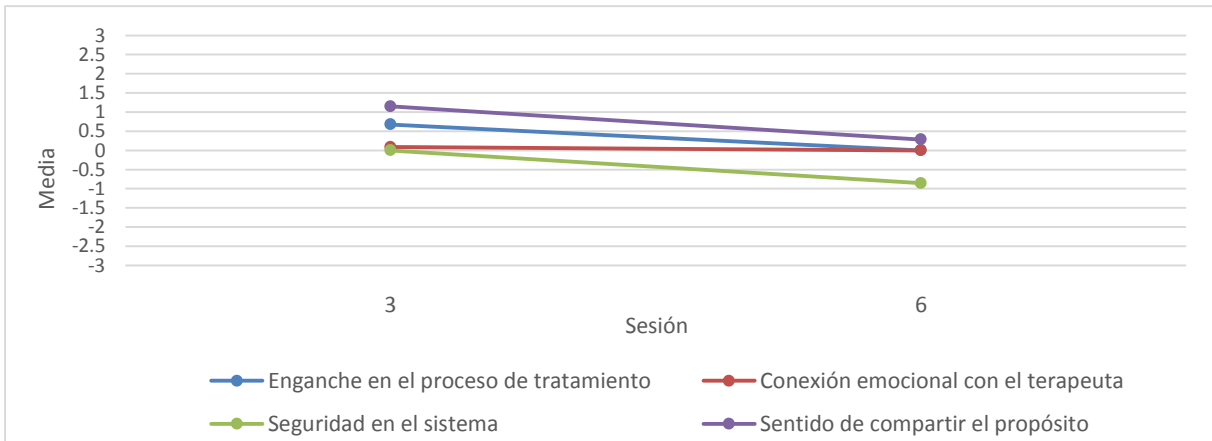


Figura 85: Puntuaciones medias globales del SOATIF-o, versión clientes. Estudio III.

Nota: El SOATIF-o cuenta con una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (“0=neutral, o no reseñable”, “+1= alianza algo fuerte”, “+2= alianza moderadamente fuerte” “+3= alianza muy fuerte”).

En las tablas presentadas a continuación, se observa la frecuencia de ocurrencia cada una de las conductas observables que el instrumento SOATIF-o permite codificar mediante los descriptores de cada una de las cuatro dimensiones de alianza terapéutica.

A pesar de que durante la tercera sesión hayan sido más frecuentes las intervenciones del terapeuta encaminadas a favorecer el Enganche de los participantes en el tratamiento, durante la sexta sesión los co-terapeutas continuaron explicando el funcionamiento de la terapia y preguntando acerca de las posibles dudas que pudieran haber surgido (ver Tabla 72); esto probablemente se haya debido al cambio estructural en el formato de las sesiones que ocurrió durante dicha sesión.

Como puede observarse, los miembros de grupo respondieron de forma positiva ante las intervenciones del terapeuta para favorecer el Enganche en el tratamiento; especialmente durante la tercera sesión.

Tabla 72.

Frecuencia de aparición de los descriptores de Enganche (SOATIF-o). Estudio III.

Clientes	F	Terapeuta	F
El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren	<u>3</u> (3)	El terapeuta explica cómo funciona la terapia	<u>5</u> (3,6)
El cliente indica que ha hecho una tarea o la ha visto como útil	<u>1</u> (3)	El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión *	<u>2</u> (3)
El cliente expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo	<u>1</u> (3)	El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente *	<u>2</u> (3)
El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar alguna interacción delante de él	<u>8</u> (3)	El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir *	<u>3</u> (3)
		El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer.	<u>3</u> (3,6)

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

En la Tabla 73, correspondiente a la dimensión de Conexión emocional con el terapeuta, se observa el establecimiento de una relación terapéutica caracterizada por el sentido del humor entre los co-terapeutas y los miembros del grupo. Así mismo, se observa que tanto en la tercera, como en la sexta sesión, los co-terapeutas propiciaron su acercamiento con los miembros del grupo por medio de una actitud empática, y por medio de la revelación de un aspecto de su vida personal; probablemente con el objetivo de normalizar sus problemáticas y de ayudarles a sentirse entendidos independientemente de la brecha inter-generacional.

Tabla 73.

Frecuencia de aparición de descriptores de Conexión emocional con el terapeuta (SOATIF-o). Estudio III.

Clientes	F	Terapeuta	F
El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta	<u>2</u> (3)	El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente *	<u>15</u> (3,6)
		El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha.	<u>1</u> (3)
		El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal *	<u>2</u> (3,6)
		El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ej., "Se lo duro que debe ser", "Siento su dolor" o llora con los clientes).	<u>2</u> (3,6)

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

Con respecto a la dimensión de Seguridad en el sistema terapéutico, se observa que desde la tercera sesión hubo indicadores de vulnerabilidad en el sistema; mismos que probablemente hayan sido atendidos por parte del equipo terapéutico mediante el cambio de conversación hacia algo agradable, y por medio del favorecimiento de un clima terapéutico de aceptación (ver Tabla 74).

Tabla 74.
Frecuencia de aparición de los descriptores de Seguridad (SOATIF-o). Estudio III.

Clientes	F	Terapeuta	F
El cliente "abre" su intimidad (por ej., comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, llora, etc.)	<u>1</u> (3)	El terapeuta ayuda a los clientes a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros.	<u>2</u> (6)
El cliente expresa ansiedad de forma no verbal (por ej., da golpecitos, se agita, se mueve)	<u>1</u> (3)	El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad cuando parece haber tensión o ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.).	<u>2</u> (3)
El cliente rechaza o es reticente a la hora de responder cuando otro miembro del grupo le habla	<u>6</u> (3,6)		

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

Finalmente, dentro de la dimensión de Sentido de compartir el propósito, tendiente a ser fuerte, se observó de forma frecuente la presencia de momentos humorísticos entre los miembros del grupo; así como la clara manifestación de curiosidad mutua. Así mismo, se observó una respuesta positiva ante las intervenciones de los co-terapeutas encaminadas al esclarecimiento de las similitudes entre los miembros del grupo, y al favorecimiento de su identificación y validación mutua (ver Tabla 75).

Tabla 75.
Frecuencia de aparición de los descriptores de Sentido de compartir el propósito (SOATIF-o). Estudio III.

Clientes	F	Terapeuta	F
Los miembros del grupo comparten entre ellos una broma o un momento gracioso	<u>14</u> (3,6)	El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución.	<u>4</u> (3,6)
Los miembros del grupo se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	<u>2</u> (3,6)		
Los miembros del grupo validan mutuamente sus puntos de vista	<u>2</u> (3)		

Nota: F= Frecuencia; ()= número de sesión en la que fueron detectados los descriptores.

6.5.4.2.4. Fortaleza de la alianza terapéutica auto-informada (SOATIF-s).

En las Figuras 86 y 87, se observan las puntuaciones obtenidas mediante el empleo del instrumento SOATIF-s durante la tercera y sexta sesión del tratamiento; mismas que corresponden tanto a los clientes como a los terapeutas que conformaron el grupo multifamiliar.

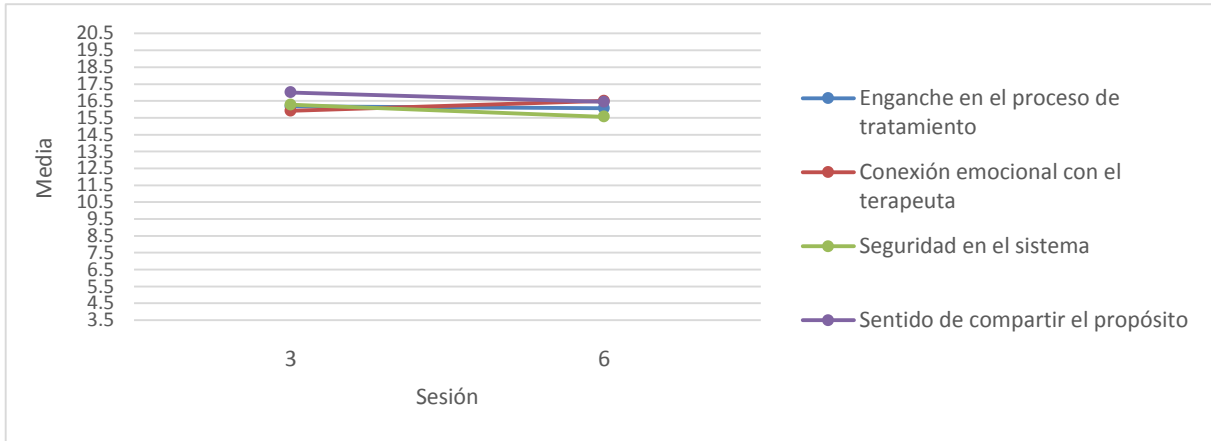


Figura 86: Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión clientes, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III. Nota: $n = 22$. El rango posible de puntuaciones oscila entre 4 y 20.

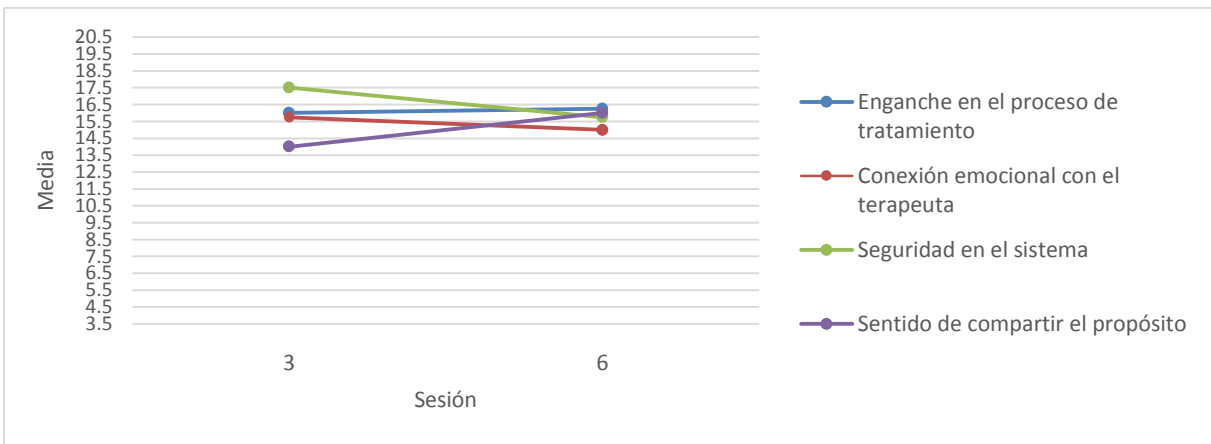


Figura 87: Puntuaciones medias del SOATIF-s, versión terapeuta, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III. Nota: $n = 4$. El rango posible de puntuaciones oscila entre 4 y 20.

Como puede observarse, las puntuaciones proporcionadas por los clientes presentan menor variabilidad entre sesiones que las obtenidas por los co-terapeutas; sin embargo, ambas presentan niveles parecidos, oscilando las puntuaciones medias entre 15.5 y 17 en el caso de los clientes ($n=22$), y entre 14 y 17.5 en el caso de los co-terapeutas ($n=4$).

De forma complementaria, en la Tabla 76 se pueden observar las puntuaciones naturales de los auto-informes de alianza terapéutica (SOATIF-s); mismas que fueron obtenidas por los clientes y por los co-terapeutas durante la tercera y sexta sesión. Así mismo, en la Tabla 76 también se presenta la percepción de mejoría dada por los miembros del grupo en su última sesión de tratamiento, y la media de percepción de satisfacción con las sesiones que los terapeutas auto-reportaron durante el curso del tratamiento.

Tabla 76.
SOATIF-s y mejoría durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.

Cl.	F	P/h	SOATIF-s										M
			Sesión 3					Sesión 6					
			E	CE	S	CP	T	E	CE	S	CP	T	
1		P	18	16	19	19	72	19	18	19	19	75	3
2	7	H	18	18	17	18	71	19	16	12	16	63	3
3		H	14	14	12	14	54	14	16	12	16	58	4
4		P	20	12	17	20	69	18	17	17	13	65	3
5	8	P	11	12	13	14	50	-	-	-	-	-	3
6		H	13	13	18	15	59	16	13	12	18	59	3
7		P	15	16	17	15	63	14	17	17	16	64	3
8	9	P	13	16	16	17	62	16	18	18	18	70	3
9		H	14	15	16	16	61	14	16	16	16	62	4
10		P	19	19	18	20	76	18	20	19	20	77	1
11	10	P	17	18	18	20	73	12	9	18	20	59	1
12		H	16	16	15	17	64	15	15	14	13	57	4
13		P	15	16	12	17	60	14	18	15	9	56	4
14	11	H	18	17	18	17	70	17	17	15	20	69	5
15		P	15	12	15	16	58	19	18	13	16	66	3
16	12	P	18	18	19	17	72	18	19	18	19	74	4
17		H	16	14	17	16	63	14	17	14	14	59	1
18		P	17	16	18	16	67	-	-	-	-	-	2
19	13	P	19	18	19	17	73	-	-	-	-	-	2
20		H	20	20	16	17	73	-	-	-	-	-	2
21		P	14	16	10	17	57	-	-	-	-	-	4
22	14	H	16	18	18	19	71	-	-	-	-	-	3
Tpt.													Sf
1			16	16	15	18	13	18	13	17	16	64	3.2
2			16	16	16	16	15	19	17	17	18	71	4.0
3			17	17	16	18	16	14	16	16	18	64	4.1
4			15	15	16	18	12	14	14	13	12	53	3.7

Nota: Cl.= Cliente; F= número de familia; P= Padre/Madre; H= hijo adolescente; E= Enganche en el proceso terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; S= Seguridad en el sistema; CP= Sentido de compartir el propósito con el grupo; T=Total; Tpt.= Terapeuta; M= Percepción de mejoría en la última sesión; Sf= Media de satisfacción con las sesiones. Las puntuaciones de las dimensiones del SOATIF-s oscilan entre 4-20, y sus puntuaciones totales entre 16-80. Las puntuaciones de percepción de mejoría oscilan entre 1= "ninguna mejoría" a 5= "muchoa mejoría"; y las de satisfacción entre 1= "nada" a 5= "mucho".

A pesar de que no se percibe una evidente asociación entre la percepción de mejoría durante la última sesión de cada cliente con el nivel de alianza terapéutica auto-reportada en la Tabla 76, es muy llamativo que dentro de la familia 10, tanto la madre como su pareja, hayan mantenido niveles relativamente altos de alianza terapéutica durante el tratamiento y manifiesten una nula mejoría; mientras que el hijo adolescente haya manifestado percibir bastante mejoría.

6.5.4.2.5. Cohesión grupal auto-informada mediante el GQ y el TFI-coh.

En las Figuras 88 y 89, se muestran las puntuaciones medias de los instrumentos TFI-coh y GQ; los cuales fueron empleados durante la tercera y sexta sesión del proceso de tratamiento.

Como puede observarse en la Figura 88, a pesar de que no existen grandes diferencias entre los padres e hijos en relación a al consenso entre los miembros del grupo en el trabajo y compromiso con la terapia grupal (instrumento TFI-coh), se observa que los siete adolescentes que respondieron al cuestionario durante la sexta sesión, expresaron un incremento del mismo; mientras que los diez padres que lo hicieron, expresaron una leve disminución.

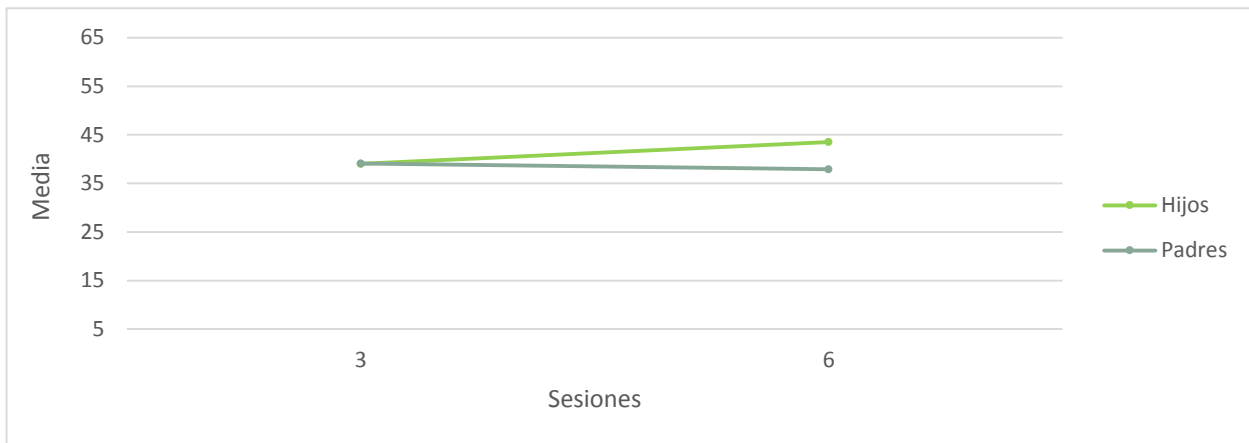


Figura 88: Puntuaciones medias del TFI-coh, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.

Nota: $n=22$. El rango de puntuaciones posibles oscila entre 9 y 63.

Como ya se ha mencionado, el instrumento GQ se encuentra compuesto por ocho sub-escalas que hacen referencia a los niveles estructurales (vertical y horizontal), y a la calidad de las relaciones que caracterizan a los procesos grupales (*Positive Bonding*, *Positive Working*, y *Negative Relationship*). De esta forma, como es de esperarse, a medida en la que surge un cambio en una sub-escala, consecuentemente trae cambios sistémicos en otras.

En la Figura 89, correspondiente al instrumento GQ, no se observan grandes variaciones; probablemente, debido a las pocas sesiones evaluadas y a la dispersión de los datos. Sin embargo, a grandes rasgos, se observa un aumento en la sub-escala de miembro-grupo *Negative Relationship*, así

como una disminución en miembro-miembro y miembro-líder *Positive Working*, y otra muy ligera disminución de la sub-escala de miembro-líder *Positive Bonding*.

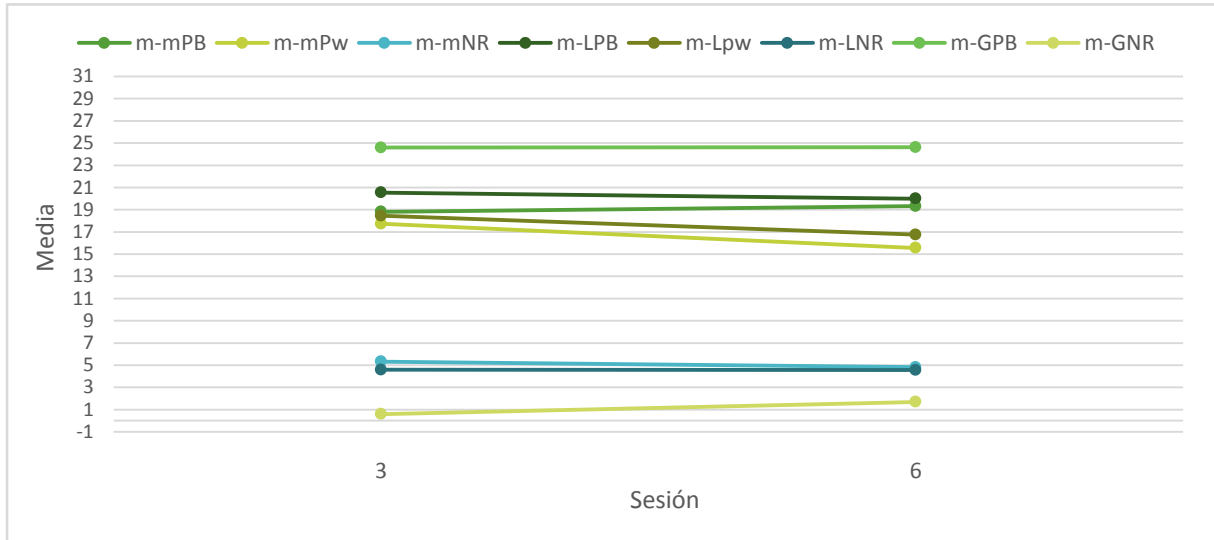


Figura 89: Puntuaciones medias del GQ, durante la tercera y sexta sesión. Estudio III.

Nota: n=22. m-mPB= miembro-miembro *Positive Bonding*; m-mPw= miembro-miembro *Positive Working*; m-mNR= miembro-miembro *Negative Relationship*; m-LPB= miembro-líder *Positive Bonding*; m-LPW= miembro-líder *Positive Working*; m-LNR= miembro-líder *Negative Relationship*; m-GPB= miembro-grupo *Positive Working*; m-GNR= miembro-grupo *Negative Relationship*. El rango de puntuaciones posibles oscila entre 0 y 30.

En las Tablas 77, 78, y 79 se puede observar la estructura general del instrumento con sus respectivos ítems de evaluación, y el comportamiento del instrumento, de forma gráfica, durante el transcurso de las sesiones con respecto a los padres y a los hijos por separado.

Como ya se ha mencionado antes, la evaluación del proceso grupal durante la sexta sesión es de especial interés debido a que es en esa sesión cuando se hizo el cambio de estructura durante las sesiones; comenzando ahí las sesiones con un formato multifamiliar.

Como puede observarse, durante la sexta sesión tanto padres como hijos percibieron un incremento en la percepción de simpatía, afectuosidad, y confianza entre los miembros del grupo; así como un incremento en la percepción de aceptación grupal y preocupación por parte del equipo de terapeutas. Sin embargo, tanto padres como hijos percibieron una disminución en la confianza hacia los terapeutas; probablemente esto se encuentre relacionado con la disminución de la percepción de participación y seguridad experimentada en el grupo durante la sexta sesión.

Como se puede observar, parece ser que a los adolescentes les costó más trabajo el acercamiento hacia un formato multifamiliar; ya que expresaron haber percibido falta de autenticidad, momentos de tensión, ansiedad, distancia emocional, y roces y enfado entre los miembros del grupo; acompañado todo esto de menor respeto mutuo en el entorno terapéutico y menor percepción de comprensión, simpatía y demostración de afecto por parte del equipo de terapeutas. Así mismo, esta experiencia pudo estar relacionada con su expresión de falta de cooperación y trabajo conjunto en el grupo multifamiliar; expresando la percepción de una falta de acuerdo sobre la necesidad e importancia de cambio y sobre las cosas que necesitan ser tratadas en las sesiones.

Resulta interesante la contradicción en las puntuaciones con respecto a la percepción del trabajo y de la relación con el equipo de terapeutas; quizás esto pueda estar relacionado con que hasta esa sesión el equipo de terapeutas también había estado separado en el formato de sesiones por sub-grupos de padres y adolescentes.

