



Cofinanciado por
la Unión Europea

HEDERA Terapia familiar en el domicilio

IMPLEMENTACIÓN - INFORME DE CONCLUSIONES



LA
BOTTEGA
DEI RAGAZZI
COOPERATIVA SOCIALE ONLUS



- **Investigadoras Coordinadoras:**

Nuria Molano Mérida (EDUVIC)
Marta Rodríguez Lama (EDUVIC)

- **EDUVIC:**

Nuria Molano Mérida (coordinadora de investigación)
Marta Rodríguez Lama (coordinadora de investigación)
Javier Loyo Rivera (coordinador de implementación)
Adela Camí Dealbert (supervisora de implementación)

- **Agintzari:**

Géraldine Sagarna Brusseleers (coordinadora de investigación e implementación)
Alaitz Garmendia Jauregui (coordinadora de investigación)
Begoña Guijarro Masero (supervisora de implementación)
Blanca Angulo López de Armentia (seguimiento de proyecto)

- **La Bottega Dei Ragazzi:**

Daniela Ariadna Moreno Boudon (coordinadora de investigación)
Denis Cesari (coordinador de implementación)

- **Holtis:**

Cătălin-George Fedor (coordinador de investigación e implementación)
Stefan Marian Cojocar (coordinador de investigación e implementación)

- **Caminante:**

Stéphanie Destandau (coordinadora de investigación)
Hélène Nogues (coordinadora de investigación)
Patricia Barnetche (coordinadora de investigación)
Frédérique Pène (coordinadora de implementación)
Christiane Expert (coordinadora de implementación)

La investigación **HEDERA Terapia Familiar en el Domicilio** busca **evaluar empíricamente la aplicación de un modelo terapéutico en el contexto domiciliario, construido entre diferentes entidades europeas del ámbito de la acción social, mediante la recogida de evidencias sobre la salud relacional de las familias participantes y sobre la experiencia, habilidades y conocimientos de los y las profesionales que lo implementan**. Este estudio empírico pertenece a la segunda fase de un proyecto educativo más amplio, dirigido a la formación de profesionales, dentro de la financiación procedente de las ayudas Erasmus+ KA220-VET para Asociaciones de cooperación en Formación Profesional.

La presente fase de investigación aplicada pertenece al Paquete de Trabajo 3 (en adelante, WP3). Está precedida por una primera fase consistente en la confección teórica y metodológica del modelo de terapia familiar y el diseño de su implementación, perteneciente al Paquete de Trabajo 2 (en adelante, WP2), y está sucedida por el diseño y puesta en marcha de actividades formativas dirigidas a profesionales de la acción social (Paquete de Trabajo 4, WP4).

El objetivo de este informe es recoger los aspectos principales del diseño de la investigación realizado en WP2 y exponer los resultados finales obtenidos mediante la evaluación empírica de las familias y de los y las profesionales participantes (WP3).

1. Objetivos de la investigación

Desde la perspectiva de las **familias** participantes, se plantea:

- A. Explorar la composición y organización de las familias, así como el perfil sociodemográfico de sus miembros adultos y menores de edad.
- B. Evaluar el nivel de satisfacción de las familias con respecto al proceso de intervención terapéutico.
- C. Contrastar el nivel de salud relacional de las familias entre el inicio del proceso terapéutico y el final de este. Concretamente, pretendemos evaluar la cohesión y la adaptabilidad familiar, la calidad de vida, el estrés parental y el sentimiento de competencia parental de los padres y madres; así como el ajuste psicológico, la salud y el apoyo social percibido de los menores de edad.
- D. Analizar las similitudes y diferencias entre las medidas de salud relacional y la satisfacción con el proceso terapéutico de las familias que reciben la intervención a domicilio y aquellas que la reciben en despacho (grupo control).
- E. Comprobar las relaciones entre los diferentes aspectos de la salud relacional de las familias y sus características sociodemográficas y organizativas, tanto en los momentos iniciales del proceso de intervención terapéutico como al final de este.
- F. Examinar el progreso experimentado en las medidas de salud relacional, desde el inicio hasta el final de la intervención, en diferentes perfiles de familias, según su composición, organización, características sociodemográficas de sus miembros y motivo de demanda terapéutica.
- G. Conocer las similitudes y diferencias entre las familias de los diferentes países implicados con respecto a las medidas de salud relacional y su satisfacción con el proceso de intervención terapéutico.

Desde la perspectiva de los y las **terapeutas** participantes, se busca:

- H. Estudiar las características sociodemográficas, educativas y profesionales de los y las terapeutas.
- I. Examinar el nivel de habilidades terapéuticas en el contexto domiciliario de los y las terapeutas antes y después de la intervención.
- J. Analizar la estructura relacional y los indicadores de protección y riesgo de las familias al inicio de la intervención, y relacionar estos aspectos con los datos sociodemográficos, la composición y organización familiar y las medidas de salud relacional informados por las familias.
- K. Evaluar el nivel de satisfacción y las dificultades experimentadas por los y las terapeutas con respecto al proceso de intervención terapéutico, estudiando la relación de estos aspectos con el contexto de intervención (despacho o domicilio) y las anteriores medidas informadas por la familia y los propios terapeutas.
- L. Conocer las similitudes y diferencias entre los y las terapeutas de los diferentes países implicados con respecto a su experiencia en el proceso de intervención terapéutico.

