Cofinanciado por la Unión Europea

Erasmus+

Modelo Hedera

Terapia familiar en el domicilio

Fundamentación teórica y metodológica

Coordinación EDUVIC

Nuria Molano Mérida
Marta Rodríguez Lama

EDUVIC

Adela Camí Dealbert
Javier Loyo Rivera

HoltIS

Stefan Cojocaru
Cătălin-George Fedor

Agintzari

Géraldine Sagarna Brusseleers
Alaitz Garmendia Jauregui
Begoña Guijarro Masero
Blanca Angulo López de Armentia

Caminante

Stéphanie Destandau
Hélène Nogues
Patricia Barnetche
Frédérique Pène
Christiane Expert

La Bottega Dei Ragazzi

Daniela Ariadna Moreno Boudon
Denis Cesari

Publicado en Iași, 2026

expert projects publishing

This work is licensed under CC BY-SA 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

Índice

1.- PRESENTACIÓN DEL PROYECTO HEDERA 1
1.1. Justificación 2
1.2. Destinatarios 5
1.3. Entidades asociadas 6
1.4. Objetivos 10
1.3. Proceso de construcción del Modelo Hedera 13
1.3.1. Implementación y evaluación del Modelo Hedera: investigación aplicada 14
2.- MODELO HEDERA: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS 22
2.1. Bases teóricas 24
2.2. Bases metodológicas 43
2.2.1. La intervención en el domicilio 43
2.2.2. Principios metodológicos 45
2.2.3. Procedimiento de intervención 47
Referencias 92
Anexos 100

1.- PRESENTACIÓN DEL PROYECTO HEDERA

El proyecto europeo HEDERA Erasmus+ (2023-1-ES01-KA220-VET-000164938) surge con la finalidad de capacitar a profesionales **de la acción social en un** modelo de intervención terapéutica familiar **que favorezca la** salud relacional **actuando desde el propio** domicilio **de las familias.** En este proyecto, se ha diseñado, implementado y evaluado el modelo de intervención para ofrecer una formación a los y las profesionales basada en principios teóricos y metodológicos sólidos, y con evidencias empíricas de su eficacia para favorecer la salud relacional en las familias atendidas.

De esta forma, el **Modelo Hedera,** diseñado en el marco de este proyecto, propone una intervención sistémica innovadora que integra el domicilio como espacio terapéutico, de forma complementaria y combinada con la consulta o despacho. Se basa en el fundamento de que el **hogar** no es solo un contexto, sino una **herramienta que potencia el vínculo terapéutico, facilita la observación ecológica y favorece procesos de cambio relacional más profundos**.

Desde el Modelo Hedera, se interviene de forma terapéutica en el hogar de las familias que presentan **dificultades relacionales** para mejorar la **salud relacional** familiar, como factor indispensable para favorecer la **salud mental** de sus miembros.

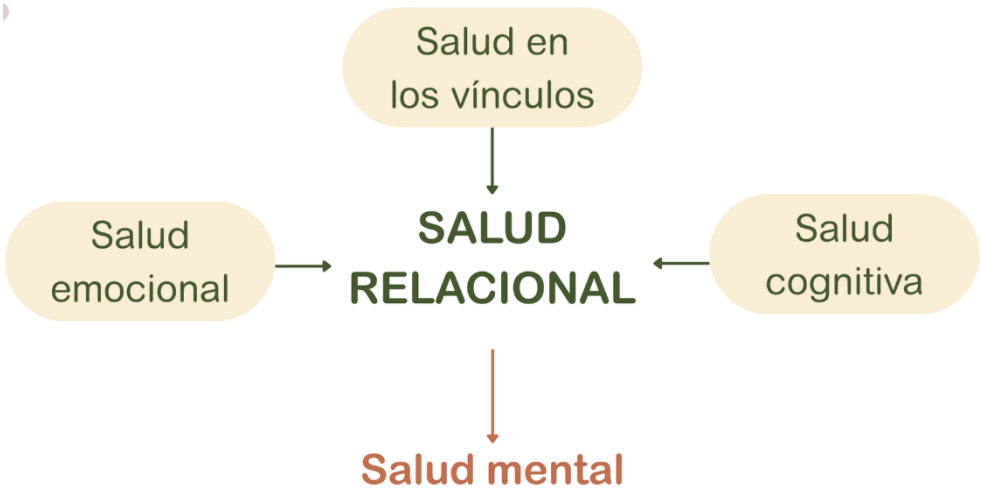
La salud relacional hace referencia a la capacidad de establecer y mantener relaciones significativas con uno mismo, con otras personas, grupos y comunidades, a partir de nuestras interacciones y conexiones con los demás (Bermejo, 2009; Frosch et al., 2021; Willis & Eddy, 2022). En concreto, estaríamos hablando de la habilidad para:

- **Relacionarse con uno mismo**. Capacidad de conexión y de intimidad. Capacidad de diferenciarse a la vez que se mantiene el sentido de pertenencia. Capacidad para afrontar y gestionar situaciones de dificultad y resolverlas eficazmente. Habilidad para autorregularse. Flexibilidad y capacidad de adaptación a los cambios.
- **Mantener relaciones sanas en el entorno familiar**. Capacidad de establecer una estructura y dinámica familiar funcional: ejercicio adecuado de roles y funciones; habilidad de conjugar límites y afectos en las relaciones familiares; capacidad para

construir el sentido de pertenencia y promover la autonomía; figuras parentales que ofrecen afecto, protección y sociabilidad, etc.

- **Mantener relaciones significativas con personas fuera del entorno familiar**. Capacidad para construir relaciones de confianza, respeto y ayuda mutua.
- **Mantener relaciones saludables con la comunidad**. Conocer y utilizar bien recursos y servicios del entorno. Confianza en las relaciones en la red de apoyo profesional.

En esencia, la salud relacional implica tres dimensiones de un mismo **triángulo**: **salud en los vínculos, salud cognitiva** y **salud emocional**. De forma equilibrada, la salud en todos estos ejes del triángulo debe tener lugar para que las personas tengan salud relacional y, con ello, una personalidad integrada, garantía de salud mental.



En definitiva, el enfoque en este modelo busca que las familias construyan dinámicas funcionales donde los roles y las funciones parentales se ejerzan desde el afecto y la protección, **permitiendo que el hogar sea un espacio de seguridad** que facilite también la conexión saludable con la red social y comunitaria externa.

1.1. Justificación

El Proyecto HEDERA tiene un origen vinculado a las necesidades reales detectadas por las entidades socias del proyecto a través de su práctica profesional directa, supervisión clínica sistemática, participación en proyectos del ámbito social y de formación, análisis longitudinal

de casos y equipos de investigación aplicada. Durante más de diez años, las organizaciones socias han acumulado evidencia práctica y observacional sobre:

- Barreras persistentes de acceso a servicios terapéuticos de calidad para familias en situación de vulnerabilidad.
- Dificultades para sostener procesos de mejora en contextos de estrés socioeconómico y emocional.
- La necesidad de intervenciones más intensivas, ecológicas y contextualizadas.
- La importancia del domicilio como espacio relacional donde emergen patrones familiares esenciales.
- La carencia de modelos estandarizados, evaluables y transferibles para la intervención familiar terapéutica y socioeducativa en el hogar.

Así, el Proyecto HEDERA nace como evolución natural de un trabajo clínico y socioeducativo acumulado, y como respuesta estructurada a una necesidad profesional largamente identificada. En este contexto, de forma particular, las situaciones de malestar emocional y relacional acentuadas por la situación de la pandemia y post-pandemia de la COVID-19 fueron un elemento acelerador del surgimiento del proyecto. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2020) señala que el impacto en la salud mental de una pandemia es más fuerte en la población que vive en situación de exclusión social, así como en otros colectivos, como las personas mayores.

Entre otros elementos, la situación de pandemia se ha relacionado con la aparición de alteraciones psicosociales (estrés familiar, aislamiento social) y el aumento de otros indicadores (AEP, 2022; Muelas, 2021; Paricio del Castillo & Pando, 2020; Vindegaard & Benros, 2020): síntomas de ansiedad y depresión, entre otras patologías; violencia intrafamiliar; autolesiones; trastornos alimentarios; consumo de tóxicos; derivaciones a servicios de salud mental; uso excesivo de las tecnologías; y precariedad económica.

Esta realidad se ha detectado también en los servicios de psicoterapia familiar, con un incremento significativo de síntomas emocionales, relacionales, cognitivos y conductuales. Así pues, ha habido un impacto en el sistema de salud mental y acción social de la Administración que no ha permitido cubrir las necesidades derivadas de la pandemia (Robles-Sánchez, 2021). En particular, el **distanciamiento social** que tuvo lugar durante la pandemia ha conllevado a una acentuación de las relaciones que ya venían teniendo lugar en el entorno digital, así como

ha incrementado una **diversificación de maneras de intervenir con las personas y familias**, y ha demandado plantear **nuevas posibilidades de acercamiento a redes de apoyo informales y formales**, así como de comunicación con los profesionales (Hertlein, 2012; Konca, 2022; Requena & Ayuso, 2022; Sen et al., 2022). **La atención terapéutica en el domicilio acerca a los profesionales a los diferentes contextos donde se relacionan las familias y sus miembros**, como factor favorecedor del bienestar intrafamiliar y de las relaciones de la familia y sus miembros con la comunidad. Esto último requiere tener en cuenta la interacción entre los factores individuales con el ambiente socio-económico-cultural y físico.

No obstante, el domicilio es un contexto clínico y socioeducativo complejo, caracterizado por una **alta proximidad relacional**, una **baja estructuración formal**, y una **alta exposición a variables ecológicas, sociales y éticas**. Esto exige competencias específicas que no pueden desarrollarse únicamente en contextos de consulta.

En este marco, la finalidad del Proyecto HEDERA, a partir de la combinación de la investigación aplicada y la formación, es **construir un modelo de terapia familiar que incluya el domicilio como contexto de intervención, y ofrecer una formación en este modelo a los profesionales** de la terapia familiar, procedentes de las disciplinas de la psicología, la educación social y el trabajo social, así como también del conjunto de las ciencias sociales. El proyecto busca diseñar, con base a evidencias científicas, un instrumento eficaz de intervención terapéutica que incorpore el entorno familiar más cercano (el domicilio) y los contextos comunitarios donde se mueven las personas, con el objetivo de **capacitar a los profesionales** en este modelo, mejorar de forma notable el impacto y los resultados de las intervenciones llevadas a cabo y compartir el modelo investigado con la comunidad para su desarrollo e implementación. Se trata, por lo tanto, de una formación en una competencia profesional específica: la **competencia transdisciplinar en salud relacional en contexto domiciliario**. Por este motivo, se plantea como una formación breve, intensiva y altamente competencial, orientada a la transferencia real al contexto profesional.

Para concluir con la justificación del Proyecto HEDERA, se resumen a continuación los cuatro pilares en los que se basa el carácter innovador de este proyecto:

- **Diseño de un modelo de terapia familiar que conjuga terapia de carácter socioeducativo con neurociencia aplicada**. Este enfoque híbrido permite comprender

y actuar sobre las dinámicas familiares desde un marco múltiple, basado en evidencia y orientado al cambio sostenible.

- **Uso del domicilio como espacio terapéutico principal**. El proyecto transforma el domicilio en un contexto terapéutico estructurado, innovador y metodológicamente definido.
- **Respuesta a problemáticas de salud mental de origen diverso, abordadas desde una perspectiva de salud relacional**. Hedera ofrece un marco de intervención aplicable a casos relacionados con estrés crónico, vulnerabilidad socioeconómica, conflictos intergeneracionales, desregulación emocional, dificultades parentales, migración y vínculos transnacionales, y procesos de negligencia relacional, entre otras dificultades.
- **Desarrollo de un modelo pilotado y evaluado científicamente**. El pilotaje y la evaluación transnacional genera guías metodológicas, instrumentos de intervención y materiales formativos basados en la evidencia empírica. Hedera no solo diseña un modelo innovador: lo prueba, lo ajusta, lo evalúa y demuestra su aplicabilidad en contextos reales, para después poder formar a profesionales en el mismo.

1.2. Destinatarios

El Proyecto HEDERA se dirige, primeramente, como recurso de formación orientada a la capacitación, a los y las **profesionales** del ámbito de las ciencias sociales. Esta formación está dirigida, principalmente, a tres perfiles profesionales enmarcados en el ámbito de la acción social (psicólogos/as, trabajadoras/es sociales y educadoras/es sociales), y, particularmente, en el ejercicio de la terapia. Este alcance responde al planteamiento de la Unión Europea de la necesidad de transdisciplinariedad operativa, permitiendo que equipos formados por profesionales de diversas disciplinas hablen un mismo *lenguaje de salud relacional*, optimizando la intervención y reduciendo la fragmentación de la misma.

La formación unificada se justifica en el Modelo Hedera por el hecho de que la acción no se dirige a la persona individualmente, es decir, sobre su salud mental intrapsíquica, sino sobre las dinámicas relacionales que pueden estar comprometiendo la salud mental individual. En este sentido, el Modelo Hedera se orienta a la búsqueda de aportes sobre la mejora de las interacciones dentro del contexto familiar, como también del contexto social inmediato;

propósitos ambos que pueden ser trabajados por los tres perfiles profesionales, siempre y cuando los mismos reciban una formación adecuada, que de forma imprescindible ha de incluir la terapia sistémica relacional.

Por otra parte, la intervención terapéutica propuesta desde el Modelo Hedera se dirige a las **familias** derivadas por los servicios del ámbito social, educativo y sanitario o bien que se postulan por iniciativa propia. El perfil de estas familias es el de aquellas en situación de vulnerabilidad o riesgo leve, dado que se trata de abordar con ellas sus dificultades relacionales y, muy especialmente, las dificultades en el desarrollo de las **competencias parentales**. Por ello, si bien a intervención está diseñada para adaptarse a diferentes modelos de familia y en distintas etapas del ciclo vital, pretende ser particularmente útil para aquellas familias con hijos e hijas en edad escolar o la adolescencia.

Además, de forma más amplia y en búsqueda de la transferencia del conocimiento, el Proyecto HEDERA se dirige a las diferentes **comunidades locales** y otras entidades interesadas de los territorios donde se implementa y aquellos susceptibles de implementación dentro del ámbito europeo, con un carácter promotor de la salud relacional familiar en estas comunidades, mediante la difusión de conocimientos procedentes del modelo y su implementación.

1.3. Entidades asociadas

El Proyecto HEDERA está liderado por **EDUVIC SCCL** (España), a partir de su **modelo de terapia familiar socioeducativa**, del que se recogen los principales elementos en el próximo apartado. Partiendo de este modelo previo, también **se reúnen e integran los conocimientos y prácticas aportados por otros modelos de trabajo en intervención familiar en el ámbito internacional**, concretamente, de la Asociatia **HoltIS** (Rumanía), la Association **Caminante** (Francia), la cooperativa **Agintzari** (España) y la cooperativa **La Botegga Dei Ragazzi** (Italia). A continuación, se detallan los principales servicios de estas entidades socias, especialmente aquellos vinculados con la construcción y el desarrollo de este modelo.

- **EDUVIC (España)**

EDUVIC SCCL es una cooperativa de iniciativa social sin ánimo de lucro que trabaja desde hace más de 30 años con el objetivo de dar servicio a las personas con especial incidencia en la

infancia, la adolescencia, la juventud y las familias. Como cooperativa, EDUVIC basa su organización y gestión en los valores de las cooperativas, asumiendo la ayuda mutua, la democracia, la igualdad, la equidad, la solidaridad, la honestidad y la transparencia como rasgos característicos del trabajo diario.

EDUVIC gestiona en la actualidad numerosos servicios y proyectos psicoterapéuticos y socioeducativos con diversos objetivos asistenciales, que se recogen según su tipología en los diferentes espacios de la cooperativa. Estos proyectos van, por tanto, desde la protección y atención a la infancia (a través de EDUVIC·Infància), a la atención psicoterapéutica individualizada o de pareja (a través de P&TI) o a la atención de deportistas de alto nivel (EDUVIC·Sport). También cuenta con proyectos dirigidos a la formación profesional (EDUVIC·Escola Itinere) y a la atención a las familias (EDUVIC·Famílies).

- **Asociatia HoltIS (Rumanía)**

El modelo de intervención de esta asociación está fuertemente marcado por el fomento y puesta en marcha del trabajo en red y tiene los siguientes objetivos: promover altos estándares de competencia y ética profesional en el campo de la crianza de los hijos e hijas; promocionar la educación parental, valorada como una forma de apoyo a los padres y madres y demás personas cuidadoras en el proceso del ejercicio de la paternidad y la maternidad; desarrollar programas de capacitación y asistencia técnica, seminarios, conferencias y otras actividades encaminadas a fortalecer las capacidades de las autoridades locales, entidades y comunidades locales para brindar servicios sociales de cuidado infantil; implementar actividades de voluntariado y movilización comunitaria para aumentar la participación y el involucramiento de los miembros de la comunidad en el desarrollo local; así como cooperar con organizaciones rumanas e internacionales que ofrecen servicios de cuidado de niños y niñas y sus familias, desarrollando asociaciones efectivas. En concreto, con base a estos objetivos, la asociación desarrolla e implementa programas sociales que contribuyen a:

- ✓ Fomentar habilidades de crianza de padres y madres en beneficio de la salud mental (emocional y relacional) de sus familias, así como el mejoramiento de las relaciones con sus propios hijos e hijas, a través del Programa Educativo de Crianza Apreciativa.
- ✓ Involucrar a las personas jóvenes para que participen activamente en la comunidad mediante la realización de actividades encaminadas a desarrollar las habilidades

sociales, el espíritu cívico, el trabajo en equipo y el sentimiento de pertenencia al grupo a través de la constitución y ampliación de HoltIS Clubs.

- **Association Caminante (Francia)**

La Asociación Caminante trabaja en los ámbitos de la prevención, el apoyo educativo y social y la atención psicológica a personas vulnerables. Tiene como filosofía básica que cada persona ayudada y su familia tienen derecho al respeto incondicional, sea cual sea su situación, sus creencias o sus orígenes. De esta forma, trabaja para permitir a todos vivir su ciudadanía gracias al apoyo sostenido y la búsqueda de la autonomía de las personas, la integración escolar, la integración social y las posibilidades de integración profesional.

Actualmente, ofrece múltiples servicios que tienen como objetivo apoyar y brindar atención psicológica y socioeducativa a las familias y sus miembros que se encuentran en situación de vulnerabilidad por diferentes motivos. Entre sus servicios cuenta con establecimientos residenciales y de acogida, así como actividades socioeducativas que se desarrollan en el domicilio familiar. Así pues, su misión se desarrolla a través de diferentes servicios: el Servicio de apoyo familiar; los Institutos Pedagógicos Educativos Terapéuticos (ITEP); el Trait d'Union; Lo Caleï; los Servicios de Educación a Domicilio y Atención Especializada (SESSAD); el Instituto Médico-Educativo (IME); o los Apartamentos de Coordinación Terapéutica (ACT). Por ejemplo, el Servicio de apoyo familiar se trata de una atención terapéutica que pretende favorecer los intercambios entre los miembros de la familia, permitiendo a cada miembro de la familia avanzar juntos hacia un funcionamiento más flexible, superar una situación de crisis, desarrollarse individualmente y encontrar nuevos equilibrios. Por otra parte, los ITEP acogen a niños, niñas, adolescentes o personas jóvenes adultas con dificultades psicológicas, cuya expresión, en particular la intensidad de los problemas de comportamiento, perturba gravemente la socialización y el acceso al aprendizaje. El objetivo es ayudarles a trabajar en su desarrollo psicológico, apoyando su desarrollo individual mediante una intervención interdisciplinar. Luego, el Trait d'Union (Trato de Unión), es un servicio preventivo y educativo dirigido a padres, madres y sus hijos e hijas que se centra en apoyar las relaciones en las distintas etapas de la infancia y/o durante periodos críticos o difíciles que amenazan el equilibrio familiar. Su misión es apoyar el proceso de crianza y el desarrollo de los niños y niñas. En el caso de Lo Caleï, se trata de un servicio de acompañamiento para mejorar la calidad de vida de diferentes tipos de personas en situación

de vulnerabilidad (personas que salen del hospital, personas vulnerables por edad, enfermedad, discapacidad, situación familiar o contexto medioambiental) y que han elegido vivir en casa.

