

El reto de la Terapia de Familia: Estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un Centro de Salud Mental

The Challenge of Family Therapy: A thirteen-year study of interventions in a Mental Health Center

María Teresa Rosique Sanz
Hospital Dr. Rodríguez Lafona, España

Belén López Moya
Hospital Ramón y Cajal, España

Cristina Polo Usaola
Centro de Salud Mental de Hortaleza, España

María Luisa López Gironés
Centro de Salud Mental de Hortaleza, España

María Teresa Sanz Aparicio
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

Carmen González de Vega
Centro de Salud Mental de Hortaleza, España

Resumen. En el presente artículo se presentan los resultados de un Programa de Terapia Familiar llevado a cabo por un equipo multiprofesional durante trece años, desde el 2000 al 2013, en un Centro de Salud Mental del ámbito público. Se analizan las características de la derivación a terapia familiar, del paciente designado (sociodemográficas y clínicas), de las familias atendidas (su dinámica y estructura) y de las intervenciones realizadas como un primer acercamiento a la estructura asistencial ofrecida en el centro, así como a las características de dicha atención.

Palabras clave: terapia de familia, centro de salud mental, derivación, variables sociodemográficas y clínicas, intervención.

Abstract. This article presents the results of a Family Therapy Program implemented over thirteen years, from 2000 to 2013, by a multidisciplinary team in one of the Centers for Mental Health belonging to the Public Health System. We analyze the characteristics of the patient's referral to family therapy, as well as those of the identified patient (sociodemographic and clinical ones), of the families (dynamics and structure) and of the inter-

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a María Teresa Rosique Sanz al e-mail: mariateresa.rosique@salud.madrid.org

ventions, in order to have a first approach to both the care structure and its characteristics, offered at the center.

Keywords: family therapy, mental health center, referral, sociodemographic and clinic variables, intervention.

Según la Organización Mundial de la Salud la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, logra trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Bofill, Fernández, Villegas, García e Hijano, 2010). Asimismo, Kreuz (2007) refiere que el funcionamiento adecuado de la familia como conjunto constituye la base para el crecimiento físico y personal sano de todos sus miembros, permitiendo desde esos vínculos familiares adecuados la comunicación, cohesión y adaptabilidad que acompaña al individuo a lo largo de su ciclo vital. Dando un paso más, el concepto de salud familiar entendida como la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis (Horwitz, Florenzano y Ringeling 1985), resultaría el punto de partida y objetivo final de la intervención familiar. En este marco de actuación, la Terapia de Familia ofrece una nueva forma de contemplar o redefinir los trastornos mentales a través de modificaciones estructurales y funcionales (Ortiz, 1999), pasando de centrarnos en el individuo como portador y responsable único del síntoma a contemplar, a la familia como un sistema organizado en el que cada individuo es un miembro contribuyente (Minuchin, 1985), y en la que cada elemento cumple una función con respecto al todo (Von Bertalanffy, 1976). Dado que el ser humano se desarrolla, crece y vive en su núcleo familiar, se hace necesario su estudio por su trascendencia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso salud-enfermedad (Ortiz, 1999).

Existe evidencia empírica que apoya la eficacia de la terapia de familia en muy diversos ámbitos de actuación. Al realizar un recorrido por la bibliografía existente al respecto, hallamos una serie de estudios que se pueden agrupar básicamente en dos bloques: aquellos que defienden su condición de intervención terapéutica y su eficacia a la hora de realizar modificaciones en la dinámica relacional y estructural de distintas poblaciones, y aquellos otros que postulan su utilidad ante distintos cuadros clínicos o trastornos mentales.

Con respecto al primer grupo, al centrarnos en la diversidad de poblaciones atendidas desde esta óptica, encontramos trabajos publicados con adolescentes en general (Bou, 2011), adolescentes con autolesiones (Harrington et al., 2000), adolescentes con abuso severo de sustancias (Henderson, Dakof, Greenbaum y Liddle, 2010), adolescentes delincuentes (Baldwin, Christian, Berkeljon y Shadish, 2010; Chamberlain y Rosicky, 1995; Henggeler y Sheidow, 2012; Liddle, Rowe, Henderson y Greenbaum, 2009), niños inadaptados (Buckle, Hoffmayer e Isambert, 1996), poblaciones infantojuveniles con fracaso escolar en los que se desea prevenir el VIH (Rowe, 2010), infantes con problemas infantojuveniles (Kaslow, Broth, Smith y Collins, 2012; Sexton y Turner, 2010), con familias ante un primer episodio psicótico (Tachi, 1991) o familias con una madre con depresión (Timmer et al., 2011).

En relación al segundo bloque, en cuanto al abordaje de distintos trastornos mentales, encontramos estudios que defienden su eficacia en trastornos de ansiedad (Liddle et al., 2009), de la conducta alimentaria (Lock, 2011; Vanderlinden y Vandereycken, 1991), relacionados con el uso de sustancias (Becker y Curry, 2008; Stanton y Shadish, 1997), en primeros episodios de trastornos psicóticos (Bird et al., 2010) y en esquizofrenia severa (Girón et al., 2010).

Muy sucintamente expuesto podemos decir que Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano (2012) al estudiar el inicio de la Terapia Familiar allá por la década de los cincuenta encuentran sus orígenes en diversos puntos de los EE.UU., considerando los más representativos al equipo de Lidz en Yale (Lidz, Cornelison, Carlson, y Fleck, 1958; Lidz, Cornelison, Fleck y Carlson, 1958), al grupo de Wynne en el National Institute of Mental Health (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsh, 1958) y al movimiento del equipo de Palo Alto. Por su parte, Kreuz y Pereira (2009) en su análisis sobre el origen de la terapia familiar defienden que surge, por un lado, como alternativa terapéutica para el abordaje del trastorno mental grave en un momento donde aún no habían aparecido los antipsicóticos y los psicofármacos existentes en la actualidad y, por otro,

porque el psicoanálisis y las técnicas desarrolladas a partir del conductismo, no consiguieron proporcionar los resultados deseados en pacientes institucionalizados en hospitales psiquiátricos.