Desde la perspectiva de los y las **profesionales referentes** de las familias participantes, encargados de la derivación de estas a los servicios de apoyo terapéutico, se pretende:

- M. Conocer la valoración de estos/as profesionales sobre el proceso de intervención terapéutico, en cuanto al nivel de progreso favorable que perciban en las familias atendidas.

2. Participantes

En lo referente a la procedencia de las familias participantes en la investigación, fueron familias referidas a los servicios de apoyo terapéutico de cada una de las entidades. En concreto, las familias se ubicaban dentro de los siguientes servicios:

- EDUVIC: EDUVIC-Famílies – Servicios de Orientación y Asesoramiento a las Familias y Servicios de Terapia Familiar (Barcelona).
- AGINTZARI: Programa de Acogimiento Familiar (Álava); Programa de Acogimiento Familiar, Servicio de Postadopción de la Diputación Foral de Bizkaia y Servicio Arlobi, Adoptia, Betirako (Bizkaia); Servicio de apoyo al acogimiento y adopción (Navarra); Equipo de Intervención Socioeducativa de Bermeo (Bizkaia).
- CAMINANTE: Servicio de Apoyo Familiar, Instituto Pedagógico Educativo Terapéutico, y Trait d'Union (Bayona).
- LA BOTTEGA DEI RAGAZZI: Servicios Sociales de los Municipios de Padua (PD), Rubano (PD), Abano Terme (PD), Torreglia (PD), CASF (PD); solicitudes voluntarias.
- HOLTIS: Programa de Educación Parental – Servicio Psicoterapéutico (Iași).

Las familias participantes debían encontrarse en una situación de vulnerabilidad, con niños, niñas y/o adolescentes menores de edad convivientes en el hogar, y con dificultades relacionales vinculadas con cualquiera de estas situaciones:

- Ansiedad familiar derivada de situaciones de crisis no superadas, incluidas las pérdidas y situaciones de adversidad de alguno de sus miembros.
- Vulnerabilidad de las figuras parentales en el desarrollo de su rol y funciones.
- Relaciones conflictivas entre adultos que afectan a los hijos e hijas.
- Bajo rendimiento escolar debido al estrés familiar o poca implicación de las figuras parentales.
- Problemas de salud derivados de una negligencia hacia los cuidados básicos.
- Aislamiento social derivado de una falta de conexión social y experiencias negativas con el entorno.
- Conductas de riesgo en hijos e hijas derivadas de la negligencia parental.
- Soledad y estrés en los procesos de diferenciación de los hijos/as vinculados a su identidad.

En la siguiente tabla, se muestran los datos de participación de las familias:

FAMILIAS (grupo)		Intervención finalizada y evaluación completa
AGINTZARI	Domicilio	10
	Control	8
LA BOTTEGA DEI RAGAZZI	Domicilio	11
	Control	8
CAMINANTE	Domicilio	8
	Control	8
EDUVIC	Domicilio	54
	Control	49
HOLTIS	Domicilio	5
	Control	5
TOTAL ENTIDADES		166

Por otra parte, en cuanto al perfil de los y las terapeutas (45 en total), participaron terapeutas familiares empleados en los respectivos servicios terapéuticos mencionados anteriormente, con formación en Terapia Familiar Sistémica y con al menos un año de experiencia profesional en intervención familiar.

Finalmente, los y las profesionales referentes de las familias (18 en total), que participaron como informantes del progreso de estas tras finalizar la intervención, son aquellos/as que hubieran realizado la derivación de la familia a los servicios de apoyo terapéutico de cada entidad.

3. Dimensiones evaluadas, instrumentos y procedimiento

La evaluación de las familias consistió, en primer lugar, en una ficha de contacto inicial sobre los aspectos básicos de la **composición y organización familiar**, y en una entrevista semiestructurada sobre el **motivo de consulta**. Ambas eran completadas por el o la terapeuta con la información aportada por la familia. Además, las familias informaron de los **datos sociodemográficos** de sus miembros a través de una ficha diseñada para ello. Sumado a esto, las familias completaron cuestionarios estandarizados que pretenden evaluar las siguientes dimensiones: **cohesión y adaptabilidad familiar**, a través de la *Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, FACES)*; **calidad de vida**, a través de la *Escala de Calidad de Vida* de la Organización Mundial de la Salud; **estrés parental**, mediante el cuestionario *Índice de Estrés Parental (Parenting Stress Index-Short Form, PSI-SF)*; **sentimiento de competencia parental**, a través de la *Escala de Sentimiento de Competencia Parental (Parenting Sense of Competence Scale, PSOC)*; y **ajuste psicológico** de los menores de edad, mediante el *Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)*. A la mitad del proceso terapéutico, se les pidió que completasen un cuestionario relacionado con su **experiencia en la intervención** hasta ese momento, y, al final de la intervención, se les invitó a rellenar un cuestionario de **satisfacción sobre el proceso terapéutico**. Además, los menores de edad participaron en la evaluación completando un cuestionario de autoinforme, mediante el que se les preguntó por aspectos generales de su **salud y el apoyo social percibido**.