Además, Caminante ha desarrollado el proyecto europeo CAPEvFAIR, centrado en el cuidado de mujeres vulnerables en cuidados perinatales en Francia, España, Italia y Rumanía, así como el proyecto GEFA (*Growing up as a Family Today, GIFT*, en inglés), en el que participan 4 países europeos (España, Francia, Italia y Rumanía) representados a partes iguales por servicios sociales y atención a familias vulnerables y por universidades para brindar capacitación a profesionales en el mismo campo.

- **Agintzari SCIS (España)**

Agintzari trabaja en la implementación de propuestas innovadoras y la gestión de servicios de calidad orientados a la superación de las necesidades sociales de personas y colectivos en situaciones difíciles. Desde esta cooperativa se desarrollan, entre otros, servicios de intervención socioeducativa y psicosocial y servicios de atención secundaria. Además, impulsa y lleva a cabo recursos y proyectos a través de iniciativas propias y vías de financiación subvencionada, como el modelo de intervención Casas Conectadas en Red, para la preservación del vínculo y la prevención de rupturas familiares; el Servicio Betirako, para la atención de personas en duelo durante la pandemia, la iniciativa Behari basada en el modelo Teknoadineko, para el cribado y atención de personas mayores en situación de soledad no deseada; o ARLOBI-ADOPTIA, el cual cuenta con un amplio equipo de profesionales en el campo de la psicología con experiencia en el cuidado de los niños y niñas y sus familias, especialmente afectados por situaciones traumáticas, y en el que se incluyen los siguientes servicios: apoyo psicosocial a familias y menores; Terapia de juego (Theraplay®) para fortalecer el vínculo individual y colectivo, en la que el equipo Agintzari ha sido formado y certificado con el Instituto Theraplay en 2011 (véase Guijarro et al. 2017); la consulta permanente presencial y por videoconferencia, grupos terapéuticos para adolescentes, formación especializada para profesionales y familias, asesoramiento en la organización y diseño de herramientas de publicación, e investigación de procesos y resultados.

- **La Bottega Dei Ragazzi (Italia)**

En La Bottega Dei Ragazzi, la investigación, la formación a los profesionales y la intervención socioeducativa en el campo de la cultura infantil son elementos clave de su acción

social. En los servicios dedicados al bienestar psicológico y los centros de atención a las familias desarrollados de esta cooperativa, destaca la atención a familias con niños y niñas más pequeños, con el objetivo de abordar la conciliación trabajo-familia. Cuentan con servicios dirigidos a la atención del tiempo libre de personas adolescentes; los servicios de desarrollo comunitario; así como el Servicio de Educación a Domicilio (SED), que se trata de un tipo específico de servicios de protección de menores y de apoyo a las familias basado en la atención domiciliaria. En concreto, el SED se destina a los menores y las familias que viven en situaciones de dificultades educativas y riesgos psicosociales para ofrecerles una red de apoyo. En este sentido, desde el propio hogar de la familia, trabaja para fortalecer las capacidades parentales, ofrece actividades de formación y socialización para minorías y atiende la salud emocional y relacional de las familias. De esta forma, tiene el propósito de contribuir al crecimiento positivo del niño, niña o adolescente en un contexto familiar que respete su personalidad, favorezca el desarrollo armónico de su potencial y lo ayude a alcanzar niveles crecientes de autonomía.

1.4. Objetivos

Los objetivos generales del Proyecto HEDERA se estructuran en **dos líneas**: la **construcción de un modelo de terapia familiar que incluya la intervención en el domicilio** y la **construcción de una formación a profesionales en el modelo** para su adecuada capacitación. Además, en estas dos líneas de trabajo, y de forma transversal a todo el proyecto, Hedera busca **compartir y difundir con la comunidad internacional** el modelo construido y su proceso de diseño, implementación, evaluación y formación.

A continuación, se recogen los objetivos específicos planteados con relación a estos objetivos generales.

1. En la primera línea, el Proyecto HEDERA pretende **construir un modelo terapéutico de aplicación internacional que aborde las dificultades relacionales de las familias y fomente la salud relacional de sus miembros, actuando en el contexto domiciliario.**

1.1. Diseñar un modelo teórico y metodológico de terapia familiar que utilice el domicilio como foco de la intervención, de forma complementaria al trabajo realizado en despacho o consulta; con base a evidencias científicas procedentes de su implementación; y que integre los modelos de trabajo de las entidades socias participantes en el Proyecto. El modelo tiene el propósito de dirigirse a:

- Acompañar a las familias para conocer y entender las dinámicas relacionales que tienen establecidas, dentro de su contexto social y cultural.
- Identificar, con la familia, los aspectos de salud mental que se han deteriorado, poniendo el foco en los elementos a nivel relacional y emocional de cada miembro de la familia y la familia en su conjunto que guardan relación con este deterioro.
- Acompañar a las familias en el proceso adaptativo que conlleva para ellas su situación actual y abordaje relacional de sus dificultades:
  - 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.
- Promover las habilidades parentales y los procesos de reestructuración y transformación que generen nuevas dinámicas relacionales y que favorezcan la crianza positiva en familias que tienen niños, niñas y adolescentes.

- Aportar a las familias de estrategias relacionales y educativas para contribuir a la regulación y co-regulación de cada miembro y de toda la familia.
- Fomentar la coordinación y la cooperación entre los servicios de atención a las familias, lo que incluye la derivación al sistema de salud público de aquellas situaciones que requieren seguimiento psiquiátrico y al sistema de servicios sociales cuando se detecten situaciones de riesgo social.

1.2. Implementar y evaluar empíricamente el modelo de intervención terapéutica diseñado, mediante la participación de una muestra internacional de familias y profesionales.

1.3. Revisar el modelo de intervención terapéutica diseñado, con base a la evidencia empírica obtenida en su implementación.

2. En la segunda línea, el Proyecto HEDERA se enfoca **en crear y proporcionar una formación a los y las profesionales en el modelo diseñado**.

2.1. Diseñar una formación dirigida a los y las profesionales de la acción social en el modelo construido, implementado y evaluado, en la que se recojan las bases teóricas y metodológicas de este modelo y la revisión del mismo según la información obtenida a través de su evaluación.

2.2. Impartir formaciones para profesionales de la acción social, mediante la que adquieran los siguientes conocimientos y competencias:

- Conocimiento del entorno de la familia y sus dinámicas relacionales, en su propio entorno de convivencia.
- Uso de estrategias de intervención familiar adaptadas al entorno domiciliario y habilidad para el traslado de técnicas y herramientas del contexto de despacho al domicilio de la familia.

3. En estas dos líneas de trabajo, el Proyecto HEDERA contempla **compartir y difundir con la comunidad internacional**, de forma abierta y transparente, el modelo construido y los conocimientos y experiencias derivados del proceso de diseño, aplicación y formación profesional.

3.1. Crear una web de transparencia.

3.2. Publicar noticias y resultados en redes sociales.

3.3. Implicar a las autoridades y servicios locales, profesionales e instituciones formativas y académicas del ámbito de las ciencias sociales y la salud, y organizaciones de salud y bienestar.

3.4. Participar en eventos y otras acciones de difusión.

1.3. Proceso de construcción del Modelo Hedera

El Modelo Hedera que se presenta en este documento, y cuyas bases teóricas y metodológicas se detallan en el segundo apartado del mismo, es una versión revisada tras llevar a cabo una primera implementación y evaluación internacional del modelo diseñado originalmente. Esta investigación aplicada permitió hacer ajustes metodológicos en el modelo de cara a reforzar su eficacia, viabilidad y sostenibilidad. En el siguiente subapartado, se describe brevemente el desarrollo y los resultados principales de esta fase de implementación y evaluación.

De esta forma, la evidencia cuantitativa y cualitativa recogida durante la implementación del Modelo Hedera, en el año 2025, ha aportado las claves para optimizar este modelo, mediante una revisión estructurada y consensuada por todo el equipo coordinador del proyecto, con el apoyo de los y las profesionales implementadores y del grupo de expertos. Este reajuste metodológico tiene el propósito de mejorar la calidad de las intervenciones familiares en domicilio y despacho, a través de:

- Definir con mayor precisión los criterios de acceso y uso del modelo.
- Fortalecer la estructura del proceso terapéutico.
- Adaptar la metodología a diversas tipologías familiares.
- Mejorar las condiciones de intervención en domicilio.
- Reforzar la formación, supervisión y apoyo a los profesionales.

Así pues, tras la incorporación de las mejoras propuestas, se espera alcanzar, como resultado:

- Mayor adecuación del Modelo Hedera a las realidades familiares en diferentes contextos europeos.

- Incremento de la coherencia metodológica y documental del modelo.
- Mejora en la aceptación y adherencia de las familias.
- Mejora de la calidad del vínculo terapéutico.
- Mejora del impacto terapéutico en la salud relacional de las familias.
- Mayor seguridad y bienestar profesional.
- Fortalecimiento del impacto comunitario de las intervenciones.

1.3.1. Implementación y evaluación del Modelo Hedera: investigación aplicada

La investigación llevada a cabo en el Proyecto HEDERA ha buscado evaluar empíricamente la aplicación del modelo terapéutico diseñado en el marco de este proyecto, 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. Esta fase de investigación aplicada está precedida por una primera fase consistente en la confección teórica y metodológica del modelo de terapia familiar y el diseño de su implementación, y está sucedida por el diseño y puesta en marcha de actividades formativas dirigidas a profesionales de la acción social. A continuación, se enumeran los **objetivos** de la investigación.

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

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 en el 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 buscaba:

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 pretendía:

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.

En la investigación, por tanto, se contó con tres grupos de **participantes**: las familias, los y las terapeutas y los y las profesionales referentes de las familias, en el caso de que estas estuvieran atendidas por servicios sociales. Durante la investigación se ofreció participar en la intervención Hedera a un total de 244 familias entre todas las entidades participantes, de las cuales 166 finalizaron la intervención completa en el período acordado para realizar la implementación y evaluación (septiembre 2024-septiembre 2025). De estas, un total de 88 familias (53%) formó parte del grupo experimental, y recibieron la intervención terapéutica diseñada en su domicilio. Las restantes (grupo control) recibieron la intervención terapéutica en el contexto habitual (despacho o consulta). Además, se contó con la implicación de 46 profesionales empleados por las correspondientes entidades socias del proyecto, como terapeutas. Por último, el tercer grupo de participantes lo conformaron los y las profesionales externos encargados de la derivación de cada familia, en el cual contamos se pudieron obtener datos de 18 profesionales.

Para participar, las familias debían encontrarse en una situación de vulnerabilidad o riesgo leve en el momento de la implementación, con 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.

A su vez, se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- Historial de violencia grave.
- Problemas psiquiátricos severos no tratados.

- Abuso de sustancias no tratado.
- Falta de compromiso con el programa.
- Problemas legales pendientes relacionados con la custodia o el bienestar del niño/a o adolescente.
- Enfermedades graves o discapacidades que impidan la participación activa.
- Expectativas no realistas sobre los resultados del programa.

En lo referente a la procedencia de las familias participantes en la investigación, estas fueron atendidas 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 (Iaşi).

Por otra parte, en cuanto al perfil de los y las terapeutas, 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, 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.

En definitiva, con respecto a los participantes de la investigación, la obtención de información sobre la intervención terapéutica desde una perspectiva multi-informante disminuye los posibles sesgos y nos ayuda a tener una visión lo más objetiva posible del

desarrollo de estas familias, de los y las profesionales participantes, y de la puesta en marcha de la intervención.

En cuanto a los **instrumentos** empleados, 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*, Olson y Gorall, 2006); calidad de vida, a través de la *Escala de Calidad de Vida* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004); estrés parental, mediante el cuestionario *Índice de Estrés Parental* (*Parenting Stress Index-Short Form, PSI-SF*, Abidin, 1995); sentimiento de competencia parental, a través de la *Escala de Sentimiento de Competencia Parental* (*Parenting Sense of Competence Scale*, *PSOC*, Johnston y Mash, 1989); y ajuste psicológico de los menores de edad, mediante el *Cuestionario de Fortalezas y Dificultades* (*Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ*, Goodman, 1997). A la mitad del proceso terapéutico, se les pidió que completasen un cuestionario relacionado con su experiencia en la intervención hasta el 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 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 lo que respecta al **procedimiento**, de forma previa al comienzo de la investigación aplicada, cada entidad obtuvo la autorización de los responsables de los respectivos servicios y territorios de actuación donde se iba a realizar el estudio, mediante la explicación del despliegue de la intervención terapéutica y la investigación a realizar. Además, la investigación cuenta con la aprobación del Comité de Bioética del Hospital Universitari de Bellvitge (Ref. PR145/24).

Antes de comenzar la implementación, todos los y las terapeutas seleccionados participaron en una formación interna sobre el modelo de terapia familiar diseñado, la batería de instrumentos a administrar y las pautas para la recogida de datos. Tuvieron a su disposición un manual de intervención y una guía para la recogida de datos, donde estaba contenida la propuesta teórica y metodológica del modelo terapéutico, la descripción del estudio de investigación y la guía para el desarrollo de la implementación y su evaluación.

En lo referente a las familias, siguiendo los criterios de inclusión establecidos que se han nombrado previamente, se seleccionaron según las derivaciones existentes al comienzo de la investigación en los servicios de apoyo terapéutico de las respectivas entidades, respetando el orden de entrada de estas derivaciones. Las familias participantes eran asignadas aleatoriamente a la condición experimental (domicilio) y control (despacho), siempre contando con su aceptación voluntaria de la condición asignada para su inclusión en el estudio.

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 estaba conformado por 10 sesiones de terapia familiar (más una de contacto inicial), y se diseñó para realizar una sesión cada dos semanas, de una hora de duración. Según los tipos de dificultades relacionales que pueden presentar las familias y que son abordables desde el modelo de intervención terapéutica, mencionadas previamente, se establecen las técnicas de trabajo a emplear, recogidas en el manual de intervención. La metodología de intervención terapéutica se encuentra detallada en el apartado 2.

Con respecto a la evaluación, mediante la aplicación de la batería de instrumentos, esta tenía lugar al inicio de la intervención terapéutica (pre-test) y al final de la intervención (post-test). Además, a mitad del proceso, las familias rellenaron un breve cuestionario sobre el proceso terapéutico y los/as terapeutas hicieron un seguimiento de los objetivos terapéuticos.

Los **resultados** procedentes de esta investigación aplicada, que se encuentran recogidos en un informe final de resultados (Proyecto HEDERA, 2025), han facilitado la realización de ajustes en la metodología del Modelo Hedera. De esta manera, el modelo descrito en el apartado 2 de este documento integra las conclusiones y aprendizajes derivados de la fase de implementación y evaluación del Modelo Hedera. En líneas generales, la investigación aplicada llevada a cabo ha permitido:

1. **Consolidar un modelo de intervención mixta y flexible (domicilio–despacho), adaptado a las necesidades de cada familia y a las condiciones organizativas.**

   El propio hogar es un contexto de intervención terapéutica validado por familias y profesionales, al igual que el despacho o consulta, y, en comparación con este último, más favorecedor para la profundidad del diagnóstico, la comprensión de la dificultad relacional, el ajuste de la intervención a las necesidades y recursos de la familia, y la intensidad y calidad de la vinculación terapeuta-familia.

   Las potencialidades terapéuticas del domicilio, en los elementos mencionados, se relacionan con que la intervención terapéutica se basa en un **plan sistematizado** (ruta de proceso) que acompaña el encuadre, diagnóstico, la intervención y el cierre de la terapia, así como la coordinación con otros agentes.

2. **Comprobar la adquisición de conocimientos y habilidades de los/as terapeutas y valorar su consideración sobre la intervención en el domicilio.**

   Los y las terapeutas refieren haber derribado prejuicios profesionales y personales al trabajar en el espacio privado de las familias. Una intervención en el domicilio acompañada de una formación previa en el Modelo Hedera, un plan sistematizado de intervención, el uso de herramientas adaptadas al entorno domiciliario, y una supervisión continua del

proceso terapéutico han fomentado en los y las terapeutas una visión del domicilio como fuente de oportunidad para llegar a familias con difícil acceso al despacho, donde crear alianzas más profundas y co-construir con las familias un espacio de seguridad.

La participación de estos profesionales recoge perfiles profesionales diversos, procedentes de la psicología, el trabajo social y la educación social, entre otros. Todo el proceso de formación, implementación, evaluación y supervisión se ha realizado desde un lenguaje e itinerario común, en consonancia con la finalidad de crear una formación en el marco de la transdisciplinariedad operativa.

3. Formación, evaluación, intervisión, supervisión y coordinación.

Con relación al punto anterior, la percepción de seguridad a la hora de intervenir en el domicilio, así como el despliegue de recursos para realizar terapia en este contexto, se han visto beneficiados de:

- Reforzar la formación en el uso técnico de instrumentos y herramientas.
- Uso de instrumentos y herramientas como medio para promover la función reflexiva para las familias y los profesionales y el alcance de mayor profundidad en el diagnóstico, la intervención y el cierre
- Fortalecer los espacios de intervisión y supervisión como apoyo continuo a la práctica profesional.
- En estos espacios, profundizar en la perspectiva de género y problemáticas asociadas.
- Analizar y reflexionar sobre los factores de tercer orden que condicionan la práctica terapéutica (clase, género, racismo, estigma, discursos dominantes), así como cuestiones de ética profesional.
- Crear una red de profesionales que intervienen en el domicilio y comparten sus experiencias, inquietudes y formas de trabajo.

4. Ajustar el perfil familiar al que se dirige la intervención terapéutica.

Si bien el Modelo Hedera se dirige a familias con dificultades relacionales diversas, especialmente aquellas con un perfil de riesgo leve en el momento de la intervención, se

ha destacado su utilidad como potenciador de la salud relacional en familias con las siguientes características:

- Familias con hijos/as en edad escolar y adolescencia.
- Familias con padres separados o familias monoparentales.
- Familias con uno o más miembros con algún diagnóstico de salud mental.

5. **Fomentar el trabajo con el impacto comunitario y el ocio familiar.**

La evaluación realizada hace muy evidente la necesidad de:

- Fortalecer los vínculos sociales y la participación comunitaria.
- Abordar el aislamiento y las experiencias traumáticas desde una perspectiva comunitaria.
- Integrar los objetivos de salud relacional vinculada a la comunidad dentro del proceso terapéutico, aprovechando el trabajo en el hogar.
- Desde una perspectiva práctica, promover actividades recreativas familiares y comunitarias, que involucren, especialmente, a los adultos.

2.- MODELO HEDERA: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

Tal y como se introduce en el primer apartado, el modelo HEDERA se construye a partir del **modelo de terapia familiar socioeducativa** (en adelante, TFSE) desarrollado por **EDUVIC**. La TFSE, cuyos principios teóricos y metodológicos se pueden encontrar en Camí et al. (2019), nace de las experiencias profesionales compartidas, reflexionadas y evaluadas a partir de los diferentes proyectos gestionados por esta cooperativa y se encuentra en continua revisión, ya que integra y se enriquece de las nuevas aportaciones relevantes en el campo de la psicoterapia.

Este modelo está estructurado para acompañar a familias en situación de crisis, vulnerabilidad y riesgo, **tanto en situaciones de tratamiento como preventivas**. De esta forma, incorpora la óptica preventiva para el fortalecimiento y la preservación familiar y permite ofrecer un apoyo más amplio a familias en diferentes niveles de riesgo. Su función es ofrecer y favorecer un clima positivo para impulsar transformaciones que **conduzcan al**

establecimiento de un equilibro familiar sin disfunciones relacionales y que permita que la familia pueda ejercer las funciones que le son propias. Además, la prevención es de suma importancia en familias con hijos e hijas u otros menores en edades tempranas, ya que la calidad de las relaciones y los vínculos que se establecen en los primeros años de vida son fundamentales para el posterior desarrollo psíquico.