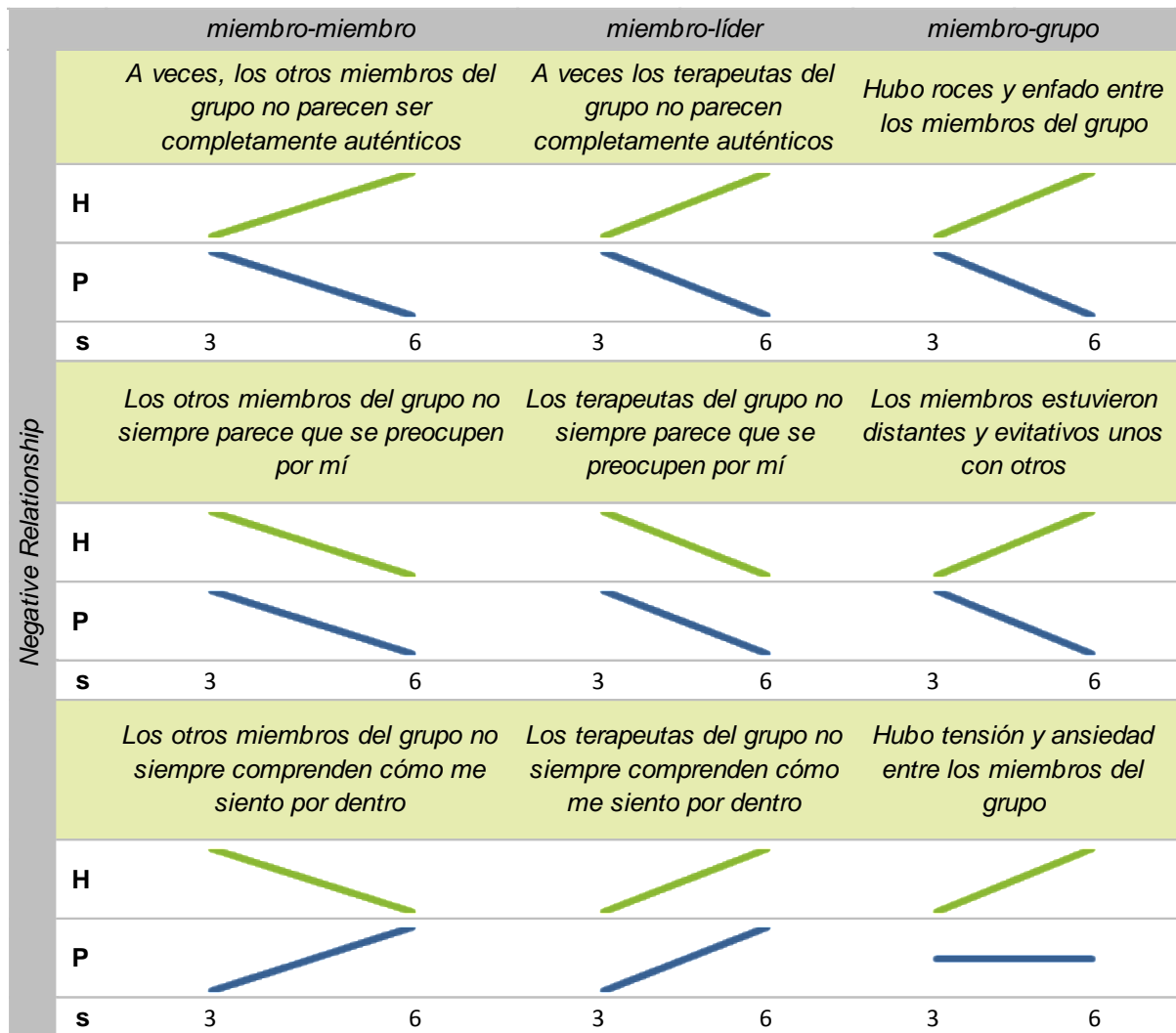
Por otro lado, parece ser que los padres vivieron la disminución de participación, seguridad, y trabajo en común durante la transición al entorno multifamiliar de forma distinta; probablemente debido al rol de escucha que tomaron durante la sesión en la actividad de *círculo dentro del círculo*.

Tabla 77.
Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Bonding

	miembro-miembro	miembro-líder	miembro-grupo
	<i>He sentido que podía confiar en los otros miembros del grupo.</i>	<i>He sentido que podía confiar en los terapeutas del grupo.</i>	<i>Los miembros del grupo estuvieron a gusto y cuidaron unos de otros.</i>
H			
P			
s	3 6	3 6	3 6
	<i>Los otros miembros del grupo y yo, nos respetamos mutuamente</i>	<i>Los terapeutas del grupo y yo nos respetamos mutuamente.</i>	<i>Los miembros del grupo han sentido que lo que estaba pasando era importante y había un sentimiento de participación.</i>
H			
P			
s	3 6	3 6	3 6
	<i>Siento que los otros miembros del grupo se preocupan por mí, incluso cuando hago cosas que ellos no aprueban.</i>	<i>Siento que los terapeutas del grupo se preocupan por mí, incluso cuando hago cosas que ellos no aprueban.</i>	<i>Cooperamos y trabajamos juntos en el grupo.</i>
H			
P			
s	3 6	3 6	3 6
	<i>Los otros miembros del grupo son simpáticos y afectuosos conmigo.</i>	<i>Los terapeutas del grupo son simpáticos y afectuosos conmigo.</i>	<i>A pesar de nuestras diferencias, nuestro grupo me parece seguro para mí</i>
H			
P			
s	3 6	3 6	3 6
	<i>Los miembros del grupo se aceptan entre sí.</i>		
H			
P			
s	3 6		

Nota: P= Padres; H= Hijos; s= número de sesión.

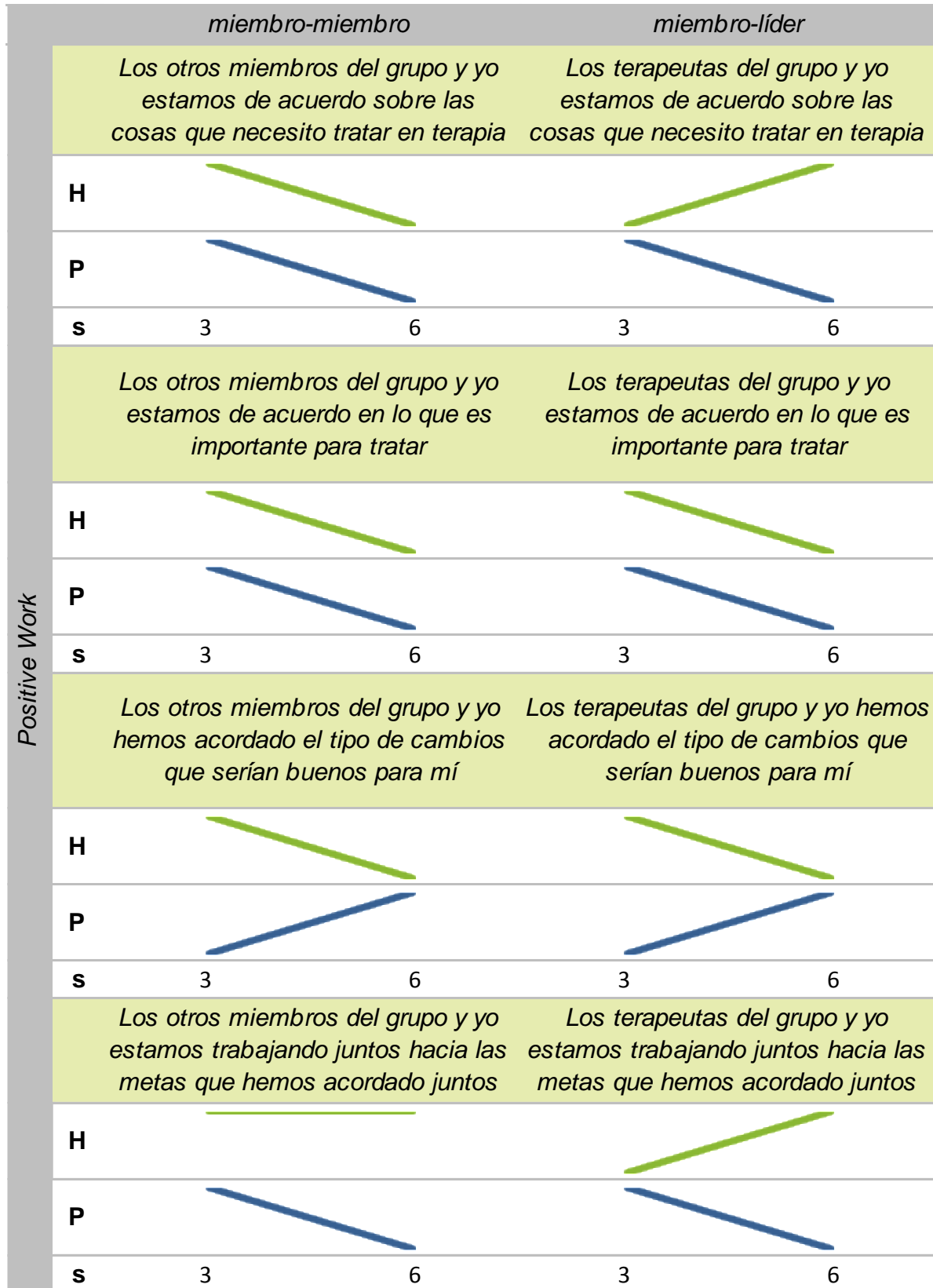
Tabla 78.
Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Negative Relationship.



Nota: P= Padres; H= Hijos; s= número de sesión.

Tabla 79.

Estructura y comportamiento del GQ durante las sesiones, Positive Working.



Nota: P= Padres; H= Hijos; s= número de sesión.

6.5.4.2.6. *Correlaciones bivariadas entre instrumentos.*

A continuación se describirán las correlaciones bivariadas estadísticamente significativas encontradas mediante el programa estadístico SPSS, durante la tercera y sexta sesión del tratamiento; sin embargo, también pueden ser consultadas todas las correlaciones dentro de las tablas de correlaciones bivariadas en el Anexo 16.

Así mismo, se simplificó la matriz de correlaciones mediante un *análisis de clusters* con el fin de dar una idea sobre la estructura de la serie de variables encontradas durante cada sesión. El procedimiento llevado a cabo en dicho análisis fue el siguiente (Morales-Vallejo, P; 2008):

1. Identificar en cada variable con qué otra variable tiene su mayor correlación (su pareja más clara).
2. Localizar la pareja de variables que tienen la mayor correlación de todas las parejas formadas; esta será el núcleo del primer *cluster*.
3. Localizar las variables que tienen sus mayores correlaciones con cualquiera de las dos variables localizadas en el paso anterior para formar el resto del *cluster*.
4. Buscar la siguiente pareja de variables que tienen la correlación mayor de las parejas restantes para conformar el núcleo del segundo *cluster*, y continuar sucesivamente con el paso anterior para formar el resto del *cluster* y los *clusters* posteriores.
5. Los ítems dudosos son situados en el *cluster* con el que se mantiene su mayor correlación media.
6. Obtener la correlación media de cada *cluster* por medio del cálculo de una media aritmética de todas las correlaciones (estadísticamente significativas) que existan entre las variables del *cluster*.

Resulta importante mencionar, que las puntuaciones obtenidas mediante el SOATIF-o muestran una alta homogeneidad entre los miembros del grupo; lo cual pudo haber influido en la percepción de pocas correlaciones con los otros dos instrumentos de medida. Es por ello, que los *clusters* que a continuación son presentados, hacen referencia tan solo a las correlaciones encontradas entre los instrumentos SOATIF-s, GQ, y TFI-coh; aunque las correlaciones relativas al SOATIF-o son brevemente mencionadas y también pueden encontrarse en el Anexo 16.

6.5.4.2.6.1. Tercera sesión.

Como puede observarse, en las Figuras 90-93, se observa que durante la tercera sesión del grupo multifamiliar, el rol del terapeuta es relevante tanto en el establecimiento de relaciones afectivas como en las relaciones de trabajo entre los miembros del grupo, y entre éstos y el grupo como una sola entidad; así mismo, se observa la relevancia del establecimiento de un sistema terapéutico seguro, y de una conexión emocional establecida entre los miembros del grupo y el terapeuta, para un adecuado nivel de Enganche durante la tercera sesión del tratamiento (ver Figura 92).

Por otro lado, se observa que el grado de cohesión grupal medido por el instrumento TFI-coh durante la sesión, además de estar fuertemente correlacionado con las relaciones de trabajo (ver Figura 90), también se encuentra correlacionado con las relaciones afectivas del grupo (miembro-miembro, $r=.83$; miembro-grupo, $r=.77$; y miembro-líder $r=.67$), con un nivel de confianza del 99%. Lo cual también puede ser observado en la correlación positiva con la dimensión de conexión emocional con el terapeuta ($r=.45$, $p<.05$).

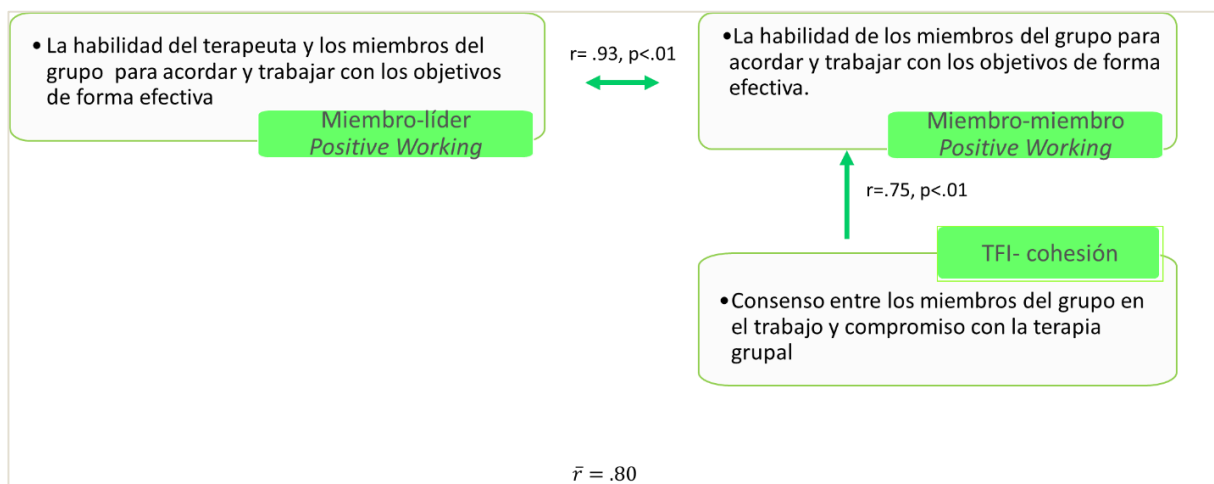


Figura 90: Primer Cluster, tercera sesión. Estudio III.

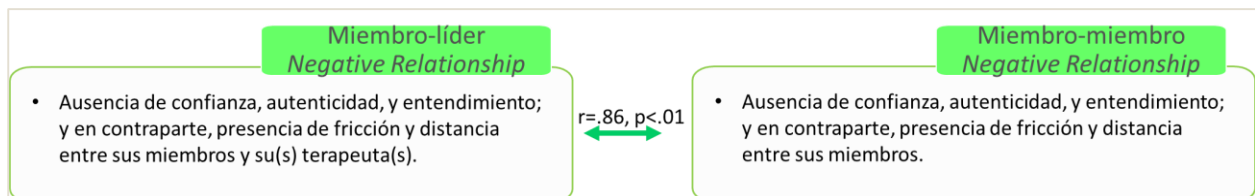


Figura 91: Segundo Cluster, tercera sesión. Estudio III.

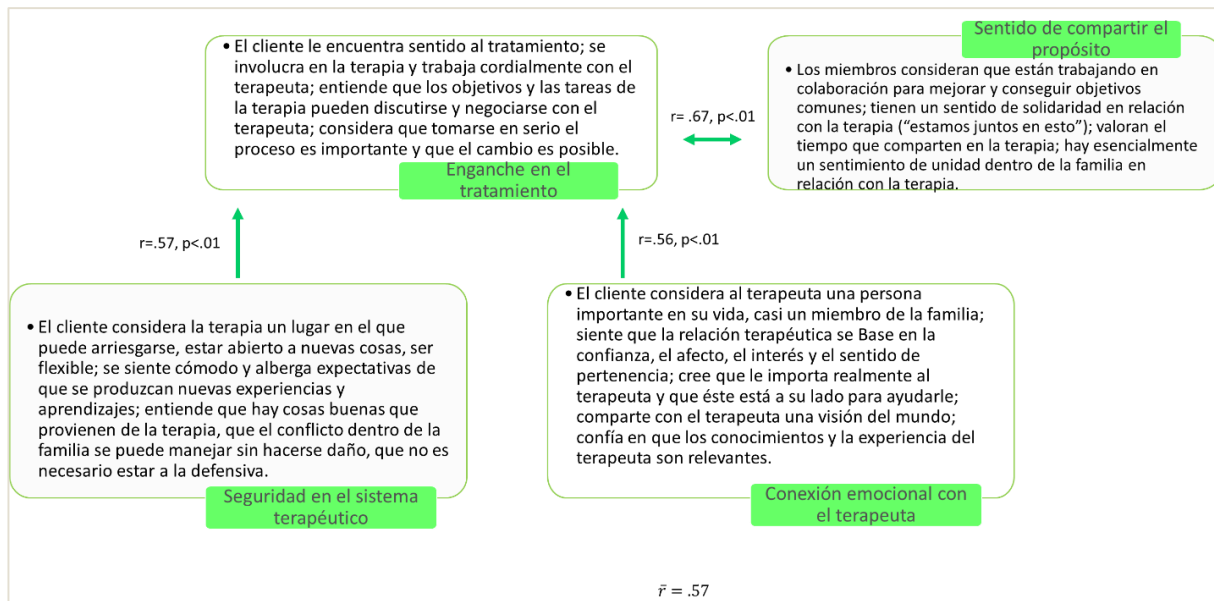


Figura 92: Tercer Cluster, tercera sesión. Estudio III.

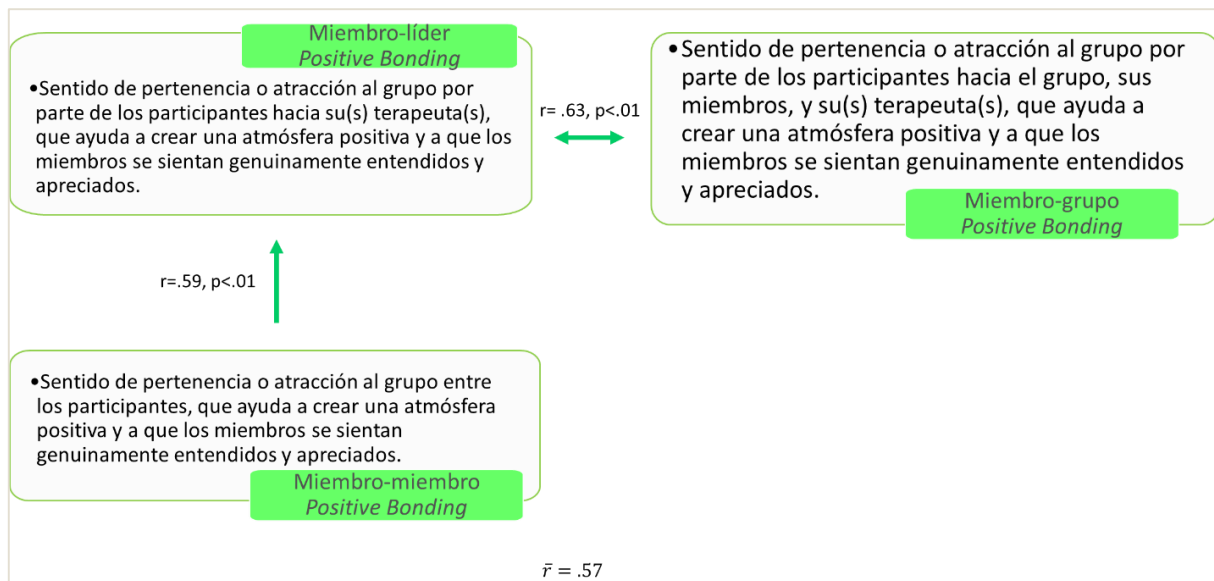


Figura 93: Cuarto Cluster, tercera sesión. Estudio III.

6.5.4.2.6.2. Sexta sesión.

A diferencia del grupo multifamiliar anterior donde las variables comenzaron a estar aún más relacionadas después de la primera medición; en el presente grupo se ha presentado una complicada conformación de los *clusters* debido a las múltiples y fuertes correlaciones entre las variables desde la tercera sesión. Sin embargo, a pesar de ello, durante la sexta sesión los *clusters* se encuentran muy bien definidos.

Como puede observarse, durante la presente sesión también se percibe la importancia del rol del terapeuta para favorecer las relaciones afectivas y de trabajo en el grupo; así como una inter-relación entre ambas cualidades de la relación grupal.

De tal forma que, a pesar de que en el segundo *cluster* de la sexta sesión se perciba a la cohesión grupal más fuerte y establemente correlacionada con las sub-escalas relativas a la relación afectiva entre el grupo ($\bar{r} = .77; ps < .01$); existe una relación entre ésta y las variables relativas a la relación de trabajo durante la sesión (ver Anexo 16).

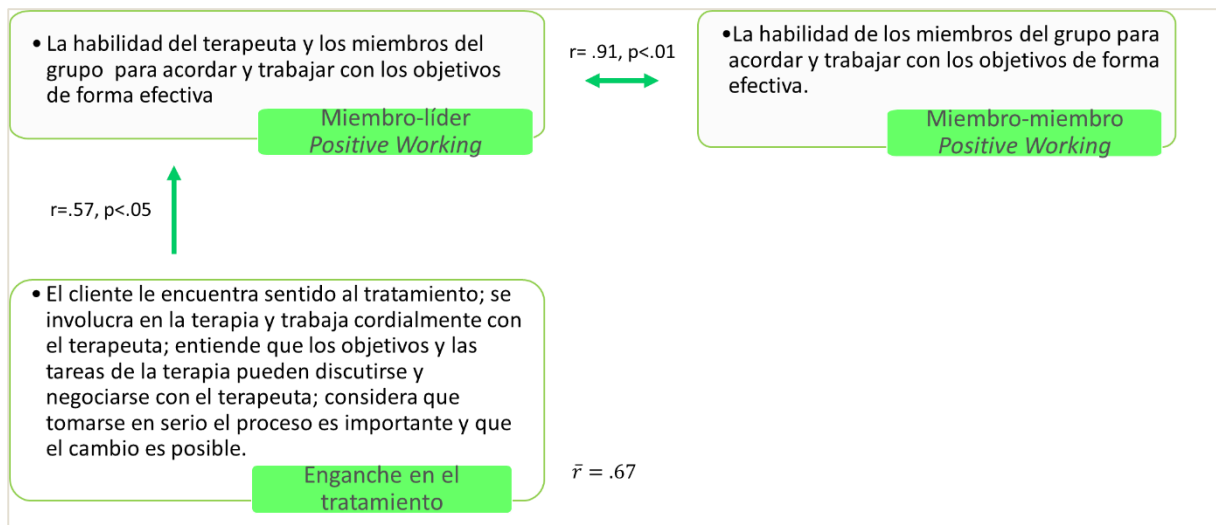


Figura 94: Primer Cluster, sexta sesión. Estudio III.