Por los motivos que acabamos de comentar, se comenzaron a investigar nuevas formas de intervención complementarias a las terapias individuales o coadyuvantes de estas, con el fin de mejorar el bienestar de los pacientes e intentar disminuir la población psiquiátrica ingresada. Dicha nueva conceptualización basada en la mejora del bienestar psíquico conllevó un aumento de los presupuestos dedicados a la atención psiquiátrica, así como a las condiciones de hospitalización con el consecuente desarrollo del modelo. Desde entonces se ha publicado cierta bibliografía en países anglosajones y americanos, si bien podemos considerar que el primer estudio sobre la eficacia de la terapia familiar data de 1978 y fue llevado a cabo por Gurman y Kniskern, marcando el inicio de la investigación en este campo al presentar hallazgos significativos en cuanto a sus resultados beneficiosos.

En España, Pereira (1994) ha realizado un recorrido por la historia del devenir de la terapia familiar y data sus orígenes en nuestro país en la década de los ochenta. Dado que es relativamente reciente, el número de investigaciones al respecto es aún escaso, aunque algunos autores han investigado aspectos concretos de la intervención, como la conclusión elaborada tras la primera entrevista en función del contexto público o privado (Suárez y Rojero, 1984), la organización comunitaria de los Centros de un mismo área dentro de un modelo sistémico (Rojero, Acosta, Carballo, Olabarria y Tapia, 1986), la estructura de la terapia familiar y la recogida de la demanda dentro de la institución pública (Montes, 2006), o las reflexiones en relación a una experiencia de trabajo realizando intervenciones psicoterapéuticas familiares en el ámbito público (Polo, Ortega, López y Escudero, 2005).

Ciñéndonos al ámbito de la salud mental, y conforme el funcionamiento del sistema sanitario público, en los últimos años distintos profesionales nos estamos encontrando con la dificultad del aumento de la demanda de atención de la población atendida en consulta, lo que obstaculiza en gran medida el poder ofrecer tratamientos psicoterapéuticos con una periodicidad y duración deseada. La experiencia acumulada en el Centro de Salud Mental en el que trabajamos señala la eficacia y la efectividad del abordaje desde la óptica de la terapia de familia como una herramienta terapéutica alternativa, en unos casos, y complementaria, en otros, para el tratamiento de determinados trastornos mentales. Eficacia al permitirnos abordar el problema desde el propio seno de la familia y, efectividad en cuanto se han obtenido mejores resultados en menor tiempo. Si bien en nuestro país aún son escasos los Servicios que han implementado este tipo de abordaje terapéutico dentro de su atención a la salud mental, paulatinamente van apareciendo más iniciativas que exponen unos resultados satisfactorios.

El objetivo del presente trabajo es analizar exhaustivamente los resultados acumulados desde el año 2000 hasta el 2013 de las intervenciones con familias atendidas en el programa de Terapia Familiar del Centro de Salud Mental de Hortaleza de Madrid. Concretamente se desea estudiar las características de la estructura familiar y del paciente identificado, de la derivación y de la intervención llevada a cabo.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 285 familias derivadas por su profesional de referencia, psiquiatra o psicólogo, a terapia de familia en el Centro de Salud Mental del distrito de Hortaleza de la Comunidad de Madrid desde el año 2000 hasta el 2013.

Materiales

Con el objetivo de recoger las características de la terapia familiar se diseñó *ad hoc* un protocolo que contenía las siguientes variables y sus correspondientes opciones con modalidad de respuesta excluyente:

1) Características de la derivación:

- Profesional derivante
 - Psicólogo adultos
 - Psiquiatra adultos
 - Psicólogo infantil
 - Psiquiatra infantil
- Momento de la derivación
 - Primera entrevista
 - Primer trimestre
 - Primer año
 - Segundo año
 - Más de dos años de tratamiento
- Motivo de derivación a terapia familiar por el profesional de referencia
 - Hijos triangulados, alianzas y coaliciones
 - No diferenciación de roles entre los sistemas paternal y fraternal
 - Problemas de relación de pareja
 - Dificultades de comunicación, secretos familiares y discusiones frecuentes
 - Dinámica familiar alterada: aglutinamiento familiar o familia desligada
 - No independencia de los hijos y dificultad de separación
 - Divorcios difíciles y alineación de hijos

2) Características del paciente designado y de la estructura familiar:

- Edad
- Sexo
 - Varón
 - Mujer
- Estado civil
 - Soltero
 - Casado
 - Divorciado o separado
 - Viudo
- Etapa del ciclo vital
 - Formación de pareja
 - Con hijos pequeños
 - Con hijos adolescentes
 - Con hijos emancipados
 - Tercera edad
 - Incorporación de nuevos miembros
- Tipo de convivencia
 - Familia de origen
 - Familia nuclear
 - Otros familiares
 - Solo
 - Otros
- Situación laboral
 - Estudiante
 - Ama de casa
 - No cualificado
 - Cualificado
 - Funcionario
 - Otros

- Diagnóstico (*DSM-IV-TR*)
 - Trastorno adaptativo
 - Ansiedad
 - Depresión y distimia
 - Trastornos psicóticos
 - Trastorno de personalidad
 - Trastornos relacionados con sustancias
 - TDAH
 - Otros
- Familiares con antecedentes de tratamiento en el centro
 - Único miembro
 - Más miembros
 - Hijos
 - Madre
 - Padre
 - Ambos padres
 - Hermano
 - Pareja
 - Más de un miembro de los anteriores
- Riesgo de violencia intrafamiliar
 - No
 - Si
 - Dirección padres-hijos
 - Dirección hijos-padres
 - Violencia de pareja
 - Combinación de las anteriores

3) Características de la intervención:

- Tipo de intervención
 - Terapia de pareja
 - Terapia con familia de origen
 - Terapia con familia nuclear
 - Terapia incluyendo a otros miembros
- Decisión tomada tras la primera entrevista
 - Alta
 - Seguimiento de la terapia familiar en el mismo formato
 - Paso a terapia de pareja
 - Inclusión de nuevos miembros
- Objetivo principal trabajado durante el proceso terapéutico
 - Destriangulación, alianzas y coaliciones
 - Normas, límites y violencia
 - Relación de pareja
 - Aspectos relacionales y comunicacionales
 - Discurso sobre la enfermedad
 - Separación e individuación de los hijos
 - Separación de la familia de origen
 - Procesos de divorcio
 - Adaptación y aceptación de una nueva situación
- Tratamientos combinados o intervenciones conjuntas
 - Familiar, individual y farmacológico
 - Familiar e individual

- Familiar y farmacológico
- Familiar
- Otros
- Número de sesiones
- Evolución
 - Alta por mejoría
 - Continúa en tratamiento
 - Abandono
 - No acuden a la primera entrevista

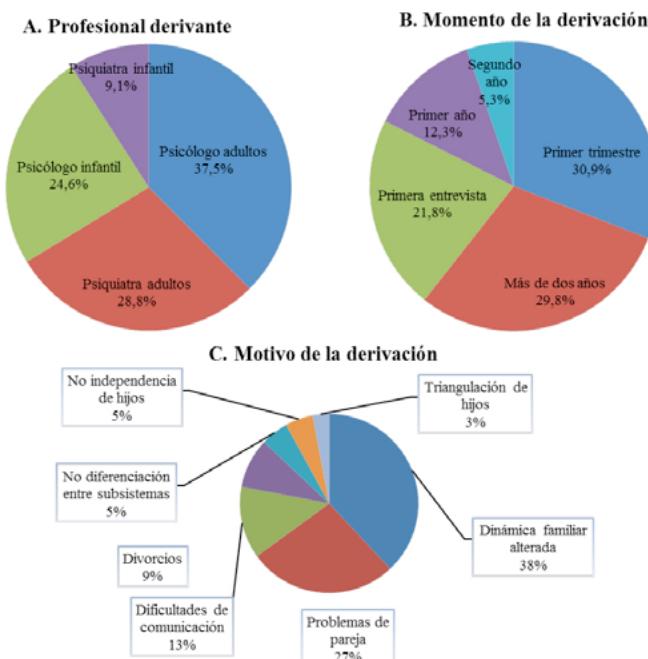
Procedimiento

Para recoger las variables presentadas en el protocolo se propuso un diseño longitudinal retrospectivo con el objetivo de cumplimentar uno o más protocolos por familia en función del número de pacientes designados derivados al programa. La información se recogió a partir de los formularios de derivación, las historias clínicas y las transcripciones de las sesiones cumplimentadas durante las sesiones de terapia que fueron llevadas a cabo por dos miembros del equipo terapéutico multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales y residentes rotantes desde distintos servicios), junto con un equipo reflexivo que permanecía en otra sala detrás de un espejo unidireccional. Las sesiones duraban 90 minutos y fueron llevadas a cabo por un equipo compuesto por un terapeuta principal y un coterapeuta asignados a la familia. El tiempo destinado al programa fue de cuatro horas semanales siendo la citación generalmente mensual.

Resultados

Las variables recogidas se unificaron en una base de datos y analizadas con el programa estadístico SPSS v.20. A continuación se van a presentar los resultados obtenidos siguiendo el esquema del protocolo empleado, con su gráfico correspondiente.

Gráfico 1. Características de la derivación



Profesional derivante

Observando los resultados expuestos en el Gráfico 1 comprobamos que son los psicólogos los profesionales que derivan principalmente a los pacientes a este tipo de intervención (62,1% frente a los psiquiatras 37,9%). Si nos fijamos en la población con la que se trabaja, podemos comprobar que tanto los psiquiatras como los psicólogos de adultos envían el doble de derivaciones a terapia de familia que los profesionales con poblaciones infanto-juveniles (66,3% vs. 33,7%).

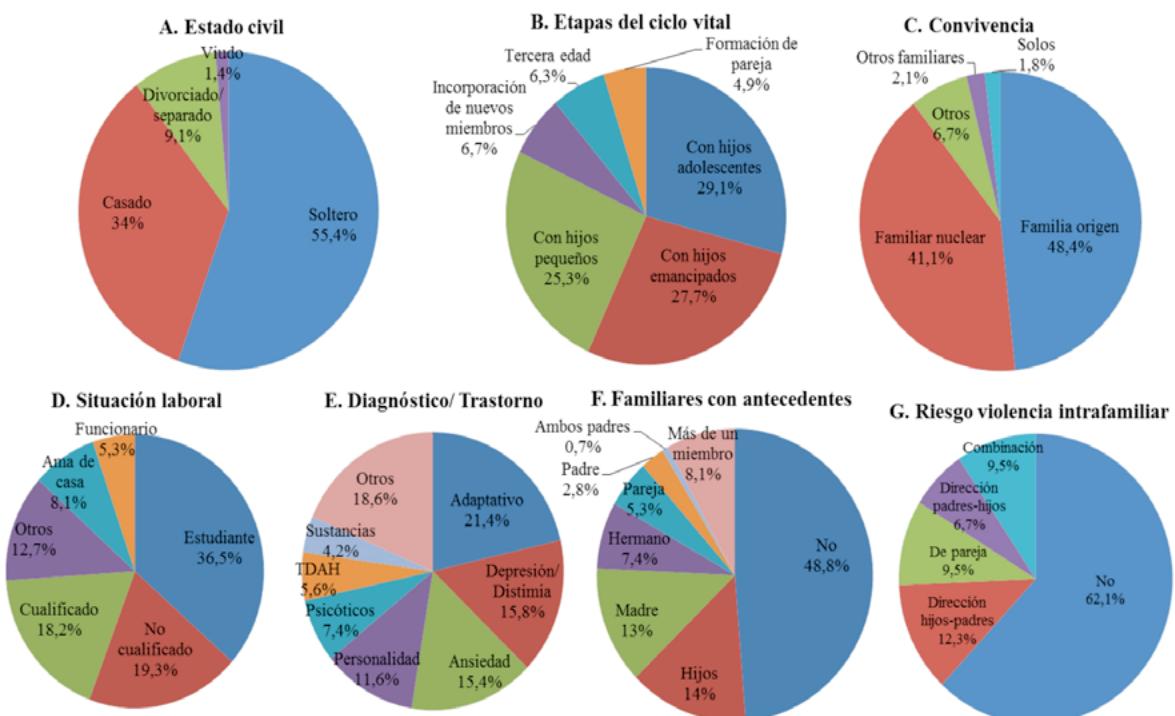
Momento de la derivación

Al analizar los datos obtenidos, constatamos que el 52,7% de las derivaciones tienen lugar en la primera entrevista o durante los tres primeros meses y que, asimismo, se produce otra derivación importante transcurridos más de dos años de asistencia a consulta (29,8%), debido posiblemente a la falta de resultados obtenidos hasta el momento.