CARÁCTER PREVENTIVO:	CARÁCTER DE TRATAMIENTO:
Detección de situaciones de riesgo o vulnerabilidad Identificación de situaciones que pueden derivar en conflicto	Abordaje de síntomas o patronas relacionales disfuncionales que afectan a la dinámica familiar

Así pues, desde la TFSE, se concibe a la familia como una unidad social básica responsable de dar respuesta a las necesidades de los hijos e hijas. Como profesionales, se trata de acompañar a las familias, en los diferentes períodos del ciclo vital, para **fomentar la vinculación segura y la crianza positiva**, siendo de especial relevancia los primeros años de vida para **el desarrollo afectivo, cognitivo, emocional y relacional** (Palacios et al., 2014).

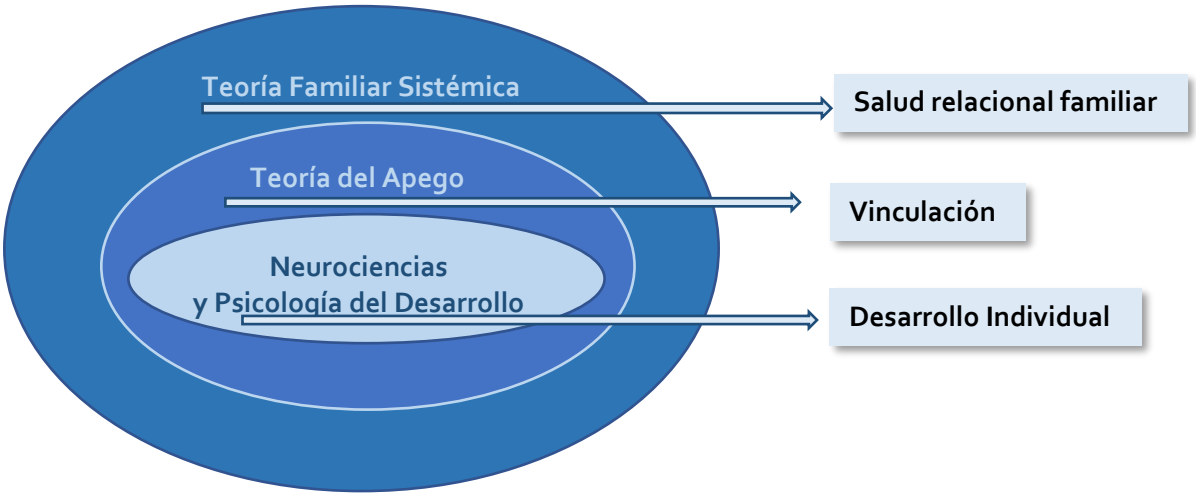
Para ello, es necesario partir de un enfoque comunitario y de co-responsabilidad entre diferentes agentes intervinientes y que permita que se potencien los apoyos y recursos naturales de la familia (Jiménez, 2009; Loyo & Trujillo, 2017). En este sentido, es tan importante el trabajo con la familia como el **trabajo en red**, es decir, con las figuras profesionales de otros servicios donde la familia es atendida para garantizar un **acompañamiento ecológico, coordinado, eficiente y coherente** con las necesidades familiares y personales de los miembros que la forman.

A partir de estos elementos previos de la TFSE, integrados y enriquecidos con los conocimientos y experiencias de las entidades participantes mencionadas, en el modelo que aquí se propone, Hedera, la intervención pone su foco en: **la dinámica relacional familiar**, que es como denominamos a la manera que tienen de relacionarse los miembros familiares entre sí en cuanto a la estructura (Minuchin, 1974) y la comunicación (Watzlawick et al., 2002); **el**

vínculo afectivo, como un lazo afectivo profundo y duradero que conecta a una persona con otra, siendo el vínculo formado con las figuras referentes durante la infancia determinante para la estabilidad mental, emocional y relacional en la vida de una persona (Palacios et al., 2014); y **el desarrollo individual**, tanto a nivel de representación, integración y comprensión que alcanza un individuo sobre sí mismo y sobre los demás, como en la calidad y seguridad de las relaciones interpersonales que genera a lo largo de su vida (Fonagy et al., 2002). En el siguiente subapartado, se recogen las bases teóricas de este modelo.

2.1. Bases teóricas

Partiendo de unos cimientos eclécticos, el Modelo Hedera se dirige a la búsqueda de la salud relacional familiar sustentándose con **premisas y teorías demostradas científicamente**, que se van recreando a partir de la práctica y de las nuevas aportaciones de las ciencias sociales: el **modelo sistémico**, la **teoría del apego** y la **neurociencia y la psicología del desarrollo**. En un segundo nivel, se basa en el modelo integrativo y de reprocesamiento del trauma, así como en la teoría de la mentalización, que reúnen conocimientos de los ámbitos teóricos mencionados. En la siguiente gráfica, se ilustra la intersección de los modelos teóricos con los constructos.



A continuación, se detallan algunos de los principios y características más importantes de estas premisas y teorías.

Terapia Familiar Sistémica

El Modelo Hedera parte del enfoque sistémico centrado en el domicilio como núcleo de intervención, utilizando el despacho como recurso complementario. El **modelo sistémico** de terapia familiar (ver Feixas et al., 2016) concibe que todas las problemáticas pueden ser abordadas desde una óptica relacional. Basada en el modelo sistémico, la **terapia familiar sistémica socioeducativa** (Camí et al., 2019) busca una *transformación* en las personas y familias a nivel emocional y cognitivo, que comprende a uno mismo, así como a nivel relacional y social, que comprende a los demás y la construcción de uno mismo en relación con los demás. La TFSE parte de:

- Los principios del Modelo Estructural (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981), que demuestra que la intervención con todo el sistema familiar consigue que mejore su **funcionalidad relacional**, tiene un efecto positivo sobre las personas que presentan síntomas y reduce sus conductas disruptivas. Así, el síntoma individual es tratado como la expresión de dinámicas disfuncionales del sistema familiar en el que surge.

- Un enfoque estratégico (Haley, 1976, 1980), que aporta eficiencia para reducir el estrés instaurado en la dinámica familiar por la presencia de síntomas.

- Una visión circular del problema o síntoma, ya que se aborda en el contexto relacional en el que adquiere su funcionalidad y donde se mantiene a través de las contribuciones de cada miembro de la familia, mediante patrones de interacción complejos y repetidos en el tiempo (Selvini et al., 1980). Desde esta visión, tal y como afirman Feixas et al. (2016), es cuestionable hablar de responsabilidad o culpa, ya que todos y cada uno de los familiares sostienen la problemática.

- Una perspectiva narrativa (Díaz, 2007), que permite construir nuevas comprensiones para transformar la dinámica familiar disfuncional y promover la salud relacional. Un elemento fundamental es enfocarse en la comprensión que la familia tiene de sus

problemas y sufrimientos, poniendo la mirada más en las capacidades que en los déficits.

- La consideración de que las familias y sus miembros pueden no haber adquirido o integrado en su recorrido histórico algunos recursos y capacidades por no haber tenido la oportunidad o experiencia de pensar sobre sí mismos. Con lo cual, plantea la psicoeducación como un elemento esencial para que las familias puedan comprender lo que se activa en sus interacciones interpersonales y, desde esta comprensión, sean capaces de adquirir nuevos recursos y habilidades para transformar sus relaciones de forma que devengan más saludables.

- La consideración de que la realidad es subjetiva, es decir, no existe ninguna realidad absoluta que el terapeuta deba descubrir y modificar. Desde esta consideración, el profesional adquiere una posición de colaboración, frente a una de autoridad, con respecto a la familia. Se acerca a ella con el fin de comprender y ayudar a la comprensión de los acontecimientos, de tal manera que puedan encontrar nuevas formas de afrontarlos.

Además, la concepción sistémica de la familia incluye entender su evolución y las relaciones características en cada etapa vital, teniendo en cuenta, además, diversas formas de construcción familiar. El enfoque evolutivo para el estudio de la familia ha planteado el **ciclo vital familiar** en diferentes estadios (Camps et al., 2017). Estos pueden variar ligeramente según diferentes autores, pero tradicionalmente siguen una sucesión común:

1. La formación de la pareja. Nuevo sistema familiar donde se produce una definición de los límites, se establecen nuevas reglas y se produce un distanciamiento de las familias de origen, de tal manera que se forma la identidad de pareja. Algunas de las principales dificultades en esta etapa tienen que ver con la incapacidad de alejarse de la familia de origen.

2. El nacimiento de los hijos e hijas. Surge el sistema parento-filial junto al sistema conyugal, reduciéndose el tiempo individual disponible y aquel dedicado a la pareja. Los nuevos padres y madres adquieren la responsabilidad de criar a sus hijos e hijas y deben desarrollar competencias para realizar con éxito esta tarea. Las dificultades en esta etapa

tienen que ver principalmente con la insatisfacción de las necesidades afectivas a nivel de pareja, la intromisión de la familia de origen y la escasez de habilidades parentales.

3. La familia con niños y niñas en edad preescolar. Los hijos e hijas permanecen vinculados de forma estrecha a los padres y madres, aunque comienzan a relacionarse en el contexto educativo y con los iguales. Presentan más autonomía a nivel motor, cognitivo y emocional, y son capaces de mostrar más explícitamente sus necesidades, por lo que se harán más patentes las que no estén cubiertas.

4. La familia con niños y niñas en edad escolar. Inmersión de los hijos e hijas en otros contextos (escolar, de iguales). Proceso de individuación. Las dificultades aparecen, especialmente, en tanto que las reglas del contexto familiar confirmen o desconfirmen el funcionamiento de otros contextos.

5. La familia con adolescentes. Inicio de la desvinculación de los hijos e hijas. Frontera entre la niñez y la adultez, en la que la relación entre los padres, madres, hijos e hijas se va volviendo más simétrica. La principal problemática relacional que acontece en esta etapa tiene que ver con que no se acepte o permita la progresiva desvinculación.

6. La independización de los hijos e hijas. La pareja vuelve a estar a solas, lo que puede llevarlos a experimentar malestar por la salida de los hijos e hijas, aunque también puede suponer la vuelta de las relaciones con amistades. Los hijos e hijas comienzan a desarrollarse a nivel profesional y a formar sus propios núcleos familiares.

7. La familia en edad avanzada. La familia experimenta un nuevo cambio de roles y acontecen pérdidas (laborales, familiares). Los padres y madres necesitan ayuda de sus hijos e hijas. Algunas de las dificultades relacionadas con esto tienen que ver con la soledad, el aislamiento, las experiencias de duelo o la inadaptación o renuncia a la pérdida de juventud y a los nuevos roles que supone.

Las familias, como entidades socioemocionales y relaciones, también entran en crisis, se transforman, evolucionan y sufren pérdidas y ganancias. Todos estas crisis, transformaciones y evoluciones de las familias suponen retos, esfuerzos y tareas nuevas para las que sus miembros no siempre están suficientemente preparados y precisan apoyo y acompañamiento

profesional. En la sucesión de estadios que se ha presentado, tenemos bien descritas las evoluciones de la familia nuclear intacta: pareja sin hijos e hijas, pareja con hijos e hijas pequeños, hijos e hijas en edad escolar, familia con hijos e hijas adolescentes, con hijos e hijas jóvenes, nido vacío… En ellas, la evolución de los hijos e hijas supone para la pareja parental ocuparse de crianzas, educación, colaboración y conflicto con otros sistemas (escolar, comunitario, sanitario, laboral…) para luego tener que aprender a soltar amarras y respetar la autonomía y libertad de los hijos e hijas que fueron dependientes y empiezan a generar sus propios modos de vida, parejas y familias, dando lugar a un entramado de familia extensa a la que también hay que apoyar y en ocasiones sostener y cuidar.

No obstante, las **diversidades familiares y sus peculiaridades** suponen la aparición de nuevas fases evolutivas más desconocidas e inquietantes, a las que técnicamente tenemos que saber responder. Es decir, es de suma importancia conocer y dar respuesta a distintas realidades a la hora de intervenir con las familias, de cara a ofrecer el apoyo que necesitan de la forma más ajustada posible. En España, y en similitud con otros contextos europeos (González, 2023), algunos de los principales cambios experimentados en el funcionamiento y estructura de nuestras familias son los siguientes:

- Las familias ya no tienen como paso inicial el matrimonio.
- Los roles dentro de las familias biparentales convencionales han cambiado hacia una mayor igualdad entre las figuras adultas.
- Se han diversificado las estructuras familiares: divorcio del matrimonio o separación de la pareja, que lleva a la existencia de *familias binucleares* y a *familias combinadas o ensambladas*; maternidad o paternidad en solitario; hijos e hijas nacidos por reproducción asistida; hijos e hijas adoptivos o en acogida; matrimonio entre parejas del mismo sexo, marentalidad y parentalidad por afinidad, filiación por afinidad, equipos parentales, etc.

En definitiva, las transformaciones y avances sociales, como el incremento de la esperanza de vida, la equiparación de roles de género, el avance de la igualdad entre mujeres y hombres o el mayor peso de la libertad y autodeterminación individual de las personas, entre muchas otras causas, han hecho de la familia una estructura social más diversa. Por ejemplo, el **divorcio** conyugal, lejos de romper a la familia, la ha convertido en una estructura más compleja donde sus integrantes deben aprender a superar los procesos de duelo y adaptación que dichos procesos implican. Una familia con un hogar, cuando se divorcian los cónyuges, se transforma

en una familia con varios hogares que deben aprender a respetarse y colaborar, dando lugar a nuevas relaciones familiares y parentescos que deben de encontrar su acomodación y función (Coleman et al., 2006). Excónyuges, madrastras, padrastros, hijastros e hijastras, mediohermanos y hermanastras… Marcan nuevas formas de vinculación y relación familiar, dando lugar a nuevas crisis, conflictos, soluciones y alternativas. Por ello, precisan también de acompañamiento técnico y deben evolucionar desde la crisis de la ruptura a las monoparentalidades alternantes y colaborativas, rematrimonios y nuevos nacimientos o incorporaciones, superando costosas pérdidas y experimentando diferentes adaptaciones.

En su lugar, las familias **acogedoras**, **adoptivas** y **colaboradoras** del Sistema de Protección de Menores (SPM) amplían el marco de los modos de evolucionar y crecer de sus miembros. Estas familias se ponen en conexión con las familias de origen de los niños, niñas y adolescentes que acogen, adoptan o con los que colaboran, a través de regímenes de visita o búsqueda y mediación de orígenes. A diferencia de las familias biológicas, su preparación para acoger, adoptar o colaborar conlleva fases nuevas, como la formación y la valoración de idoneidad, el acoplamiento de nuevo miembro, el acompañamiento y seguimiento institucional, o los ceses de la acogida, previstos o no. Esto se traduce en que estas familias relacionadas con el SPM presentan diferentes estructuras, tareas, retos, conflictos y transformaciones a tener en cuenta (Bernedo et al., 2020; Brodzinsky & Palacios, 2023; León et al., 2021; Palacios, 2009).

Por otra parte, encontramos familias **homoparentales**, las cuales son una realidad desde hace tiempo y amplían los horizontes de cómo son las familias y de cuál es su función social, así como las familias **mixtas**, formadas por una persona extranjera y otra autóctona (Musarra, 2017) y **migrantes** cuyos procesos de reunificación son un reto presente no solo de diversidad cultural sino también de modos de entender la vida familiar (González, 2023). Asimismo, las **familias** donde están presentes los **trastornos de salud mental** en sus miembros también deben hacer esfuerzos significativos para evolucionar desde la toma de conciencia de los síntomas, la petición de ayuda, la contención del sufrimiento, la reorganización de sus rutinas, los tratamientos terapéuticos y la búsqueda de alternativas hasta encontrar su lugar y equilibrio (Casanova-Rodas et al., 2014). Todas estas realidades familiares mencionadas y otras que puedan aflorar son contempladas en el presente modelo HEDERA y todas ellas tienen cabida en los métodos de trabajo que propone.

Continuando con otros aspectos relacionados con la perspectiva sistémica, debemos destacar que esta tiene influencia del **modelo ecológico** (Bronfenbrenner, 1979) **y la teoría de sistemas** (Bertalanffy, 1968), que consideran que la interacción entre las variables genéticas y psicológicas y el entorno se produce dentro de sistemas dinámicos, complejos y multi-influenciados. Por lo tanto, el desarrollo humano se produce a partir de múltiples influencias procedentes de diferentes niveles o sistemas contextuales (microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema, cronosistema). Estos niveles se comprenden como estructuras interdependientes que tienen una organización jerárquica y que ejercen su acción combinada y conjunta sobre el desarrollo.

Así pues, la perspectiva **ecosistémica** es una de las fuentes principales de la terapia sistémica, que nos permite observar a la familia como un **microsistema inmerso dentro de sistemas más amplios**, con los que se mantienen relaciones multidireccionales. A su vez, dentro del microsistema familiar, se pueden identificar diferentes subsistemas de relación entre las personas que lo conforma, como el subsistema fraternal, subsistema de pareja o el subsistema parento-filial.

En la reformulación de esta teoría, que postula la perspectiva **bioecológica**, Bronfenbrenner y Morris (1998) nos hablan de cuatro elementos principales del desarrollo humano: los **procesos próximos** (interacciones recíprocas que tienen lugar de forma prolongada y potente entre un organismo humano y las personas, objetos y símbolos, a través de las cuales se puede transformar y actualizar el potencial de la persona); la **persona**, que mediante sus características personales, sus recursos y su disposición, posee un papel activo en su desarrollo; el **contexto**, que incluye la interacción de los sistemas ecológicos; y el **tiempo**, considerándose que todos los elementos anteriores están sujetos a cambios a lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, la evolución de cada familia está sujeta al propio papel que sus miembros ejercen como agentes de estabilidad y cambio, mediante interacciones significativas sostenidas en el tiempo y en diferentes contextos de relación.

Teoría del apego

La **teoría del apego** hace referencia al apego como el primer sistema que desarrolla el ser humano para asegurar su supervivencia. A través de este nexo primario, el niño o la niña se

mantiene vinculado con sus cuidadores, quienes cubren sus **necesidades afectivas, de protección y cuidados**. De esta forma, a pesar de la importancia de las relaciones de apego en etapas tardías de la infancia y más adelante en el ciclo vital (Cassidy & Shaver, 2016), la primera infancia es un período clave para el desarrollo socioafectivo (Palacios et al., 2014), teniendo el vínculo temprano un impacto directo en la organización cerebral, comentada anteriormente.

El desarrollo del apego en los primeros años de vida
Nacimiento-tres meses. El bebé se interesa por las figuras adultas que le rodean, sin mostrar una clara preferencia. El cuidado y la atención que recibe (alimentación, respuesta al llanto, muestras afectivas...) son las bases del vínculo de apego.
Tres-seis meses. El bebé comienza a reconocer quiénes son sus figuras cuidadoras principales, aquellos que continuamente le atienden, le calman, le hablan, le acarician... Estas figuras cuidadoras son quienes están disponibles cuando lo necesita y genera una fuerte relación de confianza, por lo que empieza a sentirse mejor con ellos que con personas extrañas.
Seis meses-primer año. Se consolida el vínculo de apego entre el bebé y sus figuras cuidadoras principales, lo que se refleja comúnmente en la angustia que siente cuando se separa de ellos y el rechazo hacia personas ajenas.
Primer-segundo año. La mayor independencia física se relaciona con cambios en la forma de interactuar con los y las cuidadores y depender de ellos. El bebé viene y va, explora su alrededor desplazándose y jugando. A su vez, necesita tener cerca a sus figuras cuidadoras para explorar el entorno de forma segura y poder acudir a ellos cuando se sienta amenazado. De forma progresiva, irá reduciendo la angustia al separarse de sus cuidadores y cuidadoras y se relacionará tranquilamente con otras personas distintas a ellos. Con base a la confianza generada con sus figuras cuidadoras, el niño o la niña va aprendiendo e interiorizando que, aunque se vayan, regresarán y estarán disponibles si los necesita.