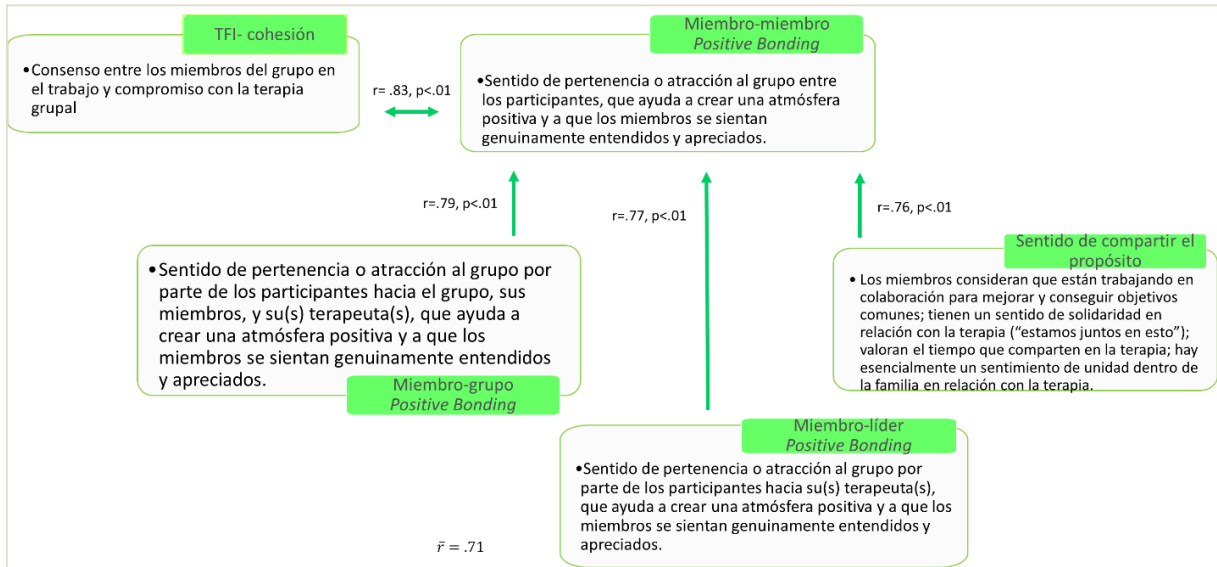


Figura 95: Segunda Cluster, sexta sesión. Estudio III.

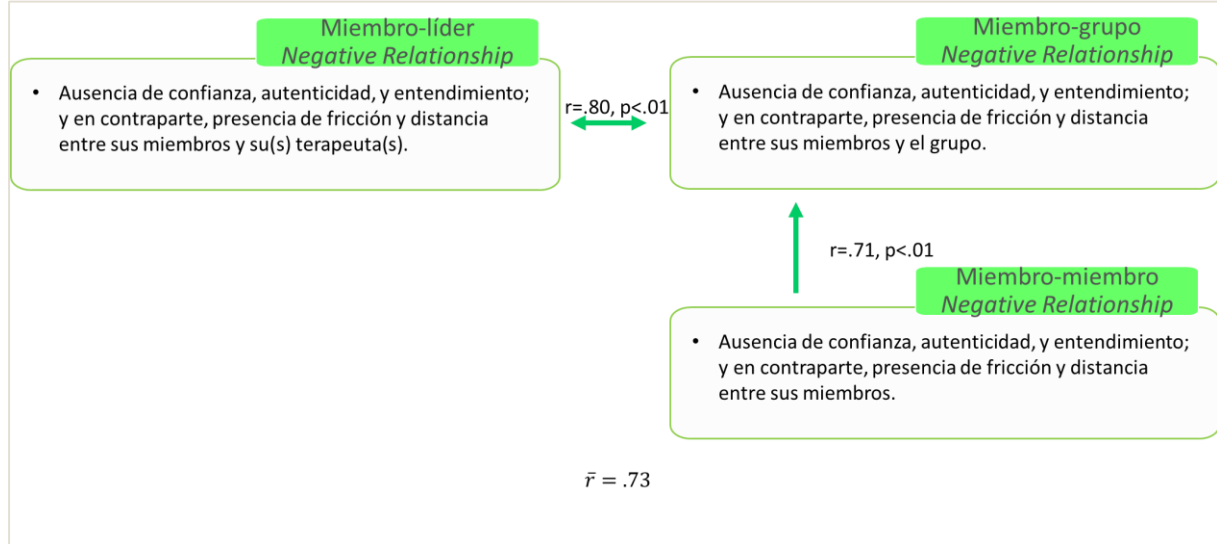


Figura 96: Tercer Cluster, sexta sesión. Estudio III.

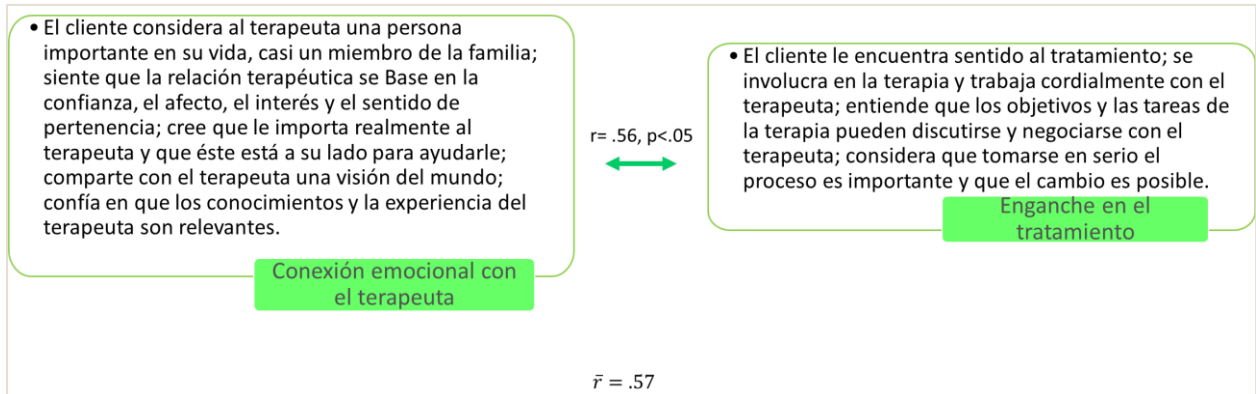


Figura 97: Cuarto Cluster, sexta sesión. Estudio III.

6.5.4.2.7. Variables predictoras.

6.5.4.2.7.1. Relación afectiva en el grupo.

Modelos de regresión lineal llevados a cabo por medio del programa estadístico SPSS, indicaron que durante la tercera sesión del tratamiento, la sub-escala de miembro-líder *Positive Bonding* predice en un 31% la varianza de la sub-escala de miembro-miembro *Positive Bonding* [$F = 10.54, p < .005, R^2 = .34, R^2_{correg.} = .31, \beta = .59, t = 3.25$]. De la misma forma, esto se repite durante la sexta sesión [$F = 14.52, p < .005, R^2 = .55, R^2_{correg.} = .51, \beta = .74, t = 3.81$]. Esto indica que los miembros del grupo que percibieron tener mejor relación afectiva con el equipo terapéutico durante la tercera y sexta sesión, manifestaron mejores relaciones afectivas con sus compañeros del grupo en dichas sesiones.

A su vez, modelos de regresión posteriores indican que la variable de miembro-miembro *Positive Bonding* predice en un 19% a la variable miembro-grupo *Positive Bonding* durante la tercera sesión [$F = 5.61, p < .05, R^2 = .24, R^2_{correg.} = .19, \beta = .49, t = 2.37$]; y en un 54% durante la sexta sesión del tratamiento [$F = 16.44, p < .005, R^2 = .58, R^2_{correg.} = .54, \beta = .76, t = 4.05$]. Consecuentemente, esto indica que los miembros del grupo que percibieron tener una mejor relación afectiva con el resto de miembros del grupo durante la tercera y sexta sesión del tratamiento, manifestaron una mejor relación con el grupo en general, percibido como una sola entidad.

De igual manera, análisis posteriores sugieren que la variable miembro-líder *Negative Relationship* predice en un 71% a la variable miembro-miembro *Negative Relationship* durante la tercera sesión [$F = 48.75, p < .001, R^2 = .73, R^2_{correg.} = .71, \beta = .85, t = 6.98$]; así como en un 43% durante la sexta sesión [$F = 11.02, p < .01, R^2 = .48, R^2_{correg.} = .43, \beta = .69, t = 3.32$].

Adicionalmente, se encontró que durante la tercera sesión la variable miembro-líder *Negative Relationship* también predice, de forma negativa, a la dimensión de Seguridad en el sistema terapéutico en un 20%; encontrándose que [$F = 5.84, p < .05, R^2 = .24, R^{2corr.} = .20, \beta = -.49, t = -2.42$]. Así mismo, se encontró que dicha variable también predice en un 61% a la variable miembro-grupo *Negative Relationship* durante la sexta sesión [$F = 21.01, p < .001, R^2 = .64, R^{2corr.} = .61, \beta = .80, t = 4.58$].

6.5.4.2.7.2. Relación de trabajo en el grupo.

Los análisis de regresión lineal relativos a las relaciones de trabajo en el grupo, indican que durante la tercera sesión, los miembros del grupo que expresaron mayor relación de trabajo positiva con el equipo terapéutico, expresaron mayor relación positiva de trabajo con el resto de los miembros del grupo; de esta forma, la relación positiva de trabajo entre los miembros del grupo y el equipo de terapeutas durante la tercera sesión predice en un 86% a la relación positiva de trabajo entre los miembros del grupo [$F = 121.14, p < .001, R^2 = .87, R^{2correg.} = .86, \beta = .93, t = 11.01$]; así como en un 78% durante la sexta sesión del tratamiento [$F = 46.54, p = .000, R^2 = .79, R^{2correg.} = .78, \beta = .89, t = 6.82$].

6.5.4.2.7.3. Percepción de mejoría

A diferencia del grupo anterior, debido a la progresiva percepción de mejoría durante el proceso del tratamiento, la medida que mejor la describe para ser utilizada como variable dependiente en un modelo de regresión lineal es el valor correspondiente a la última sesión. Sin embargo, probablemente debido a que existe poca variabilidad en las puntuaciones, sus correlaciones con el resto de variables no pudieron ser calculadas mediante el programa SPSS, o en su defecto, los resultados no resultan ser estadísticamente significativos.

Quizás sea por ello que tan sólo en la tercera sesión la cohesión grupal predice a la varianza de la percepción de mejoría, medida en la misma sesión, en un 52% [$F = 18.51, p < .001, R^2 = .55, R^{2correg.} = .52, \beta = .74, t = 4.30$]. Esto significa que los miembros del grupo que durante la tercera sesión percibieron mayor cohesión grupal, tendieron a expresar mayor percepción de mejoría durante la sesión.

6.5.4.2.7.4. Cohesión grupal

Los análisis de regresión lineal relativos a la relación entre cohesión grupal, demuestran que en la tercera y sexta sesión, las relaciones positivas afectivas y de trabajo entre los miembros del grupo predicen de forma positiva al nivel de cohesión grupal percibido por ellos durante dichas sesiones; encontrándose en la tercera sesión y en relación a la relación positiva de trabajo que [$F = 23.14, p < .001, R^2 = .56, R^2_{correg.} = .54, \beta = .75, t = 4.81$]; y en la relación afectiva positiva que [$F = 13.77, p < .005, R^2 = .43, R^2_{correg.} = .40, \beta = .66, t = 3.71$]. Así mismo, durante la sexta sesión se encuentra que en relación a las relaciones positivas de trabajo entre los miembros del grupo [$F = 8.82, p < .01, R^2 = .42, R^2_{correg.} = .38, \beta = .65, t = 2.97$]; y en relación a las relaciones positivas afectivas entre los miembros del grupo [$F = 12.68, p < .001, R^2 = .70, R^2_{correg.} = .64, \beta = .78, t = 3.15$].

Esto significa que los miembros del grupo que expresaron mayor relación positiva afectiva y de trabajo con los otros miembros del grupo durante las sesiones del tratamiento, expresaron mayor percepción de cohesión grupal durante las mismas.

6.5.4.2.7.5. Resultados.

En relación a los resultados estadísticamente significativos obtenidos, se percibe mediante el análisis de regresión lineal que la dimensión de conexión emocional con el terapeuta, medida durante la sexta sesión, predice en un 46% el cambio en la sub-escala de contingencia, perteneciente al instrumento de Expectativas Generalizadas de Control (Palenzuela, 2013) [$F = 10.43, p < .01, R^2 = .51, R^2_{correg.} = .46, \beta = .71, t = 3.23$]; lo cual significa que los miembros del grupo que expresaron mayor conexión emocional con el equipo de terapeutas, incrementaron en mayor medida sus expectativas de contingencia en relación a sus acciones y los acontecimientos o resultados que puedan acontecerles.

Por último, mediante distintos análisis de regresión lineal, se encontró que la relación de trabajo positiva entre los miembros del grupo y el equipo de terapeutas, medida durante la sexta sesión, predice en un 84% la disminución de la percepción de los padres sobre la sintomatología agresiva y disruptiva [$F = 21.81, p < .05, R^2 = .88, R^2_{correg.} = .84, \beta = -.94, t = -4.67$].

6.5.4.2.8. *Percepción de elementos facilitadores.*

Como parte de los instrumentos que midieron el progreso terapéutico se incluyó una pregunta que fue hecha durante todas las sesiones, y estuvo compuesta por siete opciones múltiples de respuesta donde ellos podían identificar los elementos que, según su experiencia, fueron los que les ayudaron más. Adicionalmente, se les dio el espacio a los clientes para escribir cualquier otro elemento que consideraran que les había sido de ayuda durante el curso de las sesiones.

En la Figura 96, se observa la frecuencia con la que padres e hijos (n=22) identificaron los diferentes elementos facilitadores proporcionados en las opciones múltiples de respuesta.

Como puede observarse, los clientes percibieron escuchar otros puntos de vista e historias personales, así como compartir algo importante con otras personas y sentirse escuchados, facilitó el trabajo terapéutico durante y entre las sesiones de tratamiento.

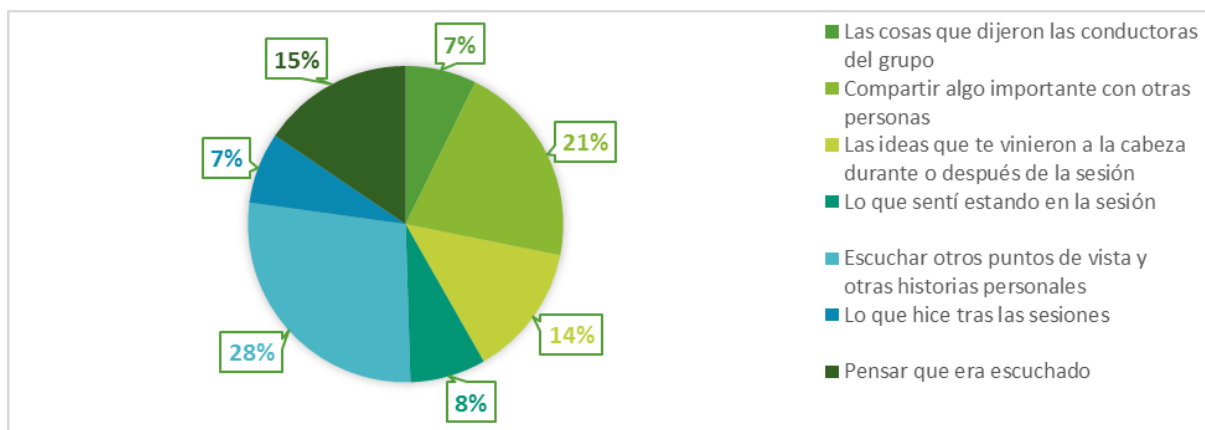


Figura 98: Percepción de elementos facilitadores durante el tratamiento.

6.5.4.2.9. *Satisfacción con el programa de tratamiento.*

Al finalizar las 8 semanas de tratamiento, se llevó a cabo una entrevista profunda con cada una de las familias para evaluar el proceso y proporcionarles un cierre individual reconociendo los logros alcanzados y los aspectos que continúan siendo contemplados para seguir trabajando a nivel familiar.

Así mismo, para evaluar la satisfacción del tratamiento a nivel general durante la entrevista final, se les hizo una serie de preguntas que fueron respondidas por medio de cinco opciones de respuesta que fueron desde 1= "poco", 3= "algo", y 5= "mucho".

Como puede observarse en la Figura 99, de manera general, tanto los adolescentes como los padres participantes (n=22) expresaron haberse sentido bastante cercanos, seguros, y confiados con sus terapeutas; percibiendo que habían compartido bastante cosas importantes con ellos, y donde se habían sentido comprendidos durante el curso del tratamiento.

Parece ser que tanto los padres como los hijos se sintieron cercanos y con confianza con sus propias familias durante el proceso de tratamiento; terminando las sesiones con una moderada satisfacción con lo logrado.

Así mismo, a pesar de que los padres expresaron que compartieron cosas importantes con sus familias y con las otras familias, sintiéndose comprendidos y con la libertad para decir cualquier cosa, los adolescentes expresaron puntuaciones ligeramente más altas que ellos en estos aspectos.

Por último, a nivel multi-familiar, se observa que las familias se sintieron cercanas, confiadas, y con libertad para expresar sus sentimientos.

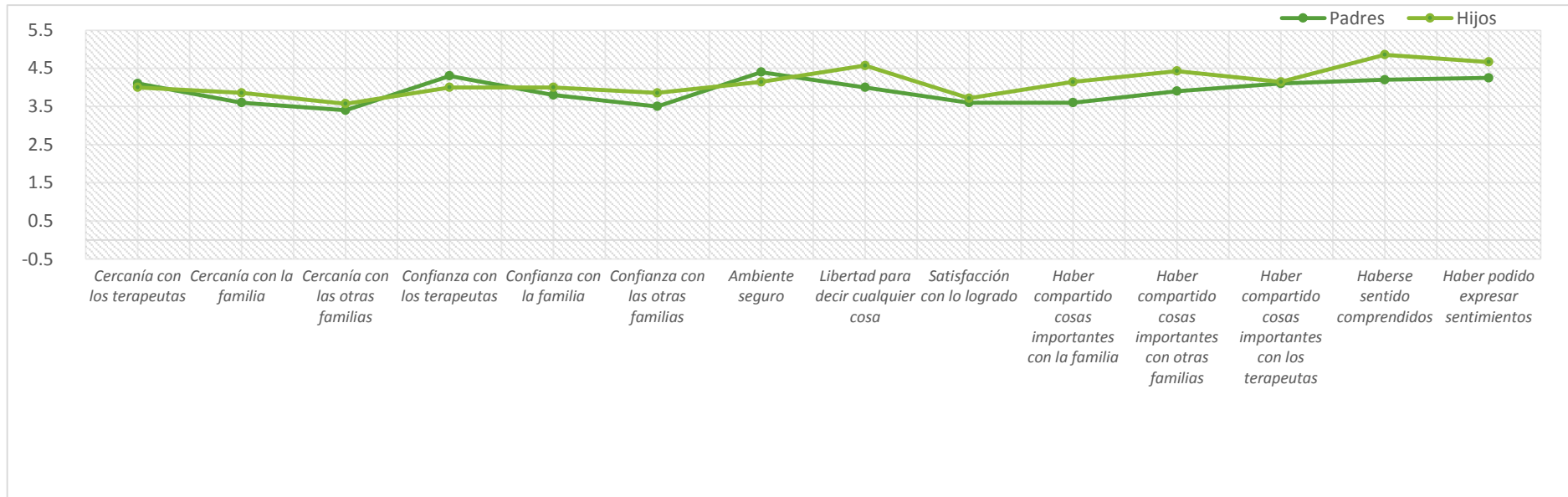


Figura 99: Cuestionario de satisfacción con el tratamiento.

Nota: 1= "poco", 3= "algo", y 5= "mucho".

6.6. DISCUSIÓN

A pesar de que dos familias de cada grupo abandonaron el proceso del tratamiento antes de su finalización, el porcentaje de asistencia a las sesiones osciló entre el 70-80%; siendo esto similar a investigaciones anteriores como las de Asen (2002), Hollesen, Clausen, y Rokkedal (2013), Scholz y Asen (2001), y Tantillo (2003), donde usando la TGMF, se presentaron bajos índices de abandonos prematuros.

Así mismo, independientemente de la variabilidad de las respuestas dadas en ambos grupos multifamiliares, en términos generales, los padres e hijos adolescentes que conformaron los grupos expresaron que las sesiones les ayudaban a sentirse mejor, y eran útiles para solucionar sus problemáticas.

Sin embargo, en el primer grupo multifamiliar, donde se llevaron a cabo 15 sesiones, mientras los padres consideraron más útiles las sesiones llevadas a cabo en sub-grupos de padres e hijos por separado, los adolescentes consideraron que las sesiones multi-familiares fueron aún más útiles. Esto pudo haber variado debido a que el segundo grupo tuvo menos sesiones, y las tres sesiones con formato multifamiliar fueron llevadas a cabo al final del tratamiento.

Al finalizar el tratamiento, en ambos grupos las familias consideraron de manera general haber percibido una mejoría y satisfacción moderada durante el curso de las sesiones; donde en el caso del segundo grupo, su percepción de mejoría fue ascendente y progresiva. Esto pudo haber sido debido a que, como menciona Burlingame (2001), los clientes que forman parte de procesos de tratamiento guiados mediante el fomento de la cohesión grupal, tienden a percibir mayor mejoría que los grupos que son dirigidos al fomento de los objetivos de resultado; siendo de esta forma, la cohesión grupal, algo muy similar a la alianza terapéutica (Fuhriam y Burlingame, 1990; Joyce, et al., 2007; Lorentzen, 2004; Marziali, Monroe-Blum, y McCleary, 1997; Gillaspy, Wright, Campbell, Strokes, y Adinoff, 2002; Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, y Gleave, 2005; Budman et al., 1989).

Esta relación entre la cohesión grupal y la alianza terapéutica, también se corrobora en los resultados; donde se observaron altas correlaciones entre el instrumento SOATIF, que mide el nivel de alianza terapéutica, y el TFI-coh, y GQ que miden la cohesión grupal. Así mismo, coincidiendo con Garske y Davis (2000), y Lambert y Barley (2002), la cohesión grupal se presentó de igual forma en ambos grupos multifamiliares; independientemente de que cada uno fuera llevado por enfoques psicoterapéuticos y técnicas distintas.