Motivo de la derivación a terapia familiar por parte del profesional de referencia

Los problemas detectados por los profesionales de referencia que por primera vez atienden al paciente en consulta individual, y que posteriormente lo derivan al programa, se distribuyen en un alto porcentaje (65%) entre problemas relativos a dinámicas familiares alteradas –familias aglutinadas o desligadas- y problemas de relación de pareja. Las dificultades de comunicación, divorcios y alineación de hijos, no diferenciación de roles entre los distintos subsistemas, no independencia de los hijos y su triangulación aparecen en menor medida (35%).

Gráfico 2. Características del paciente designado y su familia



Edad, sexo, estado civil, etapa del ciclo vital familiar, tipo de convivencia y situación laboral

El rango de edad de los pacientes designados fue variado, con una media de 31,26 años. Un 60,4% fueron mujeres y un 39,6% varones, en su mayoría solteros y casados. Las etapas del ciclo vital encontradas con mayor frecuencia son familias con hijos adolescentes, emancipados o pequeños (82,3%), mientras que el porcentaje de familias en etapas de incorporación de nuevos miembros, en tercera edad o en etapas de formación de pareja es más bajo (17,9%). En cuanto al tipo de convivencia, encontramos altos porcentajes que viven con su familia de origen o nuclear (89,5%). El análisis de la situación laboral o profesional muestra un número alto de estudiantes, seguidos por un similar número de trabajadores no cualificados y cualificados.

Diagnóstico

Los trastornos mentales o el diagnóstico principal más frecuentemente encontrado es el de trastorno adaptativo, seguido por el trastorno depresivo y la distimia, el trastorno de ansiedad o crisis de angustia, los trastornos de personalidad, los trastornos psicóticos, por déficit de atención con hiperactividad y los relacionados con sustancias. En la categoría “otros trastornos” hallamos especialmente el trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria y aquellos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. A la vista de los resultados expuestos podemos comprobar cómo son derivados a terapia familiar pacientes con diagnósticos muy diversos.

Familiares con antecedentes de tratamiento en el centro

Prácticamente se distribuyen de manera semejante aquellos pacientes designados que son el único miembro de la familia que realiza seguimiento en el centro, frente a aquellos pacientes que tienen algún miembro más que recibe terapia, siendo el otro miembro en su mayoría los hijos, la madre, el hermano o la pareja. Conviene incidir en este dato puesto que nos indica que los profesionales deben permanecer en alerta cuando acude un paciente a consulta y no se debe obviar en ningún caso a la familia; en este sentido, la terapia de familia es una herramienta muy útil para detectar las patologías que se desencadenan dentro del núcleo familiar.