Hay períodos específicos, llamados períodos ventana, en los que se requieren determinados estímulos para el óptimo desarrollo de algunas áreas cerebrales. Esta adecuada estimulación depende del establecimiento de un vínculo satisfactorio. Con relación a esto, los niños y niñas que han sufrido experiencias de adversidad temprana, incluyendo experiencias graves de negligencia y maltrato, una o varias separaciones de sus cuidadores, o situaciones de institucionalización, que supone la ausencia de una figura adulta de cuidado individualizada, presentan a menudo consecuencias negativas en su desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y

socioemocional (Hillman et al., 2020; Raby & Dozier, 2019; West et al., 2020). Por ejemplo, algunos niños y niñas adoptados son víctimas de abandono en edades muy tempranas. Lo sufren en momentos en los que no pueden tener conciencia de ello, ni relatarlo, aunque el impacto a nivel emocional y afectivo puede ser muy significativo, como veremos más adelante al hablar del impacto de las situaciones traumáticas. Así pues, la soledad, la negligencia parental, la desprotección, la inseguridad, el miedo, la angustia, el dolor físico, el hambre, los accidentes, los malos tratos y abusos, la rabia, la ira y otras emociones, sin contención y descontroladas, son vivencias habituales del entorno social y familiar en el que se desarrollaron y se empezaron a formar como personas. Además, muchos de ellos han sufrido multitud de separaciones y pérdidas de las personas que les cuidaron (madre, padre, hermanos y hermanas, otros familiares y cuidadores, compañeros de centro de acogida...) y estas experiencias pueden generarles un miedo irracional e inconsciente a ser de nuevo abandonados (Musarra, 2017). Por ello, resulta fundamental que sus padres y madres u otras personas cuidadoras[1] puedan conectar con las necesidades y los ritmos de cada uno de sus hijos e hijas.

En definitiva, las personas tienen necesidad de recibir amor, cariño y respeto, como **prueba de que son queridas, valoradas y que merecen la confianza de los demás**. Siguiendo las teorías del profesor Humberto Maturana, todo ser humano nace con una estructura que comporta la confianza en el entorno que le acogerá, es interdependiente de su entorno y no podría subsistir sin el cuidado de este. Cuando esto no ocurre, el dolor no es otra cosa que verse privado del entorno que hace posible que un individuo *sea*, al ser rechazado o no escuchado.

Desde la teoría del apego, el estado de seguridad, ansiedad o miedo de un niño o niña es determinado, en gran medida, por la **accesibilidad y la capacidad de respuesta** de sus principales figuras de cuidado. Además, la capacidad de los padres y madres para vincularse con los hijos e hijas y el tipo de apego que les ofrecen están directamente relacionados con el tipo de vínculo que desarrollaron en su propia infancia. Sus recursos emocionales, cognitivos y conductuales para responder afectivamente a sus hijos e hijas se han desarrollado en las

[1] El presente proyecto pretende ser sensible hacia diferentes modelos de familia, entre las que se incluyen las familias con niños, niñas y adolescentes en medidas de protección de carácter familiar, como la acogida o colaboración familiar. En este sentido, salvo que se especifique, el término *padres y madres* se hará extensivo hacia *personas adultas cuidadoras*, como los acogedores y acogedoras, así como el término *hijos e hijas* incluirá también a las personas menores de edad que forman parte del núcleo familiar sin estar unidas por filiación, como los niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar.

primeras experiencias con sus propios cuidadores. Es crucial, por tanto, que tomen conciencia de cuáles son sus recursos y cuáles son sus limitaciones, para poder adquirir nuevos recursos en las áreas que hayan sido descuidadas y mejorar su sensibilidad hacia las necesidades de sus hijos e hijas.

Continuando con los supuestos de la teoría del apego, una persona cuidadora sensible es aquella que es previsible para el niño o la niña, le permite adquirir unas habilidades adecuadas de **autorregulación** (Feldman, 2007; Gunnar & Cheatham, 2003) y, de esta forma, le facilita apegarse de forma segura (Beebe et al., 2016). En la intervención Attachment and Bio-behavioral Catch-up (ABC), basada en el apego, los expertos señalan algunas conductas claves que abordar en las familias vulnerables: la capacidad de **cuidar**, mediante el ofrecimiento de **cariño y atención**, lo que facilita un apego seguro, la habilidad para **interesarse y seguir la iniciativa** de los niños y niñas, sintonizando con ellos, lo que favorece la autorregulación emocional y conductual de estos últimos, la capacidad de **disfrutar** con el niño o la niña, fundamental para fomentar su autoestima, y la **evitación de comportamientos amenazantes o atemorizantes** para el niño o la niña (Dozier & Bernard, 2019). Sobre estos últimos, como indican Benito-Gómez et al. (2022), las personas cuidadoras que presenten un historial de trauma o altos niveles de estrés parental tienen una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas atemorizantes, como gritar, golpear o amenazar a sus hijos e hijas.

Por otra parte, el apego seguro está estrechamente relacionado con los supuestos de la parentalidad positiva y las cualidades resilientes en las familias. La **crianza positiva,** que incluye la **psicoeducación en funciones parentales** en las diferentes etapas del desarrollo (ver Palacios et al., 2014), tiene un carácter de promoción o prevención y se enfoca en incrementar la **capacidad parental** partiendo de las habilidades existentes y a través de la potenciación de sus recursos y fuentes de apoyo. Desde la comprensión de que el desarrollo psicológico infantil necesita vínculos afectivos **estables y cálidos** en un entorno **estructurado** (Rodrigo, 2010), pretende que los padres y madres estén en sintonía con las necesidades sus hijos e hijas y las atiendan, garantizando sus derechos y optimizando su desarrollo y bienestar. De esta manera, esta perspectiva fomenta el bienestar infantil, la salud familiar y el **buen trato**, entendido de una forma mucho más completa y compleja que la mera ausencia de maltrato (Barudy & Dantagnan, 2009; Rodrigo, 2010, 2015).

Por lo tanto, la crianza positiva se basa en prácticas parentales relacionadas con el desarrollo de la autonomía, la autoestima y la **resiliencia familiar y parental** para poder enfrentar las dificultades y retos (Rodrigo et al., 2010). A nivel familiar, la resiliencia se define como un conjunto de procesos de reorganización de significados y comportamientos que activa una familia sometida a estrés para recuperar y mantener niveles óptimos de funcionamiento y bienestar, equilibrando sus recursos y necesidades familiares (Cyrulnik et al., 2003; Gómez & Kotliarenco, 2010). Así pues, entre otros elementos, la parentalidad positiva apuesta por el fomento **de vínculos de apego seguro** entre padres, madres, hijos e hijas, con una adecuada gestión de la expresividad y la regulación emocional, que permitan garantizar el bienestar de la familia y de cada uno de sus miembros y sobrellevar adecuadamente los momentos estresantes o de crisis. Además, como modelo ecológico, la perspectiva de la parentalidad positiva prevé que **la crianza no es una tarea que pueda llevarse a cabo en solitario**. Cada madre y padre debe disponer de una red de recursos formales e informales que fomenten sus sentimientos de competencia e incrementen sus habilidades y recursos personales (Jiménez, 2009). La familia extensa, la red de amigos y la red semiinformal de la comunidad funcionan como un marco natural de contención y soporte; así como cuentan con recursos institucionales, cuya efectividad depende en gran medida de su planteamiento y de su gestión.

Dicho lo anterior, en el marco de la teoría del apego, uno de los elementos fundamentales del Modelo Hedera es dotar a las familias de herramientas para entender y poder transformar algunas de las dificultades de sus hijos e hijas en oportunidades para vincularse con ellos. Con este propósito, este modelo también toma la influencia de una intervención basada en los principios de la teoría del apego, que supone una oportunidad única de evaluar e intervenir en el contexto de la relación natural entre los padres, madres y sus hijos e hijas: la terapia basada en el juego, **Theraplay©**, desarrollada por primera vez en 1967 por Ann Jernberg, en el Institute Theraplay en Chicago.

Theraplay© se trata de un método de trabajo de juego estructurado, para el fortalecimiento y desarrollo de los vínculos de apego entre los niños y niñas y sus figuras de apego, a través de las cuatro dimensiones generadoras de un apego seguro: Estructura, Cuidado/Mimo, Conexión/Sintonía y Desafío/Reto. El trabajo de estas dimensiones ayuda a generar una relación más segura y de confianza con los demás y con uno mismo. Las sesiones

de terapia de juego crean un espacio de conexión emocional entre el niño o la niña y su madre o padre (o persona cuidadora), que transforman la interacción entre ellos en más positiva, gratificante y reparadora. Más adelante, en el apartado donde se recogen las técnicas de intervención, pueden obtenerse más detalles sobre este método de trabajo.

Para poder llevar a cabo una intervención familiar basada en esta herramienta, será necesario inicialmente realizar una evaluación práctica del apego de los niños y niñas, llamada Método de Interacción de Marschack (MIM; Marschack, 1960). Es una técnica estructurada para observar y evaluar la calidad y naturaleza de las interacciones y relación entre las personas cuidadoras y el niño o la niña. Consiste en una serie de tareas sencillas diseñadas para generar comportamientos en todas las dimensiones del apego, mencionadas anteriormente (Fraser, 2014). La finalidad de esta sesión es que las personas cuidadoras puedan visualizar algunas de las escenas de sus interacciones en el MIM de una forma acompañada, a través de preguntas reflexivas del terapeuta que les ayude a tomar conciencia y entender de forma más integrada sus competencias más fortalecidas y las que requieren de un mayor fortalecimiento. El impacto de la visualización tiene una función terapéutica en sí misma, donde la integración de las imágenes permite una recreación de las secuencias en su vida cotidiana más consciente.

Neurociencia y psicología del desarrollo

La **neurociencia** y la **psicología del desarrollo** conciben al ser humano como competente, lleno de potencial, capaz de dar forma a su experiencia de aprendizaje y construir conocimiento a través de su propia experiencia y de la observación de las otras personas.

Las **teorías socioconstructivistas** del aprendizaje entienden este último como un proceso constructivo original, que acontece de adentro hacia fuera cuando el ser humano interactúa con otros y con su entorno. Se trata de un proceso bidireccional, dinámico: **cada familia aprende gracias a su entorno,** así como es capaz de influir en él y modificarlo. En la medida en que ese entorno cambia, a su vez la influencia que ejerce sobre la familia también cambia. Desde esta perspectiva, la familia es un **sistema fluido y activo**, responsable de su bienestar emocional y relacional mediante la construcción de competencias transversales y el descubrimiento de estrategias originales y creativas para resolver sus problemas. Estas competencias y estrategias pueden aprenderse mediante el **modelado** que ejercen otras

familias y profesionales. Esto hace referencia al **aprendizaje vicario**, formulado por primera vez por el psicólogo Albert Bandura en su Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1984), el cual señala que el aprendizaje se lleva a cabo por observación y por imitación de otras personas y situaciones.

Desde el punto de vista neurocientífico, la **neurobiología interpersonal** (Siegel, 2001, 2012) plantea que no existen cerebros aislados y que el cerebro es un órgano de adaptación que desarrolla sus estructuras mediante la interacción con otros cerebros. La mente se desarrolla en la interfaz entre los procesos neurofisiológicos y las relaciones interpersonales. **El aprendizaje por experiencia modifica directamente los circuitos responsables de procesos como la memoria, la emoción y la autoconciencia.** Así pues, la maduración del sistema nervioso, genéticamente programada, es moldeada por la experiencia, especialmente por la experiencia interpersonal.

El cerebro social

- Áreas más primitivas del córtex: la corteza orbitomedial prefrontal, la ínsula y el cíngulo. Implicadas en la experiencia emocional y la experiencia interna.
- Estructuras subcorticales, como la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo. La amígdala está asociada al procesamiento de la experiencia del miedo, el apego, la memoria temprana, las emociones y el reconocimiento facial. El hipocampo organiza la memoria explícita y el aprendizaje consciente. El hipotálamo traduce muchas de nuestras interacciones sociales en procesos corporales con la activación del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal.
- El sistema de neuronas espejo, que proporciona un marco de comprensión de la cognición social y del cerebro social en el ámbito celular.

En particular, las relaciones tempranas tienen un papel principal en el desarrollo cerebral. Una crianza adecuada facilitará al bebé un ambiente metabólico óptimo para el crecimiento neuronal, a través de la estimulación bioquímica y de la plasticidad neuronal. En los primeros años de vida, el bebé aprende a gatear, a caminar, adquiere habilidades lingüísticas y aumenta la capacidad locomotora. Todo esto le impulsa a explorar el mundo físico y social. El cerebro del bebé se va formando dentro de un sistema de interconexiones que incluye al niño o la niña, a las personas cuidadoras y a la comunidad social más amplia. Así pues, las personas cuidadoras activan el crecimiento del cerebro a través de la disponibilidad emocional y las

interacciones recíprocas. Los cambios que esto provoca en el niño o la niña generan, a su vez, cambios en el padre o la madre, por ejemplo, cuando juega con él o ella y recibe su sonrisa. De esta forma, los juegos, las caricias, las respuestas adecuadas a las demandas del niño o la niña, entre otras interacciones, desencadenan una auténtica cascada de procesos biológicos, y el desarrollo del cerebro se convierte en un proceso dinámico en constante reorganización a través de todo su ciclo vital.

Una cuestión a destacar sobre estos intercambios tempranos es que el desarrollo primario, el del bebé preverbal, se produce fundamentalmente en el campo del saber implícito, un saber no simbólico, no verbal, procedimental y no consciente. La comunicación no verbal, los movimientos del cuerpo, las sensaciones y las emociones almacenadas que forman parte de la memoria implícita van conviviendo a lo largo de la vida con el conocimiento explícito, responsable de la recolección consciente de la experiencia. Relacionado con la comprensión del trauma, en el que nos detendremos a continuación, podemos decir que la memoria explícita y la memoria implícita son dos sistemas que están interrelacionados y que actúan en conexión estrecha, aunque pueden estar desconectados el uno del otro, como ocurre a menudo con las memorias traumáticas. De esta manera, las somatizaciones que a menudo siguen la experiencia traumática pueden considerarse como marcadores somáticos generados durante esta experiencia.

Por otra parte, debemos mencionar la neuroplasticidad cerebral. Las condiciones del entorno y la crianza en los primeros años de vida ofrecen oportunidades privilegiadas para estimular y moldear las capacidades cerebrales. Aprender, recordar, olvidar y recuperarse de situaciones de sufrimiento son algunas de las acciones que se realizan gracias a esta plasticidad. A pesar de que el cerebro es más plástico en los primeros años de vida, en etapas posteriores, el cerebro sigue teniendo la capacidad de moldearse de acuerdo con la experiencia, si bien no todas las áreas de funcionamiento son maleables al mismo ritmo ni en la misma medida, y algunas requieren de experiencias más profundas para ser modificadas (Brodzinsky et al., 2022).

Así pues, si resumimos lo comentado hasta ahora, podemos decir que, cuando nacemos, nuestro cerebro está tremendamente inacabado e irá madurando y desarrollando las funciones asociadas a esta maduración conforme entre en contacto y relación con el mundo que le rodea. Situándonos en la perspectiva evolutiva, desde la vida intrauterina, existen

periodos sensibles o críticos para que se den ciertos tipos de desarrollo. Es decir, si un aspecto característico no se desarrolla en un periodo sensible, es muy probable que tenga un efecto sobre el desarrollo de la siguiente fase, resultando de gran valor la intervención temprana en el contexto más próximo. En este sentido, la maduración cerebral se da por etapas o estadios y, para poder ser explicada, diferentes autores han recurrido a diferentes perspectivas como del aprendizaje, psicosexuales, socioculturales, morales y psicosociales. En las próximas líneas, pueden leerse algunas de las teorías más significativas hasta el momento, también descritas como grandes teorías. Poseer las nociones principales de estas teorías del desarrollo es fundamental para conocer las necesidades del niño o la niña en cada etapa y saber establecer si su desarrollo parece estar ajustándose a lo esperado para su edad.

Según la Teoría del Aprendizaje de Piaget (véase Piaget, 2000), el progreso o desarrollo intelectual tiene lugar cuando las personas buscan el equilibrio cognitivo, esto es, un equilibrio mental, que nace al interpretar experiencias nuevas a través de ideas preexistentes. Sin embargo, cuando este no se consigue y aparece el desequilibrio, se genera confusión. Esto es una oportunidad de crecimiento cognitivo si se modifica y adapta el modo de pensar (adaptación). Este autor postuló que el desarrollo cognitivo ocurre en una serie de períodos secuenciales, cada uno con características únicas de pensamiento y razonamiento (Berger, 2007). Es decir, la manera de pensar de los niños y niñas cambia con el tiempo y experiencia, y sus procesos de pensamiento afectan a sus conclusiones y acciones:

1. Período Sensoriomotor (*del nacimiento a los 2 años*): Los niños y niñas utilizan los sentidos y las habilidades motoras para entender el mundo, no hay pensamiento conceptual o reflexivo.
2. Período Preoperacional (*2-6 años*): Los niños y niñas utilizan el pensamiento "mágico" y simbólico, entendiendo el mundo a través del lenguaje. Es un pensamiento egocéntrico, percibiendo el mundo desde su perspectiva.
3. Período Operaciones Concretas (*6-11 años*): Los niños y niñas entienden las operaciones lógicas sin una interpretación reflexiva y racional, de modo que su pensamiento se limita en lo que ven, oyen, tocan y experimentan.
4. Período Operaciones Formales (*A partir de los 12 años*): Las personas adolescentes y adultas tienen un pensamiento abstracto e hipotético, razonando de una forma

analítica (no solo emocional) y comprendiendo la lógica de cosas que nunca han experimentado.

Estas fases van sucediendo unas a otras, pero no se trata de un proceso puramente lineal, ya que la información aprendida se va reconfigurando a partir de los desarrollos cognitivos posteriores.

Por su parte, según la **Teoría Sociocultural,** se aprende socialmente a través de la interacción social cuando las personas mentoras, como los padres y madres o los maestros y maestras, guían a sus aprendices para que puedan cruzar la zona de desarrollo próximo, que se encuentra entre lo que ya son capaces de hacer y lo que todavía no consiguen por sí solos. Para describir este proceso, Vygotsky (1979, 1981) desarrolló el concepto de participación guiada, a través del cual esas personas mentoras enseñan habilidades y costumbres que se esperan dentro de cada cultura, involucrando para ello a los aprendices en actividades conjuntas.

Luego, en la **Teoría del Desarrollo Moral,** que une las teorías de Piaget y Dewey (véase Kohlberg, 1984), el juicio moral se define como un proceso que permite reflexionar acerca de los valores de uno mismo y ordenarlos en una jerarquía lógica. Esta teoría postula que el desarrollo de juicio y del razonamiento moral de las personas no es parte integral del desarrollo cognitivo, sino que tiene un proceso diferente y paralelo. Así, este se realiza a través de tres niveles, que representan el modo en que cada persona adopta una perspectiva diferente en relación a las normas morales de una sociedad:

- **Nivel Preconvencional**: se alarga hasta aproximadamente los 11 años. En este nivel, el niño o la niña se acerca a la moralidad con el objetivo de evitar el castigo impuesto por la autoridad y que conllevaría ignorar las normas. De esta forma, es un nivel orientado hacia lo material y caracterizado por la conformidad y el mantenimiento de las normas de la sociedad, que preserva el buen funcionamiento de la misma.
- **Nivel Convencional**: surge a partir de la adolescencia. En él, el chico o la chica se somete a reglas, expectativas y convenciones de la sociedad y de la autoridad, ya que asume que comportarse en base a las expectativas y las normas es beneficioso, y no hacerlo supone unas consecuencias. De esta forma, se empieza a tener en cuenta la intención de quien realiza la acción.
- **Nivel Postconvencional**: se da en las personas adultas. En este nivel, la persona ya piensa y se basa en principios morales generales, como el espeto o la dignidad, dejando

de lado el foco en uno mismo. Esta fase lleva a la reflexión de los valores universales por los que una sociedad debería guiarse. De esta forma, si los principios morales de uno mismo entran en conflicto con las normas de la sociedad, la persona juzgará esto y actuará por sus propios principios más que por convenciones sociales.