Por otra parte, los y las terapeutas realizaron un diagnóstico de la **estructura relacional** de la familia a través de un cuestionario diseñado para ello, así como completaron una ficha sobre los **indicadores de protección** observados en la familia, una ficha sobre los **indicadores de riesgo**, y un cuestionario de **observación del entorno de la familia**, todos ellos elaborados con motivo de la investigación. También evaluaron los **objetivos terapéuticos y su progreso** con respecto a cada familia mediante una ficha de seguimiento de objetivos. Además, completaron dos cuestionarios de autoinforme, diseñados a propósito de la presente investigación: un cuestionario de **características sociodemográficas, educativas y profesionales** y un cuestionario sobre su **experiencia en el proceso terapéutico** con cada familia.

Finalmente, los y las profesionales referentes de cada familia informaron sobre el **progreso de la familia en el proceso terapéutico** mediante un breve cuestionario diseñado ad hoc.

En cuanto a la temporalización y el desarrollo de la intervención terapéutica, ambos grupos (experimental y control) contaron con el mismo proceso de intervención, con la única diferencia del contexto donde se llevaba a cabo (domicilio o despacho). El proceso de intervención terapéutico estuvo conformado por 10 sesiones de terapia familiar (más una de contacto inicial), y fue diseñado para realizar una sesión cada dos semanas, de una hora de duración. Según los tipos de dificultades relacionales que presentaban las familias y que eran abordables desde el modelo de intervención terapéutica, mencionadas previamente, se establecían las técnicas de trabajo a emplear, recogidas en el manual de intervención. A continuación, se proporciona un cuadro resumen que detalla la estructura de las sesiones y los momentos de evaluación.

MOMENTO DEL PROCESO TERAPÉUTICO	OBJETIVO	EVALUACIÓN
Sesión 0 (contacto inicial)	Recepción de la familia y presentación de la intervención e investigación	- Documento de Contacto Inicial

Sesión 1	Establecimiento de la relación terapéutica y evaluación inicial (pre-test)	- Entrevista inicial - Ficha Datos Sociodemográficos - FACES IV - Calidad de Vida - PSI-SF - PSOC - SDQ - Autoinforme menores de edad - Diagnóstico de la Estructura Relacional - Ficha indicadores de riesgo - Ficha indicadores de protección
Sesión 2	Valoración de la dinámica familiar y establecimiento de objetivos terapéuticos	- Ficha inicial y de seguimiento de objetivos (planteamiento de objetivos terapéuticos) - Guía de observación del entorno de la familia
Sesión 3	Desarrollo de la intervención terapéutica	
Sesión 4	Desarrollo de la intervención terapéutica	
Sesión 5	Desarrollo de la intervención terapéutica y evaluación intermedia	- Cuestionario intermedio sobre el proceso terapéutico - familia - Ficha inicial y de seguimiento de objetivos (seguimiento de objetivos)
Sesión 6	Desarrollo de la intervención terapéutica	
Sesión 7	Desarrollo de la intervención terapéutica	
Sesión 8	Desarrollo de la intervención terapéutica	
Sesión 9	Profundización y consolidación de logros	
Sesión 10	Cierre, plan de futuro, seguimiento con profesional referente y evaluación final (post-test)	- Cuestionario final sobre el proceso terapéutico - familia - FACES IV - Calidad de Vida - PSI-SF - PSOC - SDQ - Autoinforme menores de edad - Cuestionario sobre el proceso terapéutico – terapeuta

		- Ficha inicial y de seguimiento de objetivos (evaluación final de objetivos terapéuticos) - Cuestionario sobre el proceso terapéutico - profesional referente
--	--	---

4. Valoración de la formación interna recibida por los y las profesionales de la implementación

Cada entidad llevó a cabo encuentros formativos dirigidos a los y las profesionales que participan en la implementación. Para ello, los y las profesionales recibieron una carpeta digitalizada con el documento del Modelo Hedera, el Manual para la Recogida de Datos y la batería completa de instrumentos. El contenido formativo común de estos encuentros fue el siguiente:

- 1) Introducción y Contexto al Modelo Hedera
- 2) Principios Clave del Modelo
- 3) Metodología y Técnicas
- 4) Pautas para la Recogida de Datos
- 5) Preguntas y Respuestas/Discusión
- 6) Conclusión y Próximos Pasos

El 95% de los participantes considera que la **sesión de formación** recibida ha sido “muy buena” (62%) o “buena” (33%), mientras que un 5% la considera “suficiente”.

Con relación a los **materiales formativos**, el 90% de los participantes considera que son “muy buenos” (50%) o “buenos” (40%), y el 10% considera el material “suficiente”.