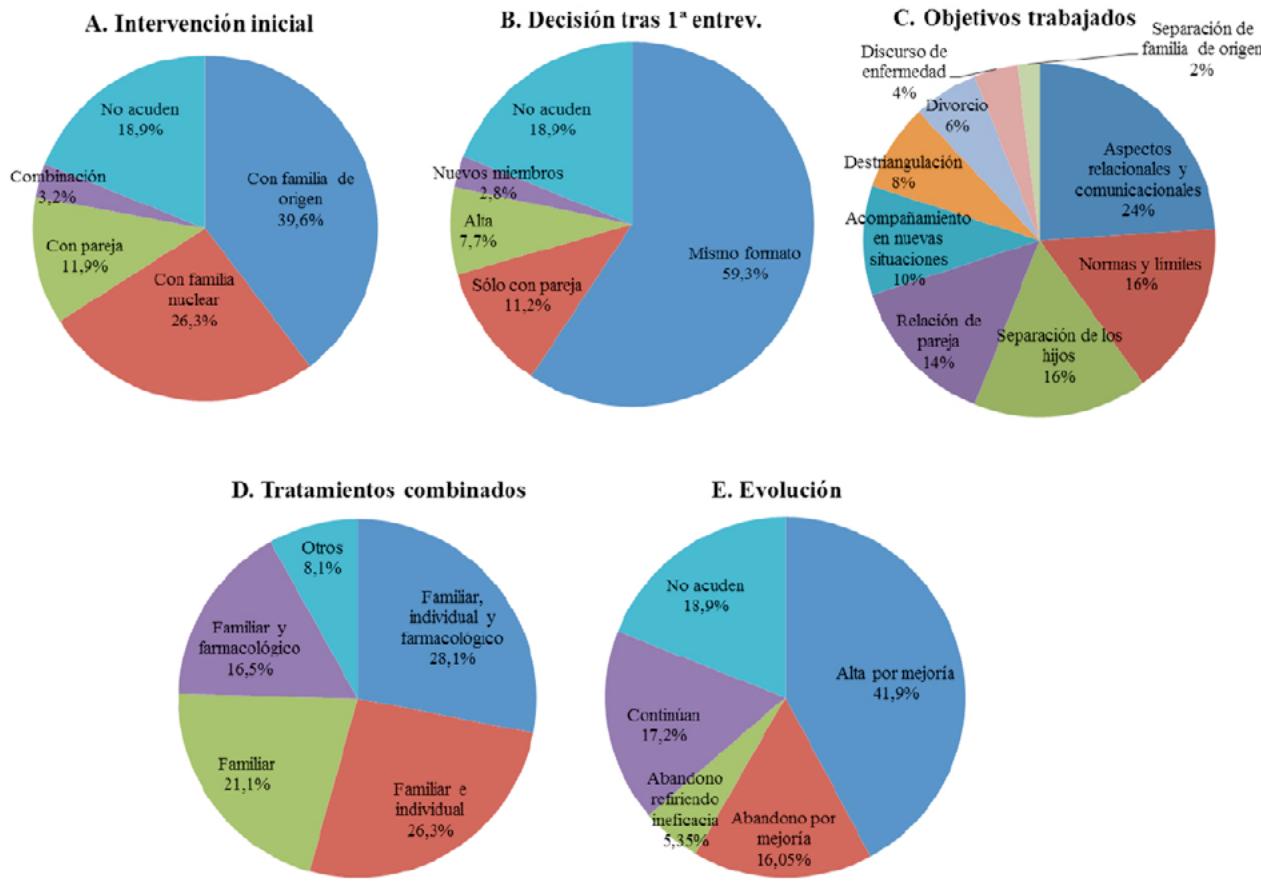
Riesgo de violencia intrafamiliar

Del análisis de la violencia intrafamiliar en nuestra muestra se desprende que sí se produce, es decir que hay un alto componente de agresividad en las relaciones familiares (37,9%) y que predomina en la dirección hijos-padres, seguida por la de pareja, la violencia que se produce en la dirección padres-hijos y una combinación de las anteriores.

Tipo de intervención y decisión tomada tras la primera entrevista

Tras la derivación a la terapia de familia, la intervención inicial incluye en su mayoría a la familia de origen o a la nuclear (65,9%), siendo la pareja citada con menor frecuencia. Destaca un considerable porcentaje que no asiste a la primera entrevista. Una vez finalizada esa primera entrevista mayoritariamente se decide continuar el seguimiento familiar con el mismo formato, sin modificaciones en cuanto a inclusión/exclusión de miembros (59,3%), en menor medida se continúa sólo con la pareja, se procede al alta o incluye a otros miembros.

Gráfico 3. Características de la intervención



Objetivos trabajados

Los focos de trabajo planteados en cada caso se distribuyen de manera variada. Una cuarta parte de los objetivos planteados se centran en trabajar aspectos relacionales y comunicacionales. Los procesos de separación, emancipación y autonomía de los hijos, así como el establecimiento de normas y límites para el cese de la violencia suponen un tercio de las intervenciones. Los restantes objetivos como los problemas de la relación de pareja, el acompañamiento en nuevas situaciones, la destriangulación, el acompañamiento en divorcios, el discurso de la enfermedad y la separación de la familia de origen se abordan en menor medida.

Tratamientos combinados o intervenciones conjuntas

Los tratamientos que recibe la muestra en el centro suelen ser en su mayoría combinados, destacando el triple abordaje terapia familiar-individual-farmacológico, el familiar-individual o el familiar-farmacológico. Es reseñable que una quinta parte de la muestra ha sido exclusivamente tratada con terapia familiar.

Número de sesiones y evolución

La intervención se llevó a cabo con un número medio de 3,4 sesiones por familia, siendo la moda 1 sesión y hallándose un máximo de 16 sesiones. El 41,9% de las familias son dadas de alta en el servicio. Para conocer el motivo del abandono (21,4%), se contactó con las familias que no acudieron a su cita para comprobar a

qué era debido: el 75% de los pacientes con los que se habló, indicaron que habían mejorado su problemática y su deseo de ser dados de alta, frente al 25% que refirieron que la intervención no estaba cumpliendo sus expectativas. Si sumamos a las altas médicas aquellos casos en los que los propios pacientes manifestaron su mejoría con el tratamiento, nos encontramos con que un 57,95% de la población atendida se ha beneficiado de la intervención.

Resulta llamativo que un 18,9% de las familias no acudieron a la primera entrevista lo que subraya la necesidad de valorar aspectos tales como: la disposición del paciente y la disponibilidad de la familia, sus propias expectativas y la vivencia del problema. Poner luz en todos estos aspectos ayudaría a poder mejorar la derivación. En la actualidad, un 17,2% continúa en tratamiento con buena adherencia y evolución, por lo que es previsible hablar un 75,15% de altas en definitiva.

Discusión

Como se ha comentado en la introducción, las intervenciones con la familia se empezaron a llevar a cabo en nuestro país en los ochenta por lo que el *corpus* de investigaciones rigurosas al respecto es reducido. Si bien en la actualidad son escasos los Centros públicos que cuentan con un equipo de profesionales especializados en la terapia familiar, dado que este modelo de intervención generalmente no se oferta desde las carteras de servicios de los hospitales, paulatinamente surgen iniciativas aisladas, que contemplan este abordaje terapéutico como medio para alcanzar la mejora psicológica y el deseado estado de bienestar. En nuestro Centro de Salud Mental y desde un enfoque multiprofesional hicimos una apuesta por este modelo de intervención como herramienta terapéutica alternativa o complementaria a la consulta tradicional individual. De esta forma, el trabajo longitudinal se realizó a lo largo de trece años con un triple objetivo: favorecer las relaciones familiares de convivencia, potenciar la calidad de vida familiar, y ofrecer protección/ayuda cuando la situación familiar fuera vulnerable.

La revisión de la bibliografía existente sobre el tema demuestra las escasas investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la terapia familiar hasta el momento en el marco de la sanidad pública, aspecto que ha dificultado en gran medida poder comparar y analizar nuestros resultados con los disponibles en la actualidad. No obstante, en los últimos años han aparecido paulatinamente, por una parte una serie de trabajos encaminados a estudiar distintos parámetros del abordaje familiar y, por la otra un incremento del uso de esta modalidad de intervención; ambos hechos nos conducen a reflexionar sobre la necesidad de que prosperen estudios sobre la terapia familiar en cuanto a su eficacia y su efectividad de cara a intervenir en situaciones familiares que dificultan el bienestar personal y familiar.

En la discusión de los resultados hemos optado por proseguir con la línea expositiva seguida a lo largo del presente trabajo, para resaltar los datos más sobresalientes hallados y ciertas conclusiones sobre las características de las tres variables analizadas: la derivación - el paciente y su familia - la intervención.