Por último, según la **Teoría Psicosocial** de Erikson, el desarrollo se da a lo largo de 8 etapas diferenciadas, en cada una de las cuales hay un conflicto psicosocial que debe ser resuelto de forma satisfactoria para que el desarrollo se produzca adecuadamente:

1. **Confianza vs. Desconfianza (0-1 año):** aprender a confiar en los cuidadores y en el entorno o desarrollar desconfianza hacia ellos.
2. **Autonomía vs. Vergüenza y Duda (1-3 años):** ser autónomos o desarrollar sentimientos de vergüenza y duda sobre sus capacidades.
3. **Iniciativa vs. Culpa (3-6 años):** tomar la iniciativa y actuar con propósito o, ante represión o castigo excesivos, desarrollar un sentimiento de culpa.
4. **Laboriosidad vs. Inferioridad (6-12 años):** desarrollar habilidades y la sensación de logro o desarrollar un sentimiento de inferioridad.
5. **Identidad vs. Confusión de Roles (12-18 años):** explorar diferentes roles e ideas para formar identidad propia o tener una confusión de roles derivada de la ausencia de exploración.
6. **Intimidad vs. Aislamiento (jóvenes adultos):** formar relaciones íntimas o experimentar sentimientos de aislamiento y soledad.
7. **Generatividad vs. Estancamiento (edad adulta media):** crear o nutrir cosas que durarán más allá de la vida propia (ej. hijos, logros profesionales o contribuciones a la sociedad) o experimentar sentimientos de estancamiento.
8. **Integridad vs. Desesperación (edad adulta tardía):** experimentar sentimientos de integridad o sentir desesperación.

Otras bases teóricas

El **modelo integrativo y de reprocesamiento del trauma** se enfoca en el abordaje de los traumas sufridos, independientemente de cuál sea su origen. El trauma es concebido como el resultado de la exposición de una persona a un evento estresante que sobrepasa sus

mecanismos de afrontamiento, produciéndose una desregulación de su sistema nervioso. Cuando esto ocurre, la persona no puede procesar e integrar este evento y queda impactada a nivel emocional, cognitivo, relacional y fisiológico, lo que afecta a su desarrollo. Como afirma Midori (2022, p. 209), «cuando el cuerpo está en modo defensivo o protector, no hay lugar para la relajación». Este modelo está basado en los recientes descubrimientos de la neurociencia y está muy centrado en los ámbitos fisiológico y emocional, dentro de un marco en el que la sintonía con la persona y la creación de una alianza con el profesional son una parte esencial de la intervención terapéutica. El objetivo es ayudar a la persona a **incorporar el trauma en su conciencia para afrontarlo con sus recursos actuales** para curar las heridas emocionales que le haya generado y **evitar que se perpetúen dificultades familiares** relacionadas con la atención de los hijos e hijas, la relación de pareja, la relación con el entorno y la relación con uno mismo.

Los hallazgos derivados de investigaciones en el campo de las neurociencias, focalizadas en la compresión de la experiencia traumática y de su aplicación en los procesos educativos y terapéuticos de familias y personas que viven situaciones de vulnerabilidad, se han ido incorporando al modelo sistémico socioeducativo. De esta manera, autores como Peter Levine, Bessel van der Kolk, Stephen Porges, Suzanne Midori, Janina Fisher y Deb Dana han servido como marco de referencia para la integración de técnicas y principios de la teoría del trauma. Algunos de los principios fundamentales de la psicoterapia integrativa y del reprocesamiento del trauma son los siguientes:

- Todas las personas nacen con la misma valía innata.
- La apertura a la comprensión de los procesos vitales y el respeto por la naturaleza son únicos de la experiencia de cada ser humano.
- La experiencia se organiza en redes neurales que conllevan la experiencia fisiológica, afectiva, cognitiva y comportamental. Se confía en la sabiduría profunda del cerebro subcortical y del cuerpo para curarse a sí mismos.
- A lo largo de la vida, las personas buscamos relaciones y somos interdependientes. El contacto externo por medio de la socialización es la base para el contacto con el mundo interno (emocional), siendo ambos esenciales e interdependientes para la salud emocional y relacional.

- Los seres humanos sufrimos por las perturbaciones emocionales que hemos sufrido. En momentos de adversidad, buscamos fuentes de conexión y apoyo social.
- El ser humano tiene un impulso natural hacia el crecimiento y el acto de curación si se dan las circunstancias favorables.
- Todas las conductas tienen un significado/sentido en el contexto en el que se formaron. Todo lo que hemos organizado en nuestra forma de funcionar obedece a nuestra inteligencia de supervivencia.
- La presencia de la persona terapeuta, así como otros y otras profesionales referentes y significativos, es un recurso fundamental para la construcción de la seguridad y del espacio curativo. Las intervenciones del terapeuta deben estar basadas en el principio de incertidumbre y en la no-violencia.

Por su parte, la **teoría de la mentalización** también inspira nuestro modelo marco, en lo que respecta a la recuperación y/o desarrollo de la capacidad de mentalización. Un buen funcionamiento reflexivo permite gestionar y regular las emociones y facilita la creación de narraciones sobre la vida y/o eventos-experiencias traumáticas (por ejemplo, carencias afectivas, problemas de inclusión social, fracasos personales o rupturas). La mentalización se refiere a la capacidad que tienen las personas de realizar una interpretación acerca de las propias acciones, así como también de otras personas, con base a una serie de estados psicológicos o mentales subjetivos (necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos, propósitos y razones) (Fonagy y Bateman 2016). Dentro del concepto de mentalización, que incluye diferentes constructos, la función reflexiva parental (Fonagy et al., 1991) se ha conceptualizado como una competencia amplia y generalizada de mentalización, que nos habla, por un lado, de la capacidad de un cuidador para entender las conductas del niño o la niña en términos mentales, pero también de la coherencia a la hora de asociar las conductas a los estados mentales.

La evidencia apoya que la mentalización no se hereda biológicamente, sino que se desarrolla en el contexto de relaciones de apego, en el intercambio con las principales figuras de referencia (Fonagy et al., 2002). La capacidad de mentalización se desarrolla de manera óptima en el contexto de un vínculo seguro (Allen & Fonagy, 2014; Bleiberg et al., 2012). Por lo tanto, resulta imprescindible tener en cuenta el conocimiento empírico del fenómeno del trauma relacional, asociándolo al devenir de las situaciones de desprotección, exclusión y/o

dependencia que sufren las personas como consecuencia de las interacciones no adecuadas por parte de sus figuras cuidadoras y otras figuras de referencia a lo largo del ciclo vital. Esto configura con el tiempo sujetos sociales con una extrema sensibilidad hacia las interacciones con las personas, que afectan a las vías de desarrollo individual y relacional en el campo intersubjetivo.

2.2. Bases metodológicas

2.2.1. La intervención en el domicilio

El hecho de trabajar dentro del domicilio familiar, desde una posición flexible y respetuosa, tiene la ventaja de facilitar el establecimiento de una relación más **cálida**, **cercana** y **personalizada**, así como la posibilidad de proponer y activar in situ nuevas dinámicas relacionales, haciendo intervenciones dentro del ***mismo* contexto cotidiano**, cuestión que favorece una atención holística y ecológica de la familia. Además, algunos autores señalan que facilita la involucración de la familia y ofrece una mayor probabilidad de que se complete la intervención (Fowles et al., 2018).

Asimismo, puede presentar una serie de dificultades o desventajas, principalmente relacionadas con la entrada del profesional en el medio privado familiar, el trabajo con escasos recursos o en un espacio limitado y la ausencia de sistematicidad en el desarrollo de las sesiones. Por las propias particularidades que presenta la intervención en el domicilio, se deben tener en cuenta consideraciones éticas y guías de actuación específicas de este tipo de intervención (Boland, 2019; Fierro & Salcedo, 2003).

Por un lado, la evaluación e intervención en el domicilio poseen una mayor **validez ecológica**, entendida esta como la capacidad de predecir aquello que realmente ocurre en escenarios naturales. Así pues, Gardner (2000) señala que la observación de la familia en su propio domicilio, como entorno no estructurado y cotidiano para sus miembros, tiene un mayor valor predictor de aquellos aspectos que queremos evaluar (por ejemplo, el nivel de afectividad, la gestión de conflictos, la estimulación ofrecida por los padres y madres a los hijos e hijas, etc.). Esto es especialmente importante cuando queremos conocer y examinar aquellas situaciones que generan un alto grado de conflicto, ya que las reacciones e interacciones entre

los miembros en entornos estructurados o artificiales se dan raramente tal y como ocurren en la realidad cotidiana de la familia.

A pesar de poder observar a la familia en su medio, esta posibilidad de que el profesional se adentre en el entorno familiar también toma otra perspectiva: en el domicilio familiar, la familia está en su medio natural y el terapeuta es el *intruso* (Woods, 1988). Esto significa que normalmente es más difícil seguir una sistematicidad y orden en las sesiones en el domicilio, donde el terapeuta puede verse arrastrado por la propia dinámica familiar. Ante ello, dos elementos son esenciales: la planificación y la flexibilidad.

Por una parte, es fundamental planear los objetivos y el desarrollo de las sesiones y *comunicar* a la familia este plan de desarrollo de la sesión, asegurando cuestiones como que se dispone del espacio que se necesita para llevarla a cabo, haciendo una previsión del material que se utilizará, si se utiliza alguno, y asegurando de que todos los miembros participantes puedan estar presentes cuando llegue el momento.

El elemento de flexibilidad responde al entorno no estructurado. Por ejemplo, a partir de los objetivos a trabajar en cada sesión, la figura terapéutica debe contar con un mayor margen temporal para iniciar y terminar la sesión, incluyendo potenciales elementos de distracción y pausas no previstas (especialmente cuando hay niños pequeños en el hogar). Igualmente, al acceder directamente a la dinámica habitual de la familia y al conocer en profundidad la estructura y características del entorno donde residen, es muy probable que haya objetivos no planificados inicialmente o condiciones no conocidas que requieran un reajuste del plan de intervención terapéutica. Con respecto a esto, por ejemplo, LeCroy & Whitaker (2005) indican que algunas de las situaciones más difíciles a las que se enfrentan los y las profesionales que acuden al domicilio es encontrar la presencia de consumo de sustancias en el hogar o presenciar situaciones de violencia de género.

Tal y como recoge González-Calvo (2003), la intervención en el domicilio puede ser altamente recomendable cuando estamos ante familias que se muestran resistentes o desconfiadas a iniciar un tratamiento, así como en aquellos casos donde el servicio donde trabaja el profesional resulta estigmatizante. Además, Rodrigo et al. (2010) comentan, sobre la intervención familiar mediante visita domiciliaria, que esta está especialmente indicada, aunque no exclusivamente, a familias que se encuentren en una crisis temporal o crónica,

tengan un déficit extremo de recursos o conocimientos, así como aquellas que tengan hijos e hijas muy pequeños.

Estos autores también señalan algunas de las principales ventajas versus inconvenientes que tradicionalmente surgen a la hora de intervenir en el domicilio:

Ventajas:

- Apoyo psicológico individualizado a través de la implicación de la familia desde el conocimiento de su hábitat y la observación de rutinas e interacciones sociales en su entorno natural
- Adecuación de la intervención, devolución y prescripción a las particularidades de la familia y a los recursos del hogar de los que disponga
- Entorno privado menos amenazante y más natural para la familia
- Promoción activa de las conductas relacionadas con la salud, el cuidado y educación de los hijos e hijas, a través del modelaje, el acompañamiento y el apoyo social
- Seguimiento estrecho de su progreso

Inconvenientes:

- Trabajo con recursos mínimos para ayudar a la familia
- Fomento de la dependencia del profesional
- Dificultad para contactar con las familias y concertar las citas
- Falta de plan de actuaciones sistemático, lo que repercute negativamente en la buena relación y cooperación con la familia
- Dificultad de evaluación, en parte derivado de la ausencia de sistematicidad en las intervenciones
- Intervención en condiciones climáticas y de habitabilidad desfavorables, áreas de residencia percibidas como peligrosas
- Respuesta a respuestas violentas o amenazantes dirigidas al terapeuta

Fuente: Adaptado de Glebova et al. (2012); LeCroy & Whitaker (2005); Rodrigo et al. (2010).

2.2.2. Principios metodológicos

- Se hará una **intervención complementaria** al trabajo que hacen los y las profesionales de los servicios locales con los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

- Se desarrollará desde un **trabajo en red** entre los y las profesionales que implementen el Modelo Hedera y los y las profesionales locales, procurando una intervención

coherente y coordinada de forma eficiente para dar respuesta a las necesidades de las familias.

- Se aportará una **comprensión sistémica** de los procesos familiares a los y las profesionales de los servicios locales derivantes.

- Se construirá una relación de ayuda desde la **proximidad relacional,** para crear un clima relacional que facilite los procesos de reflexión, comprensión y trabajo de las dificultades que tienen las familias y sus miembros.

- Se incorporará la **perspectiva de género** trabajando con las familias el respeto por las diferentes identidades de género de los diferentes miembros y las relaciones de poder que pueden estar instauradas por razones de género y su implicación en el funcionamiento familiar.

- Se garantizará la confidencialidad y **ética profesional** a lo largo de todo el proceso de intervención, manteniendo la privacidad de las familias atendidas y manejando con cuidado los dilemas éticos.

- Se realizará una **intervención tanto a nivel preventivo como de tratamiento,** para atender situaciones que afectan a la estabilidad relacional de los diferentes miembros de la familia.

- Se trabajará la **implicación y motivación de las familias** en los procesos.

- Se trabajará desde una **mirada empoderadora** que tiene en cuenta las capacidades, potencialidades y recursos de la familia.

- El **terapeuta es la herramienta más importante**. El proceso terapéutico no debe ser rígido y debe priorizar la empatía, el respeto y la relación terapéutica a cualquier técnica o modelo establecido.

- Se trabajará la **adaptación del servicio terapéutico a la realidad** de la necesidad de los territorios donde se desarrolle.

- Se gestionará el servicio desde los procesos de **calidad y la responsabilidad social** diseñados ad hoc para el proyecto.

2.2.3. Procedimiento de intervención

Proceso de trabajo terapéutico

El camino a la salud relacional parte de tomar conciencia de la salud de nuestras relaciones, conocer lo que nos ocurre (qué sentido tienen las dificultades que experimentamos) y poder sentir y responder a nuestras emociones de forma más consciente. Este modelo nos invita a reflexionar junto con la familia sobre sus formas de relacionarse habitualmente, identificando potencialidades y dificultades, para acompañarlos, desde dentro, y utilizando los elementos cotidianos, hacia una evolución más sana de estas relaciones dentro de la familia y con su círculo social habitual. El modelo, por lo tanto, tiene en cuenta los tres ejes del triángulo cuando se trata de comprender e intervenir terapéuticamente con las familias. Sin duda, acceder físicamente al hogar de la familia permite tener información directa de cómo se encuentran sus miembros en estos tres ejes. A continuación, se hace un repaso por los principales elementos a tener en cuenta con respecto a la selección de las familias y el acceso a la intervención terapéutica; el encuadre del modelo; la organización del proceso terapéutico; y la ruta de proceso terapéutico.

Selección de familias y acceso a la intervención terapéutica

En el contexto de la intervención terapéutica en el domicilio, resulta fundamental que las familias perciban el proceso terapéutico como seguro y acompañado. En este sentido, uno de los objetivos iniciales debe centrarse en la reducción de las resistencias o negativas a la intervención en el domicilio, así como en el establecimiento de una comunicación clara, transparente y ajustada a las necesidades de la familia respecto al procedimiento a seguir.

Para ello, se proponen diversas acciones estratégicas. En primer lugar, es clave realizar un trabajo previo de **coordinación con los profesionales de referencia**, quienes pueden facilitar la introducción del servicio y generar un clima de confianza inicial. Asimismo, especialmente para aquellas familias que requieran atención terapéutica por primera vez o que estén menos habituadas a este tipo de atención, ofrecer la **posibilidad de llevar a cabo algunas sesiones iniciales en un entorno de despacho** puede contribuir a una primera vinculación en un contexto percibido como más neutro o seguro por parte de la familia.

De igual modo, resulta imprescindible proporcionar una **explicación detallada de la metodología de intervención** en el domicilio, incluyendo aspectos como la planificación de las sesiones, los requisitos espaciales, los materiales necesarios y la estructura general de cada encuentro. Finalmente, se debe enfatizar que el enfoque de la intervención es de **carácter terapéutico y no evaluativo**, con el fin de disminuir posibles temores asociados al juicio o la supervisión externa, favoreciendo así una mayor apertura y colaboración por parte de la familia.

La intervención terapéutica se orienta prioritariamente a procesos en los que participan de manera activa los distintos miembros del sistema familiar, promoviendo un abordaje relacional e integrador. No obstante, dicha intervención debe contemplar la necesaria flexibilidad para adaptarse a contextos en los que no es posible la participación conjunta de todos los miembros, como ocurre en **intervenciones individuales** o en **situaciones de separación** parental en las que no es posible o no existe disposición para el trabajo conjunto.

En este sentido, se propone la adaptación de herramientas y técnicas propias del enfoque sistémico-relacional a formatos de intervención individual, manteniendo el análisis de los vínculos y dinámicas familiares como eje central del proceso terapéutico. Asimismo, resulta necesario diseñar estrategias específicas que permitan el trabajo con un único progenitor en aquellos casos en los que el otro no participa en la intervención.

De igual modo, se considera pertinente la incorporación simbólica de figuras relevantes que no están presentes en el proceso terapéutico, con el fin de integrar su influencia en la dinámica relacional del sistema. En contextos de custodia compartida o residencia alterna, es importante valorar intervenciones que contemplen la realidad distribuida del menor entre dos hogares, ajustando los objetivos y estrategias a dicha configuración.

Finalmente, siempre que las condiciones lo permitan, se recomienda la realización de sesiones conjuntas en un entorno de despacho, favoreciendo espacios de encuentro estructurados que posibiliten el trabajo directo entre los distintos miembros implicados.

La intervención terapéutica también resulta viable en familias con **hijos e hijas de diferentes edades**, siempre que se tengan en cuenta una serie de consideraciones previas que permitan ajustar el proceso a las particularidades evolutivas de cada miembro. En este sentido, se propone priorizar las herramientas de intervención habitualmente empleadas con población infantil y adolescente, de modo que puedan aplicarse de forma flexible en contextos familiares heterogéneos en cuanto a edad. Asimismo, se considera necesario estructurar el proceso terapéutico dedicando espacios diferenciados para cada grupo de edad, favoreciendo así una atención más ajustada a las necesidades específicas de cada etapa del desarrollo. Por último, se recomienda el uso de herramientas psicoeducativas adaptadas a las distintas fases evolutivas, con el objetivo de facilitar la comprensión, participación y aprovechamiento del proceso terapéutico por parte de todos los miembros de la familia.

Con respecto al terapeuta, generalmente, hablamos en línea singular (un solo terapeuta con la familia). No obstante, desde Hedera, la **coterapia** se propone como una modalidad de intervención especialmente pertinente en el contexto domiciliario, siempre que las condiciones organizativas lo permitan. Esta estrategia terapéutica, basada en la intervención conjunta de dos profesionales, aporta beneficios significativos tanto para las familias atendidas como para los propios terapeutas, contribuyendo a una mejora sustancial en la calidad del proceso.