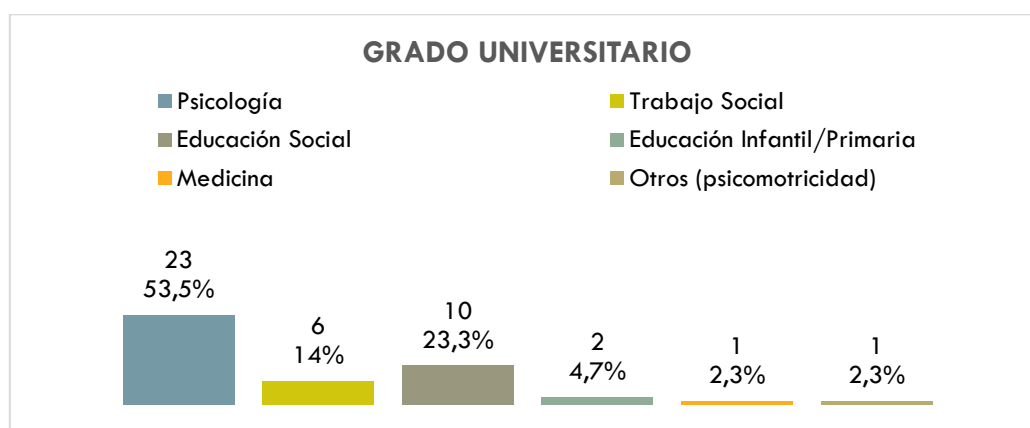
La **claridad** y la **estructuración** de los contenidos tratados en la formación interna se consideran un facilitador en la realización del proyecto.

La formación interna fue apreciada por poner a disposición herramientas y técnicas útiles para el ejercicio profesional terapéutico en el contexto domiciliario. Las necesidades de profundización, sin embargo, focalizan sobre el mismo aspecto, lo cual subraya la importancia de las **sesiones formativas adicionales**, más centradas en técnicas y herramientas, que se realizaron en julio y septiembre, y se seguirán ampliando durante la fase de implementación. Las respuestas obtenidas sobre las necesidades formativas también hacen visible la importancia de la continuidad del trabajo de **acompañamiento a los y las profesionales** durante la implementación (supervisiones mensuales), así como las actividades derivadas de los encuentros entre la coordinación del proyecto donde participan los y las profesionales. En concreto, los espacios de supervisión están destinados no solo al acompañamiento del aprendizaje experiencial en el uso de técnicas y herramientas, sino también a resolver las cuestiones relativas a la contextualización territorial del proyecto.

5. Características sociodemográficas, educativas y profesionales de los y las terapeutas

Contamos con los datos de 43 profesionales implicados, la mayoría de los cuales pertenecen a EDUVIC (16, que representan el 37% del total), seguidos de Agintzari (12, 28%), Caminante (5,12%), Bottega Dei Ragazzi (7, 16%) y Holtis (1, 3%).

La **edad** media de los y las profesionales es de 41 años, siendo el/la más joven de 28 años y el/la mayor de 57. En cuanto al **género**, la gran mayoría son mujeres (34 casos, que representan el 79% del total). El resto son hombres (9 casos, 21%). La mayoría (58%) cuenta con estudios de máster y el 5% con estudios de doctorado. La frecuencia y el correspondiente porcentaje de los tipos de **grado universitario** se representan a continuación:



Por término medio, los y las profesionales implicados tienen una **experiencia en la intervención con familias** de 13,3 años (la experiencia más baja es de 1 año y la más alta de 30 años), y, concretamente, en el caso del ejercicio de la terapia familiar, la experiencia media es de 5,6 años, siendo la más alta de 26 años.

Del total, 24 profesionales (56%) tienen **experiencia de trabajo a domicilio** antes de que comenzara el proyecto. Esta experiencia previa en el domicilio es de una media de 8 años (la más baja es de 1 año y la más alta de 23 años). En particular, son 11 profesionales los que tienen experiencia de trabajo *terapéutico* a domicilio, con una media de 4 años aproximadamente (la más baja es de 1 año y la más alta de 9 años). El nivel medio percibido de **habilidades para poder hacer terapia en domicilio** es de 6,70, con un mínimo de 4 y un máximo de 9 sobre 10 puntos.

Los y las profesionales también informaron de las **ventajas y las desventajas que esperaban con respecto a la intervención en el domicilio**. Podían responder abiertamente a estos ítems y, con base a sus respuestas, luego han sido clasificados en las categorías que se encuentran a continuación (cada profesional podía nombrar más de una categoría).

Ventaja	% de menciones
Mayor precisión en el conocimiento de la dinámica familiar y sus contextos relacionales	63%
Mayor comodidad y confianza para la familia	56%
Mayor adaptación a la realidad familiar y transferencia de habilidades	42%

Mayor participación de algunos miembros de la familia (especialmente, adolescentes)	23%
Incremento y agilización de la alianza terapéutica	21%
Mayor adherencia al proceso terapéutico	9%
Mayor intensidad de la intervención gracias a la obtención de más información sobre la realidad familiar	9%
Desventaja	% de menciones
Dificultad de adaptación, control y ubicación en el contexto domiciliario	70%
Falta de espacio apropiado para realizar la terapia y/o presencia de distractores	30%
Inseguridad y presencia de riesgos no controlados	23%
Dificultad para el manejo de imprevistos	16%
Sensación de invasión del espacio privado de la familia	12%
Tiempo invertido del profesional en el desplazamiento	12%
Ausencia de herramientas para el trabajo en el domicilio	12%
Resistencia de la familia para la intervención en el domicilio	9%

6. Perfil sociodemográfico y relacional de las familias participantes

De media, entre las entidades, encontramos que:

- El 53% de las familias fue **derivada** al proceso terapéutico por parte de otros profesionales (versus demanda propia).
- El 35% de las familias había sido **atendido previamente** por el/la terapeuta que llevaba a cabo la implementación.
- El 22% de las familias había tenido experiencia previa en procesos terapéuticos.
- En el 80% de familias, la figura materna era la primera persona de la familia con la que se realiza el **contacto** para iniciar el proceso terapéutico.
- La **edad** media de los padres y madres es de 43.30 años.
- El 38% de los adultos participantes tiene **estudios** superiores.
- En cuanto a los **hijos e hijas**, el grupo de edad más frecuente es el de los niños y niñas entre 11 y 15 años (48%).