Por otro lado, los resultados también coinciden con Hellemans et al., (2011), Chazan (2001), Yalom y Leszcz (2005), Moos, Finney, y Maude-Griffin (1993), Burlingame, Fuhriam, y Johnson

(2002), y Budman et al., (1989) en relación a la relación entre la cohesión grupal y el cambio; ya que a medida en que los miembros del grupo percibieron mayor cohesión grupal durante las primeras sesiones del tratamiento, mediante la utilización del instrumento TFI-coh y la puntuación global del instrumento GQ, mayor fue su percepción de mejoría.

Donde específicamente en el primer grupo multi-familiar, se encontró que en la última medición del tratamiento compuesto por 15 sesiones, la sub-escala de miembro-grupo *Positive Bonding* perteneciente al instrumento GQ, es la que explica en gran medida la puntuación media de mejoría durante las sesiones.

De esta forma, independientemente de que en el segundo grupo los terapeutas que guiaron el proceso del tratamiento lo hicieron orientados hacia el fomento de la alianza terapéutica como directriz constante, en ambos grupos se encontró una correlación entre el nivel de cohesión grupal y los resultados obtenidos. Sin embargo, como ya se había mencionado antes y en concordancia con los resultados de Burlingame (2011), en el grupo dirigido en torno a la construcción de la alianza terapéutica se encontraron niveles más altos de cohesión grupal desde la primera etapa del tratamiento; así como la percepción de mejoría fue ascendente y progresiva durante el curso del tratamiento.

6.6.1. Nivel de alianza terapéutica observada

Las mismas observadoras entrenadas en la codificación de las conductas observables de alianza terapéutica mediante el SOATIF-o que participaron en la primera fase de la tesis, codificaron las sesiones de ambos grupos multifamiliares.

El entrenamiento con las observadoras fue llevado a cabo mediante grabaciones de sesiones grupales de un programa psico-educativo; donde se encontró una alta fiabilidad inter-observadores. Sin embargo, a pesar de la práctica en la codificación de vídeos de terapia grupal durante el entrenamiento, y durante la codificación de las tres sesiones del primer estudio, las observadoras se presentaron ante un reto importante: vídeos de sesiones psicoterapéuticas con formato multi-familiar.

En el primer grupo, las instalaciones contaban con dos cámaras de video-grabación, que permitían hacer cambios de tomas, y acercamientos; mientras que en el segundo grupo, gran parte de las grabaciones fueron llevadas a cabo mediante una sola cámara; donde a pesar de ser el grupo de familias más grande, se confrontó con la dificultad de no poder hacer acercamientos, e inclusive, de no poder enfocar a todos los miembros del grupo al mismo tiempo.

En ambos grupos las sesiones video-grabadas estuvieron conformadas por entre 8 y 22 personas en la misma sala, acompañadas en el proceso psicoterapéutico por uno, dos, o cuatro co-terapeutas en

formato multi-familiar o de sub-grupos; mientras un equipo de terapeutas y supervisores observaban en el primer grupo por medio de un espejo unidireccional, y en el segundo por medio de un circuito cerrado de televisión y un teléfono que permitía la comunicación entre el equipo terapéutico.

Todo este contexto, conformó el reto y complejidad para la supervisión, acompañamiento del equipo de terapeutas, y codificación de las sesiones mediante las video-grabaciones.

Sin embargo, en ambos grupos, el instrumento SOATIF-o permitió la detección de dinámicas relacionales entre los co-terapeutas y miembros del grupo, como lo son las principales dificultades presentadas, así como algunas de las rupturas y reparaciones de la alianza terapéutica en el contexto grupal multi-familiar.

Los resultados obtenidos en ambos grupos, nos permitieron observar puntuaciones estables y típicamente dentro de los valores positivos; especialmente en torno a la dimensión de Conexión emocional con el terapeuta, donde se encontraron los valores más altos entre las contribuciones del terapeuta a la construcción de la alianza terapéutica, así como los valores más estables y neutros en las conductas observables de alianza terapéutica que mantuvieron los miembros de los grupos durante las sesiones de tratamiento.

Así mismo, se observó que en ambos grupos los valores más altos en los clientes corresponden a las conductas observables de Sentido de compartir el propósito y de Enganche en el tratamiento; siendo más frecuentes las intervenciones de los terapeutas para el fomento del Enganche en el tratamiento durante la primera sesión evaluada, y durante la primera sesión donde se presenta un cambio en el formato de las sesiones.

En el caso del fomento de un Sentido de compartir el propósito por parte de los terapeutas, se observa que éstos lo hicieron de forma poco frecuente al inicio y final del tratamiento mediante la devolución de similitudes entre los miembros del grupo. Sin embargo, parece ser que los grupos no necesitaron de mayores intervenciones por parte de los terapeutas para presentar puntuaciones altas desde el inicio del tratamiento en ésta dimensión.

La posibilidad de detectar las conductas observables de alianza terapéutica y las simultáneas contribuciones de los co-terapeutas a la construcción de la alianza permitió detectar rupturas y reparaciones hechas por los co-terapeutas durante las sesiones evaluadas; como por ejemplo, en torno a las dificultades iniciales que se mantuvieron en ambos grupos con los adolescentes para establecer un clima afectivo y de trabajo positivo, libre de faltas al respeto entre ellos.

Así mismo, otra ventaja del instrumento fue la posibilidad de detectar mediante conductas observables la seguridad con la que cada miembro del grupo se encontraba durante el curso de las sesiones; facilitando así su expresión emocional durante el curso de las sesiones.

Sin embargo, parte de las limitaciones de esta fase de la tesis con el instrumento SOATIF-o se encuentran con la dificultad de las observadoras que codificaban las sesiones video-grabadas, y del equipo de terapeutas que acompañaba al grupo desde fuera, para detectar las múltiples interacciones verticales y horizontales que se encontraron dentro de un sistema terapéutico compuesto por varias personas, familias, y co-terapeutas.

Dicha dificultad, pudo haber estado relacionada con la homogeneidad en las puntuaciones de los miembros del grupo dadas por las observadoras, y en consecuencia, con la dificultad para establecer diferencias entre los miembros del grupo y co-terapeutas mediante el instrumento.

6.6.2. Nivel de alianza terapéutica y cohesión grupal auto-reportada

Los instrumentos empleados para conocer el nivel de alianza terapéutica y cohesión grupal auto-reportada dentro del proceso terapéutico fueron el SOATIF-s, el *Group Questionnaire* (GQ), y la sub-escala de cohesión grupal del *Therapeutic Factors Inventory* (TFI-coh).

Mediante el instrumento SOATIF-s, en ambos grupos se presentaron puntuaciones altas similares a las puntuaciones presentadas en sus co-terapeutas durante el curso de las sesiones. Así mismo, de forma similar a los resultados de Friedlander, Lambert, Escudero, y Cragun (2008), se observó que en la familia 3, denominada en la tesis como “*Al borde de la apertura de un expediente en servicios de protección a la infancia*” y donde hubo un abandono prematuro voluntario, su nivel de percepción de mejoría, junto con su nivel de alianza terapéutica durante la cuarta sesión fue de los más bajos de su grupo.

En el caso de la abuela acogedora de la familia 8, que abandonó el tratamiento para dejar que su hija se vinculara más con su nieto y retomara su rol de madre, expresó el nivel más bajo de su grupo en torno a la alianza terapéutica medida mediante el SOATIF-s. Y finalmente la madre de la familia 14, que decidió abandonar el tratamiento una semana antes de la finalización del tratamiento, expresó sus puntuaciones más bajas en la seguridad en el sistema terapéutico, y en el enganche en el tratamiento.

Así mismo, como ya se había mencionado, en los instrumentos de proceso se hacen notorias las sesiones donde se hizo algún cambio estructural en el formato de las sesiones. Esto se puede observar de especial forma, tanto en el cambio de tendencias de las puntuaciones en el curso del tratamiento, como en las diferencias de puntuaciones entre padres e hijos en las sesiones donde estuvieron separados.

En este aspecto, se observó de especial interés la sexta sesión del segundo grupo; ya que ésta fue la sesión evaluada donde justo se modificó por primera vez el formato de sub-grupos a sesiones multi-familiares. Es aquí donde se encontró con que, ya para la sexta sesión del tratamiento, los sub-

grupos de padres y adolescentes ya habían formado cierta identidad y cohesión grupal individual; siendo necesario un periodo de transición similar al llevado a cabo durante la sexta sesión del primer grupo de tratamiento, donde se retrocediera un poco, y se les proporcionara un tiempo de conocimiento e identificación mutua.

Este tiempo de adaptación o transición, no solo involucra a los miembros del grupo; sino que también implica al equipo de co-terapeutas que hasta la quinta sesión había formado un *vínculo especial* con los padres o adolescentes; siendo más difícil para ellos en esa transición continuar en el proceso del tratamiento con una línea de relación afectiva y de trabajo que ayudara a conciliar el trabajo de ambos subgrupos.

Como ya se había mencionado con anterioridad, parte de las limitaciones de los instrumentos de auto-informe se encuentran relacionados con que, a pesar de que dan a conocer cuándo y en qué medida se produce un cambio en el proceso del tratamiento, no se puede conocer exactamente qué conductas o aspectos específicos se han modificado en las sesiones y cómo lo ha abordado el terapeuta dentro del proceso relacional; aspecto que va aún más allá de las técnicas psicoterapéuticas empleadas o del modelo teórico de marco de referencia.

Por otro lado, otra dificultad añadida al presente trabajo multi-familiar y manifestado en la evaluación del proceso, se encuentra relacionada con el acuerdo de objetivos, cambios necesarios, y aspectos a tratar durante las sesiones con todos los miembros del grupo; aspecto que, debido a que la definición del problema de los padres e hijos va cambiando durante el proceso, necesita ser consensuado de forma constante durante el tratamiento para favorecer un clima de trabajo positivo.

6.6.3. Mecanismos de acción de la terapia multi-familiar

Gran parte del provecho que se pudo sacar del instrumento GQ, se encontró relacionado con la composición del mismo; ya que permite distinguir en el proceso relacional los aspectos relativos a la estructura y cualidad de las relaciones grupales.

A pesar de que la estructura de las sesiones no concuerda al cien por ciento entre ambos grupos multi-familiares llevados a cabo, se observa un patrón similar que se ve reflejado en las variables predictoras que serán mencionadas a continuación:

- Relación afectiva en el grupo

De acuerdo a los resultados de ambos grupos multifamiliares, se puede observar que la labor del terapeuta en la terapia multifamiliar tiene mayor importancia de la esperada; ya que, de forma similar

al funcionamiento de la terapia familiar, el terapeuta se incluye en el sistema e influye en el estilo de comunicación y desarrollo de alianzas positivas (Escudero, 2011; Muran y Safran, 1998); donde en este caso particular de los dos grupos multi-familiares, a mayor relación afectiva positiva entre los miembros del grupo y el equipo de co-terapeutas, mayor fue la relación afectiva positiva entre los miembros del grupo; y en contraparte, a menor relación negativa entre los miembros del grupo y el equipo de terapeutas, menor fue la relación negativa entre los miembros del grupo.

Así mismo, se observó que en concordancia con Chazan (2001), el terapeuta influye en las relaciones grupales; de tal forma que, mientras se presentaba mayor relación afectiva positiva entre los miembros del grupo, mayores eran los puntajes que ellos expresaban en torno a su relación positiva con el grupo en general; y por consecuencia, mayor era su percepción de cohesión grupal.

Y finalmente se encontró que, en concordancia con los resultados de Escudero (2011) en terapia familiar, a medida en que los miembros del grupo percibían en la primera sesión evaluada mayor seguridad en el sistema terapéutico, menor era la relación negativa con el equipo de terapeutas; así como con el grupo en general.

Sin embargo, es importante tomar con cautela dichos resultados durante la decimotercera sesión del tratamiento del primer grupo multifamiliar; ya que ahí hubo un aumento en las relaciones negativas, y no se encontraron resultados estadísticamente significativos.

- Relación de trabajo

Con respecto a la relación de trabajo en los grupos multifamiliares evaluados, que a medida en que los miembros del grupo expresan mejor relación de trabajo con el equipo terapéutico, mejor es la relación de trabajo entre los miembros del grupo. Demostrando nuevamente, similitudes con las aportaciones de Chazan (2001) anteriormente mencionadas.

Sin embargo, durante la cuarta sesión del tratamiento del primer grupo multi-familiar, los resultados no fueron estadísticamente significativos.

Así mismo, consecuentemente con la relación anterior, a mayor sea la relación de trabajo positiva entre los miembros del grupo, mayor será la percepción de cohesión grupal de dichos miembros.

6.6.4. Eficacia del tratamiento

En relación a la eficacia del tratamiento, tan solo en el segundo grupo se permitieron rechazar dos hipótesis nulas debido a los cambios estadísticamente significativos en torno a la contingencia, y a la percepción de los padres sobre la sintomatología agresiva disruptiva de sus hijos adolescentes; lo cual tampoco indica la ausencia de cambios positivos después del tratamiento con respecto al resto de variables y al otro grupo de tratamiento. Probablemente, una muestra aún más homogénea y representativa, pudiera haber favorecido a la aceptación de las hipótesis alternativas anteriormente planteadas.

De esta forma, se observa que, el grupo multifamiliar orientado al desarrollo de la alianza terapéutica tuvo un especial impacto positivo en la disminución de la sintomatología agresiva y disruptiva percibida por los padres, y por tanto, en una percepción más positiva de sus hijos adolescentes y en la descentralización de la problemática familiar. Así mismo, también parece que hubo especial eficacia en torno al aumento de las expectativas de contingencia entre sus actos y los acontecimientos que les ocurren. Aspectos necesarios para favorecer la identidad positiva del adolescente (Escudero, 2013), y para romper con el ciclo del pesimismo que caracteriza a estas familias en situación de riesgo psicosocial moderado (Micucci, 1998; y David y Appell, 2010).

Especialmente, se encontró que los miembros de dicho grupo que expresaron mayor puntaje en la dimensión conexión emocional con el equipo de terapeutas, fueron los que incrementaron en mayor medida sus expectativas de contingencia en relación a sus acciones y los acontecimientos o resultados que puedan acontecerles.

Así mismo, se encontró que en ese mismo grupo, los padres que expresaron mayor relación positiva de trabajo con el equipo de terapeutas durante la última sesión evaluada, percibieron una mayor disminución de la sintomatología agresiva y disruptiva de sus hijos adolescentes al finalizar el tratamiento.

De esta forma, y en concordancia con Burlingame et al., (2011) y Chazan (2001), algo que destacó en ambos procesos grupales, fue la relevancia del rol del terapeuta en el establecimiento de una relación afectiva y de trabajo positiva entre los miembros del grupo durante todo el tratamiento; misma que al parecer, posteriormente es generalizada por los miembros del grupo hacia una relación con el grupo en general.

Sin embargo, en concordancia con Cassano, (1989), Dennison (2005), Knight, (2012); y Yalom, (2000), los clientes expresaron que mecanismos de acción similares a los de tratamientos grupales como escuchar otros puntos de vista e historias personales, así como compartir algo importante con otras personas y sentirse escuchados, fueron lo que principalmente facilitó el trabajo terapéutico durante y

ente las sesiones de tratamiento; permitiéndoles sentirse “que no eran los únicos pasando por situaciones similares” y que no son una desviación con el resto de familias.

Es por todo ello, que se podría considerar que las intervenciones de los co-terapeutas encaminadas a la construcción de un sistema de trabajo seguro que posibilite la expresión emocional y la escucha mutua, así como el modelamiento de un contacto emocional positivo con los miembros del grupo, probablemente hayan sido la parte central en el establecimiento de un clima de trabajo y emocional efectivo durante el tratamiento.

6.6.5. Evolución y dificultades clínicas encontradas en las familias

Resulta importante mencionar, que debido al largo tiempo de espera para poder conformar el primer grupo, y a la percepción de las co-terapeutas entrevistadoras sobre las altas motivaciones y expectativas de las catorce familias hacia el tratamiento, la mayoría de las familias entrevistadas fueron admitidas; observando en todas ellas recursos familiares útiles para su proceso individual y el proceso del resto de las familias.

Sin embargo, durante el proceso del tratamiento se observó que probablemente una mejor selección de las familias hubiera prevenido el abandono prematuro de cuatro familias que lo hicieron.

De manera general, tanto los adolescentes como los padres de ambos grupos multi-familiares que terminaron el proceso del tratamiento y acudieron a la entrevista final (n=24), expresaron haberse sentido cercanos, seguros, y confiados con sus terapeutas; percibiendo que habían compartido cosas importantes con ellos, y donde se habían sentido comprendidos en los momentos donde expresaron sus sentimientos.

Así mismo, parece ser que a nivel general, los miembros de ambos grupos (n=24) expresaron sentirse medianamente cercanos y confiados a nivel individual familiar.

Como puede observarse, cada familia enriquece el conocimiento clínico de la población en riesgo psicosocial moderado; así como el conocimiento del proceso de adaptaciones sistémicas por el que pasan las familias con hijos en la etapa de la adolescencia.

En primer lugar, se puede observar cómo, en concordancia con la literatura aportada por Escudero (2011, 2013), y Chazan (2001), en la familia 1, 4, 6, y 9, los adolescentes manifiestan dificultades en la formación de su identidad.

En la familia 1, a pesar de haber sido tratada por múltiples profesionales, aún no lograba recuperar una relación de apego entre madre e hijo que le posibilitara al adolescente la experiencia de

sentirse querido, valorado, y aceptado desde una mirada esperanzadora. Sin embargo, a pesar de que le costó mucho trabajo a la madre reconocer los importantes logros que su hijo adolescente ha logrado, al final del tratamiento ella manifestó mediante los cuestionarios sentirse más orgullosa de su familia y con la confianza necesaria para resolver los problemas en familia; así mismo, expresó haber percibido una disminución en la sintomatología agresiva-disruptiva de su hijo adolescente, y que ahora son capaces de expresar sus sentimientos de forma sincera expresando su afecto.

Esta madre no fue la única que tuvo dificultades en expresarle a su hijo sus logros y virtudes; ya que en la familia 6, los padres estaban tan preocupados por encontrar una causa biológica a la conducta disruptiva y emocionalmente descontrolada de su hijo, que no dejaban ver que probablemente sus dificultades de pareja, junto con la percepción de su hijo de sentirse concebido por sus propios padres como alguien incompetente y generador de malestar, estaban afectando emocionalmente a su hijo.

Así mismo, estas dificultades para conformar una identidad positiva en los adolescentes se presenta en el caso de la familia 4; donde los padres que están separados, acuden al tratamiento para “evitar” que su hijo sea violento y descontrolado emocionalmente *como su padre*. Donde como Singer (1983) afirmaba, probablemente era necesario que durante el proceso del tratamiento el padre trabajara en la aceptación de su propia identidad, y que a su vez, tanto el padre como la madre, lograran encontrar al padre como alguien “diferente” a su hijo; para así favorecer que éste encontrara sus propias características individuales que conforman su identidad de forma independiente a las similitudes que puedan existir entre ambos. Sin embargo, durante el seguimiento telefónico tras los seis meses de finalización del proceso terapéutico, la madre expresó que el padre se encontraba ausente, y el hijo adolescente aún más agresivo en el instituto y en casa.

Como puede observarse, y en concordancia con Escudero (2013), a medida en la que los padres fueron capaces de reconocer virtudes o avances en sus hijos adolescentes, o quizás una aceptación de una parte de su personalidad, los adolescentes respondieron de forma positiva; como lo fue en el caso de la familia 1 y la familia 6.

Otra dificultad frecuente de los adolescentes que conformaron los grupos de tratamiento multifamiliar, y asociada a la dificultad anterior, fue la socialización; donde en la familia 14 se observa claramente que la introversión en la adolescencia, y en las familias en situación de riesgo psicosocial, puede ser concebida socialmente como una virtud en la familia frente a la alternativa de tener adolescentes en casa con síntomas externalizantes; como lo fue con la familia 1, donde el resto de familias participantes se mostraban *aliviadas* de no contar con problemáticas similares en casa.

Paradójicamente, y en concordancia con lo anterior, en los grupos costó más trabajar con los adolescentes con sintomatología internalizante; dándose el caso donde justo tres de las cuatro familias con hijos adolescentes introvertidos fueron las que abandonaron el tratamiento.

Probablemente, como afirmaban Asen, Dawson y McHugh (2001), haya sido necesario tomar en cuenta en la conformación del grupo multifamiliar que los adolescentes contaran con una sintomatología similar, y que como aporta Curtin (2012), los grupos hubieran sido conformados con menos familias para facilitar el posterior trabajo terapéutico.

Así mismo, se observó, en concordancia con Asen (2002) y Dennison (2005), el gran poder terapéutico que tienen las intervenciones multifamiliares con familias en riesgo psicosocial; ya que las familias trabajaban de forma interrumpida y simultánea por medio del aprendizaje vicario; donde inclusive, las familias se movilizaban más cuando observaban en otros miembros del grupo sus propias disfunciones, anteriormente invisibles a sus ojos.

Un claro ejemplo de ello, se encontró en la tercera sesión del segundo grupo; donde madre e hija de la familia 13 expresaron simultáneamente una escena de maltrato dentro de un *roleplaying* llevado a cabo por subgrupos. En este caso, el grupo de padres se movilizó generando fuertes reacciones distintas; unas empatizaron con la madre, pudiendo expresar que también habían pasado por situaciones similares de desborde emocional y posteriores sentimientos de culpa, y otras, como la familia 12, reprobando rotundamente la situación y rechazando a esta madre.

Algo similar pudo haber ocurrido con el adolescente de la familia 2 que terminó abandonando el tratamiento, donde su aparente falta de identificación con el resto de adolescentes, podría haber estado encubriendo su fuerte identificación y rechazo con los problemas que observaba en su hermano mayor.

Otra dificultad clínica que se presentó en la mayoría de las familias que conformaron los grupos, fue la colocación del hijo adolescente como chivo expiatorio; donde como ya se explicó con la familia 6, las problemáticas con el hijo adolescente servían para disipar otras dificultades familiares como la sintomatología de los padres (familia 6 y 12), o los problemas de pareja (familia 6 y 4).

Así mismo, otra dificultad latente con la que se encontraron las familias de forma frecuente, es con la doble función de amenaza y recurso de los servicios de protección a la infancia; donde en el caso de la familia 3, la posibilidad real de perder la custodia del adolescente era lo que según expresaba la abuela, los impulsaba para buscar ayuda y favorecer el cambio. Sin embargo, en el caso de la familia 13, no fue así; ya que de forma sorpresiva abandonaron el tratamiento debido a la denuncia de la hija adolescente hacia la madre por malos tratos y falta de empatía. Lo cual, se relaciona con la frecuente dificultad de las familias para evitar ejercer los malos tratos como método de disciplina; donde esto sólo

pudo ser tratado durante el tratamiento con los padres que contaban con la capacidad de empatizar con su pasado y con sus hijos; independientemente de la cultura que provinieran.