En relación con las familias, la coterapia ofrece un espacio que favorece la co-construcción de nuevas formas de comprensión de la realidad familiar, reduciendo el riesgo de escalada conflictiva o de rupturas en el vínculo terapéutico. Asimismo, posibilita una atención más individualizada en momentos críticos, mediante la división funcional de los espacios de intervención, lo que garantiza la continuidad del proceso terapéutico sin interrupciones. Del mismo modo, la presencia de dos profesionales amplía la capacidad de observación, permitiendo una lectura más rica y compleja de las dinámicas relacionales, tanto en su dimensión verbal como no verbal.

Desde la perspectiva de los profesionales, la coterapia incrementa la percepción de seguridad en la intervención, al compartir la responsabilidad y facilitar la toma de decisiones

en contextos de alta complejidad. Igualmente, contribuye a asegurar una mayor coherencia ética y deontológica, al favorecer la reflexión conjunta sobre la práctica. Por último, promueve la configuración de un entorno de trabajo más estructurado, legible y protegido, lo que redunda en una mayor calidad y sostenibilidad de la intervención terapéutica.

Encuadre

El encuadre o *setting* se refiere a las indicaciones que realiza el o la terapeuta con respecto a los elementos del proceso terapéutico: la periodicidad y la duración de las sesiones; los horarios que se ofrecen a la familia para ser atendida; los miembros de la familia que han de asistir; las explicaciones de la utilidad del proceso para la familia; la posibilidad de un proceso en coterapia y/o supervisado por un equipo terapéutico o en espacios de supervisión; etc. En algunas ocasiones, es necesario recordar el encuadre a las familias, por ejemplo, los acuerdos de asistencia, la puntualidad y la participación que se pactaron. Con algunas familias hay que poder acordar estrategias que faciliten la vinculación de la familia al espacio terapéutico. Por ejemplo, acordar una llamada el día antes de la sesión para recordar la hora del encuentro. En definitiva, el encuadre lo conforman aquellas indicaciones que establece el o la terapeuta para preservar la relación terapéutica durante el proceso de terapia familiar.

Es fundamental una buena transmisión inicial a la familia de aquellas cuestiones en las que podemos ayudarles (encuadre del modelo), así como establecer de forma minuciosa el diagnóstico de la problemática familiar y los objetivos a perseguir, que podrán ser reajustados conforme avance el proceso terapéutico.

Se pone un especial acento en fomentar la **implicación activa** de la familia en la crianza de los hijos e hijas para favorecer el buen desarrollo de los niños y niñas y la consolidación de dinámicas familiares positivas y responsivas. Se trata de **apoyar a los padres y las madres** en el ejercicio de sus roles y funciones como corresponsables de la dinámica familiar y del bienestar relacional, emocional, cognitivo y fisiológicos de sus hijos e hijas. Para ello, es fundamental poner el **foco en la capacidad**. Cuando señalamos las capacidades de la familia, aquello que funciona, la familia se siente fuerte y confiada para poder superar sus dificultades. Conocer de primera mano los recursos de la familia y el ambiente en el que se mueven amplía nuestra posibilidad de catalizar estas fortalezas.

En cuanto a la figura del profesional terapeuta, el posicionamiento y rol terapéutico en el domicilio es el de ***invitado experto***. La implementación requiere de un marco organizativo claro y compartido que garantice la coherencia y la transparencia de la intervención. En este sentido, resulta fundamental que, desde el inicio, se explicite y consensue con la familia la planificación del proceso terapéutico, incluyendo tanto la ruta de intervención como la organización general de las sesiones. Este encuadre inicial favorece la construcción de expectativas realistas, promueve la implicación activa de los participantes y refuerza la alianza terapéutica. En la intervención terapéutica en el domicilio (versus en despacho), la organización con la familia debe ser aún mayor en cuanto a horarios y logística del espacio. La predicción aporta seguridad: planificar organiza no solo logísticamente, sino emocionalmente, a los terapeutas y las familias. Un punto importante es atender las preocupaciones y miedos que tenga la familia acerca de nuestra visita a su domicilio. Se insiste en la necesidad de que entiendan el contexto terapéutico y no evaluativo, es decir, la visita en el domicilio no pretende hacer un registro del ambiente y espacios observados de cara a determinar la adecuación o no del mismo. Para la primera sesión en el domicilio, lo recomendable es que estén todos los miembros de la familia y, si esto no es posible, al menos el máximo de ellos. En la primera visita, estos son algunos de los aspectos que podemos tener en cuenta:

- La observación desde la llegada (quién abre la puerta y cómo recibe) proporciona información relevante sobre la dinámica familiar.
- La posición de cada miembro en la casa al llegar (quién interactúa, quién se mantiene distante, con quién están los niños) ayuda a entender roles y relaciones.
- Los elementos visibles del hogar, como fotos o cuadros, revelan figuras significativas; preguntar por ellas y observar las reacciones emocionales aporta información valiosa.
- El estado del orden de la casa puede indicar si es algo habitual o una preparación puntual ante la visita.
- Analizar el uso de los espacios (zonas ocupadas, abandonadas o "propiedad" de alguien) permite comprender dinámicas y patrones familiares.
- La familia debe participar en la decisión sobre el lugar donde se realizan las sesiones.
- El comportamiento varía según el espacio, por lo que observar los roles en diferentes estancias y preguntar por su uso ayuda a orientar la intervención.

Por otra parte, en la intervención terapéutica en el domicilio, una parte importante del rol de *invitado experto* con las familias consiste en **apoyar y acompañar la construcción de vínculos de confianza con los servicios** del ámbito educativo, sanitario, social, deportivo, de ocio y otros servicios comunitarios que faciliten la comunicación y la implicación de la familia con los servicios. Se trata de generar una vinculación entre la familia y la comunidad, con una socialización en espacios normalizados y no segregados, hasta que la familia y sus miembros participen de forma **autónoma**. Estas actuaciones pueden comportar acompañar a realizar visitas a los servicios, facilitar información que permita comprender lo que los servicios pueden ofrecer y valorar los beneficios que puede brindar a la familia el uso adecuado de los servicios, especialmente para los niños y niñas, para potenciar una sociabilidad saludable.

En definitiva, teniendo en cuenta lo anterior, algunos factores de éxito terapéutico consisten en:

- Realizar un análisis inicial profundo de la dinámica familiar, con sus potencialidades y dificultades.
- Elaborar un programa coordinado de actuación.
- Realizar una sesión inicial de encuadre.
- Dedicar todo el tiempo necesario al establecimiento del vínculo terapéutico.
- Implicar a la familia y trabajar con ella desde la colaboración.
- Establecer planes de intervención adaptados que trabajen en una secuenciación ajustada a cada caso y, además, consideren la vinculación que la familia tiene con su entorno inmediato.

Organización del proceso terapéutico

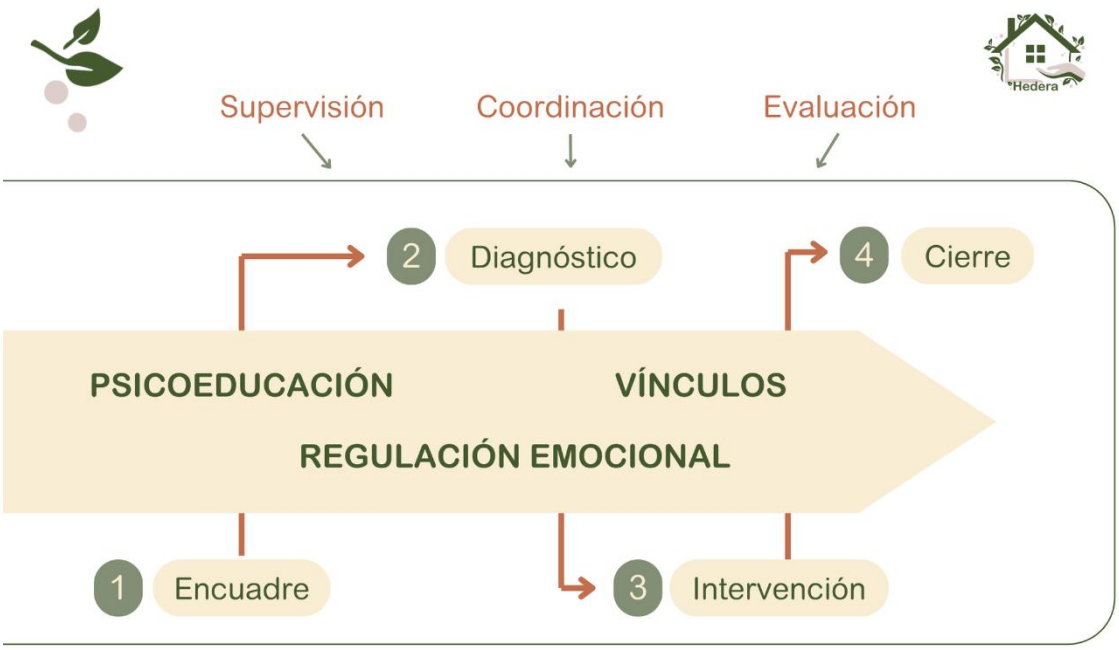
El proceso de intervención se fundamenta en el abordaje integrado de tres ejes constitutivos de la **salud relacional**, desarrollados a lo largo de un itinerario estructurado en fases secuenciales y progresivas. En primer lugar, la dimensión referente a la **salud de los vínculos** se centra en el análisis y la transformación de las **dinámicas relacionales** intrafamiliares, atendiendo a los patrones de interacción y las formas de comunicación que configuran el sistema familiar. Asimismo, esta dimensión contempla la relación de la familia con su entorno, entendida como un elemento clave en la construcción y mantenimiento de dichos patrones.

En este sentido, la relación familia-entorno adquiere relevancia como espacio de intervención comunitaria, donde los vínculos externos reflejan y, a su vez, modulan la calidad de las relaciones internas. Así, la naturaleza de los vínculos, tanto a nivel intrafamiliar como extrafamiliar, constituye un indicador clave de salud relacional o, en su defecto, de disfunción relacional.

En segundo lugar, la **salud cognitiva** se vincula con los procesos mediante los cuales los individuos construyen creencias, esquemas de pensamiento y marcos interpretativos de la realidad. Alcanzar la salud cognitiva implica un trabajo de carácter **psicoeducativo** orientado a la generación de nuevas comprensiones y significados. Este proceso facilita la reconfiguración de los esquemas de pensamiento, promoviendo formas de interpretación más funcionales que favorezcan interacciones relacionales más adaptativas. La psicoeducación incorpora los aprendizajes de aportaciones teóricas relevantes, tales como el enfoque sistémico, la teoría del apego o los avances relacionados con la neurociencia y el trauma, permitiendo una comprensión más profunda de fenómenos como el trauma y sus efectos en la organización psíquica y relacional.

Por último, la **salud emocional** se articula en torno al desarrollo de la capacidad de **regulación** interna de cada miembro de la familia, así como de la regulación emocional a nivel sistémico. Este eje enfatiza tanto los procesos individuales de autorregulación como las dinámicas de co-regulación que emergen en el contexto familiar, ambas entendidas como competencias esenciales para la gestión adaptativa de las emociones en contextos relacionales.

La intervención, llevada a cabo tanto en el espacio terapéutico como en el entorno domiciliario, integra de manera transversal estos tres ejes —dinámicas relacionales intra y extrafamiliares, psicoeducación y regulación emocional— con el objetivo de promover la salud relacional, concebida como un factor protector fundamental de la salud mental. **La interacción entre dichos ejes se activa de forma continua a lo largo de todo el proceso de intervención** (encuadre, diagnóstico relacional, intervención y cierre), adaptándose a las necesidades específicas de cada momento.



Por lo tanto, el trabajo con cada uno de los ejes de la salud relacional se concreta en un conjunto de prácticas específicas que deben organizarse en una ruta de intervención. Dicha ruta define el recorrido terapéutico desde el inicio del contacto con la familia hasta la finalización del proceso. En este sentido, desde el Modelo Hedera, se proponen las siguientes fases:

- **Fase inicial o de encuadre:** se establecen las normas del servicio, se explicita el marco de trabajo, se formalizan los acuerdos terapéuticos, se recogen las demandas.
- **Fase de diagnóstico**: se realiza una observación directa de la familia en su entorno cotidiano, con el objetivo de elaborar un diagnóstico integral que contemple las dimensiones relacional, cognitiva y emocional. A partir de este análisis, se definen los objetivos de intervención y se establecen las líneas de intervención.
- **Fase de intervención**: se implementan las estrategias y prácticas orientadas a la transformación de las dinámicas identificadas, integrando los tres ejes de la salud relacional.
- **Fase de cierre**: se orienta a la preparación de la finalización de la intervención, la consolidación de los logros alcanzados y la evaluación final del proceso, con el foco en el empoderamiento familiar.

De manera transversal a todas las fases, se incorporan tres procesos fundamentales: la **evaluación continua** del proceso terapéutico, la **coordinación entre profesionales** y la **supervisión** de la intervención. Estos elementos garantizan la coherencia, la calidad operativa y ética, y la eficacia del proceso de intervención, permitiendo ajustes dinámicos en función de la evolución de la familia.

Duración y sesiones

Partiendo de un esquema procedimental básico estructurado en fases, tal y como se ha descrito anteriormente, el proceso terapéutico en el Modelo Hedera se concibe necesariamente flexible, en el que se integran tanto los principios estructurales de la intervención como la singularidad de cada sistema familiar. En este sentido, resulta fundamental atender a los valores, significados y prioridades que las propias familias atribuyen a su proceso, situando la relación terapéutica como elemento central que articula y da sentido a la intervención. Este enfoque implica una adaptación continua de las estrategias y ritmos de trabajo, favoreciendo una intervención contextualizada y ajustada a la realidad de los participantes.

Inicialmente, para la implementación del Modelo Hedera, se diseñó una **ruta de proceso** con una temporalidad orientativa de diez sesiones, concebida como marco de referencia para la estructuración del proceso terapéutico. Sin embargo, los datos obtenidos durante la fase de investigación empírica evidencian la conveniencia de flexibilizar este parámetro, siempre que se mantenga la **coherencia metodológica** y la **centralidad y evaluación continua de los objetivos terapéuticos**. De este modo, la flexibilidad en la duración del proceso no solo resulta compatible con la consecución de mejoras significativas en la salud relacional de las familias, sino que también se asocia a niveles adecuados de satisfacción tanto por parte de las familias como de los profesionales implicados.

Así pues, si bien la flexibilidad constituye un principio orientador del proceso terapéutico, su aplicación debe enmarcarse dentro de una estructura mínima que garantice la coherencia, la sistematicidad y la calidad de la intervención. En este sentido, resulta imprescindible el cumplimiento de una serie de **condiciones básicas**:

A) En primer lugar, deben **respetarse y pautarse los cuatro momentos fundamentales del proceso de intervención**: el encuadre, el diagnóstico, la intervención propiamente dicha y el cierre. Estas fases configuran la secuencia estructural del proceso terapéutico y aseguran una progresión ordenada desde la definición inicial del marco de trabajo hasta la finalización del acompañamiento.

B) En segundo lugar, es **necesario que, a lo largo de todo el proceso, se aborden de manera integrada los tres ejes constitutivos de la salud relacional**: la vincular, la cognitiva y la emocional. La intervención debe garantizar la presencia transversal de estos tres ejes, evitando abordajes parciales que limiten la comprensión y transformación de las dinámicas familiares.

C) En tercer lugar, **el proceso diagnóstico debe desarrollarse de forma pautada y estructurada en el contexto domiciliario**, lo que permite una observación ecológicamente válida de las dinámicas familiares en su entorno natural. Asimismo, la intervención derivada de dicho diagnóstico, sustentada en el uso de herramientas e instrumentos específicos, debe situar como **foco prioritario las sesiones en el domicilio**. Este énfasis favorece una mayor adecuación de las estrategias terapéuticas a la realidad cotidiana de la familia y potencia la transferencia de los aprendizajes al contexto en el que se producen las interacciones.

- ✓ En el marco de la intervención terapéutica, se propone la alternancia entre sesiones desarrolladas en el domicilio familiar y en el espacio de consulta, si bien se otorga al contexto domiciliario un carácter central tanto para el proceso diagnóstico como para la implementación de la intervención. Esta combinación de escenarios permite articular un abordaje más completo, integrando la observación directa de las dinámicas familiares en su entorno natural con espacios de reflexión más estructurados.

- ✓ El hogar facilita la obtención de un diagnóstico más profundo e integral del sistema familiar, al posibilitar el acceso a patrones de interacción, usos del

espacio y dinámicas cotidianas que difícilmente emergen en contextos clínicos tradicionales. Asimismo, la intervención en el domicilio favorece el fortalecimiento de la alianza terapéutica, al situar al profesional en una posición de mayor proximidad y accesibilidad, y permite diseñar estrategias de intervención más ajustadas a la realidad concreta de la familia. En este sentido, la intervención en el hogar se configura como la expresión por excelencia de la perspectiva ecológica aplicada a la terapia familiar.

- ✓ De manera específica, el trabajo en el contexto domiciliario promueve una orientación basada en el aprovechamiento de los recursos ya disponibles en el entorno familiar, en línea con una lógica de intervención de *bajo coste*. Se trata de aprovechar los objetos, rutinas y dinámicas propias del entorno doméstico como elementos activos de la intervención, integrándolos como recursos terapéuticos que potencian la eficacia y pertinencia del trabajo realizado. Este enfoque no solo optimiza los recursos existentes, sino que facilita la transferencia y generalización de los aprendizajes terapéuticos a la vida cotidiana de la familia, incrementando la sostenibilidad de los cambios logrados.

- ✓ Asimismo, resulta fundamental integrar de manera sistemática los aprendizajes generados en el contexto domiciliario en las sesiones desarrolladas en consulta, con el fin de enriquecer el proceso terapéutico y favorecer una retroalimentación continua entre ambos espacios de intervención.

- ✓ En cuanto a las características específicas de la intervención en el domicilio, esta debe orientarse por una serie de principios que la diferencian de la atención en despacho o consulta. En primer lugar, se promueve una mayor intensidad, flexibilidad y creatividad en el diseño e implementación de las estrategias terapéuticas, en respuesta a la complejidad y riqueza del contexto natural. En segundo lugar, el terapeuta, desde una posición respetuosa, tiene

la posibilidad de resignificar de manera positiva tanto el espacio del hogar como las relaciones que en él se desarrollan, a partir de un acompañamiento y modelaje *in situ*. Tercero, la intervención domiciliaria requiere un especial cuidado y comunicación fluida y transparente con la familia respecto a los aspectos logísticos del proceso -en términos de espacios, horarios, instrumentos y materiales-. Se hace necesario el establecimiento de protocolos claros para la preparación del espacio terapéutico en el contexto domiciliario. Estos protocolos deben incluir la consideración de las condiciones físicas del entorno —asegurando un espacio adecuado que facilite la interacción y la confidencialidad— y la organización temporal de las sesiones en el marco de rutinas y horarios del hogar. De este modo, se contribuye a generar un contexto estructurado que, sin perder flexibilidad, permita sostener el proceso terapéutico con rigor metodológico y funcionalidad práctica.

D) Adicionalmente, la flexibilidad del proceso debe apoyarse en la realización de ajustes continuos en la intervención, basados en un criterio compartido entre la familia y los profesionales. Estos ajustes han de sustentarse en un **sistema de evaluación sistematizada, implementado en momentos clave del proceso** —inicio, fase intermedia y cierre—, que permita monitorizar la evolución, identificar necesidades emergentes y reorientar las estrategias de intervención cuando sea necesario.

- ✓ Se propone fomentar el uso sistematizado de instrumentos técnicos a lo largo de todo el proceso terapéutico, con el objetivo de mejorar la calidad de la evaluación y posibilitar cierres de intervención más completos, rigurosos y fundamentados en datos. La incorporación de herramientas estandarizadas y procedimientos de recogida de información contribuye a una mayor precisión en la valoración de los cambios producidos y en la toma de decisiones clínicas.

- ✓ Resulta fundamental incorporar un componente de predicción y anticipación del proceso terapéutico, mediante la explicitación de la ruta de intervención desde sus fases iniciales. En este sentido, se recomienda planificar de forma previa y estructurada la combinación de sesiones en el domicilio y en el espacio

de consulta, evitando la adopción de decisiones improvisadas que puedan afectar a la coherencia del proceso y a la adherencia de las familias.