En cuanto al **perfil relacional**, existe una predominancia de familias con límites difusos y un estilo relacional aglutinado. Esta configuración se caracteriza por la sobreimplicación emocional entre sus miembros, la intrusión, la ambivalencia y un control mutuo excesivo. En coherencia con la

dinámica aglutinada, el mito familiar más recurrente es el de la "armonía". Esta creencia, que sostiene la imagen de una familia unida y sin fricciones, actúa frecuentemente como un impedimento para el reconocimiento y la gestión sana de los conflictos inherentes a cualquier convivencia.

En comparación con el entorno físico, la observación del **entorno social** de la familia (actividades, amistades, participación en el barrio) recibe puntuaciones más bajas. Entre otros indicadores, destaca que, de media, el 73% de los adultos no participan o lo hacen escasamente en la vida del barrio.

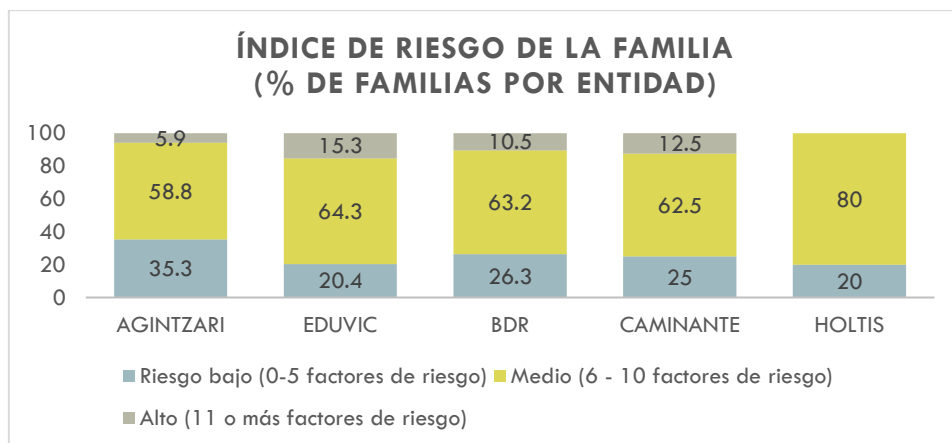
En lo que respecta a **factores de riesgo**, hay convergencia entre las entidades acerca de los factores de riesgo más típicos en las familias. Es posible identificar los 6 más frecuentes (presentes en dos o más entidades):

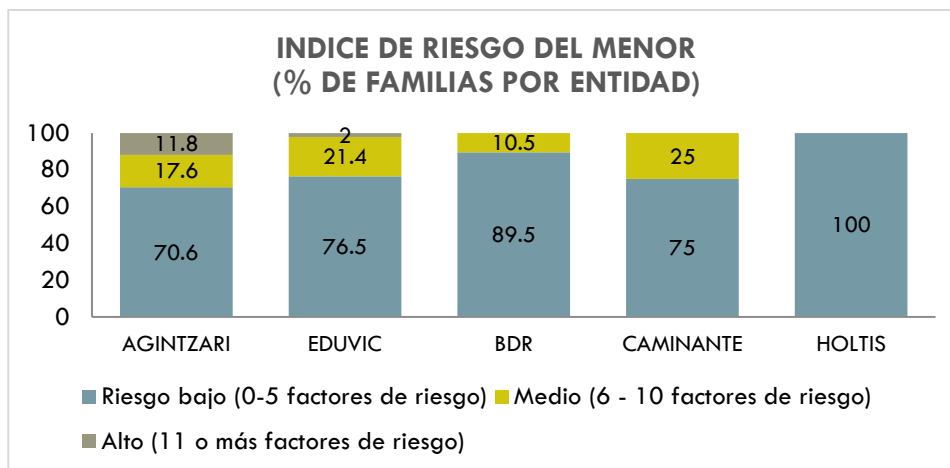
- Conflictos entre padre y madre
- Dificultades en las relaciones familiares y/o de pareja
- Dificultades en las funciones parentales normativas y/o afectivas
- Dificultades en establecimiento de roles y jerarquía familiar
- Adultos sobrecargados de responsabilidades
- Crisis familiar

Del mismo modo, dentro del total de 19 factores de riesgo relacionados con el menor, es posible reconocer los 6 más típicos entre entidades (presentes en dos o más entidades):

- Dificultades conductuales
- Dificultades socioemocionales
- Dificultades e asunción de normas
- Conductas transgresoras
- Duelo no elaborado
- Dificultad de adaptación a instituto o escuela

Considerando el efecto acumulativo de los factores de riesgo psicosocial, se ha procedido a elaborar un índice de riesgo, según el número de factores de riesgo presentes de forma simultánea, tanto para las familias, como para los menores de edad. Se observa como tendencia entre las entidades que la mayor parte de las familias atendidas presenta mayores factores de riesgo a nivel familiar global y menos índice de riesgo específico del menor.