En el caso de la familia 8, según expresa la madre, el hecho de que la abuela sea la acogedora familiar ha sido el motor principal que ha vuelto a despertar en ella el deseo de superarse y recuperar el rol de madre que hasta ahora ha ejercido su madre; así como lo fue en el pasado en la familia 11, y hoy en día, la familia se ha re-integrado y durante el tratamiento se trabajaron aspectos relacionados con la vinculación y la negociación de límites y normas entre madre e hija.

Así mismo, en cuatro familias se detectó que el motivo de acudir al tratamiento se encontraba relacionado con el deseo de los padres de producir un acercamiento con sus hijos adolescentes; donde se observó la importancia del reencuentro con la propia adolescencia para poder conectar con los sentimientos y necesidades de sus hijos adolescentes.

En el caso de la familia 7, se observa cómo la madre, tras haber encontrado la paz mediante la separación con su esposo, busca acercarse a sus hijos intentando comprender su sufrimiento por lo vivido con su padre; aspecto que facilita hasta ahora el bienestar y vinculación familiar.

Sin embargo, no es fácil encontrar que todos los padres tengan esa capacidad de introspección y empatía; como es en el caso de la familia 5, donde la falta de trabajo personal en la problemática adolescencia que tuvo la madre, probablemente sea un aspecto que podría dificultar la conexión emocional con su hijo adolescente; manteniendo hasta ahora vigente su miedo a que su hijo le oculte cosas y a que ella no pueda contarle los secretos de su pasado.

Así mismo, algo parecido le ocurre a la madre de la familia 3; la cual sigue manteniendo dificultades psíquicas importantes que dificultan su estabilidad emocional y la posibilidad de que cumpla con sus funciones maternas; por lo que una vez más, la abuela es la persona que hasta ahora ha detenido a los servicios de protección a la infancia tomar medidas de protección con el adolescente.

En el caso de la familia 10, estas mismas dificultades de la madre y de su pareja, en torno a la falta de empatía con las necesidades de su hijo adolescente, dificultan en gran medida una conexión entre ambos. Sin embargo, aquí pudo haber intervenido otra dificultad encontrada en la familia 5, relacionada con una relación fusionada entre madre e hijo previo a la adolescencia; donde la separación del adolescente puede ser vivida de forma más agresiva para estas madres que se encuentran incapaces de tolerar un rechazo por su parte.

Finalmente, como puede intuirse, una última dificultad clínica detectada en las familias de los grupos es la percepción de cronificación del nivel de riesgo de los adolescentes debido a las dificultades de vinculación y/o a la historia de riesgo psicosocial que han vivido sus padres (Asen et al., 2001; Dennison et al., 2005; Escudero, 2013; González, 2006; Micucci, 1998); sin embargo, debido a que en

la mayoría de estos casos de riesgo moderado las crisis no son lo suficientemente profundas, todavía existe la posibilidad de romper con este ciclo intergeneracional por medio de tratamientos tempranos (F. González, 2006) quizás un poco más largos y adaptados a sus necesidades.

7. CONCLUSIONES DE LA TESIS

Con respecto al progreso terapéutico y aceptación de las hipótesis alternativas propuestas para la evaluación de la eficacia del tratamiento:

En el grupo psico-educativo evaluado, perteneciente al Primer Estudio, se observa mediante los instrumentos de medida un progreso terapéutico moderado que fue incrementando de forma progresiva y lineal durante el transcurso de las sesiones; donde al parecer, la percepción de utilidad de las sesiones jugó un papel importante.

Por otro lado, con respecto a los dos grupos multifamiliares llevados a cabo en la Segunda Fase de la tesis, se observó que la percepción de mejoría y satisfacción de las familias con lo logrado durante el tratamiento fue moderada; donde tan solo en el segundo grupo multifamiliar (Estudio III de la tesis), llevado a cabo y orientado al desarrollo de la alianza terapéutica, se encontró evidencia empírica suficiente para rechazar, con un 99% de intervalo de confianza, a la hipótesis nula relativa a la disminución de la percepción de los padres acerca de la sintomatología agresiva y disruptiva de sus hijos adolescentes, así como al aumento de las expectativas de contingencia de los miembros del grupo con respecto a sus acciones y consecuencias. Lo cual, pudo haber ayudado a favorecer una identidad más positiva de los adolescentes, descentralizar el conflicto familiar de los hijos adolescentes, y romper con el ciclo del pesimismo.

Por otro lado, de manera general, los 24 adolescentes y padres de ambos grupos multi-familiares que terminaron el proceso del tratamiento y acudieron a la entrevista final, se sintieron cercanos, seguros, y confiados con sus terapeutas; percibiendo que habían compartido cosas importantes con ellos, y donde se habían sentido comprendidos en los momentos donde expresaron sus sentimientos. Sin embargo, probablemente haya faltado más tiempo para trabajar con las familias en torno a su nivel de cercanía y confianza experimentado a nivel individual-familiar.

En relación al nivel de alianza terapéutica y cohesión grupal durante el curso del tratamiento:

En la primera Fase de la tesis, se comprobó un alto nivel de fiabilidad del instrumento SOATIF-o mediante el previo entrenamiento de las cuatro observadoras; así mismo, se comprobó que, a pesar de la necesidad de añadir nuevos descriptores que permitan sacar el mayor provecho del instrumento en intervenciones grupales, el instrumento era útil en dichos entornos de tratamiento.

Sin embargo, el gran número de personas, y las video-grabaciones tomadas en los grupos multifamiliares, pudieron haber afectado la detección de las múltiples interacciones presentadas en este contexto de tratamiento.

Es por ello, que para considerar una adaptación del instrumento SOATIF-o a intervenciones grupales multifamiliares, sería necesario explorar nuevamente cómo se comporta el instrumento con menos miembros grupales y familias por grupo; favoreciendo así que mediante el sistema de video-grabación se permitan identificar mediante el instrumento diferencias individuales en torno al proceso de alianza terapéutica.

Sin embargo, una ventaja del SOATIF-o en relación al resto de instrumentos de auto-reporte empleados para medir la alianza terapéutica y cohesión grupal, se encuentra en la posibilidad de detectar simultáneamente las conductas y situaciones específicas que generan rupturas y reparaciones de alianza terapéutica en el sistema de tratamiento durante el proceso grupal.

Otra ventaja encontrada mediante el uso del instrumento SOATIF-s y SOATIF-o en las intervenciones grupales, y las intervenciones multifamiliares, se encuentra relacionada con posibilidad de valorar el nivel de seguridad en el sistema terapéutico percibido por cada miembro del grupo y de forma independiente a la valoración global de las relaciones afectivas y de trabajo entre las distintas estructuras relacionales del contexto terapéutico. Ya que de esta forma, y como se evidenció en el primer estudio con el grupo psico-educativo, el favorecimiento de la seguridad en el sistema terapéutico permite promover la expresión y participación grupal, además de reparar y ayudar a favorecer el desarrollo de la cohesión grupal en etapas iniciales del tratamiento, como bien se observó en los grupos multifamiliares.

Concretamente en estos dos grupos llevados a cabo, se observó que desde el inicio del tratamiento los miembros del grupo mantuvieron niveles altos en relación a la dimensión de Sentido de compartir el propósito y Enganche en el proceso del tratamiento; mientras que las contribuciones de los terapeutas a la construcción de dichas dimensiones se hicieron principalmente durante las primeras sesiones del tratamiento, y del cambio estructural a sesiones con formato multi-familiar.

Dicho cambio estructural en el formato de las sesiones, se observó que afecta al nivel de alianza terapéutica y cohesión grupal; por lo que podría ser necesario tomar un tiempo de adaptación para favorecer el conocimiento mutuo e identificación inter-personal entre el nuevo sistema terapéutico multi-familiar, que engloba también a los co-terapeutas.

Así mismo, se observó que el grupo multifamiliar de tratamiento orientado hacia el fomento del desarrollo de alianza terapéutica, agilizó la formación de la cohesión grupal desde la primera etapa del

tratamiento, y se correlacionó de forma positiva con el nivel de percepción de mejoría durante las sesiones.

Con respecto al primer estudio, conformado por el grupo psico-educativo, se encontró que gran parte de las contribuciones a la formación de una sólida alianza terapéutica por parte de las co-terapeutas estuvieron encaminadas al favorecimiento de una fuerte conexión emocional; donde los miembros del grupo respondieron a ella de forma neutral y estable.

Por el otro lado, las puntuaciones de alianza terapéutica observadas que se mantuvieron altas durante todo el curso del tratamiento en el grupo estuvieron relacionadas con la dimensión de Sentido de compartir el propósito; sin embargo, al igual que con los grupos multi-familiares, no se necesitaron de mayores contribuciones de los co-terapeutas que resaltar en algunas ocasiones las similitudes entre ellos y favorecer en una ocasión el acuerdo de objetivos.

Es por ello, que se considera que conformar grupos homogéneos en relación a sus necesidades y principales dificultades familiares podría ayudar a favorecer la cohesión grupal desde el inicio del tratamiento; así como a la difícil tarea que se encuentra en los grupos multifamiliares para acordar y modificar constantemente las temáticas, objetivos, y metas terapéuticas durante el curso del tratamiento.

Con respecto a los mecanismos de acción en terapia multifamiliar:

Se encontró de gran utilidad el instrumento *Group Questionnaire* (GQ) para detectarlos; donde a pesar de que no concuerda al cien por ciento la estructura de los dos grupos multifamiliares llevados a cabo, se pueden encontrar mismos patrones de funcionamiento.

En primer lugar, y al igual que en procesos grupales, la labor del terapeuta en el establecimiento de una relación afectiva y de trabajo con cada miembro del grupo, podría ser un factor clave para que los miembros del grupo reproduzcan dichas relaciones entre ellos; desarrollando así una fuerte cohesión grupal, mediante la percepción de una enriquecedora y positiva experiencia grupal multifamiliar.

En concordancia con el funcionamiento de la terapia familiar, las intervenciones del terapeuta encaminadas a la construcción de un sistema de trabajo seguro durante las primeras sesiones del tratamiento, evitarán relaciones negativas en el entorno terapéutico, y favorecerán la oportunidad de expresión y conexión emocional en el grupo.

Así mismo, en concordancia con la teoría, se encontró que la cohesión grupal es un elemento presente en los grupos de forma independiente al modelo teórico empleado, donde su percepción durante las primeras sesiones del tratamiento, puede predecir la percepción de mejoría durante el tratamiento; especialmente mediante las mediciones hechas con la sub-escala de miembro-grupo

Positive Bonding en últimas sesiones del tratamiento, la sub-escala TFI-coh, y el puntaje global del instrumento GQ.

Así mismo, en el grupo orientado hacia el fomento de la construcción de alianza terapéutica, los padres que expresaron mayor relación positiva de trabajo con el equipo de terapeutas durante la última sesión evaluada, fueron los que percibieron una mayor disminución de la sintomatología agresiva y disruptiva de sus hijos adolescentes al finalizar el tratamiento.

Aunado a lo anterior, los miembros de dicho grupo que expresaron mayor puntaje en la dimensión conexión emocional con el equipo de terapeutas, fueron los que incrementaron en mayor medida sus expectativas de contingencia en relación a sus acciones y los acontecimientos o resultados que puedan acontecerles.

Con respecto a la población en situación de riesgo psicosocial moderado atendida en un formato multifamiliar:

Se observaron dificultades clínicas propias de las características clínicas de la población en situación de riesgo psicosocial con hijos adolescentes; como lo son: 1) *la percepción y prevención de la transmisión del conflicto intergeneracional*; 2) *el favorecimiento de una concepción positiva y esperanzada por parte de los padres hacia los hijos, y de la formación de una identidad positiva de los adolescentes*; 3) *las ganancias secundarias de la sintomatología de los adolescentes en el funcionamiento familiar*; 4) *la necesidad y amenaza de la socialización del adolescente en la familia*; 5) *la doble funcionalidad de los recursos de protección a la infancia y acogimiento familiar, donde moviliza los recursos familiares mediante la amenaza de la separación familiar, y protege a los menores durante el proceso de crecimiento familiar*; y 6) *la importancia de la capacidad empática y el trabajo personal de los padres en su propia etapa de adolescencia para conectar con sus hijos*.

Sin embargo, también se encontraron dificultades clínicas menos esperadas, como lo fue la dificultad para integrar a los adolescentes introvertidos en el proceso grupal, y la dificultad para abordar el grado de movilización y rechazo grupal producido por medio de la identificación con las propias disfunciones.

Finalmente, se puede concluir que existe la posibilidad de romper con el ciclo del pesimismo y la desesperanza compartida entre los profesionales y las familias, mediante el tratamiento temprano por medio de un formato grupal que posibilite la disminución de la dependencia a los profesionales, el aprendizaje vicario, el reconocimiento de la propia responsabilidad e influencia en las cosas que acontecen, una disminución de los sentimientos de inadecuación y exclusión, y una mirada más esperanzadora hacia el futuro.

8. LÍNEAS FUTURAS DE TRATAMIENTO E INVESTIGACIÓN CON FAMILIAS EN RIESGO MODERADO

Mediante la experiencia clínica con los dos grupos multifamiliares con familias en situación de riesgo psicosocial moderado, se presenta la relevancia de, además de promover la continuación del tratamiento e investigación de proceso con familias vulnerables, comunicar algunas sugerencias:

1. Favorecer la seguridad y relación afectiva y de trabajo positiva entre el terapeuta y cada miembro del grupo desde las primeras sesiones del tratamiento.
2. De ser posible, guiar el tratamiento de inicio a fin por medio del desarrollo de la alianza terapéutica y/o cohesión grupal.
3. Comenzar con el proceso de transición grupal hacia las sesiones multifamiliares antes de la sexta semana del tratamiento por medio de: tareas o experimentos para casa que involucren al interacción entre padres e hijos; sesiones de juego que permitan la interacción entre padres e hijos; y por medio de técnicas como *cross-parenting* o cambio de roles que involucren a todo el sistema multifamiliar, inclusive a los terapeutas.
4. Hacer el uso de la “pausa” en medio de la sesión, que permita detectar las necesidades de las familias, y quizás reconducir la sesión por medio de actividades propuestas por el equipo de terapeutas observadores o inclusive por las mismas familias.
5. Promover técnicas activas que movilicen a las familias; sin olvidar recoger de forma grupal las impresiones y sentimientos producidos durante la sesión.
6. Hacer preguntas circulares, que promuevan en todo momento el intercambio de ideas, similitudes, necesidades, pensamientos, y sentimientos entre las familias.
7. Favorecer la posibilidad de llevar a cabo más sesiones; favoreciendo así la investigación del proceso de tratamientos más largos, y su relación con el cambio en psicoterapia.
8. Promover tratamientos individuales simultáneos en caso de ser necesarios.
9. Seleccionar a familias tomando en cuenta principalmente la presencia de necesidades psicoterapéuticas similares, y su pronóstico clínico.
10. Sacar el máximo provecho terapéutico del tiempo y actividades intra-sesión; sin la necesidad de hacer uso de múltiples técnicas durante la misma.
11. Aceptar las dificultades crónicas que tienen las familias.
12. Devolver recursos, progresos individuales y familiares, y una mirada posibilista a las familias.

Así mismo, mediante la experiencia en la investigación del proceso de terapias grupales y terapias multifamiliares, se observa la importancia de aplicar los mismos instrumentos de proceso a grupos conformados por no más de doce personas (cinco familias aproximadamente), y asegurar la posibilidad de realizar vídeo-grabaciones que permitan detectar de forma clara las conductas observables de alianza terapéutica.

De esta forma, se podría hacer un análisis profundo de los ítems que los conforman, y realizar una adaptación concurrente del instrumento SOATIF a intervenciones grupales multifamiliares.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abascal, A. (2011). *Alianza terapéutica en terapia familiar, La contribución del terapeuta en la creación de la alianza*. Universidad de la Coruña.
- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and profile*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T., y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T., y Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T., y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T., y Ruffle, T. (2000). The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(1), 265–271.
- Açores, G. de. (2014). *Impacto de la violencia de Género sobre niños, niñas y adolescentes. Guía de Intervención*. A Coruña.
- Al, C., Stams, M., Van der Laan, P., y Asscher, J. (2011). The role of crisis in family crisis intervention: Do crisis experience and crisis change matter? *Children and Youth Services Review*, 33, 991–998.
- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26(4), 415–428. doi:10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x
- Anderson, C., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D., y Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education versus process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process*, 25, 185–205.
- Anderson, C., John, O., Kelter, D., y Kring, A. (2001). Who attains social status? Effects of personality and physical attractiveness in social groups. *Journal of Personality & Social Psychology*, 8, 116–132.

- Aponte, H., Zarski, J., Bixenstene, C., y Cibik, P. (1991). Home/Community-based services: A two-tier approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 403–408.
- Arnold, L., Sheridan, K., y Estreicher, D. (1986). Multifamily parent-child group therapy for behavior and learning disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 3(4), 279–284.
- Asen, E. (2002). Multiple family therapy : an overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3–16.
- Asen, E. (2007). Changing “ Multi - Problem Families ” Developing a Multi- Contextual Systemic Approach. *Social Work and Society*, 5(3), 1–10.
- Asen, E., Dawson, N., y McHugh, B. (2001). *Multiple family therapy. Marlborough Model and its Wider Applications* (Karnac.). London and New York.
- Asen, E., George, E., Piper, R., y Stevens, A. (1989). A systems approach to child abuse: management and treatment issues. *Child Abuse and Neglect*, 13, 45–57.
- Asen, E., y Scholz, M. (2010). *Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques*. Londres/Nueva York.
- Asen, E., y Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family Group Therapy. *Journal of Family Therapy*, 28, 58–72.
- Asen, E., Stein, R., Stevens, A., Mchugh, B., Greenwood, J., y Cooklin, A. (1982). A day unit for families. *Journal of Family Therapy*, 4, 345–358.
- Bakali, J., Baldwin, S., y Lorentzen, S. (2009). Modeling group process constructs at three stages in group psychotherapy. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(3), 332–43. doi:10.1080/10503300902894430
- Barnes, H., y Olson, D. (1982). Parent-adolescent communication scale. In University of Minnesota (Ed.), *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families across de Family Life Cycle* (pp. 33–48). St. Paul, MN.
- Baron, R., y Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 73–82.
- Bateson, G. (1973). *Steps to an Ecology of Mind*. (Paladin, Ed.). Londres/Nueva York.
- Beck, M., Friedlander, M., y Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients’ experiences of the therapeutic alliance: a discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355–68.

- Bellak, L. (1980). On some limitations on dyadic psychotherapy and the role of the group modalities. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 7–21.
- Bentelspacher, C., DeSilva, E., Goh, T., y LaRowe, K. (1996). A process evaluation of the cultural compatibility of psychoeducational family group treatment with ethnic Asian clients. *Social Work With Groups*, 19(3-4), 41–55.
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., y Kobos, J. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 455–542.
- Bishop, P., Clilverd, A., Cooklin, A., y Hunt, U. (2002). Mental health matters: a multi-family framework for mental health intervention. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 31–45. doi:10.1111/1467-6427.00199
- Bloomfield, O. (1972). Groups: The more primitive psychology? A review of some paradigms in group dynamics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 6, 238–246.
- Bormann, B., y Strauss, B. (2007). Group climate, cohesion, alliance, and empathy as components of the therapeutic relationship within group psychotherapy-Test of multilevel model. *Gruppenpsychoterapie Und Gruppendynamik*, 43, 1–20.
- Bormann, B., y Strauss, B. (2009). The German Group Questionnaire: A multi-site validation study. In *Society for Psychotherapy Research*. Santiago, Chile.
- Botella, L., y Cid, D. E. L. (2008). Resultado y proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora, 26, 229–241.
- Boylin, W., Doucette, J., y Jean, M. (1997). Multifamily Therapy In Substance Abuse Treatment With Women. *The American Journal of Family Therapy*, 25(1), 39–47. doi:10.1080/01926189708251053
- Brennan, J. (1995). A short-term psychoeducational multiple-family Group for bipolar patients and their families. *Social Work*, 40, 737–743.
- Budman, S., Soldz, S., Demby, A., Feldstein, M., Springer, T., y Davis, M. (1989). Cohesion, Alliance and Outcome in Group Psychotherapy. *Psychiatry*, 52, 339–350.
- Burlingame, G. (2010). Small group treatments: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 20, 1–7.

- Burlingame, G., Fuhriman, A., y Johnson, J. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 71–88). Nueva York: Oxford University Press.
- Burlingame, G., McClendon, D., y Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy, 48*(1), 34–42. doi:10.1037/a0022063
- Burlingame, G., Strauss, B., Joyce, A., MacNair-Semands, R., MacKenzie, K., Ogrodniczuk, J., y Taylor, S. (2006). Core Battery-Revised. *American Group Psychotherapy Association*.
- Byng-Hall, J. (2008). The crucial roles of attachment in family therapy. *Journal of Family Therapy, 30*, 129–146.
- Calvo de León, R., & Arroyo Alonso, L. J. (1998). El programa de intervención familiar: Nuevo recurso de intervención protectora en Burgos. In Grupo Editorial Universitario (Ed.), *Políticas Sociales y Educación Social . Actas del XIII Seminario de Pedagogía Social* (pp. 363–372).
- Carter, E., y McGoldrick, M. (1988). *The Changing Family Life Cycle: a Framework for Family Therapy*. (Gardner, Ed.) (2a. ed.). Nueva York.
- Cassano, R. (1989). Social work with multifamily groups. *Social Work With Groups, 12*(1), 15–39.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., y Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 271–279.
- Chapman, C., Baker, E., Porter, G., Thayer, S., y Burlingame, G. (2010). Rating group therapist interventions: The validation of the Group Psychotherapy Intervention Rating Scale. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 14*(1), 15–31. doi:10.1037/a0016628
- Chazan, R. (2001). *The group as therapist*. Londres: Jessica Kingsley.
- Cicchetti, D., y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development, 11*, 31–35.
- Clerici, M., Garini, R., Capitano, C., Zardi, L., Carta, I., y Cori, E. (1988). Involvement of families in group therapy of heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence, 22*, 213–216.
- Cooklin, A. (1982). Change in here-and-now systems vs. systems over time. In A. Press (Ed.), *Family Therapy: Complementary Frameworks of Theory and practice*. Londres.