- ✓ Por otra parte, se contempla la posibilidad de establecer prórrogas del proceso terapéutico en casos justificados para la consecución de los objetivos, sustentando dicha ampliación en informes de progreso que den cuenta de la evolución de la familia y de la necesidad de continuidad de la intervención. Por ejemplo, en algunos casos, puede ser pertinente y terapéuticamente beneficioso para la familia incorporar sesiones de seguimiento posteriores al cierre formal del proceso terapéutico —denominadas *boost sessions*. Estas sesiones están orientadas a consolidar los logros alcanzados, prevenir recaídas y acompañar la generalización de los cambios en el tiempo. Así, permiten reforzar la sostenibilidad de los resultados obtenidos y mantener un vínculo terapéutico de carácter puntual y estratégico.

E) Finalmente, se considera imprescindible la articulación de un **sistema de supervisión y/o intervisión** de los casos, que garantice la calidad y la coherencia de la práctica terapéutica. Este sistema debe complementarse con la realización de evaluaciones compartidas con la familia en los distintos momentos del proceso, así como con la adecuada formación de los profesionales en la intervención terapéutica en el contexto domiciliario. Estos elementos contribuyen a consolidar un modelo de intervención reflexivo, colaborativo y orientado a la mejora continua.

- ✓ En relación con las condiciones de trabajo y el bienestar profesional, resulta imprescindible contemplar la especificidad del contexto domiciliario como espacio de intervención, estableciendo protocolos claros que orienten la actuación en situaciones en las que las condiciones del entorno puedan considerarse subóptimas —por ejemplo, en casos de higiene deficiente o limitaciones de espacio físico—. La definición de estos protocolos contribuye a garantizar tanto la calidad de la intervención como la seguridad y el bienestar de los profesionales. En este marco, se hace necesario prever alternativas de actuación que permitan sostener el proceso terapéutico sin comprometer la

relación ni los objetivos de la intervención. Entre dichas alternativas, se incluye la posibilidad de expresar la incomodidad de forma terapéutica, siempre una vez consolidada la alianza con la familia, de modo que dicha comunicación pueda ser integrada como parte del proceso relacional. Asimismo, se contempla la opción de trasladar determinadas sesiones al espacio de consulta o a formato online cuando las condiciones del domicilio así lo requieran. En esta línea, la modalidad online se incorpora como un recurso complementario y de carácter temporal, que permite dar continuidad a la intervención en situaciones específicas, manteniendo la flexibilidad del dispositivo terapéutico sin sustituir el valor central del trabajo en el entorno natural de la familia.

Ruta de proceso terapéutico

A continuación, se presenta un esquema general de la ruta de sesiones de terapia familiar propuestas por el Modelo Hedera. En el subapartado siguiente, se procederá a la descripción detallada de algunas de las herramientas e instrumentos que pueden usarse en la intervención terapéutica. Entre las herramientas e instrumentos propuestos, el o la terapeuta seleccionará aquellos que se ajusten, en todo caso, a la naturaleza específica de la problemática abordada, a los objetivos propuestos y a las necesidades y características particulares de cada sistema familiar. Asimismo, tanto el momento de aplicación como la modalidad de uso de dichas herramientas e instrumentos deberán adecuarse al curso del proceso terapéutico. No obstante, para cualquier familia, independientemente de la problemática presentada y los objetivos a trabajar, se nombran, en cada sesión, los instrumentos básicos que se consideran de uso indispensable durante la intervención terapéutica.

La **ruta básica del proceso terapéutico** propuesta se articula en diferentes fases: en primer lugar, las **sesiones de encuadre y diagnóstico**, que comprenden el contacto inicial, la entrevista inicial y la evaluación de la dinámica familiar; en segundo lugar, las **sesiones de intervención terapéutica**, orientadas al logro de los objetivos previamente establecidos; y, finalmente, las **sesiones de profundización, consolidación de los logros alcanzados y cierre** del proceso terapéutico.

Por lo tanto, partiendo del esquema general, la metodología adoptada ha de caracterizarse por su flexibilidad y dinamismo, orientándose a una intervención ajustada al perfil y a las circunstancias de cada familia. Para ello, resulta imprescindible considerar diversos factores contextuales, tales como las condiciones sociales, laborales y económicas, así como el entorno en el que se inscribe la familia. Igualmente, deben tenerse en cuenta la organización y la estructura relacional que configuran su funcionamiento interno, el momento del ciclo vital en el que se encuentra, las relaciones con la familia extensa y el contexto social, así como sus expectativas, necesidades, motivaciones y demandas. Del mismo modo, es fundamental atender a la forma en que la propia familia interpreta sus dificultades y reconoce sus fortalezas.

De manera orientativa, en un proceso estructurado en diez sesiones (precedidas por un contacto inicial con la familia), la distribución de las mismas podría plantearse de la siguiente forma:

Sesión 0. Contacto inicial.

- **Objetivos**:
  1. Recibir la demanda de la familia.
  2. Hacer una primera presentación de la intervención.
- **Contenidos**: Presentación breve del o la terapeuta, el servicio y el procedimiento; recogida de información básica sobre la familia; aceptación verbal de la familia del inicio del proceso terapéutico.
- **Instrumentos básicos**: Ficha de contacto (Anexo I).
- **Observaciones**: Esta sesión puede estar protagonizada en primer lugar por un o una profesional distinto del o la profesional que vaya a llevar a cabo la implementación. No obstante, debe ser el o la terapeuta que vaya a realizar el proceso terapéutico con la familia quien recogerá la información básica de la familia vía presencial (en despacho), virtual o telefónica, presentará el servicio y el procedimiento brevemente, y citará a los adultos de la familia para un primer encuentro presencial (o virtual).

  Algunas familias posiblemente ya estén participando en un servicio terapéutico u otros servicios de la entidad a través de la que se implemente Hedera. En este caso, el contacto inicial deberá ser realizado igualmente, pero deberá adaptarse según el conocimiento del servicio y de la entidad que ya tenga la familia y el o la profesional

deberá tener en cuenta la información y el trabajo realizado con la familia hasta la fecha.

Sesión 1. Evaluación Inicial y establecimiento de la relación terapéutica.

- **Objetivos**:

  1. Conocer a la familia, generando un ambiente de confianza y seguridad.
  2. Establecer metas claras para la terapia.

- **Contenidos**: Discusión sobre expectativas y preocupaciones de la familia; presentación detallada del terapeuta, el servicio y el procedimiento: introducción de los contenidos que se pueden trabajar desde Hedera y de la metodología a seguir; observaciones iniciales sobre la dinámica familiar; discusión colaborativa con los miembros de la familia para definir objetivos terapéuticos específicos y realistas a partir de la propuesta global de Hedera.

- **Instrumentos básicos**: Ficha de entrevista inicial (Anexo II); plan de trabajo o ruta de proceso (Anexo III); documento de diagnóstico familiar (Anexo IV); documento de indicadores de riesgo (Anexo V) y protección (Anexo VI).

- **Observaciones**: Este primer encuentro se propone hacer en despacho o consulta con las personas adultas de la familia. Puede hacerse virtual si la familia lo prefiere o no puede o desea acudir de forma presencial. Se comenzará a completar la información de diagnóstico relacional de la familia, que puede seguir siendo completada una vez se realice la primera visita en el domicilio.

Sesión 2. Valoración de la dinámica familiar.

- **Objetivos**:

  1. Comprender la dinámica familiar, las necesidades y problemas específicos, sus potencialidades o fortalezas, y su red de recursos y apoyo (formal e informal).
  2. Establecer las primeras hipótesis relacionales y objetivos de trabajo.

- **Contenidos**: Entrevistas individuales, por subsistemas familiares y/o familia en su conjunto; recogida de la demanda/perspectiva de los miembros menores de edad; identificación de patrones de comportamiento y roles familiares.

- **Instrumentos básicos**: Ficha inicial objetivos (Anexo VII). Protocolo de observación en el domicilio (VIII).

- **Observaciones**: Es fundamental que esta sesión, donde se valora profundamente la dinámica familiar y se acuerdan los objetivos de trabajo, se realice en el domicilio y con la presencia de los miembros menores de edad participantes en la intervención terapéutica.

Sesión 3-8. Desarrollo de la intervención terapéutica.

- **Objetivos**:

  1. Implementar herramientas terapéuticas con base a los objetivos consensuados.
  2. Monitoreo del progreso y ajuste de objetivos y técnicas de intervención.

- **Contenidos**: Los contenidos a trabajar dependerán de los objetivos establecidos. En la tabla a continuación, relacionamos los siguientes elementos: a) situaciones de dificultad relacional que pueden abordarse a través de Hedera; b) una serie de potenciales aspectos a trabajar según el tipo de dificultad; y c) una propuesta de herramientas que pueden ser de utilidad para trabajarlos. Las herramientas propuestas se desarrollarán brevemente en el siguiente subapartado.

Dificultad relacional	Aspectos a trabajar	Propuesta de herramientas
Ansiedad familiar derivada de situaciones de crisis no superadas (duelos, duelos migratorios, otras situaciones de adversidad)	Fomentar la expresión y regulación emocional Favorecer la comunicación y la expresión de necesidades entre los miembros de la familia Conseguir un buen nivel de empatía entre los miembros de la familia Reforzar los sistemas de apoyo natural Facilitar que la familia conozca los recursos de la comunidad y aprenda a utilizar los que necesite	Expresión y regulación emocional (rueda de las emociones, ejercicios de regulación emocional, escudo familiar) Psicoeducación sobre situaciones traumáticas (escalera, lenguaje sensible al trauma) Técnicas e instrumentos sistémicos (genograma, ecomapas, esculturas, metáforas, redefinición, connotación positiva) Apego y vinculación emocional (vinculograma,

	Establecer mecanismos de apoyo en situaciones de crisis	historia de vida)
Vulnerabilidad de las figuras parentales en el desarrollo de su rol y funciones	Enseñar a los padres y madres las capacidades de los niños y niñas en cada estadio evolutivo Detectar y atender limitaciones y problemas de los hijos e hijas Evitar las demandas inadecuadas a los hijos e hijas Establecer un estilo educativo adecuado Fomentar la expresión verbal y no verbal del cariño Establecer conjuntamente normas de convivencia, así como los roles que correspondan a cada una de ellas	Psicoeducación sobre el desarrollo infantil Psicoeducación en sensibilidad parental, apego y mentalización (círculo de seguridad parental, vinculación a través del juego, promoción de la sensibilidad parental mediante comentarios en directo) Técnicas e instrumentos sistémicos (genograma, esculturas, estructura, fijación de fronteras)
Relaciones conflictivas entre adultos que afectan a los hijos e hijas	Evitar la presencia de los hijos e hijas en las discusiones Disminuir el número de situaciones violentas entre la pareja en su domicilio Evitar utilizar a los hijos e hijas en las discusiones Fomentar las interacciones positivas entre la pareja Favorecer la comunicación positiva entre padre/madre – hijo/a Establecer relaciones de cooperación entre	Técnicas e instrumentos sistémicos (genograma, esculturas, escenificación, intensidad, redefinición, connotación positiva, estructura, fijación de fronteras, metáforas)

	hermanos/as	
Bajo rendimiento escolar debido al estrés familiar o poca implicación de las figuras parentales	Concienciar a los padres y madres de la importancia de la supervisión de los hijos e hijas Potenciar la involucración de los padres y madres en la escuela Promover un ambiente adecuado de estudio	Psicoeducación sobre el desarrollo infantil Técnicas e instrumentos sistémicos (redefinición, ecomapas, estructura)
Problemas de salud derivados de una negligencia hacia los cuidados básicos	Concienciar a los padres y madres de la importancia de la supervisión de los hijos e hijas Normalizar el cuidado de la salud física y mental Educación en hábitos saludables, considerando el estadio evolutivo de los niños y niñas	Psicoeducación sobre el desarrollo infantil Psicoeducación en sensibilidad parental (promoción de la sensibilidad parental mediante comentarios en directo) Técnicas e instrumentos sistémicos (estructura)
Aislamiento social derivado de una falta de conexión social y experiencias negativas con el entorno	Reforzar los sistemas de apoyo natural y la vinculación positiva con el entorno Facilitar que la familia conozca los recursos de la comunidad y aprenda a utilizar los que necesite Participar en la organización de actividades comunitarias de tiempo libre	Técnicas e instrumentos sistémicos (genograma, ecomapas) Apego y vinculación emocional (vinculograma, historia de vida)
Conductas de riesgo en hijos e hijas derivadas de la negligencia parental	Concienciar a los padres y madres de la importancia de la supervisión de los hijos e hijas Facilitar espacios saludables de interacción con iguales Promoción de habilidades sociales	Psicoeducación sobre el desarrollo infantil Expresión y regulación emocional (rueda de las emociones, ejercicios de regulación emocional) Psicoeducación sobre situaciones traumáticas

		(escalera, lenguaje sensible al trauma) Técnicas e instrumentos sistémicos (ecomapas, redefinición, connotación positiva, escenificación, estructura) Apego y vinculación emocional (vinculograma, historia de vida)
Soledad y estrés en los procesos de diferenciación de los hijos/as vinculados a su identidad	Favorecer el desarrollo personal y la autonomía de los miembros de la familia Mejora de la autoestima y habilidades sociales Facilitar espacios saludables de interacción con iguales	Técnicas e instrumentos sistémicos (estructura, fijación de fronteras, esculturas, redefinición, connotación positiva, escenificación, ecomapas) Expresión y regulación emocional (rueda de las emociones, ejercicios de regulación emocional) Apego y vinculación emocional (vinculograma, historia de vida)

- **Instrumentos básicos**: Ficha inicial (apartado de valoración de objetivos) (Anexo VII).
- **Observaciones**: La intervención permite intercalar la realización de sesiones en despacho o consulta y en el domicilio, aunque dando protagonismo, siempre que las condiciones lo permitan, a este último contexto. La familia deberá conocer de antemano cuáles y cuántas de las sesiones están previstas en el domicilio, si bien, se pueden llegar a ciertos ajustes consensuados conforme se haga una evaluación intermedia del proceso terapéutico y se revise el logro de objetivos.

Sesión 9-10. Profundización, consolidación, cierre y plan de futuro.

- **Objetivos**:

1. Reforzar los cambios positivos y desarrollar habilidades a largo plazo.

2. Preparar a la familia para el fin de la terapia.
3. Proporcionar un cierre adecuado y discutir planes a futuro.

- **Contenidos**: Resumen de la terapia y celebración de logros; evaluación final y retroalimentación empoderadora a la familia; observación de la estabilidad y consistencia de los cambios; discusión sobre cómo mantener y continuar los progresos; planificar estrategias de autoayuda y apoyo mutuo, con los recursos del entorno, si es conveniente.

- **Instrumentos básicos**: Ficha inicial (apartado de finalización).

- **Observaciones**: El cierre puede realizarse en despacho o domicilio, aunque se recomienda la realización en este último contexto, dada la significación emocional para la familia.

Herramientas e instrumentos de intervención

- ### Herramientas e instrumentos para realizar el diagnóstico relacional y trabajar la salud de los vínculos

En esta sección, se mencionan algunas herramientas e instrumentos[2] que pueden apoyar la realización del diagnóstico relacional de la familia, plantear objetivos e hipótesis relacionales, y el trabajo centrado en la salud de los vínculos. Proceden de la terapia sistémica y otras aproximaciones terapéuticas que la nutren y complementan, como la terapia narrativa y el psicodrama.

Trabajo de demandas familiares

Lo que da sentido a la creación del sistema terapéutico es la demanda o petición de ayuda que hace la familia, ya que las dificultades del sistema familiar generan dolor e impiden el crecimiento de sus miembros. Por lo tanto, el sistema terapéutico se construye a partir de una

[2] El desarrollo de las técnicas e instrumentos contenidos en este apartado se ha adaptado del trabajo de Camí et al. (2019).

demanda. A través del abordaje de la demanda (*quién sufre*, *sobre qué sufre* y *qué esperan del o de la profesional y la terapia*), podremos obtener información sobre la estructura y el funcionamiento familiar, y una comprensión sobre lo que sucede en la familia.

La demanda se genera a partir de una crisis/problema en la familia. La familia se moviliza para resolver el problema (aumenta su flexibilidad para integrar cambios) y, también, se organiza a partir del problema. Cuando la familia sufre y no es capaz de resolver el problema con sus recursos, se genera la demanda como una petición de ayuda para aliviar el malestar emocional.

La demanda se genera cuando, por iniciativa propia o derivada por un o una profesional, llega a nuestro servicio. Familia y terapeuta entran en relación y co-construyen el sistema terapéutico, con una finalidad compartida que está más o menos explicitada (amortiguar el dolor, reducir el conflicto y tensión familiar y adquirir nuevas maneras de superar las dificultades). Familia y terapeuta co-participan para un propósito definido en un plazo determinado.

Generalmente, la familia acepta al o a la terapeuta como líder/guía del sistema, pero el terapeuta tiene que ganarse esta posición. Por una parte, si el o la terapeuta no cuestiona en absoluto el punto de vista del demandante, es probable que su intervención mantenga la dinámica disfuncional de la familia, en vez de favorecer la transformación. En el otro extremo, si se rechaza totalmente la demanda traída por la familia, puede haber un riesgo de que se rompa la relación terapéutica. El o la profesional debe, por lo tanto, **recoger la demanda de la familia y asegurarse de confirmar a sus miembros como personas que necesitan ayuda, a la vez que cuestiona su perspectiva sobre el problema y favorece la autonomía de la familia para resolver sus dificultades**.

En conclusión, al analizar la demanda, estaremos atentos a:

- ✓ ¿Quién explicita la demanda? ¿Quién recurre a pedir ayuda? ¿Quién reconoce que la situación es un problema?
- ✓ La explicitación y construcción narrativa de la misma.
- ✓ El grado de consenso en la familia. Miembros que comparten la demanda y miembros que están en desacuerdo; otras posibles demandas formuladas por otros miembros del sistema, respecto al problema planteado u otros problemas.

- ✓ Diferenciación entre demanda explícita, la que se comunica, e implícita, la que en el fondo se da a entender.
- ✓ Nivel de angustia en el sistema, relacionado con la disponibilidad y motivación para el cambio.

Motivación

Relacionado con el análisis de la demanda, debe considerarse la valoración de la motivación para el cambio que la familia manifiesta para transformar las relaciones disfuncionales. Hemos de valorar la relación entre las fuerzas homeostáticas o morfoestáticas (tendentes al equilibrio, buscan apaciguar la crisis sin que nada cambie en la estabilidad del sistema relacional disfuncional) y las fuerzas morfogénicas (al servicio del cambio de las relaciones funcionales).

La valoración de la motivación para el cambio evita que el o la profesional se haga cargo de dificultades relacionales que la familia no está suficientemente motivada para abordar y superar, lo cual hace infructuoso el esfuerzo del o la profesional y, además, puede generar en la familia la sensación que sus problemas no tienen solución.

Generalmente, la familia necesita dejar de sufrir, pero, a su vez, necesita el síntoma presentado por uno o más de sus miembros para mantener el equilibrio. Para construir una intervención terapéutica con familias donde predominan las fuerzas homeostáticas, se requiere trabajar la demanda. Implica **dedicar un tiempo y espacio para ampliar la comprensión de la familia respecto a las dificultades que viven**, con el objetivo de reconvertir la demanda en una relación de ayuda donde todos reconozcan el malestar que les ocasiona, las dificultades que tienen para superarlo y sientan que el cambio es una responsabilidad compartida.

Es importante **realizar una hipótesis sistémica inicial de la demanda**, ya que permite comprender qué necesidades emocionales están detrás de las fuerzas al servicio del cambio y al servicio de la homeostática en el juego relacional de la familia y, así, poder construir una intervención terapéutica que favorezca la transformación de la dinámica familiar.