El análisis, por su parte, de los **factores de protección**, nos lleva a reconocer los 4 factores de protección típicos entre las entidades (presentes en al menos 2 entidades):

- Compromiso de las personas cuidadoras
- Conciencia de problemas, deseo de cambio
- Disponibilidad recursos económicos/vivienda
- Intereses y habilidades niños/as

7. Inicio del proceso terapéutico

En los **motivos de consulta**, analizando conjuntamente los datos de todas las entidades, tal y como lo expresan las familias, la demanda terapéutica está muy centrada en el apoyo a la parentalidad. Así pues, el motivo de consulta más frecuente se refiere a la necesidad de fortalecer la función parental, entendiendo por esto la presencia de dudas sobre el ejercicio de esta o el deseo manifiesto de recibir apoyo en la materia (66%). En segundo lugar, destaca la necesidad de brindar apoyo al bienestar infantil (32%) y, en tercer lugar (26%), se señala una situación de comportamiento infantil que resulta disruptivo en uno o más contextos de vida del o de la menor (por ejemplo, comportamiento rebelde, dinámica conflictual, absentismo escolar, conflictividad entre hermanos, o violencia hacia uno de los padres). En cuarto lugar, se hace referencia a temas relacionados con trabajar en el vínculo paterno/materno-filial deteriorado (23%).

La presencia de ambos progenitores desde el inicio del proceso terapéutico (de media, en un 51% de la muestra) es un indicador importante de la motivación y la capacidad de trabajar juntos en beneficio de la familia. En los datos recogidos vemos que, en la mayoría de los casos, la primera persona de la familia con la que se realiza el contacto telefónico para iniciar el proceso terapéutico corresponde mayoritariamente a la figura materna. Sin embargo, para la entrevista inicial presencial con él o la terapeuta, **en un buen porcentaje de los casos, se da la implicación de ambos progenitores**. Esto va en la línea de haber planteado esta intervención a las familias como un proceso familiar, haciendo hincapié en la implicación directa y conjunta de las figuras parentales en la resolución de los problemas relacionales.

Tras analizar conjuntamente los objetivos marcados entre los y las terapeutas y las familias en las diferentes entidades, las principales orientaciones en la **definición de los objetivos** identificadas son:

A. Gestión de las emociones y salud mental:

- Desarrollar estrategias de regulación emocional y conductual tanto para los niños/as como para los padres y madres.
- Promover la autoestima, la autonomía y las habilidades sociales, especialmente en los hijos e hijas.
- Crear un entorno favorable a la salud mental de las familias.

B. Mejora de la comunicación:

- Fomentar una comunicación abierta y clara, esencial para resolver conflictos y fortalecer las relaciones.
- Construir nuevos canales de comunicación y aclarar los mensajes entre los miembros de la familia.

C. Crianza y coparentalidad:

- Ayudar a los padres y madres a crear límites claros en las relaciones y a definir las funciones parentales y familiares, promoviendo un entorno cooperativo, estructurado y previsible.
- Aprender a respetar las necesidades de los demás miembros de la familia y adaptar el estilo parental a las necesidades de los hijos e hijas.

D. Vínculos familiares:

- Reforzar el apego y las relaciones entre los miembros de la familia, especialmente entre padres/madres e hijos/as.
- Crear un entorno familiar cohesionado, de apoyo y empatía para todos los miembros.

E. Reconstrucción relacional, apoyo específico para situaciones difíciles y momentos de transición:

- Promover elementos resilientes y la gestión del cambio en tiempos de transición.
- Reestructurar la identidad y la dinámica familiar en tiempos de cambio, como el divorcio o la pérdida de un familiar.
- Tratar situaciones traumáticas y dificultades emocionales mediante apoyo psicoeducativo.
- Favorecer la reconexión emocional y creación de un espacio de apoyo para cada individuo.
- Reforzarla red de apoyo externa (amistades, actividades sociales, etc.).

Los objetivos planteados hasta la fecha cubren las siguientes dificultades relacionales pensadas para ser abordadas desde el Modelo Hedera, mostrándose un buen ajuste entre el diseño del modelo y las necesidades de las familias.

8. Evaluación del proceso terapéutico y las medidas de salud relacional

Objetivos

Cuando analizamos la valoración que hacen las familias del nivel de logro de los objetivos marcados en la sesión 2 y evaluados nuevamente en las sesiones 5 y 10, observamos que la mejoría es estadísticamente significativa en todas las entidades y a nivel global. En la comparación entre grupo control y grupo domicilio no se observan diferencias significativas.

Cohesión y adaptabilidad familiar

Los resultados comparativos de FACES IV a lo largo del tiempo sugieren la eficacia de la intervención Hedera de manera diferenciada entre las entidades en relación con los distintos aspectos abordados por el modelo circunplejo. En este sentido, se observa un posible efecto positivo en EDUVIC y HoltIS, con mejoras tanto en *cohesión* como en *flexibilidad*.

Además, se registra una disminución en el *desapego*, lo que sugiere una mejora entre las familias de HoltIS y Caminante. Del mismo modo, la reducción del *caos* en HoltIS podría indicar una mejoría en la situación de las familias rumanas atendidas por esta entidad.

Globalmente, la comparación de la evolución temporal entre grupos control y domicilio no mostró diferencias significativas.