- Cooklin, A., Miller, A., y McHugh, B. (1983). An institution for change: developing a family day unit. *Family Process*, 22, 453–468.
- Corey, G. (1995). *Theory and practice of group counseling*. (4th. ed.). Brooks/Cole.
- Costa, P., y McCrae, R. (1992). Revised NEO- Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO First-Factor Inventory (NEO-FFI), Professional Manual. Odesa, FL.
- Crouch, E., Bloch, S., y Wanlass, J. (1994). Therapeutic factors: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. In A. Fuhriman & G. Burlingame (Eds.), *Handbook of group psychotherapy* (pp. 269–315). Nueva York: Wiley.
- Curtin, K., y Eacho, C. (2012). Dimensions of social climate as predictors of satisfaction with multifamily therapy groups for families of students with emotional and behavioral disorders. *Group*, 36(4), 283–301.
- Cwiakala, C., y Mordock, J. (1997). The use of multi-family play groups for families with a parent in addiction recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15(1), 15–28.
- Dare, C., y Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment program for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 4–18. doi:10.1002/(SICI)1099-0968(200002)8:1<4::AID-ERV330>3.0.CO;2-P
- David, M., y Appell, G. (2010). *Lóczy, una insólita atención personal*. (1a. ed.). Barcelona: Associació de Mestres Rosa Sensat.
- Davies, D., Burlingame, G., Johnson, J., Barlow, S., y Gleave, R. (2008). The effects of a feedback intervention on group process and outcome. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 12(2), 141–154.
- Dennison, S. (1995). The E.S.S.E. group model: A 21st century approach for families at risk. *Journal of Family Social Work*, 1(2), 57–71.
- Dennison, S. (1999). Multiple family groups: Practice implications for the 21st century. *Journal of Family Social Work*, 3(3), 29–51.
- Dennison, S. (2005). *A Multiple Family Group Therapy Program for at risk adolescents and their families*. Illinois: Charles C Thomas.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., y Liddle, H. A. (2000). The Therapist–parent alliance in family-based therapy for adolescents. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 56, 1037–1050.

- Diamond, G. S. (2005). Attachment-based family therapy for depressed and anxious adolescents. En Wiley y Sons (Ed.), *Handbook of Clinical Family Therapy* (pp. 17–41). Hoboken, NJ.
- Dies, R. (1983). Clinical implications of research on leadership in short- term group psychotherapy. En I. U. Press (Ed.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 27–78). Nueva York.
- Dies, R. (1994). Therapist variables in group psychotherapy research. En J. W. & Sons (Ed.), *Handbook of group psychotherapy* (pp. 114–154). Nueva York.
- Dinger, U., y Schauenburg, H. (2010). Effects of individual cohesion and patient interpersonal style on outcome in psychodynamically oriented inpatient group psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*, 22–29.
- Dion, K. (2000). Group cohesion: From “field of forces” to multidimensional construct. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 4*(1), 7–26. doi:10.1037//1089-2699.4.1.7
- Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I., y Dare, C. (1995). Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: an exploratory study. *Journal of Family Therapy, 17*, 59–78.
- Durell, V. (1969). Adolescents in multiple family group therapy in a school setting. *International Journal of Group Psychotherapy, 19*, 45–52.
- Dyck, D., Short, R., Hendryx, M., Norell, D., Myers, M., Patterson, T., y McFarlane, W. (2000). Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple family groups. *Psychiatric Services, 51*, 513–519.
- Edwards, S. (2001). *The essential elements of multi-family group therapy: A delphi study*. Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy, 27*(2), 104–131. doi:10.1111/j.1467-6427.2005.00303.x
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the Life Cycle*. (W. W. Norton, Ed.). Nueva York.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología, 27*, 247–259.
- Escudero, V. (2011). *Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de Tratamiento*. A Coruña.

- Escudero, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Junta de Castilla y León.
- Escudero, V., y Friedlander, M. L. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo transcultural, fiabilidad y aplicaciones del instrumento. *Mosaico*, (25), 32–36.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., y Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194–214.
- Faw, L., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G., y Liddle, H. (2005). The Adolescent Therapeutic Alliance Scale: Development, initial psychometrics, and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychotherapy Research*, 15, 141–154.
- Figley, C., y Nelson, T. (1989). Basic family therapy skills: Conceptualization and initial findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 349–365.
- Friedlander, M. (2000). Observational coding of family therapy processes: State of the art. En American Psychological Association (Ed.), *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change* (pp. 67–84). Washington, DC: Beck, A.P y Lewis, C.M. (comps.).
- Friedlander, M., Escudero, V., Haar, N., y Higham, J. (2005). Introducing the SOFTA-s (self-report version of the System for Observing Family Therapy Alliances). En *Conferencia anual de la Society for Psychotherapy Research*. Quebec.
- Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances with couples and families*. (American Psychological Association, Ed.). Washington, DC.
- Friedlander, M., Lambert, J., Escudero, V., y Cragun, C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45 (1), 75-87.
- Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. (Paidós, Ed.). Barcelona: Colección Psiquiatría, Psicología, y Psicoterapia.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., y Diamond, G. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48, 25–33.

- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., Field, N., Lehman, P., Mckee, M., y Cutting, M. (2005). Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o). *Manual*.
- Friedlander, M., Escudero, V., Horvath, A., Heatherington, L., Cabero, A., y Martens, M. (2006). System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214–225. doi:10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M., Lambert, J., y Muñiz de la Peña, C. (2008). A Step toward Disentangling the Alliance/Improvement Cycle in Family Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 118–124.
- Fuhriman, A., y Burlingame, G. (1990). Consistency of matter: A comparative analysis of individual and group process variables. *Counseling Psychologist*, 18, 6–63.
- Furniss, T., Müller, J. M., Achtergarde, S., Wessing, I., Averbek-Holocher, M., y Postert, C. (2013). Implementing psychiatric day treatment for infants, toddlers, preschoolers and their families: a study from a clinical and organizational perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 12. doi:10.1186/1752-4458-7-12
- Gillaspy, J., Wright, A., Campbell, C., Strokes, S., y Adinoff, B. (2002). Group alliance and cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 12(2), 213–229.
- Gonzales, S., Steinglass, P., y Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process*, 28, 28–69.
- González, F. (2006). *Estudio de los perfiles de las familias en situación de riesgo social: programas de ayudas P.E.R. y P.E.P. del Ayuntamiento de Valencia*. Universitat de Valencia.
- González, S., Steinglass, P., y Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place: discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process*, 28, 69–87.
- Greenfield, B., y Senecal, J. (1995). Recreational multifamily therapy for troubled children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 434–439. doi:10.1037/h0079696
- Gritzer, P., y Okun, H. (1983). Multiple family group therapy. En *Handbook of family and marital therapy* (pp. 315–342). Nueva York: Plenum.
- Grunebaum, H., y Kates, W. (1977). Whom to refer for group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 134, 130–133.

- Hardcastle, D. (1977). A multiple family counseling program: Procedures and results. *Family Process*, 16, 67–74.
- Harter, C., Kick, J., y Rave-Schwank, M. (2002). Psychoeducational groups for patients with depression and their families. *Psychiatrische Praxis*, 29, 160–163.
- Hellemans, S., De Mol, J., Buysse, a, Eisler, I., Demyttenaere, K., y Lemmens, G. M. D. (2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: results of an interpretative phenomenological study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 226–34. doi:10.1016/j.jad.2011.05.050
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., y Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 121–129.
- Hollesen, A., Clausen, L., y Rokkedal, K. (2013). Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *Journal of Family Therapy*, 35, 53–67. doi:10.1111/1467-6427.12000
- Holmes, L. (2002). Women in groups and women's groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52, 171–188.
- Horvath, A., y Bedi, R. (2002). The alliance. In Oxford University Press (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37–69). Nueva York.
- Horvath, A., y Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. doi:10.1037//0022-0167.38.2.139
- Johnson, J., Burlingame, G., Olsen, J., Davies, D., y Gleave, R. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310–321. doi:10.1037/0022-0167.52.3.310
- Johnson, L., Wright, D., y Ketring, S. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(1), 93–102.
- Johnson, S. (2008). *Hold Me Tight: Seven conversations for a lifetime of love*. (Little Brown, Ed.). Boston, MA.

- Johnson, S., y Greenman, P. (2006). The Path to a Secure Bond: Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(5), 597–609. doi:10.1002/jclp
- Joyce, A., McCallum, M., Piper, W., y Ogrodniczuk, J. (2000). Role behavior expectancies and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9, 213–225.
- Joyce, A., Piper, W., y Ogrodniczuk, J. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269–296.
- Junta de Castilla y León. (2008). *Investigación y evaluación ante situaciones de desprotección en la infancia*.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., y Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50–65.
- Karver, M. S., Shirk, S., Handelsman, J. B., & Fields, S. (2008). Relationship process in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 15–28.
- Kaufman, E., y Kaufman, P. (1979). Multiple family therapy with drug abusers. En Gardner Press (Ed.), *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. Nueva York.
- Keitner, G., Drury, L., Ryan, C., Miller, I., Norman, W., y Solomon, D. (2002). Multifamily group treatment for major depressive disorder. En *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders* (pp. 244–267). Nueva York: Guilford Press.
- Keitner, G., y Miller, I. (1990). Family functioning and major depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 9, 1128–1137.
- Keller, F., y Schuler, B. (2002). Psychoeducational groups for families of in-patients with affective disorder: experiences with a person-oriented approach. *Psychiatrische Praxis*, 29, 130–135.
- Kimbro, E., Taschman, H., Wylie, H., y Machennan, B. (1967). A multiple family group approach to some problems of adolescence. *International Journal of Group Psychotherapy*, 17, 18–24.
- Kivlighan, D., y Lilly, R. (1997). Developmental changes in group climate as they relate to therapeutic gain. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1(3), 208–221.

- Kivlighan, D., y Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 249–338.
- Kivlighan, D., y Tarrant, J. (2001). Does group climate mediate the group leadership-group member outcome relationship?: A test of Yalom's hypothesis about leadership priorities. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 5*, 220–234–.
- Knight, C. (2012). Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques. *Social Work With Groups, 35*(2), 188–191. doi:10.1080/01609513.2011.620785
- Krogel, J. (2009). The Group Questionnaire: A new measure of the group relationship. Brigham Young University.
- Krogel, J., Beecher, M., Presnell, J., Burlingame, G., y Simonsen, C. (2009). The Group Selection Questionnaire: A qualitative analysis of potential group members. *International Journal of Group Psychotherapy, 59*, 529–542.
- Krogel, J., Burlingame, G., Chapman, C., Tyler, R., Gleave, R., Beecher, M., y MacNair-Semands, R. (2013). The Group Questionnaire: A clinical and empirically derived measure of group relationship. *Psychotherapy Research, 23*(3), 344–354. doi:10.1080/10503307.2012.729868
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., y Pilkonis, P. A. (1996). The role of alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 532–539.
- Lambert, M. J., y Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En Oxford University Press (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 17–32). Oxford: Norcross, J.C.
- Lang, L. (1993). *A multifamily group intervention to facilitate open communication between adopted adolescents and their adoptive parents*. Rutgers University.
- Laqueur, P. (1972). Mechanisms of change in multiple family therapy. En *Progress in Group and Family Therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Laqueur, P. (1980). The theory and practice of multiple family Therapy. En *Group and family therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.

- Laqueur, P., La Burt, H., y Morong, E. (1964). Multiple family therapy: further developments. *International Journal Society Psychiatry*, *10*, 69–80.
- Leichter, E., y Shulman, G. (1974). Multiple family group therapy: a multidimensional approach. *Family Process*, *13*, 95–110.
- Lemmens, G., Eisler, I., Dierick, P., Lietaer, G., y Demyttenaere, K. (2009). Therapeutic factors in a systemic multi-family group treatment for major depression: patients' and partners' perspectives. *Journal of Family Therapy*, *31*, 250–269.
- Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M., y Demyttenaere, K. (2007). Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *Journal of Family Therapy*, *29*(1), 49–68. doi:10.1111/j.1467-6427.2007.00369.x
- Lemmens, G., Verdegem, S., Heireman, M., Lietaer, G., Van Houdenhove, B., Sabbe, B., y Eisler, I. (2003). Helpful Events in Family Discussion Groups with Chronic- Pain Patients: A qualitative study of differences in perception between therapists/observers and patients/family members. *Families, Systems and Health*, *21*(1), 37–52.
- Lemmens, G., Wauters, S., Heireman, M., Eisler, I., Lietaer, G., y Sabbe, B. (2003). Beneficial factors of a psychiatric day clinic: perception by the therapeutic team and the families of the therapeutic process. *Journal of Family Therapy*, *25*, 41–63.
- Lese, K., y MacNair-Semands, R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory : Development of a Scale. *Eastern Group of American Society*, *24*(4), 303–317.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science. *Human Relations*, *1*, 5–41.
- Lorentzen, S. (2004). Short- and long-term psychodynamic group psychotherapy. *Treatment Manuals. Manuscrito sin publicar.*
- Lorentzen, S., Hoglend, P., y Ruud, T. (2008). The efficacy of short-and long-term psychodynamic group psychotherapy: A Norwegian multi-center study. En *Panel presentation at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Barcelona.
- MacKenzie, K. (1983). The clinical application of a group climate measure. En *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 159–170). Madison, CT: International Universities Press.

- MacKenzie, K. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. *Group, 11*, 26–34.
- MacKenzie, K., Dies, R., Coché, E., Rutan, J., y Stone, W. (1987). An analysis of AGPA institute groups. *International Journal of Group Psychotherapy, 37*, 55–74.
- MacLennan, B. (2000). Future of Adolescent Psychotherapy Groups in the New Millennium. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 10*, 67–75.
- MacNair-Semands, R., Ogrodniczuk, J., y Joyce, A. (2010). Structure and Initial Validation. *International Journal of Group Psychotherapy, 60*(2), 245–281.
- Malgesini, G. (2013). Informe sobre la Vulnerabilidad Social 2011-2012. (Cruz Roja Española, Ed.). Madrid.
- Mandell, D., y Birenzweig, E. (1990). A model for group work with remarried couples and their children. *Journal of Divorce and Remarriage, 14*(1), 29–35.
- Marner, T., y Westerberg, C. (1987). Concomitant group therapy with anorectics and their parents as a supplement to family therapy. *Journal of Family Therapy, 9*, 255–263.
- Martin, D., Garske, J., y Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 38–50.
- Martin, D. J., Garske, J. P., y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–50.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(2), 317–338.
- Marziali, E., Monroe-Blum, H., y McCleary, L. (1997). The contribution of group cohesion and group alliance psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 47*, 475–497.
- McCallum, M., Piper, W., y Kelly, J. (1997). Predictive patient benefit from a group-oriented evening treatment program. *International Journal of Group Psychotherapy, 47*, 291–314.
- McCallum, M., Piper, W., Ogrodniczuk, J., y Joyce, A. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 133–144.

- McClendon, D., y Burlingame, G. (2012). Group Climate: Construct in Search of Clarity. En R. K. Conyne (Ed.), *The Oxford Handbook of Group Counseling* (pp. 1–48). Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780195394450.001.0001
- McFarlane, W. (1982). Multiple family in the psychiatric hospital. En Spectrum (Ed.), *The Psychiatric Hospital and the Family*. Nueva York.
- McFarlane, W. (2002). *Multiple family groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- McFarlane, W., Link, B., Dushay, R., Marchal, T., y Crilly, T. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, 127–144.
- McKay, M., Gonzales, J., Quintana, E., Kim, L., & Abdul-Adil, J. (1999). Multiple family groups: An alternative for reducing disruptive behavioral difficulties of urban children. *Research on Social Work Practice*, 9(5), 593–607.
- McKay, M., Gonzalez, J., Stone, S., Ryland, D., y Kohner, K. (1995). Multiple family therapy groups: A responsive intervention model for inner city families. *Social Work With Groups*, 18(4), 41–56.
- McNeil, D. (2006). *Patient, therapist, and observer perspectives on cohesion and alliance and their relationship to outcome in psychodynamic group psychotherapy for persons experiencing complicated grief*. University of Alberta.
- Meezan, W., y O’Keefe, M. (1998a). Evaluating the effectiveness of multifamily group therapy in child abuse and neglect. *Research on Social Work Practice*, 8(3), 330–353. doi:10.1177/104973159800800306
- Meezan, W., y O’Keefe, M. (1998b). Multifamily Group Therapy: Impact on Family Functioning And Child Behavior. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 79(1), 32–44. doi:10.1606/1044-3894.1796
- Meezan, W., O’Keefe, M., y Zariani, M. (1997). A model of multi-family group therapy for abusive and neglectful parents and their children. *Social Work With Groups*, 20(2), 71–88.
- Mehl, a., Tomanová, J., Kuběna, a., y Papežová, H. (2013). Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *Journal of Family Therapy*, 35, 82–101. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00579.x

- Méndez, S., Jiménez, L., Lorence, B., y Sánchez, J. (2010). Perfil psicosocial de familias en situación de riesgo. Estudio de necesidades con usuarias de los servicios sociales comunitarios por razones de preservación familiar. *Anales de Psicología*, 26(2), 378–389.
- Micucci, J. A. (1998). *El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. (Aморrortu, Ed.). Madrid.
- Ministerio de Sanidad, P. S. (2009). *Perfil de los usuarios de los servicios sociales generales*.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. (U. P. Harvard, Ed.).
- Moos, R., Finney, J., y Maude-Griffin, P. (1993). The social climate of self-help and mutual support groups: Assessing group implementation, process, and outcome. En *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (pp. 251–274). Piscataway: Center of Studies on Alcohol, Rutgers University.
- Morales-Vallejo, P. (2008). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Morran, D., Stockton, R., y Whittingham, M. (2004). Effective leader interventions for counseling and psychotherapy groups. EN Sage (Ed.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (pp. 91–103). Thousand Oaks, CA.
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M., y Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: how observable are they? *Psychotherapy Research*, 19(2), 133–42. doi:10.1080/10503300802460050
- Muran, J. C., y Safran, J. D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. En American Psychological Association (Ed.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 3–14). Washington, DC.
- Murburg, M., Price, L., y Jalali, B. (1988). Huntington's disease: therapy strategies. *Family Systems Medicine*, 6, 290–303.
- O'Shea, M., y Phelps, R. (1985). Multiple family therapy: current status and critical appraisal. *Family Process*, 24, 555–582.
- Oei, T., y Green, A. (2008). The Satisfaction With Therapy and Therapist Scale- Revised (STTS-R) for group psychotherapy: Psychometric properties and confirmatory factor analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 435–442.

- Ogrodniczuk, J., y Piper, W. (2003). The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7, 64–76.
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., y Joyce, A. (2004). Differences in men's and women's responses to short-term group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14, 231–243.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., y Wilson, M. (1982). Family satisfaction. En University of Minnesota (Ed.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 43–49). St. Paul, MN.
- Olson, D., Portner, J., y Bell, R. (1982). *FACES II*. (University of Minnesota, Ed.). St. Paul, MN.
- Oppenoorth, W. (1980). *Expertisecentrum Gezinspsychiatrie RMPI*.
- Oppenoorth, W., y Spaander, M. (2014). *Disempowerment of parents as an effect of residential child and adolescent psychiatry*. Manuscrito sin publicar.
- Oshea, M., y Phelps, R. (1985). Multiple family therapy: Current status and critical appraisal. *Family Process*, 24, 555–582.
- Palenzuela, D. (1988). *Control personal: Un enfoque integrativo-multidimensional*. Salamanca.
- Palenzuela, D. (2013). *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-R22)*. Salamanca.
- Parmenter, G., Smith, T., y Cecic, N. (1987). Parallel and conjoint short-term group therapy for school-age children and their parents: A model. *International Journal of Group Psychotherapy*, 37(2), 239–254.
- Pattison, E. (1965). Evaluation studies of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15, 382–397.
- Pearl, E., Thieken, L., Olafson, E., Boat, B., Connelly, L., Barnes, J., y Putnam, F. (2012). Effectiveness of community dissemination of parent-child interaction therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 204–213. doi:10.1037/a0022948
- Permuy, M. (2013). La intervención de Fundación Meniños con las familias de alto riesgo en el contexto de protección de menores. En Graó (Ed.), *Intervención comunitaria con adolescentes y familias en riesgo* (pp. 135–150). Acción comunitaria y socioeducativa.
- Phipps, L., y Zastowny, T. (1988). Leadership behavior, group climate and outcome in group psychotherapy: A study of outpatient psychotherapy groups. *Group*, 12, 157–171.

- Pinsof, W. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173–195). Nueva York: John Wiley.
- Pinsof, W., y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*.
- Piper, W., Joyce, A., McCallum, M., Azim, H., y Ogrodniczuk, J. (2001). Interpersonal and supportive psychotherapies: Matching therapy and patient personality. Washington, DC.
- Piper, W., Joyce, A., Rosie, J., y Azim, H. (1994). Psychological mindedness, work and outcome in day treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 291–311.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Joyce, A., Weideman, R., y Rosie, J. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 116–125. doi:10.1037/0022-006X.75.1.116
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., McCallum, M., Joyce, A., y Rosie, J. (2003). Expression of affect as a mediator of the relationship between quality of object relations and group therapy outcome for patients with complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 664–671.
- Piper, W., & Perrault, E. (1989). Pretherapy Preparation for Group Members. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39, 17–34.
- Polcin, D. (1992). A comprehensive model for adolescent chemical dependency treatment. *Journal of Counseling and Development*, 70, 376–382.
- Powell, M., y Mohahan, J. (1969). Reaching the rejects through multi-family group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 19, 35–43.
- Rabinowitz, F. (2001). Group therapy for men. En Jossey-Bass (Ed.), *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches* (pp. 603–621). San Francisco.
- Reiss, D., y Costell, R. (1977). The multiple family group as a small society: family regulation of interaction with nonmembers. *American Journal of Psychiatry*, 134, 21–24.
- Rhodes, R., y Zelman, A. (1986). An ongoing group in a women's shelter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 120–130.
- Rickard, H. (1962). Selected group psychotherapy evaluation studies. *Journal of General Psychology*, 67, 35–50.

- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., y Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology, 20*, 108–116.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., y Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology, 17*, 534–544.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. (Piramide, Ed.). Madrid.
- Rodrigues, S., y Sousa, L. (2007). Are Practitioners Incorporating a Strengths- Focused Approach when Working with Multi-Problem Poor Families?, *66*(May 2006), 53–66.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness, and disability: An integrative treatment model*. Nueva York: Basic Books.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1).
- Rutan, J., y Alonso, A. (1982). Group therapy, individual therapy, or both? *International Journal of Group Psychotherapy, 32*, 267–282.
- Samper, P., Cortés, M., Mestre, V., Nácher, M., y Tur, A. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema, 18*, 263–271.
- Sánchez, J. (2011). *Un recurso de integración social para niños/as, adolescentes y familias en situación de riesgo: los Centros de Día de atención a menores*. Universidad de Granada.
- Santibáñez, R., y Martínez-Pampliega, A. (2013). *Intervención comunitaria con adolescentes y familias en riesgo*. (Graó, Ed.) (1st ed.). España: Colección Acción Comunitaria y Socioeducativa.
- Schauenburg, H., Sammet, I., Rabung, S., y Strack, M. (2001). On the differential importance of group experience in inpatient psychotherapy of depressive patients. *Gruppenpsychotherapie Und Gruppendynamik, 37*, 349–369.
- Scholz, M., y Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review, 9*, 33–42.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchey, K., y Thomke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa : concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy, 27*, 132–141.