La derivación

Cuando nos ceñimos a los parámetros relacionados con la derivación al programa de terapia familiar, que consideramos de gran relevancia para poder ofrecer la ayuda más idónea a cada problema y continuar el seguimiento de manera adecuada en caso de requerir un abordaje familiar, resulta cuanto menos llamativo el alto porcentaje de derivaciones realizadas por el colectivo de psicólogos en comparación con el de psiquiatras y que, a su vez, ambos profesionales deriven a terapia familiar más a pacientes adultos que a menores de edad. Otro aspecto destacable se refiere al periodo en que se produce la derivación, dado que la decisión de derivar al tratamiento desde una óptica familiar se ha realizado fundamentalmente en momentos diferentes: o bien durante el primer trimestre de la evaluación o transcurridos dos años de tratamiento.

La conveniencia de enfocar el caso desde el abordaje familiar y la detección de la problemática parece estar clara en un alto porcentaje de casos tras una única entrevista de exploración o bien durante el primer trimestre de la evaluación, lo que remarca que la alternativa de la derivación es una opción que se contempla en el Cen-

tro desde la evaluación inicial y, generalmente, se estudia su idoneidad durante las primeras entrevistas. No obstante, el hecho de que múltiples derivaciones se realicen, asimismo, tras más de dos años de tratamiento tiene que ver fundamentalmente con una doble circunstancia; la propia evolución del trastorno con sus repercusiones en la dinámica familiar de tal modo que sea recomendable abordarlo, y la dificultad de manejo de determinados trastornos que provoca el fracaso de otro tipo de intervenciones, por lo que se optaría por esta alternativa ante la escasa mejoría del paciente.

Grosso modo y con respecto a la derivación, se puede afirmar que los resultados encontrado subrayan la tendencia a una verdadera descentralización de la autoridad, algo que ya fue propuesto en este ámbito hace décadas por Perkins (1953) defensor del trabajo multidisciplinar y en equipo, así como de una cooperación integrativa (Knobel, 1965).

El paciente designado y su familia

Con respecto a las variables sociodemográficas del paciente designado, podemos concluir que los datos coinciden mayoritariamente con los obtenidos en el exhaustivo estudio de Rodríguez-Arias, Otero, Venero, Ciordia y Vázquez (2004) sobre familias atendidas en un contexto público. El hecho de que la media de edad fuera de 31,26 años se relaciona con la mayor derivación de adultos para esta intervención. Asimismo, el que un mayor porcentaje de pacientes sean mujeres se mantiene coherente con que prioritariamente son ellas las que acuden a los Servicios de Salud Mental a solicitar ayuda (Koopmans y Lamers, 2007; Veroff, 1981).

Siguiendo los estudios sobre el ciclo vital familiar iniciados por Haley (1980), encontramos altos porcentajes de ciclos vitales correspondientes a familias con hijos adolescentes, descritos por Vaz, Ingelmo y López (1986) como el momento más delicado para una familia, ya que los jóvenes comienzan a adquirir responsabilidades y a mantener relaciones intensas y persistentes con individuos ajenos al sistema. Los resultados relacionados con el tipo de convivencia son probablemente intrínsecos a la propia intervención, puesto que parecería lógico pensar que aquellos que conviven con sus familias sean derivados y acompañados por ellos en el proceso de tratamiento.

En cuanto al análisis del tipo de diagnóstico con los que se ha trabajado, se observa que las personas con trastornos adaptativos, afectivos y de ansiedad o los llamados Trastornos Mentales Comunes (Moré y Muñoz, 2000) en la Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), son los derivados con más frecuencia para su abordaje desde la óptica familiar. Este dato podría estar estrechamente relacionado con su indudable alta incidencia y prevalencia (Alonso, Lépine y ESEMeD/MHEDEA, 2007; Montilla, González, Retolaza, Dueñas y Alameda, 2002), o con la posibilidad de resolver el malestar en el propio contexto donde ha surgido o repercutido, pudiéndose abordar el agente estresor con el apoyo familiar o, por último, con la indicación de uso de tratamientos psicológicos para estos trastornos (Ferreres et al., 2012; Sammons y Schmidt, 2004). Por el contrario, también hemos comprobado que las pacientes con trastornos adaptativos abandonan con mayor frecuencia la terapia, lo que haría recomendable trabajar su adherencia al tratamiento. Igual comportamiento se ha hallado en los pacientes con trastorno de la personalidad, en su mayoría trastorno límite, dificultad que posiblemente se halle inherentemente asociada a la propia patología, por lo que resultaría de este modo esencial dedicar especial atención a trabajar la adherencia o el enganche a la terapia con el propósito de evitar o prevenir los posibles abandonos.

Si nos fijamos en los miembros que componen las familias asistidas, observamos que en la mitad de la muestra encontramos familiares con antecedentes de tratamiento en el Centro, es decir, más de un miembro recibe tratamiento. Este hecho subraya la eficiencia en cuanto a costes-beneficios al intervenir a más de una persona que requiere ayuda en el mismo periodo temporal, lo que sin duda repercutirá en los componentes aislados y en el sistema en su conjunto promotor del cambio familiar.

Con respecto a las variables relacionadas con la violencia, observamos cifras impactantes referentes a la existencia de violencia intrafamiliar que convierten en fundamental este tipo de intervención tanto para su prevención como para el abordaje de las graves repercusiones que podría conllevar. Hemos comprobado que en casi un 40% de las familias atendidas refieren un clima familiar en el que coexiste la violencia filiopaternal,

seguida por la de pareja y la paternofilial como las formas más comunes. Si bien la violencia de pareja, así como la que se produce en dirección padres-hijos han sido mayoritariamente estudiadas, conviene fijarnos en el incremento de violencia filio-paternal que, en palabras de Pereira (2006, 2010), parece ser una transformación del poder en las familias emergente y que podría ir pareja a los cambios de diversa índole, como sociales y culturales, que se están sucediendo en las últimas décadas.