Sentimiento de competencia parental

Si comparamos las medias de *satisfacción parental* antes y después de la intervención se observan aumentos en todas las entidades, siendo estadísticamente significativos en dos de ellas (Caminante y HoltIS). Lo mismo ocurre con la subescala de *eficacia parental*, excepto en Agintzari, donde las puntuaciones se mantienen estables. Cuando comparamos la evolución PRE-POST de los grupos domicilio y control, observamos que la evolución es similar.

Estrés parental

Al comparar las medias del *malestar parental* pre y post intervención, observamos reducciones significativas de los niveles de malestar tras la intervención en las cinco entidades. En cuanto a las diferencias de medias de la *interacción disfuncional padres-hijos* entre el inicio y final de la intervención, la puntuación media post es más reducida en todas las entidades, siendo el cambio significativo en EDUVIC y HoltIS. Algo similar ocurre con la subescala de *niño difícil*, donde las puntuaciones medias post-intervención son más bajas que las de pre-intervención, siendo este contraste significativo para Agintzari, EDUVIC y HoltIS. Si analizamos globalmente las puntuaciones medias, considerando conjuntamente los datos de todas las entidades, vemos que existen mejoras significativas en las tres subescalas. Cuando comparamos la evolución pre-post de los grupos domicilio y control, observamos que la evolución es similar.

Si atendemos a las variables sociodemográficas y organizativas de las familias, observamos que el grupo de familias que tienen algún hijo/a con un diagnóstico de trastorno psicológico o problemas de salud mental muestran puntuaciones más altas en las subescalas de *malestar parental* y *niño difícil*. Del mismo modo encontramos puntuaciones medias más altas para *niño difícil* en aquellas familias en las que hay antecedentes o historial de salud mental en padre, madre o cuidador/a.

Otra variable que observamos influye en los resultados es el tipo de límites, claros o difusos. En Interacción disfuncional padres-hijos vemos como la puntuación es más baja cuando los límites

están claros y más alta cuando los límites son difusos, discrepancia que también se encuentra para malestar paterno. Si ponemos el foco en los modelos de interacción familiar vemos como la subescala de *Interacción disfuncional padres-hijos* muestra puntuaciones más altas para todos menos para el tipo democrático.

Ajuste psicológico de los miembros menores de edad

Cuando comparamos globalmente las puntuaciones medias, considerando conjuntamente los datos de todas las entidades, vemos que, entre el momento pre y post, se reducen las puntuaciones de las escalas clínicas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros) y aumenta la escala de prosocialidad. En términos generales, esta evolución es similar en domicilio y control. Además, la disminución de la puntuación media de *síntomas emocionales, problemas de conducta e hiperactividad* es significativa para EDUVIC y HoltIS; así como la *conducta prosocial* aumenta significativamente en la muestra de EDUVIC.

Si observamos cómo interactúa esta escala con las **variables sociodemográficas y organizativas** de las familias, observamos que el grupo de familias que tiene un **modelo de interacción democrático** muestran puntuaciones medias significativamente más bajas en *síntomas emocionales y problemas con los compañeros*.

Calidad de vida

Entre el momento inicial y final de la intervención, si comparamos globalmente las puntuaciones medias, considerando conjuntamente los datos de todas las entidades, encontramos incrementos significativos en la *calidad de vida*, la *salud física*, la *salud mental*, las *relaciones sociales* y la *percepción del entorno*. Los resultados son similares en el grupo domicilio y control.

Al cruzar los datos de la escala de vida con las variables sociodemográficas y de organización familiar observamos una disminución significativa de la *salud física* y la *satisfacción vital* cuando existen antecedentes o historial de salud mental en padre, madre o cuidador/a. Del mismo modo, observamos como la percepción de la *calidad de vida* es significativamente menor cuando alguno de los hijos ha sido diagnosticado de algún trastorno psicológico o de problemas de salud mental.

Cuando observamos el modelo de interacción familiar vemos como los estilos sacrificante, hiperprotector y delegante se relacionan con una disminución de la *salud física, salud mental, relaciones sociales y entorno*.

En relación a la organización familiar, observamos una disminución significativa de la puntuación aportada por familias monoparentales en *salud física, salud mental, relaciones sociales y entorno*. En esta última subescala también se observa una disminución significativa de las puntuaciones en familias separadas.

Autoinforme de los miembros menores de edad

Si contrastamos globalmente las puntuaciones medias, considerando conjuntamente los datos de todas las entidades, entre el inicio y el final de la intervención, encontramos incrementos significativos en la *actividad física*, el *estado de ánimo y sentimientos*, la *vida familiar* y el *tiempo libre*, los *amigos*, la *vida escolar* y el *apoyo familiar percibido*. En general, los resultados son similares en el grupo domicilio y control.

Cuestionario intermedio y final de satisfacción con el proceso terapéutico

En término general, las familias se encuentran satisfechas o, en su mayoría, muy satisfechas con la terapia, tanto en lo que tiene que ver con el impacto en la vida familiar como en la satisfacción general con el proceso terapéutico. Todas las puntuaciones medias se sitúan alrededor de los 4 puntos (sobre 5). Por lo tanto, en términos generales, los encuestados consideran que la terapia tiene un efecto claramente beneficioso en las relaciones familiares, así como que la intervención es bien recibida y existe una sensación de confianza y utilidad en la relación con los y las terapeutas. Si bien no parece haber grandes diferencias entre el grupo de domicilio y control, la media del impacto de la terapia en la vida familiar y la satisfacción con el proceso terapéutico es relativamente más alta en Bottega Dei Ragazzi y Caminante. Desde la perspectiva de los terapeutas, en entidades como Agintzari y Bottega Dei Ragazzi, el domicilio tiende a tener mayor repercusión y aporta más satisfacción en domicilio que en despacho.