- Seligman, M. (1983). *Indefensión*. (Debate, Ed.). Madrid.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Sheinberg, M., y True, F. (2008). Treating family relational trauma: A recursive process using a decision dialogue. *Family Process*, 47, 173–194.
- Shelf, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., y Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689–698.
- Shirk, S., y Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452–464. doi:10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S. R., y Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.
- Singer, P. (1983). *Hegel*. (O. U. Press, Ed.). Oxford.
- Slagerman, M., y Yager, J. (1989). Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatric Medicine*, 7, 269–283.
- Smerud, P., y Rosenfarb, I. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: an exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 505–10. doi:10.1037/0022-006X.76.3.505
- Snijders, J., Trijsburg, R., De Groot, M., y Duivenvoorden, H. (2006). Group cohesion, working alliance, and therapeutic interventions as factors predicting outcome in group psychotherapy for personality disorders: First results of a follow-along study (2003-2006). En *AGPA Research Symposium*. Nueva York.
- Sotsky, S., Glass, D., Shea, M., Pilkonis, P., Collins, J., Elkin, I., y Moyer, J. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148(8), 997–1008.

- Sousa, L., Ribeiro, C., y Rodrigues, S. (2006). Intervention With Multi-Problem Poor Clients: Towards a Strengths-Focused Perspective. *Journal of Social Work Practice, 20*(2), 189–204. doi:10.1080/02650530600776913
- Springer, D., y Orsborn, S. (2002). Families helping families: Implementing a multifamily therapy group with substance-abusing adolescents. *Health & Social Work, 27*(3), 204–207.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems and Health, 16*, 55–70.
- Sternburg, S., y Trijburg, W. (2005). *The relationship between therapeutic interventions and therapeutic outcome*. Amsterdam.
- Stotsky, B., y Zolik, E. (1965). Group psychotherapy with psychotics. *International Journal of Group Psychotherapy, 15*, 321–344.
- Strelnick, A. (1977). Multiple family group therapy: A review of literature. *Family Process, 30*7–325.
- Swan, J., Sorell, E., MacVicar, B., Durham, R., y Matthews, K. (2004). “Coping with depression”: an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression. *Journal of Affective Disorders, 82*, 125–129.
- Symonds, D., y Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couples therapy. *Family Process, 43*, 443–455.
- Tantillo, M. (2003). Eating disorders multifamily therapy group. Capitalizing on the healing power of relationships. *Eating Disorders Today, 2*, 11–13.
- Tetzlaff, B. T., Kahn, J. H., Godley, S. H., Godley, M. D., Diamond, G. S., y Funk, R. R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction, and patterns of posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 199–207.
- Tichenor, V., y Hill, C. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy, 26*, 195–199.
- Tolan, P., Hanish, L., McKay, M., y Dickey, M. (2002). Evaluating process in child and family interventions: Aggression prevention as an example. *Journal of Family Psychology, 16*, 220–236.
- Tunnard, T. (1989). Local self-help groups for families of children in public care. *Child Welfare, 68*, 221–227.

- Varela, N., Muñiz de la Peña, C., y Escudero, V. (2011). Applying the System for Observing Family Therapy Alliance to group therapy : An exploratory study.
- Vetere, A., y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa*. (Morata, Ed.). Madrid.
- Vigotsky, L. S. (1978). *Man in society: The development of higher psychological processes*. (Harvard University Press, Ed.). Cambridge, MA.
- Wattie, M. (1994). Multiple group family therapy. *Journal of Child and Youth Care*, 9, 31–38.
- White, M. (1997). *Narratives of Therapists' Lives*. (Dulwich Centre Publications, Ed.). Adelaide.
- Wolley, S., y Lewis, K. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia. En *Eating Disorders: The Family Therapy Collections*. Rockville: Aspen Publishing.
- Yalom, I. (1981). *Group Psychotherapy: Theory and Practice*. (B. Books, Ed.). Nueva York.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). Nueva York: Basic Books.
- Yalom, I. (2000). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th. ed.). Nueva York: Basic Books.
- Yalom, I., y Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th ed.). Nueva York: Basic Books.
- Zarski, J., Aponte, H., Bixenstene, C., y Cibik, P. (1992). Beyond home-based family intervention: A multifamily approach. *Contemporary Family Therapy*, 14(1), 3–14.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1. CUESTIONARIO INICIAL DE SESIONES



Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar

TERAPIA DE GRUPO

Nombre _____ Sesión: _____

Nº Exp: _____ Fecha: _____

Valore las siguientes afirmaciones y señale con un círculo:

	NADA útil	POCO útil	ALGO útil	BASTAN- TE útil	MUY útil
¿Cómo de útil le resultó la sesión anterior?	1	2	3	4	5

	Ninguna	Ligera	Modera- da	Mucha	Muchísi- ma
¿Ha habido alguna mejoría desde el inicio de la terapia de grupos hasta hoy?	1	2	3	4	5

De las "cosas" que se hicieron durante la sesión ANTERIOR, que te ayudó más (señala con una cruz una o varias opciones):

- Compartir algo importante con otras personas
- Escuchar otros puntos de vista y otras historias personales
- Las ideas que te vinieron a la cabeza *durante o después* de la sesión
- Lo que sentiste estando en la sesión
- Pensar que eras escuchado/a
- Las "cosas" que dijo el terapeuta del grupo
- Lo que hiciste/hicisteis tras las sesiones
- Otras.....

¿Ha ocurrido algo relevante o importante en el tiempo transcurrido desde la sesión anterior hasta hoy? SI NO

En caso afirmativo, anótelos aquí:

10.2. ANEXO 2. CUESTIONARIO FINAL DE SESIONES



Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar

Nombre:

Sesión:

Nº Exp:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y señale con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
El terapeuta me comprende	1	2	3	4	5
Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones	1	2	3	4	5
Entiendo el sentido de lo que se hace en la terapia.	1	2	3	4	5
Todos en la familia intentamos ayudar a que los demás consigan en terapia lo que necesitan	1	2	3	4	5

	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
Después de esta sesión de hoy me siento:	-2	-1	0	+1	+2

Durante la sesión de hoy, ¿ha ocurrido algo relevante para usted?

SI

NO

En caso afirmativo, anótelo aquí:

10.3. ANEXO 3. CUESTIONARIO FINAL TERAPEUTAS



Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar

Terapeuta

Sesión:

Nº Expediente:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y señale con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Siento que estoy trabajando en equipo con mis clientes	1	2	3	4	5
Estoy haciendo todo lo posible por ayudar a esta familia	1	2	3	4	5
Creo que los clientes se sienten cómodos y relajados en las sesiones	1	2	3	4	5
Los que vienen a terapia quieren conseguir lo mejor para su familia y resolver los problemas	1	2	3	4	5
	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Mi nivel de satisfacción con esta sesión es:	1	2	3	4	5

Programa Evaluación y Tratamiento Terapéutico de Menores en Situación de Riesgo o Desamparo
 Convenio de colaboración Xunta de Galicia y Fundación Universidad de A Coruña

© UIICF. Procedimiento 09T



Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar

Terapeuta

Sesión:

Nº Expediente:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y señale con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Siento que estoy trabajando en equipo con mis clientes	1	2	3	4	5
Estoy haciendo todo lo posible por ayudar a esta familia	1	2	3	4	5
Creo que los clientes se sienten cómodos y relajados en las sesiones	1	2	3	4	5
Los que vienen a terapia quieren conseguir lo mejor para su familia y resolver los problemas	1	2	3	4	5
	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Mi nivel de satisfacción con esta sesión es:	1	2	3	4	5

Programa Evaluación y Tratamiento Terapéutico de Menores en Situación de Riesgo o Desamparo
 Convenio de colaboración Xunta de Galicia y Fundación Universidad de A Coruña

© UIICF. Procedimiento 09T

10.4. ANEXO 4. SOATIF-S

Unidad de Investigación en
Intervención y Cuidado Familiar



SOATIF (familia)

Nombre:

Fecha:

N° Sesión:

N° Historia:

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Los que venimos a terapia queremos conseguir lo mejor para nuestra familia y resolver los problemas.	1	2	3	4	5
5. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
6. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
7. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
8. Todos los que venimos a terapia valoramos el esfuerzo y el tiempo invertido por los demás aquí.	1	2	3	4	5
9. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
10. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
11. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
12. Algunos miembros de la familia consideran que sus objetivos son incompatibles con los de los demás.	1	2	3	4	5
13. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
14. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
15. A veces estoy a la defensiva en las Sesiones.	1	2	3	4	5
16. Todos en la familia intentamos ayudar a que los demás consigan en terapia lo que necesitan.	1	2	3	4	5

10.5. ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Art.10 de la Ley General de Sanidad (25/4/1986).

Art.8 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

D/Dña.: mayor de edad,
con D.N.I.: y domiciliado en
Provincia: Teléfono:

MANIFIESTO

Que he sido informado de forma verbal por en fecha:/...../..... sobre las cuestiones que siguen

- 1) La duración de la terapia será de 14 entrevistas, entendiéndose que en caso de incumplir con las normas establecidas por el programa se suspenderá la asistencia al programa.
- 2) Tanto el cliente como el terapeuta podrán finalizar la terapia en el momento que lo consideren pertinente.
- 3) El cliente se compromete a aceptar las condiciones de trabajo que su terapeuta le proponga en lo tocante a duración de las entrevistas, intervalo entre sesiones, trabajo en equipo, etc.
- 4) Las sesiones de intervención serán grabadas en video y utilizadas para supervisión e investigación.

Doy mi autorización además para:

Exposición en Seminarios	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Docencia	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- 5) El Centro se compromete a guardar una estricta reserva sobre cualquier cosa que el cliente hable con su terapeuta.
- 6) En cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- 7) El cliente se compromete a:

- Mantener estricta confidencialidad y reserva sobre cualquier cosa comentada dentro del grupo por parte de cualquier compañero o terapeuta.
- Participar en las sesiones con los profesionales y su equipo en las condiciones establecidas y según me han explicado de forma verbal.
- Cubrir y responder a los cuestionarios y/o procedimientos que se requieren dentro del proceso de evaluación y formulación del tratamiento.
- Responder a un cuestionario que 6 meses después de finalizar la terapia en este Centro se le remitirá con objeto de evaluar su estado y nuestros métodos. Dicho cuestionario tiene una finalidad de investigación.
- Informar al ex conyugue (si es el caso) de la participación de los hijos en el programa.

MANIFIESTO QUE HE ENTENDIDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES QUE ANTECEDEN

Firma

Firma del terapeuta

Fdo.

Fdo.

10.6. ANEXO 6. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1. Entrevista y feedback individual por parte del equipo
2. En una escala en la que 1 es poco, 3 algo y 5 mucho, en general a lo largo de las sesiones ¿cómo te has sentido con respecto a lo siguiente?
(Rodea con un círculo el número de la escala que te parezca el adecuado para cada situación)

		1	2	3	4	5
		<i>Poco</i>		<i>Algo</i>		<i>Mucho</i>
1	Cercano/a a los/las directores de grupo					
2	Cercano a los miembros de tu familia					
3	Cercano a las otras familias					
4	Con confianza en los directores de grupo					
5	Con confianza en los miembros de tu familia					
6	Con confianza con las otras familias					
7	Que estabas en un ambiente seguro					
8	Que podías decir lo que quisieras					
9	Satisfecho/a con lo que crees que habéis conseguido viniendo					
10	Que tu familia y tú compartisteis cosas importantes entre vosotros					
11	Que tu familia y tú compartisteis cosas importantes con otras familias					
12	Que compartíais cosas importantes con los directores del grupo					
13	Que eras comprendido/a					
14	Que pudisteis expresar vuestros sentimientos					

3. ¿Qué momento o momentos de las sesiones recuerdas como realmente importantes para ti y/o tu familia?

4. ¿Se han cumplido tus expectativas con respecto a lo que esperabas de estas sesiones?

1	2	3	4	5
poco		algo		mucho

5. ¿Qué echas en falta que podría ayudar a mejorar este servicio?

6. ¿Qué otras cosas os ayudarían ahora a ti y los otros miembros de tu familia?

7. ¿Qué progresos has percibido en tu familia desde el primer contacto con éste servicio?

8. ¿Hay algo que te gustaría añadir

Sobre este cuestionario.-

Sobre el trabajo en las sesiones (multifamiliares y grupales).-

Sobre el número y duración de las sesiones.-

Sobre las tareas o experimentos hechos en casa durante las sesiones.-

Pregunta en la que has tenido alguna duda (indica número y qué decía la pregunta)

Señala aquí tu dificultad y lo que crees que quiere decir la pregunta

10.7. ANEXO 7. CODIFICACIÓN DE NIVEL DE RIESGO



IMPRESOS

EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO (CODIFICACIÓN)

Menor: Apellidos Nombre

E. Inicio	EVALUACIÓN						AD	E. Finalización				
	1	2	3	4	5	0		SEGUIMIENTO N.º				
Desprotección								Tipo de Autor de Desprotección AD				
1 M. Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PA	Padre			
2 M. Psíquico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		MA	Madre			
3 N. Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PM	Ambos (Padre-Madre)			
4 N. Psíquica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PH	Pareja - Madre			
5 Abuso Sexual →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		PP	Pareja - Padre			
6 Expl. Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		HE	Hermano/a			
7 Expl. Laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		AB	Abuelo/a			
8 Ind. Delincuen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TI	Tía/o			
9 Modelo Inadeq.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OF	Otro Familiar			
10 Imp. oblig. pat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		VE	Vecino / Amigo			
11 Abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		OT	Otros			
12 Renuncia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
13 Severidad M.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
14 Carcania T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
15 Presencia L.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
16 Historia Pre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Niño								N.º específicas del niño				
17 Edad/Visibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		57	Re. Escolar <input type="checkbox"/>			
18 Capacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		58	Discapacidad <input type="checkbox"/>			
19 Acceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		59	Toxicomanías → <input type="checkbox"/>			
20 Apoyo M-H →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		60	Psicosis → <input type="checkbox"/>			
21 Apoyo P-H →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		61	Delincuencia → <input type="checkbox"/>			
22 Estab. Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		62	P. Socializac. → <input type="checkbox"/>			
23 Estab. Cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		63	Prostitución → <input type="checkbox"/>			
24 Temperamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		64	Fugas → <input type="checkbox"/>			
25 Relaciones S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		65	T. Emocional → <input type="checkbox"/>			
								66	C. Estímulos <input type="checkbox"/>			
Familia								Pronóstico del Caso junto con la cronicidad de la problemática familiar y la gravedad del maltrato.				
26 Cooperación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
27 C. Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
28 Cuidador Edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
29 H. Crianza M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
30 H. Crianza P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
31 H. Violencia M.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
32 H. Violencia P.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
33 Salud Física M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
34 Salud Física P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
35 Salud Mental M.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
36 Salud Mental P.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
37 Toxicoman. M.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
38 Toxicoman. P.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
39 Disponibilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
40 Expectativas M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
41 Expectativas P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
42 C. Practicas M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
43 C. Practicas P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
44 Relac. Pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
45 Relac. Soc. Ps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
46 P. Companero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
47 Insuf. F. Control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
48 Relac. M-H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
49 Relac. P-H	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
50 Relac. Horma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
51 Relac. F. Externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
52 Sucesos F.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
53 Historia S.S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
54 Reconoc. Des.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
55 Motivacion C.	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
56 S. Economicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Total / %								Totales				

Mod. Caso. 10

10.8. ANEXO 8. ESTRUCTURA DE INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN						
		Señiones	Metas de proceso	GRUPO DE ADOLESCENTES Metas de tratamiento	GRUPO DE PADRES/FAMILIARES Metas de tratamiento	GRUPO MULTIFAMILIAR Metas de tratamiento
FASE INICIAL (Metas de proceso)	Fase I : "Contacto"	1-3 3-5	-Iniciar una participación equilibrada entre los miembros -Construir una relación de confianza (seguridad) -Expresión emocional -Aceptación y funcionalidad de las emociones -Control de impulsos -Agresividad	-Determinar metas de tratamiento grupales.	-Determinar metas de tratamiento grupales.	-Determinar metas de tratamiento grupales.
	Fase II : "Emociones"					
FASE MEDIA (Metas de tratamiento)	Fase III : "Afrontamiento"	5-8 8-10 10-11	-Incrementar interacción miembro-miembro y participación equilibrada. -Continuar construyendo seguridad y expresión emocional.	-Incrementar el auto-conocimiento y auto-control (impulsos y emociones) -Expectativas de control -Estrategias de afrontamiento -Estrategias de solución de problemas	-Incrementar el auto-conocimiento y auto-control (impulsos y emociones) -Expectativas de control -Estrategias de afrontamiento -Estrategias de solución de problemas	-Balance entre dependencia e independencia -Conexión emocional entre padres e hijos -Estrategias de solución de problemas -Fortalecimiento de recursos familiares -Comunicación -Re-establecimiento de Límites/Reglas
	Fase IV : "Relacional"					
	Fase V : "Funcionamiento familiar"					
FASE FINAL	Terminación	12	-Reconocer progreso -Reforzar identidad -Prevención de recaídas	-Reconocer logros grupales -Plan de prevención de recaídas	-Reconocer logros grupales -Plan de prevención de recaídas	-Reconocer logros grupales -Plan de prevención de recaídas

10.9. ANEXO 9. ESTRUCTURA DE INTERVENCIÓN 2

INTERVENCIÓN					
		Metas de proceso	Metas de tratamiento	Metas de tratamiento	Metas de tratamiento
			GRUPO DE ADOLESCENTES	GRUPO DE PADRES/FAMILIARES	GRUPO MULTIFAMILIAR
FASE INICIAL (Metas de proceso)	Fase I : "Contacto"	-Iniciar una participación equilibrada entre los miembros -Construir una relación de confianza (seguridad) -Expresión emocional (aceptación) -Aceptación y funcionalidad de las emociones -Control de impulsos -Agresividad	-Determinar metas de tratamiento grupales.	-Determinar metas de tratamiento grupales.	1. Determinar metas de tratamiento grupales.
	Fase II : "Emociones"				
		SESIÓN 1, 2, y 3	SESIÓN 2	SESIÓN 2	SESIÓN 1
FASE MEDIA (Metas de tratamiento)	Fase III : "Afrontamiento"	-Incrementar interacción miembro-miembro y participación equilibrada. -Continuar construyendo seguridad y expresión emocional.	1. Incrementar el auto-conocimiento y auto-control (impulsos y emociones) 2. Expectativas de control 3. Estrategias de afrontamiento 4. Estrategias de solución de problemas	1. Expectativas de control 2. Incrementar el auto-conocimiento y auto-control (impulsos y emociones) 3. Estrategias de afrontamiento 4. Estrategias de solución de problemas	1. Conexión emocional entre padres e hijos 2. Balance entre dependencia e independencia 3. Estrategias de solución de problemas 4. Fortalecimiento de recursos familiares 5. Comunicación 6. Re-establecimiento de Límites/Reglas
	Fase IV : "Relacional"				
	Fase V : "Funcionamiento familiar"				
		SESIÓN 4, 5, 6 y 7	SESIÓN 2, 3, y 4	SESIÓN 2, 3, y 4	SESIÓN 5, 6, y 7
FASE FINAL	Terminación		-Reconocer logros grupales -Plan de prevención de recaídas	-Reconocer logros grupales -Plan de prevención de recaídas	-Reconocer logros grupales -Plan de prevención de recaídas
			SESIÓN 8	SESIÓN 8	SESIÓN 8

10.10. ANEXO 10. CONSENTIMIENTO OBSERVADORAS DE ALIANZA



Consentimiento
Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Deusto Psych es una Unidad de Investigación, Desarrollo e Innovación en Psicología y Salud que realiza intervenciones psicológicas de diversa índole con fines tanto de investigación como de docencia.

En el día de hoy, acude a Deusto Psych _____, de ____ años de edad, para participar voluntariamente en (señálese lo que proceda):

- la investigación (indicar título y responsable) _____
- sesiones clínicas para la formación de psicólogos/as en formación
- sesiones de formación

Una vez explicadas las características de funcionamiento y procesos a seguir para la evaluación y tratamiento, accede a (señálese lo que proceda):

- participar
- que las sesiones sean grabadas con fines exclusivamente de formación y/o investigación
- que las sesiones sean observadas con fines exclusivamente de formación y/o investigación

Por todo lo cual, firma el presente consentimiento informado

- La interesada / el interesado
- Su tutor legal

en Bilbao, a ____ de _____ de 20__

Fdo: _____ Fdo: _____


Fdo.: _____


Interesada/o

Tutor/a Legal

Responsable Intervención

10.11. ANEXO 11. TRÍPTICO DE DIFUSIÓN. ESTUDIO II.

<p>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR BIZKUME</p>  <p>ERANDIO BIZKAILAB Deusto</p>	<p>¿Qué es? Se trata de un programa de intervención a través del cual se ofrece atención gratuita a adolescentes y familias con problemas diversos: crisis y conflictos familiares, dificultades de adaptación, problemas psicológicos y emocionales, problemas escolares, consumo de sustancias, etc.</p> <p>¿Cómo se estructura? El programa de intervención consta de 14 sesiones, una por semana, de hora y media de duración. Se llevará a cabo en dos grupos, uno de padres / madres / tutores y otro de adolescentes entre 12 y 16 años.</p> <p>Se abordarán temáticas que contribuyan a mejorar el bienestar de las personas y de sus familias desde las experiencias compartidas. El programa de intervención también podrá implicar el consejo o asesoramiento ante un problema o dificultad.</p> <p>¿Es gratis? Sí, el programa es gratuito y voluntario.</p> <p>Ayuntamiento de Erandio. Bizkailab. Diputación Foral de Vizcaya - Universidad de Deusto.</p>	<p>¿Qué profesionales atienden a las familias? Un equipo de Psicólogos conformado por supervisores docentes y expertos en intervención con adolescentes y familias, psicólogos especialistas y otros profesionales en formación.</p> <p>¿A qué me comprometo? La participación en el programa no está relacionada con la posibilidad de acceder a otros recursos y servicios. Ponemos especial cuidado en respetar la intimidad y la confidencialidad de los datos que aporten todos los participantes.</p> <p>¿Cuándo empieza? El inicio del programa está previsto en septiembre de 2013.</p> <p>¿Cómo puedo participar? Ponte en contacto con nosotros a través de:</p> <p>Psicologiayfamilia@deusto.es TLF. 944 139 000 Ext. 2756 (Marifer Rocha o Tamara Prieto) Ext. 2285 (Eva García)</p> <p>ERANDIO BIZKAILAB Deusto</p>
---	---	--