La intervención

En el análisis de las variables recogidas en el tercer bloque relacionadas con la intervención llevada a cabo, encontramos que se realiza generalmente con la familia de origen y, aunque existe asimismo un alto número de intervenciones con la familia nuclear, sin embargo, no se tiene registrado ninguna situación en que se mezclasen en la misma sesión ambas familias. Un dato que consideramos importante es que en la mayoría de los casos se sostuvo la decisión de mantener a las personas citadas durante la primera entrevista en el resto de las sesiones. Según Ricci y Selvini-Palazzoli (1984) hay que considerar el número de destinatarios de la comunicación o el número de participantes en el juego interaccional; indicación que sin duda debemos atender para implicar a los miembros necesarios atrapados en la patología y que, sin duda, parece oportuno seguir desde las primeras entrevistas de cara a mantener un encuadre fijo y no dilatar el proceso en el tiempo.

Un resultado a comentar es que el 21,1% de los pacientes del programa sólo recibieron terapia familiar, si bien el resto tenían prescrita algún tipo de intervención complementaria en consonancia con la preferencia actual en la Red de Salud Mental de mantener tratamientos combinados. Con respecto al número de sesiones y evolución, se observa una tendencia a realizar intervenciones puntuales o breves con una media de 3,4 sesiones por familia, algo inferior a la encontrada por Muñiz (2004) de 5,1 y Rodríguez-Arias et al. (2004) de 4,3; esos datos parecen indicar la efectividad de intervenciones breves en los Centros de Salud Mental (Fernández et al., 2011). Sin embargo encontramos casos en los que se realiza únicamente una intervención frente a un caso en que se llegaron a realizar dieciséis; no obstante, el número medio de sesiones se incrementará dado que un 17,2% de las familias en el momento de la recogida de datos continúa en tratamiento.

Con respecto a la tasa de abandonos, los resultados parecen similares a los de Muñiz (2004) y algo superiores a los encontrados por Rodríguez-Arias et al. (2004). Una situación a comentar es que aquellas familias que abandonaron la terapia antes de ser dadas de alta por el equipo, fueron llamadas el día que no asistieron con el fin de averiguar el motivo y brindar la posibilidad de una nueva incorporación a la terapia; una gran mayoría refirieron no haber acudido a la sesión y solicitar el alta voluntaria por encontrarse bien. Por tanto, el porcentaje de mejoría se eleva al 75% de los casos, lo que subraya la potencia de esta herramienta terapéutica en pocas sesiones y con más de un paciente por unidad de tiempo. No obstante, y pese a estos datos, dado que gran parte de los abandonos sucedieron durante las tres primeras entrevistas, no se puede obviar la necesidad de extremar el cuidado para fomentar la adherencia al tratamiento durante este periodo, pues parece crítico o bien para lograr una mejoría o bien para desistir y abandonar la terapia.

Por último, centrándonos en la detección del problema durante la evaluación individual del paciente que solicita cita en el Centro por parte del profesional de referencia, conviene insistir en que es de crucial importancia para poder enfocar y continuar el seguimiento de manera óptima, ya sea en formato individual o planteándose el familiar. Una de las ventajas de la terapia familiar es que permite observar de un modo directo la forma de funcionamiento de una familia y la interacción entre sus miembros, dinámica difícilmente perceptible en sesiones de terapia individuales. En cuanto a nuestro estudio, parece haber cierta correspondencia entre el foco de trabajo detectado durante las entrevistas individuales por el profesional de referencia y el objetivo planteado por el equipo de terapia familiar. Los resultados muestran que el profesional derivante suele detectar con mayor frecuencia el problema global como, por ejemplo, los relativos a la dinámica familiar alterada o los problemas de relación de pareja y, posteriormente, una vez incluidos en el programa la demanda suele hacerse más concreta y operativa: como cesar la violencia o separarse de familias de origen, entre otros.

Respecto a los objetivos planteados para trabajar durante la terapia, la mayoría han consistido en el abordaje de problemas comunicacionales, relacionales o estructurales entre sus miembros, aunque también se da una

demandas de ayuda específica por parte de la familia para trabajar una situación puntual que ha roto la homeostasis familiar, como puede ser una separación o una nueva situación. Estos aspectos inclinan a pensar que los problemas familiares son más de índole estructural o de la dinámica establecida longitudinalmente a lo largo de su historia, que de corte transversal y puntual que quizás sean trabajados desde las sesiones de psicoterapia individuales sin inclusión de la familia en el tratamiento.

Conclusión

A lo largo del presente artículo hemos pretendido perfilar una panorámica del *status quo* de la terapia de familia en nuestro país dando unas pinceladas al respecto, a la vez que presentar los resultados y las conclusiones del trabajo llevado a cabo durante más de una década en esta línea en un Centro público de Salud Mental. Consideramos que los resultados son prometedores y nos indican un camino a seguir, si bien somos conscientes de que hace falta mucho compromiso al respecto. No obstante, y como corolario, no podemos acabar sin indicar que al ofrecer a los pacientes la posibilidad de protagonizar, dirigir y colaborar en su proceso terapéutico, hemos comprobado una rápida convalecencia en cuestión de pocas sesiones, llegándose a producir en ocasiones una mejoría subjetiva y objetiva tras únicamente una intervención. Por tanto, creemos necesarios llegar a conocer las características de las familias atendidas, de las intervenciones que se llevan a cabo con más frecuencia y de los parámetros de las derivaciones, con el objetivo de poder detectar aquellos pacientes que resultan más susceptibles de derivación, así como maximizar los beneficios de la intervención y mejorar la distribución de los recursos disponibles. De este modo se podría lograr una mayor especialización y potenciación de la calidad de la atención ofrecida a nuestros pacientes.

Referencias

Alonso, J., Lépine, J. P. y ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. (2007) Overview of key data from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 3-9.

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR. Brevario: Criterios Diagnósticos*. Barcelona, España: Masson.

Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A. y Shadish, W. R. (2010). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital Family Therapy* 38, 281-304.

Becker, S. J. y Curry, J. F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 531-543.