Con respecto a la cuestión que se les planteó a las familias sobre si repetirían la intervención terapéutica en domicilio, entre un 82% y 100% lo harían. Estos resultados parecen mostrar una valoración muy positiva del proceso y de los beneficios que ha tenido para las familias.

Cuestionario post-implementación para terapeutas

En relación a la experiencia terapéutica a domicilio los terapeutas destacan algunos aspectos que les han aportado experiencia a nivel profesional. A continuación, se muestran algunos porcentajes de los más relevantes:

- Adaptación, flexibilidad y encuadre terapéutico (25.4%). Los terapeutas destacan haber desarrollado una mayor capacidad para ajustar su intervención a las particularidades de cada familia y contexto.
- Observar el contexto familiar y ecológico (25.4%), por lo general los terapeutas destacan el aspecto enriquecedor que tiene conocer y poder observar aspectos a los que no tendrían acceso en las sesiones de despacho.
- Comprensión relacional, vínculo y evaluación (16.9%), trabajar en el entorno doméstico permitió acceder a dinámicas, rutinas y significados que en consulta no se visibilizan, aspecto que se asocia a un enriquecimiento de la evaluación clínica, la comprensión del sistema familiar y la calidad de la intervención.
- Desarrollo personal de terapeuta (9.9%), varios/as profesionales identifican un desarrollo del autoconocimiento, la sensibilidad y la humildad terapéutica, valoran que la práctica en entornos no convencionales promueve una actitud reflexiva, más cercana y favorable al vínculo.
- Herramientas, técnicas y aprendizaje profesional (5.6%).
- Valoración positiva de la novedad de la experiencia (12.7%) percibida como una oportunidad de crecimiento y renovación en la propia práctica.

Se observa una alta convergencia entre los y las profesionales de las distintas entidades en la valoración de las habilidades y conocimientos metodológicos desarrollados. Destaca, en particular, la categoría “uso de instrumentos de evaluación”, que recibe más del 70% de menciones en todas las entidades. En segundo lugar, por su carácter transversal y altas frecuencias, se sitúa “el desarrollo de las sesiones” (84% de media entre las entidades).

El nivel medio percibido de habilidades para poder hacer terapia en domicilio era de 6.70, con un mínimo de 4 y un máximo de 9 sobre 10 puntos. Tras la intervención, la media fue de 7.66, siendo 10 la puntuación más alta de competencia.

Cuestionario para profesionales externos

En general, los profesionales externos referentes de las familias resaltan la mejora de la comunicación, la adquisición de pautas de crianza, mejorar la dinámica relacional y disponer de un espacio de seguridad para la familia como los principales beneficios del proceso terapéutico. En cuanto a los beneficios en la modalidad a domicilio, resaltan la posibilidad de acceder a niños, niñas y adolescentes reacios a participar, el espacio de seguridad creado para estos, favorecer la vinculación con el terapeuta y el mayor valor ecológico.

9. Conclusiones finales

Una vez probada la eficacia del modelo de intervención terapéutica Hedera, cabe señalar el amplio abanico de posibilidades que brinda frente al modelo clásico de intervención. Acercarnos con una mirada terapéutica al domicilio cambia el registro de información al que tenemos acceso, y nos ayuda a contextualizar las dificultades con las que se encuentra la familia y el sufrimiento que les está generando. La aproximación que hacemos desde el domicilio tiene gran valor ecológico, y nos permite entender dinámicas relacionales en su contexto.

Nos da acceso a miembros de la familia que de otra manera no podrían o no estarían dispuestos a participar, y acerca la terapia a regiones más aisladas donde este tipo de recursos no llega. La acogida del terapeuta en el domicilio invierte posiciones y refuerza el establecimiento del vínculo terapéutico, flexibiliza los movimientos que se dan durante las sesiones y facilita la conexión de los menores al estar en su zona de seguridad. La posición del terapeuta en el domicilio rompe muchas barreras que las familias suelen activar ante los agentes externos que visitan el hogar, cambiando la percepción que tienen de ellos.

Tras la experiencia de aplicación del modelo y el feedback recibido de los terapeutas y de las familias, confiamos en la utilidad que la intervención en domicilio tiene como herramienta terapéutica en sí misma. Sustentado por los resultados generalmente similares entre los dos grupos de intervención (domicilio/despacho), Hedera finalmente parece ofrecer una gran versatilidad, pudiéndose aplicar en su totalidad la intervención en domicilio o bien intercalar las sesiones en domicilio con sesiones en despacho, en función de las necesidades específicas de cada proceso.

Confiamos en la utilidad del modelo que presentamos y estamos satisfechos con los resultados obtenidos en la fase de implementación. Prueba de ello es la continuidad de algunos procesos terapéuticos iniciados y la incorporación del modelo en los servicios de algunas de las entidades dado los buenos resultados obtenidos.