<p>BIZKUME FAMILIA ESKU-HARTZE PROGRAMA</p>  <p>ERANDIO BIZKAILAB Deusto</p>	<p>Zer da? Esku-hartze programa bat da, zeinen bitartez arazo desberdinak dituzten nerabe eta familiei doako laguntza eskaintzen zaien: familia krisialdiak eta gatatzak, moldatzeko arazoak, psikologia eta emozio-arazoak, eskola-arazoak, substantzia kontsumoa, etab.</p> <p>Nola egituratzen da? Esku-hartze programa 14 saiokoa da, astean behinekoak eta ordu eta erdiko iraupena dutenak. Bi taldetan burutuko da, bat guraso / tutoreekin eta beste bat 12 eta 16 urte bitarteko nerabeekin.</p> <p>Partekatutako esperientzian oinarrituz, banakako eta familien ongizatea sustatzen lagunduko duten gaiak jorratuko dira. Esku-hartze programak arazo jakin baten aurreko aholkularitza edo orientabidea eskaini dezake.</p> <p>Doakoa da? Bai, doakoa eta borondatezkoa da.</p> <p>Erandioko Udala Bizkailab. Bizkaiko Foru Aldundia - Deustuko Unibertsitatea.</p>	<p>Zein profesionalak lan egiten dute familiekin? Nerabe eta familien esku-hartzean irakasle-gainbegirale eta adituez osatutako Psikologo talde batek parte hartuko du, baita psikologo espezialistek eta prestakuntzan dauden profesionalak ere.</p> <p>Zertan konprometitzen naiz? Programan parte-hartzeak ez dauka inolako harremanik beste baliabide eta zerbitzu batzuk eskuratzeko aukerarekin. Kontu handia jartzen dugu parte-hartzaile guztiek aditzera ematen dituzten datuen intimitatea eta konfidentialtasuna errespetatzen.</p> <p>Noiz hasiko da? Programaren hasiera 2013ko Irailean ezarri da.</p> <p>Nola parte hartu dezaket? Jarri zaitetz gurekin kontaktuan hauen bitartez:</p> <p>Psicologiayfamilia@deusto.es TLF. 944 139 000 Luz. 2756 (Marifer Rocha o Tamara Prieto) Luz. 2285 (Eva García)</p> <p>ERANDIO BIZKAILAB Deusto</p>
---	--	--

10.12. ANEXO 12. CORRELACIONES BIVARIADAS. ESTUDIO II

Sesión 3

	S	CE	E	CP	STF	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI- coh
S	1															
CE	.26	1														
E	.36	.48	1													
CP	.15	.35	.80**	1												
STF	.49	.70**	.91**	.84**	1											
m-Mj	-.49	.22	.03	.44	.16	1										
m-m PB	.62*	.47	.63*	.68**	.78**	.07	1									
m-m PW	-.45	.21	.27	.49	.27	.52	-.01	1								
m-m NR	-.54*	.18	-.27	-.32	-.29	.37	-.55*	.24	1							
m-l PB	.42	.49	.78**	.70**	.81**	.24	.79**	.10	-.22	1						
m-l PW	-.01	.35	.54*	.72**	.60*	.48	.49	.66*	-.31	.60*	1					
m-l NR	-.70**	-.05	-.43	-.42	-.49	.33	-.70**	.31	.87**	-.47	-.25	1				
m-g PB	.23	-.05	.52	.76**	.53*	.32	.76**	.20	-.44	.67**	.52	-.51	1			
m-g NR	-.66*	-.27	-.46	-.37	-.55*	.28	-.61*	.23	.69**	-.55*	-.36	.88**	-.36	1		
GQ	-.17	.33	.52	.71**	.55*	.68**	.48	.67**	.18	.64*	.68**	.13	.66*	.11	1	
TFI-coh	.32	-.15	.39	.46	.34	-.11	.34	.20	-.31	.14	.13	-.30	.50	-.05	.26	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

Sesión 6

	S	CE	E	CP	STF	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI- coh
S	1															
CE	.62*	1														
E	.04	-.27	1													
CP	.39	.35	.14	1												
STF	.77**	.66*	.29	.81**	1											
m-Mj	-.26	.0	-.22	-.22	-.27	1										
m-m PB	.60*	.78**	-.17	.42	.67*	-.16	1									
m-m PW	.17	.56	.16	.27	.44	.33	.51	1								
m-m NR	-.50	-.85**	.06	-.31	-.61*	.24	-.90**	-.50	1							
m-l PB	.28	.63*	.03	.37	.52	-.35	.81**	.36	-.72**	1						
m-l PW	0	.47	.22	.24	.36	.35	.38	.88**	-.33	.42	1					
m-l NR	-.56	-.75**	.29	-.22	-.48	.18	-.67*	-.21	.82**	-.36	.06	1				
m-g PB	.47	.73**	-.19	.55	.64*	.22	.73	.58*	-.66	.51	.38	-.55	1			
m-g NR	-.38	-.57	.44	.0	-.20	.14	-.47	-.12	.63*	-.14	.21	.91**	-.45	1		
GQ	.09	.43	.22	.41	.46	.23	.51	.77**	-.35	.62*	.88**	.15	.53	.33	1	
TFI-coh	.11	.48	-.11	.51	.43	.37	.44	.60*	-.24	.28	.70*	.03	.49	.21	-.72**	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

Sesión 9

	S	CE	E	CP	STF	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1															
CE	.63*	1														
E	.66*	.81**	1													
CP	.25	.63*	.82**	1												
STF	.78**	.91**	.96**	.79**	1											
m-Mj	-.23	.01	.04	.17	-.02	1										
m-m PB	.41	.83**	.69*	.60	.73*	.22	1									
m-m PW	.28	.53	.60	.54	.56	.61	.69*	1								
m-m NR	-.58	-.80**	-.71*	-.68*	-.80**	-.39	-.62	-.57	1							
m-l PB	.55	.85**	.86**	.68*	.86**	.03	.88**	.50	-.63	1						
m-l PW	.63*	.70*	.71*	.47	.74*	.37	.63	.83	-.71*	.61	1					
m-l NR	-.56	-.78**	-.62	-.64*	-.76*	-.10	-.56	-.33	.92**	-.58	-.47	1				
m-g PB	.07	.57	.50	.58	.48	.51	.89**	.68*	-.52	.71*	.44	-.41	1			
m-g NR	-.42	-.63	-.23	-.25	-.45	.05	-.41	-.07	.69*	-.30	-.20	.86**	-.23	1		
GQ	.22	.53	.62	.50	.54	.42	.82**	.84**	-.36	.72*	.69*	-.13	.82**	.14	1	
TFI-coh	-.13	.34	.23	.28	.19	.75*	.68*	.70*	-.34	.40	.38	-.13	.87**	-.05	.75*	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

Sesión 12

	S	CE	E	CP	STF	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1															
CE	.55	1														
E	.57	.66*	1													
CP	.35	.77**	.49	1												
STF	.77**	.90**	.81**	.80**	1											
m-Mj	.13	.07	.23	.30	.22	1										
m-m PB	.07	.26	.21	.17	.21	.51	1									
m-m PW	-.06	.12	.18	.24	.14	.65*	.46	1								
m-m NR	-.53	-.78**	-.57	-.79**	-.82**	-.39	-.21	-.46	1							
m-l PB	0	.28	.15	0	0	.16	.89**	.17	-.08	1						
m-l PW	.29	.37	.48	.22	.40	.59*	.77**	.66*	-.38	.63*	1					
m-l NR	-.50	-.75**	-.64*	-.46	-.71*	.20	-.29	-.08	.60*	-.44	-.45	1				
m-g PB	.06	.02	.25	.35	.21	.92**	.49	.49	-.33	.16	.45	.21	1			
m-g NR	-.50	-.34	-.12	-.55	-.48	-.56	-.39	-.19	.52	-.20	-.41	.21	-.59*	1		
GQ	-.26	-.15	0	-.16	-.19	.59*	.86**	.57	.11	.70*	.70*	.11	.54	-.12	1	
TFI-coh	-.06	0	.39	.31	.19	.49	.26	.31	-.04	-.07	.18	.23	.65*	-.05	.37	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

SOATIF-o

Sesión 3

	S	CE	E	CP	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1														
CP	.13	1													
E	.10	.61*	1												
CP	-.18	.64*	.08	1											
m-Mj	.23	-.11	.21	-.29	1										
m-m PB	.08	.29	-.32	.55*	.07	1									
m-m PW	-.04	.11	.19	.08	.52	-.01	1								
m-m NR	.28	.17	.70**	-.49	.37	-.55*	.24	1							
m-l PB	-.05	.33	.11	.39	.24	.79**	.10	-.22	1						
m-l PW	-.27	-.06	-.16	.32	.48	.49	.66*	-.31	.60*	1					
m-l NR	.08	.12	.63*	-.32	.33	-.70**	.31	.87**	-.47	-.25	1				
m-g PB	-.18	.33	-.11	.45	.32	.76**	.20	-.44	.67**	.52	-.51	1			
m-g NR	.21	.20	.58*	-.14	.28	-.61*	.23	.67**	-.55*	-.36	.88**	-.36	1		
GQ	0	.44	.36	.33	.68**	.48	.67**	.18	.64*	.68**	.13	.66*	.11	1	
TFI-coh	-.13	.28	-.03	.51	-.11	.34	.20	-.31	.14	.13	-.30	.50	-.05	.26	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

Sesión 6

	S	CE	E	CP	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1														
CP	.11	1													
E	-.18	-.03	1												
CP	-.17	-.04	.47	1											
m-Mj	-.75**	-.30	.10	-.10	1										
m-m PB	-.10	.74**	-.16	-.51	-.16	1									
m-m PW	-.38	.33	.08	-.47	.33	.51	1								
m-m NR	-.13	-.72**	.36	.32	.24	-.90**	-.50	1							
m-l PB	0	.83**	-.26	-.01	-.35	.81**	.36	-.72**	1						
m-l PW	-.45	.48	.20	-.28	.35	.38	.88**	-.33	.42	1					
m-l NR	-.25	-.40	.54	.41	.18	-.67*	-.21	.82**	-.36	.06	1				
m-g PB	-.33	.34	-.40	-.52	.22	.73	.58*	-.66	.51	.38	-.55	1			
m-g NR	-.17	-.12	.56	.32	.14	-.47	-.12	.63*	-.14	.21	.91**	-.45	1		
GQ	-.49	.51	.18	-.16	.23	.51	.77**	-.35	.62*	.88**	.15	.53	.33	1	
TFI-coh	-.36	.48	.40	-.15	.37	.44	.60*	-.24	.28	.70*	.03	.49	.21	-.72**	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

Sesión 9

	S	CE	E	CP	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1														
CP	-.16	1													
E	-.08	.25	1												
CP	.32	-.37	.52	1											
m-Mj	-.11	-.81**	.04	.36	1										
m-m PB	-.06	-.32	-.10	-.31	.22	1									
m-m PW	-.34	-.37	0	-.22	.61	.69*	1								
m-m NR	-.25	.48	-.21	-.31	-.39	-.62	-.57	1							
m-l PB	.32	-.26	-.23	-.33	.03	.88**	.50	-.63	1						
m-l PW	-.01	-.17	.31	-.11	.37	.63	.83	-.71*	.61	1					
m-l NR	-.29	.31	-.15	-.29	-.10	-.56	-.33	.92**	-.58	-.47	1				
m-g PB	-.11	-.64*	-.28	-.18	.51	.89**	.68*	-.52	.71*	.44	-.41	1			
m-g NR	-.15	.07	-.38	-.36	.05	-.41	-.07	.69*	-.30	-.20	.86**	-.23	1		
GQ	-.19	-.35	-.23	-.47	.42	.82**	.84**	-.36	.72*	.69*	-.13	.82**	.14	1	
TFI-coh	-.30	-.66*	-.09	-.05	.75*	.68*	.70*	-.34	.40	.38	-.13	.87**	-.05	.75*	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * p<.05; ** p<.01

Sesión 12

	S	CE	E	CP	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1														
CP	a	1													
E	-.37	a	1												
CP	-.22	a	.94**	1											
m-Mj	.14	a	0	0	1										
m-m PB	.44	a	.36	.27	.51	1									
m-m PW	.30	a	.26	.18	.65*	.46	1								
m-m NR	-.61	a	0	-.12	-.39	-.21	-.46	1							
m-l PB	.52	a	-.06	-.07	.16	.89**	.17	-.08	1						
m-l PW	.07	a	.34	.16	.59*	.77**	.66*	-.38	.63*	1					
m-l NR	-.23	a	-.08	-.17	.20	-.29	-.08	.60*	-.44	-.45	1				
m-g PB	.18	a	.20	.12	.92**	.49	.49	-.33	.16	.45	.21	1			
m-g NR	-.60	a	-.33	-.36	-.56	-.39	-.19	.52	-.20	-.41	.21	-.59*	1		
GQ	.04	a	.30	.07	.59*	.86**	.57	.11	.70*	.70*	.11	.54	-.12	1	
TFI-coh	-.17	a	.42	.24	.49	.26	.31	-.04	-.07	.18	.23	-.65*	-.05	.37	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; a= No se puede calcular porque al menos una variable es constante; * p<.05; ** p<.01

10.13. ANEXO 13. TRÍPTICO DE DIFUSIÓN. ESTUDIO III.

UIICF, Facultad de Enfermería y Podología Hospital Naval interfam@udc.es teléfono. 646 102 004

PROGRAMA FAMILIAS





UNIVERSIDADE DA CORUÑA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN INTERVENCIÓN Y CUIDADO FAMILIAR

¿Quién puede participar?

Familias con hijos adolescentes (12-15 años preferentemente) sin medidas de protección ni judiciales. Familias con dificultades como consumo de porros, fracaso escolar, conducta agresiva, fugas. Familias con un sentimiento de impotencia o ineficacia que les abrume. **Preferencia** para las familias en las que participe el adolescente. Se hará una entrevista previa a participar en el programa (bien en el ayuntamiento o en el domicilio). Participación totalmente gratuita.

¿Cuántas y cómo son las sesiones?

Doce sesiones. Las sesiones son reuniones de entre 7 y 10 familias conjuntamente. Cada sesión dura unos 90 minutos. Se hacen 4 sesiones de sólo padres juntos, 4 sesiones de sólo adolescentes, y 4 sesiones de todos los padres y adolescentes juntos. Las sesiones se hacen cada 10 o 15 días y las de padres solos y adolescentes solos podrían hacerse a la misma hora en salas separadas o en días diferentes según convenga. Las sesiones son dinámicas y activas y están dirigidas por dos terapeutas expertos y supervisadas por el equipo de la UIICF.



Una iniciativa para crear eficacia en las familias y futuro en los adolescentes


Este programa de terapia multi-familiar pretende poner en marcha un formato de intervención con pequeñas comunidades de familias que comparten dificultades y que pueden ayudarse mutuamente con la dirección y ayuda de los profesionales. Es un programa piloto pero que tiene una fuerte base científica y que en el futuro puede ser llevado a cabo por profesionales de los servicios sociales comunitarios.


El objetivo es que los padres aprendan conjuntamente a ser más eficaces y que los adolescentes consigan recuperar el apego y la confianza de sus padres. Es un formato que se asienta en el respeto por las familias y el optimismo sobre su futuro.



10.14. ANEXO 14. CUESTIONARIO DE DERIVACIÓN. ESTUDIO III.

UIICF, Facultad de Enfermería y Podología Hospital Naval interfam@udc.es teléfono. 646 102 004

PROGRAMA FAMILIAS 

 UNIVERSIDADE DA CORUÑA **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN INTERVENCIÓN Y CUIDADO FAMILIAR**

CUESTIONARIO DE PARTICIPACIÓN (enviar a interfam@udc.es)
Tu nombre y mail/tlfno. de contacto:

¿Cuántas familias estimas que con seguridad podrían participar de tu concello?

¿En cuántas de esas familias participarían con seguridad los adolescentes?

¿En cuántas de esas familias participarían los dos padres?

¿Qué lapso de tiempo crees que es mejor entre sesión y sesión? ¿una semana? ¿dos semanas?.....


¿Qué día de la semana crees que podría ser el más conveniente?

¿Cuáles son las dificultades fundamentales que ves para la participación de las familias?

¿Cuánto tiempo de viaje tendrían las familias para venir al Hospital Naval?

¿Cuál sería el medio de transporte?

Usa por favor la siguiente página si quieres plantear cualquier observación o pregunta adicional.



10.15. ANEXO 15. CUESTIONARIO PARA SERVICIOS SOCIALES. ESTUDIO III.

Familia: _____ Evaluador: _____

Historia de contacto con la familia (¿Desde hace cuánto tiempo?, ¿Con qué problemática?)

¿Cómo es la cooperación de los padres/tutores con las indicaciones de los técnicos del servicio de protección a la infancia?

Las ayudas o recursos sociales empleados actualmente con la familia, son:

¿Cómo consideráis su economía familiar?

Atención psicológica previa (¿Para quién? ¿En qué evento/problemática? ¿Temporalidad?)

Separaciones familiares (¿Por cuánto tiempo?) _____

Temporalidad del último incidente/crisis/problemática familiar:

Conflicto familiar general detectado:

Padres/Tutores:

Jornada Laboral de cada uno:

Historia relacionada con situaciones de violencia o conductas antisociales, salud mental, órdenes de alejamiento, enfermedades, profesiones, consumo de sustancias (de cada uno):

Redes/Apoyo Social (¿Suficiente?, ¿Por parte de quiénes?) _____

Adolescente:

Retrasos escolares (¿De cuántos cursos escolares?) _____

Rendimiento escolar actual: _____

Fugas (¿De dónde?) _____

Consumo de sustancias (¿Qué sustancia?)

10.16. ANEXO 16. CORRELACIONES BIVARIADAS. ESTUDIO III.

Sesión 3

	S	CE	E	CP	STF	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1															
CE	.35	1														
E	.57**	.56**	1													
CP	.42	.47*	.67**	1												
STF	.76**	.75**	.88**	.77**	1											
m-Mj	-.29	-.19	-.38	-.50*	-.42	1										
m-m PB	-.1	.1	.09	-.11	.0	-.02	1									
m-m PW	.06	.33	.16	-.03	.18	-.04	.56**	1								
m-m NR	-.51*	-.13	-.51*	-.31	-.47*	.49*	.11	.19	1							
m-l PB	-.02	.46*	.32	.15	.29	-.14	.59**	.23	-.00	1						
m-l PW	.02	.35	.24	.04	.21	-.01	.58**	.93**	.14	.34	1					
m-l NR	-.52*	.06	-.31	-.21	-.32	.35	.18	.38	.86**	.00	.38	1				
m-g PB	-.05	.52*	.39	.38	.37	-.06	.48*	.45*	.1	.63**	.53*	.27	1			
m-g NR	.22	-.07	-.31	-.06	-.06	.26	-.38	.02	.47*	-.2	-.08	.21	-.2	1		
GQ	-.26	.32	.0	-.05	.0	.18	.62**	.79**	.61**	.46*	.80**	.74**	.66**	.1	1	
TFI-coh	-.2	.45*	.07	-.08	.08	.23	.66**	.75**	.35	.38	.72**	.52*	.66**	-.22	.82**	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

Sesión 6

	S	CE	E	CP	STF	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1															
CE	.23	1														
E	.06	.56*	1													
CP	.38	-.12	.24	1												
STF	.66**	.60*	.69**	.63**	1											
m-Mj	-.54*	.22	.05	-.21	-.20	1										
m-m PB	.20	.11	.44	.76**	.61*	-.16	1									
m-m PW	-.05	.44	.54*	.42	.53*	.25	.58*	1								
m-m NR	-.56*	.04	.12	-.04	-.17	.33	.10	.39	1							
m-l PB	.37	.38	.50*	.42	.65**	-.14	.77**	.21	-.12	1						
m-l PW	-.20	.33	.57*	.53*	.49	.30	.63**	.91**	.52*	.29	1					
m-l NR	-.37	-.26	-.21	-.06	-.34	.26	-.05	.35	.68**	-.47	.25	1				
m-g PB	.04	-.07	.41	.63**	.41	-.02	.79**	.26	.24	.68**	.43	.02	1			
m-g NR	-.41	-.13	-.34	-.19	-.40	.46	-.15	.29	.71**	-.41	.25	.80**	-.07	1		
GQ	-.21	.20	.44	.49	.37	.28	.70**	.84**	.69**	.34	.89**	.51*	.61*	.47	1	
TFI-coh	.11	.08	.27	.64**	.45	.24	.83**	.51*	.12	.67**	.56*	.10	.77**	.10	.69**	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; * $p < .05$; ** $p < .01$

SOATIF-o

Sesión 3

	S	CE	E	CP	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1														
CE	-.77**	1													
E	-.28	.16	1												
CP	-.49*	.51*	.60*	1											
m-Mj	.31	-.23	.46	.25	1										
m-m PB	-.04	-.04	-.15	-.35	-.02	1									
m-m PW	-.32	.3	-.16	-.15	-.04	.56**	1								
m-m NR	.33	-.21	-.22	-.14	.49*	.11	.19	1							
m-l PB	-.18	.31	-.16	-.08	-.14	.59**	.23	-.00	1						
m-l PW	-.13	.26	-.33	-.26	-.01	.58**	.93**	.14	.34	1					
m-l NR	.1	-.01	-.28	-.14	.35	.18	.38	.86**	.00	.38	1				
m-g PB	-.19	.21	-.53*	-.29	-.06	.48*	.45*	.1	.63**	.53*	.27	1			
m-g NR	.31	-.16	-.04	.21	.26	-.38	.02	.47*	-.2	-.08	.21	-.2	1		
GQ	-.03	.14	-.42	-.28	.18	.62**	.79**	.61**	.46*	.80**	.74**	.66**	.1	1	
TFI-coh	-.31	.13	-.09	-.21	.23	.66**	.75**	.35	.38	.72**	.52*	.66**	-.22	.82**	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; a= No se puede calcular porque al menos una variable es constante; * p<.05; ** p<.01

Sesión 6

	S	CE	E	CP	m-Mj	m-m PB	m-m PW	m-m NR	m-l PB	m-l PW	m-l NR	m-g PB	m-g NR	GQ	TFI-coh
S	1														
CE	a	1													
E	a	a	1												
CP	.55*	a	a	1											
m-Mj	-.49	a	a	-.09	1										
m-m PB	.26	a	a	.33	-.16	1									
m-m PW	-.24	a	a	-.22	.25	.58*	1								
m-m NR	-.37	a	a	-.27	.33	.10	.39	1							
m-l PB	.55*	a	a	.55*	-.14	.77**	.21	-.12	1						
m-l PW	-.28	a	a	.02	.30	.63**	.91**	.52*	.29	1					
m-l NR	-.55*	a	a	-.58*	.26	-.05	.35	.68**	-.47	.25	1				
m-g PB	.28	a	a	.48	-.02	.79**	.26	.24	.68**	.43	.02	1			
m-g NR	-.52	a	a	-.29	.46	-.15	.29	.71**	-.41	.25	.80**	-.07	1		
GQ	.22	a	a	-.03	.28	.70**	.84**	.69**	.34	.89**	.51*	.61*	.47	1	
TFI-coh	.08	a	a	.37	.24	.83**	.51*	.12	.67**	.56*	.10	.77**	.10	.69**	1

Nota: S=Seguridad en el sistema terapéutico; CE= Conexión emocional con el terapeuta; E= Enganche en el proceso de tratamiento; CP= Sentido de compartir el propósito; STF=puntaje total del SOATIF; m-m= miembro-miembro; m-l= miembro-líder; m-g= miembro-grupo; PB= Positive Bonding; PW= Positive Working; NR= Negative Relationship; m-Mj= puntuación media de la percepción de mejoría durante el tratamiento; a= No se puede calcular porque al menos una variable es constante; * p<.05; ** p<.01