Becker, S. J. y Curry, J. F. (2008). Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 531-543.

Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J. y Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5): 350-6.

Bofill, I., Fernández, A., Villegas, M.A., García, A. e Hijano, F. (2010). Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12(19), 93-106.

Bou J. (2011). Lidiando con adolescentes posmodernos: cambios sociales e intervención familiar. *Revista Mosaico*, 50, 44-49.

Buckle, P., Hoffmayer, H. e Isambert, A. (1996). *La salud mental de la familia de Europa*. Ginebra, Suiza: Editorial Prensa Médica.

Chamberlain, P. y Rosicky J. G. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 441-459.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2012). *El Modelo Sistémico en la Intervención Familiar*. Barcelona, España: Facultad de Psicología, departamento de Persoanlitat, Avaluació i Tractament Psicològics de la Universitat de Barcelona.

Fernández, J., Luengo, M. A., García, J., Cabero, A., González, M. D., Braña, B. y Caunedo, P. J. (2011). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental II: Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 13-29.

Ferreres, V., Pena-Garijo, J., Ballester Gil de Pareja, M., Edo, S., Sanjurjo, I. y Ysern, L. (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado? Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(114), 271-286.

Girón, M., Fernández-Yáñez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A. y Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40(1), 73-84.

Gurman, A. S. y Kniskern, D. P. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect. En Garfinkel, S. y Bergin, A. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior*. Nueva York: Wiley.

Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., Mcniven, F., Gill, J., Harrington, V. y Woodham A. (2000). Deliberate self-poisoning in adolescence: why does a brief family intervention work in some cases and not others? *Journal of Adolescence*, 23(1), 13-20.

Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P.E. y Liddle, H.A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-97.

Henggeler, S. W. y Sheidow, A. J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital Family Therapy*, 38(1), 30-58.

Horwitz, N., Florenzano, R. y Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98, 144-155.

Kaslow, N. J., Broth, M. R., Smith, C. O. y Collins, M. H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital Family Therapy*, 38, 82-100.

Koopmans, G. T. y Lamers, L. M. (2007). Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. *Social Science and Medicine*, 64, 1216-1230.

Knobel, M. (1965). El psicólogo en un servicio de psiquiatría infantil. *Revista de Psicología*, 2, 37-43.

Kreuz, A. (2007). Cuando el "paciente" es la familia. *Psychologies*, 34, 146-7.

Kreuz, A. y Pereira, R. (2009). Terapia Familiar. En J. Vallejo y C. Leal (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*, (Vol. II, cap. 131, pp. 2071-2087). Barcelona, España: Ars Médica.

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Henderson, C. y Greenbaum, P. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.

Lidz, T., Cornelison, A.R., Fleck, S. y Carlson, D.T. (1958). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital shew. *American Journal of Psychiatry*, 114(3), 241-248.

Lidz, T., Cornelison, A.R., Carlson, D.T. y Fleck, S. (1958). Intrafamilial environment of schizophrenic patients: the transmission of irrationality. *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, 305-316.

Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 24, 274-279.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Minuchin P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.

Montes, M. J. (2006). Terapia Sistémica e Institución Pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la Demanda. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), 265-278.

Montilla, J. F., González, C., Retolaza, A., Dueñas, C. y Alameda, J. (2002). Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(84), 25-47.

Moré, M. A. y Muñoz, P. E. (2000). Satisfacción de los usuarios de un servicio de salud mental. *Archivos de Psiquiatría*, 63, 139-158.

Muñiz, J. A. (2004). Informe sobre una evaluación de resultados del modelo de Terapia Familiar Breve en el ámbito privado. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 29-33.

Ortiz, M. T. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 439-45.

Pereira, R. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista Psicopatología*, 14(1), 5-17.

Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental. Un fenómeno emergente. *Revista Mosaico*, 36, 8-9.

Pereira, R. (2010). Transformaciones del poder en las familias. Cuando los hijos toman el poder: violencia filio-parental. *Monográfico de la Revista Mosaico*, 44.

Perkins, D. (1953). The Team Plan. Nueva York, Estados Unidos: G.P. Putnam's Son.

Polo, C., Ortega, M. J., López, M. y Escudero, A. (2005). Terapia de Familia en el Ámbito Público. *Mosaico*, 34, 20-27.

Ricci, C. y Selvini-Palazzoli, M. (1984). Interactional Complexity and Communication. *Family Process*, 23, 169-176.

Rodríguez-Arias, J.L., Otero, M., Venero, M., Ciordia, N. y Vázquez, P. (2004). Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 20-28.

Rojero, C., Acosta, E., Carballo, S., Olabarria, B. y Tapia, R. (1986). Hacia un programa de Salud Mental comunitario: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(18), 438-453.

Rowe, C. L. (2010). Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 563-576.

Sammons, M. y Schmidt, N. (2004). *Tratamientos combinados de los trastornos mentales. Guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Sexton, T. y Turner, C.W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24, 339-348.

Stanton, M. D. y Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.

Suárez, T. y Rojero, C. (1984). Marca de contexto y conclusión de la 1^a entrevista de familia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4, 363-372.

Tachi, T. (1991). Couple therapy with parents whose youngest daughter had a psychotic episode: impairment of a child and marital conflict. *The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 16, 103-109.

Timmer, S. G., Ho, L. K., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., Fernandez, E. y Boys, D. (2011). The effectiveness of parent-child interaction therapy with depressive mothers: the changing relationship as the agent of individual change. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 406-423.

Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1991). Guidelines for the family therapeutic approach to eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(1), 36-42.

Vaz, F. J., Ingelmo, J. y López, B. (1986). Aspectos topográficos y temporales en terapia familiar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(16), 43-56.

Veroff, J. B. (1981). The dynamics of help-seeking in men and women: a national survey study. *Psychiatry*, 44, 189-200.

Von Bertalanffy. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondos de Cultura Económica.

Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. y Hirsch, S. I. (1958). Pseudo-mutality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.

Manuscrito recibido: 21/04/2014
 Revisión recibida: 20/02/2015
 Manuscrito aceptado: 24/02/2015