Preguntas: obtener información desde la mirada sistémica

Las preguntas para la obtención de información y planteamiento de hipótesis relacionales sobre el funcionamiento interno de la familia, se pueden categorizar en:

- **Lineales**: *¿Quién lo hizo? ¿Cuándo sucedió? ¿Qué pasó? ¿Cómo se dieron los hechos?*
- **Circulares**: *¿Qué hace su hijo cuando usted discute con su mujer? ¿Qué hace su madre cuando su hija se fuga de casa?*
- **Estratégicas:** *¿Cuándo va a dejar de comportarse como un niño malcriado? ¿Cuándo decidió que el descontrol es la mejor respuesta? ¿Es posible que la tristeza sea la mejor manera de conseguir atención?*
- **Reflexivas:** Estas últimas son especialmente útiles en trabajo individual, como las utilizadas en psicoterapia basada en soluciones: *¿Qué cosas notaría si al despertarse no existiera el problema? ¿Qué haría, qué sentiría, qué pensaría si no existiese el problema? ¿Qué ha hecho, pensado o sentido para solucionar el problema? ¿Qué le ha sido favorable? ¿Qué no ha servido para mejorar?*

Fuente: adaptado de Rodríguez-Testal (2024).

Estructura

La estructura familiar es el patrón repetitivo de interacciones que la familia realiza para llevar a cabo sus funciones. Es a través de la **observación de estos patrones repetitivos** que puede determinarse su estructura y, por tanto, poder valorar la funcionalidad o disfuncionalidad de la dinámica familiar. Al analizar la dinámica familiar, el o la terapeuta puede establecer hipótesis relacionales sobre el funcionamiento interno de la familia, que guiarán la intervención.

Una familia tendrá un patrón de interacción funcional en tanto que su organización estructural se adecue a las necesidades y exigencias de los contextos evolutivos y sociales que le corresponden. **La observación que realiza el o la terapeuta sobre la estructura familiar se basa en dos variables principales: los límites (reglas de participación) y la jerarquía (reglas de poder).**

En las familias, los **límites** que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema (por ejemplo, señalan los roles y funciones del sistema parental y marcan las reglas de relación con el sistema filial) y facilitar la integración de sus miembros en el (establecimiento de un orden relacional que favorezca el sentido de pertenencia, como por ejemplo, qué puedo esperar de mi padre). Si los límites están **claros**, la familia se caracterizará por ser sensible a las necesidades de otros miembros, mostrará una comunicación abierta, respetará la autonomía de los miembros y los subsistemas, así como sus miembros se apoyarán mutuamente. Por su parte, si estos límites son muy **difusos**, los miembros tenderán a tener poca autonomía, se dará el control, la intromisión y la sobreimplicación entre sus miembros, y se observará una falta de límites claros entre los subsistemas (por ejemplo, entre el parental y el filial). En el otro extremo, la **rigidez** en los límites dará lugar a familias distanciadas, con miembros poco sensibles mutuamente, que muestran poca involucración y compromiso.

Por otra parte, la **jerarquía** es el resultado de la administración del poder entre los distintos miembros de una familia. Todo sistema requiere que exista una jerarquía, una distribución del poder. Está relacionada con la protección de sus miembros, de tal manera que pretende facilitar todos los recursos necesarios para la supervivencia de los miembros del sistema. Si hay una jerarquía adecuada, veremos que los miembros de la familia tienen bien asignados las funciones que les corresponden, según su poder dentro de la familia. Para la funcionalidad familiar es necesaria una jerarquía clara y unívoca, independientemente de que varíe su distribución en el transcurso del ciclo vital, donde los padres hacen de padres, los hijos hacen de hijos, los abuelos de abuelos... Desarrollando los roles y funciones que les son propios dentro del funcionamiento familiar. Este buen orden está construido por unos límites y reglas claras, donde la dinámica familiar es predecible y, por tanto, genera sentimiento de seguridad, ya que sé qué lugar ocupo en el sistema, qué puedo esperar del otro y qué pueden esperar de mi parte.

Para valorar la jerarquía en una familia hay que **observar quién ostenta el mando, quién ejerce control sobre quién, el nivel de competencia individual y de dependencia de cada uno de los miembros familiares**. Habitualmente, en una familia, se establece una jerarquía de poder entre los padres/madres y los hijos e hijas; también entre los hermanos y hermanas. Un hijo o hija puede mostrarse sumiso con su madre y luego asumir el rol de padre con su hermano menor e indicarle con ello lo que debe hacer en cualquier situación.

La disfuncionalidad en estas variables estructurales puede dar lugar a **patologías de la organización**, como la fusión simbiótica, las coaliciones intergeneracionales, la inversión de roles o parentalizaciones, los cuidadores situados en una posición periférica, o la expresión de los conflictos conyugales en la relación padres/madres-hijos/as.

Algunas de las técnicas que vamos a ver en este apartado, como el genograma, las esculturas o la escenificación, están especialmente indicadas para observar e intervenir sobre la disfuncionalidad estructural.

Redefinición del problema

Esta técnica permite crear nuevos significados o comprensiones respecto a un comportamiento o situación etiquetados de manera negativa. En familias donde hay un miembro definido como problemático, generalmente las apreciaciones o valoraciones se centran en aquellos comportamientos que confirman que es un problema y tienden a ignorarse aquellos que son funcionales y adecuados. Así, se estructura una "etiqueta" negativa, una percepción mediada por una comprensión "desde el problema", que retroalimenta la dinámica disfuncional asumida por la persona afectada y sostenida por la familia. Se mantiene así una dinámica familiar que estresa a toda la familia.

La redefinición genera un cambio de mirada, donde la dificultad se comprende desde un significado positivo y posibilita la transformación.

Esta técnica se puede utilizar en cualquier momento del proceso terapéutico, en especial cuando se dan quejas, descalificaciones, culpabilización o ataques hacia el comportamiento de la persona o situación.

Connotación positiva

Esta técnica consiste en redefinir una problemática familiar o bien un síntoma individual en términos positivos. Se trata de un recurso que permite suavizar la comprensión de determinados comportamientos y actitudes, nos ayuda a relajar las críticas hacia la persona en concreto por parte de los otros miembros de la familia y la podemos utilizar en cualquier momento del proceso terapéutico.

A través de connotar positivamente los comportamientos de todos los miembros de la familia, explicitando que todos aparecen por el deseo común de mantener la unión y la cohesión del sistema familiar, el o la terapeuta puede colocar a todos los miembros al mismo nivel y evitar verse atrapado en alianzas disfuncionales.

La técnica permite al o la terapeuta dar un significado positivo a una característica de la persona o de la familia que hasta ahora era visto como negativo y formulado como una queja. Esta resignificación hace ver a los otros miembros de la familia que la característica en concreto puede ser útil, puede tener una función "buena", por lo que queda liberada de intencionalidades negativas o de patologías en el sentido más estricto.

Metáforas

Cuando hablamos de la comunicación metafórica, nos referimos a aquella en la que ligamos una realidad externa con una interna que nos lleve a un nuevo significado que pretende ampliar nuestra visión del mundo. Nos abre la puerta al registro emocional, en el cual tiene un importante impacto burlando los mecanismos de defensa del individuo y buscando resonancias internas no conscientes, lo cual nos abre posibilidades de relación y soluciones para ir más allá del mensaje exclusivamente específico y cognitivo. Puede adoptar diferentes formas: analogía, imágenes, anécdotas, mitos, cuentos, proverbios, comparaciones, etc.

Cuanto mayor es la resistencia de la familia, más útil es realizar sugerencias indirectas, como las metáforas. Se puede utilizar esta herramienta de una manera muy variada y en muchas situaciones para ayudar a:

- Aumentar la comprensión de la familia sobre su funcionamiento relacional.
- Mostrar, ilustrar o explicar un funcionamiento no consciente.
- Abrir posibilidades de interpretación.

- Generar nuevos repertorios de resolución.
- Permitir procesar a nivel inconsciente.
- Sembrar ideas.
- Reencuadrar y redefinir un problema.
- Empatizar y sintonizar con la familia.
- Lograr una transformación.

En la creación de la metáfora, el o la terapeuta debe adecuar el lenguaje, los personajes y el contenido a la familia a la que atiende, de tal manera que le suene como propia y permita una mayor conexión.

Creación de intensidad

Esta técnica pretende que la familia incorpore el mensaje que el o la terapeuta está dando. Son intervenciones destinadas a dar fuerza a algún mensaje. Es útil en aquellos casos en los que el mensaje que da el terapeuta no está llegando a la familia por su estructura rígida.

Se puede aplicar de formas diferentes:

- Repetición del mensaje: dar el mismo mensaje varias veces permite cuestionar las interacciones disfuncionales.
- Repetición de interacciones isomórficas: el o la terapeuta repite modos de interacción que se dan entre los miembros de la familia, de manera que estos quedan indirectamente cuestionados.
- Modificación del tiempo y el ritmo de la familia: se trata de acortar o alargar el tiempo de ciertas secuencias para ir más allá de lo tolerable y permitir a la familia la experimentación de modos diferentes de interacción entre ellos.
- Cambio de distancia física o emocional: modificar la distancia tanto entre los miembros de la familia como entre ellos y el o la terapeuta puede producir un cambio en el grado de atención al mensaje terapéutico.

Enfoque

Se trata de concretar con la familia aquellas transformaciones que son necesarias para su salud relacional. El o la terapeuta señala los problemas que los miembros de la familia manifiestan y hace visibles las funciones afectadas por estos, evitando así la dispersión. Se trata de escoger y seleccionar ciertos elementos de la interacción de una familia para situar en el punto de mira los datos que son pertinentes para la terapia.

La técnica puede implicar:

- Organizar los datos que aporta la familia según los temas que interesen a su proceso terapéutico.
- Priorizar con la familia los temas a trabajar.
- Seleccionar y elegir un tema posponiendo aquellos que, siendo interesantes, no son por el momento útiles para sus metas terapéuticas.
- Elegir una secuencia de interacción familiar en que ese tema se plasme y sea susceptible de abordarse terapéuticamente.

Esta es una técnica especialmente útil para aquellas familias de transición rígida con las que es muy complicado definir los objetivos terapéuticos. Puede emplearse tanto en las primeras sesiones como a lo largo del proceso.

El genograma trigeneracional

El genograma trigeneracional es una herramienta útil para visualizar la información sobre la organización y la estructura de la familia, así como su legado relacional recibido de las familias de origen y la relación que mantienen con ellas, los patrones familiares que están establecidos, los acontecimientos relevantes de la historia familiar, la relación con el entorno, etc.

Es una herramienta que podemos utilizar de manera transversal durante toda la intervención con la familia, que nos ayuda a poner una mirada sistémica a la dinámica familiar y, que nos permite priorizar los aspectos a trabajar para romper con la estabilidad disfuncional de la dinámica familiar.

Uno de los objetivos más importantes del genograma trigeneracional es buscar las pautas de repetición dentro de la dinámica familiar. Estas repeticiones permiten intuir la estructura

familiar (mitos y creencias, reglas familiares, desarrollo de roles y funciones, delegaciones, ...) que sostiene un determinado funcionamiento. Con esta información, construimos las hipótesis relacionales que nos ayudarán a plantear las bases de la intervención. Se construye sobre todo en la primera, segunda y tercera sesión, y se va actualizando a medida que la familia va aportando informaciones nuevas.

Así pues, mediante el genograma familiar registramos información sobre los miembros de la familia y sus relaciones en el transcurso de tres generaciones. Esta información nos permite:

- ✓ Comprender la sintomatología del paciente identificado como problema dentro de una red de vínculos y relaciones, y no como algo aislado. Permite comprender la función del síntoma dentro del sistema familiar.
- ✓ Elaborar hipótesis relacionales de la dinámica familiar que sostiene y da sentido al síntoma. Esto aporta la base para planificar líneas de trabajo con la familia.
- ✓ Observar posibles pautas relacionales de transmisión generacional que pueden explicar o tener relación con algunas dificultades que presentan algunos miembros de la familia.

Para elaborar la construcción del genograma de debe llevar a cabo en tres niveles:

1) **Construcción de la organización familiar**

   En el genograma, representamos con símbolos las relaciones biológicas y legales que se dan entre los miembros del sistema familiar. Se representan el género, los matrimonios, las separaciones, el número de hermanos y hermanas, los embarazos, los abortos, las muertes, los núcleos de convivencia, etc. (Véase el documento ***Genograma*** para consultar los símbolos básicos para construir el genograma).

2) **Registro de la información**

   En el segundo nivel de la construcción del genograma, se debe añadir la información sobre la familia. Los datos más importantes a tener en cuenta son:

   - Nombre de cada miembro: se pone debajo del cuadrado o círculo de cada miembro.
   - Edad actual: se pone dentro del cuadrado o círculo de cada miembro.
   - Profesión, estudios: se coloca al lado o debajo del símbolo de cada miembro.
   - Edad de fallecimiento: se pone dentro del cuadrado o círculo sobre la cruz.

- Fecha de nacimiento: se coloca al lado o encima del símbolo de cada miembro.
- Fecha de la muerte: se pone igual que la fecha de nacimiento.
- Fecha del matrimonio: se coloca encima de la línea de matrimonio poniendo la inicial "m" y el año. Por ejemplo, m:2001.
- Fecha de la separación: se simboliza igual que el matrimonio, pero con la letra "s". Por ejemplo, S:2005.
- Fecha del divorcio: igual que la separación, pero con la letra "d". Por ejemplo d:07.
- Causa de la muerte: se pone al lado del cuadrado o círculo del miembro fallecido.
- Incidencias médicas: enfermedades relevantes, ingresos hospitalarios, problemas psicológicos importantes, etc. Se coloca al lado del símbolo del miembro afectado.
- Elementos singulares de algunos miembros: se pone al lado del símbolo de cada miembro.
- Sucesos críticos: éxitos o fracasos, emigraciones, tiempos de ausencia. Si tienen que ver con toda la familia se ponen dentro de un rectángulo en la parte inferior de la hoja, si se refiere a un solo miembro se coloca al lado de su símbolo.

3) **Descripción de las relaciones – estructura familiar**

El tercer nivel de construcción del genograma tiene que ver con las relaciones entre los miembros del sistema familiar, con las pautas vinculares o de interacción que se mantienen en el tiempo. Esta información la podemos ir deduciendo directamente de las respuestas de la familia a nuestras preguntas e indirectamente de los comentarios que hacen entre ellos y de nuestra observación. Para representar los diferentes tipos de relaciones (pautas vinculares) entre los miembros de la familia se utilizan diferentes tipos de líneas. Véase el documento *Genograma* para consultar las líneas básicas para construir el genograma.

- Para la construcción del genograma conjuntamente con la familia, se recomienda el uso de un folio y bolígrafos o rotuladores de diferentes colores (idealmente, al menos, negro, verde y rojo). El o la terapeuta debe asegurarse de llevar este material al domicilio familiar para la sesión.

Ecomapas

Esta herramienta tiene el objetivo de representar la estructura de la familia y su interconexión con el contexto extrafamiliar, es decir, con aquellos sistemas con los que se relacionan sus miembros (familia extensa, el vecindario, el centro educativo, los amigos y amigas, otras instituciones...). Dado el enfoque comunitario de Hedera, esta herramienta es fundamental para conocer a la familia como unidad social interrelacionada con su entorno. Un aspecto muy importante es que, mediante el ecomapa, pueden identificarse algunos factores de protección, como son los apoyos formales e informales con los que cuenta la familia. También se pueden rastrear conexiones mantenidas en el pasado que puedan ayudar a la familia a que afronte las dificultades actuales, así como promover aquellas relaciones más saludables (por ejemplo, participación en espacios deportivos o de ocio).

Para elaborar el ecomapa, el genograma familiar quedará en el centro, dibujado dentro de un círculo, y conectados a miembros concretos o a la familia en general, se irán añadiendo fuera de este círculo los datos relevantes de los sistemas externos que la familia indique u observe el o la terapeuta.

En esta elaboración, puede ser de interés tener en cuenta en concepto de ***vinculograma***, de tal forma que el o la terapeuta tenga en cuenta la información sobre las personas con las que cada uno de los miembros de la familia se siente vinculado a nivel emocional, sean del núcleo familiar o no. De esta forma, es óptimo tener en cuenta las relaciones afectivas con profesores y profesoras, vecinos y vecinas, amigos y amigas, etc.

- Para la construcción del ecomapa, se recomienda el uso de un folio y bolígrafo o rotulador. Se puede dibujar una vez realizado el genograma o aparte, de manera que para el ecomapa el propio genograma quede más simplificado. El o la terapeuta debe asegurarse de llevar este material al domicilio familiar para la sesión. Será interesante recoger la información que el o la terapeuta tenga del o la derivante, si lo hubiera, sobre grupos y profesionales con los que se relaciona la familia, así como incluir información observada por el o la terapeuta una vez conocido el entorno físico donde habita la familia.

Historia de vida

El trabajo a través de la línea de vida implica ordenar o representar cronológicamente la vida de los miembros de la familia para fomentar la perspectiva de que los acontecimientos por los que pasamos están conectados y guardan relación con factores familiares, sociales y culturales. Así pues, más allá de ordenar los hechos cronológicamente, elaborar la historia de vida con la familia conlleva que sus miembros conozcan y elaboren el relato de su trayectoria vital y, con base a él, puedan además plantear estrategias hacia el futuro. A nivel individual, el trabajo de historia de vida tiene grandes beneficios para aquellas personas cuya vida se caracteriza por un relato fragmentado o parcialmente vacío, con experiencias dolorosas que le hayan impactado. Este puede ser el caso de aquellas personas que han sido acogidas o adoptadas.

Cuando se aborda la historia de vida a nivel familiar, podemos ayudar a la familia y a cada uno de sus miembros a:

- ✓ Entender cuáles han sido los acontecimientos que han marcado su relato vital y las emociones que se relacionan con estos.
- ✓ Crear un ejercicio de reflexión sobre las necesidades que presenten.
- ✓ Fomentar la identidad familiar positiva y los sentimientos de pertenencia a la familia.
- ✓ Generar un espacio donde identificar y elaborar aquellos momentos donde han superado crisis, incertidumbres y miedos.
- ✓ Organizar y conectar las experiencias pasadas con el presente y el futuro, promoviendo un sentido de agencia personal.

Para ayudar a la familia a establecer su historia de vida, será útil haber recogido previamente información mediante una breve entrevista y herramientas como el genograma trigeneracional.

La herramienta principal es construir el Libro de Vida, consistente en un documento personalizado creado por cada familia donde se van registrando diferentes experiencias y acontecimientos, así como los sentimientos vinculados a estos, que resultan significativas para los miembros. Se puede contar con dibujos, fotos, cartas, escritos… En definitiva, todo aquello que ayude a reflejar la trayectoria vital de la familia.

- El o la terapeuta que trabaje en el hogar de la familia tendrá una visión privilegiada acerca de los materiales personales de la familia, como son fotografías, dibujos, objetos de recuerdo… Así como la familia tendrá acceso a estos materiales estando presente el o la profesional. En la elaboración de la historia de vida, la familia dirige la construcción de su relato y el profesional debe intervenir lo menos posible en la decisión del contenido a incluir. No obstante, será interesante para el proceso terapéutico observar algunos detalles en el proceso de construcción, como de quiénes toman las fotografías o dónde están colocados los recuerdos de valor para la familia en el hogar.

Esculturas

La técnica de la escultura permite ofrecer a la familia una fotografía dinámica, una expresión plástica y simbólica de su estructura y vinculaciones. El uso de esculturas en la terapia familiar promueve la vivencia experiencial, sin las limitaciones o trabas que presenta el lenguaje verbal. Utilizada al inicio del proceso terapéutico, tiene un gran potencial para hacer un diagnóstico de las dinámicas relacionales y vinculares. Su uso al principio o en otros momentos de la terapia permite una comprensión emocional profunda de cada uno de los miembros de la familia y cómo están viviendo su situación, facilitando la transformación y la reorganización.

Un procedimiento básico para la construcción de esculturas es el que se presenta a continuación (adaptado de Girón, 2022), aunque puede adaptarse a los objetivos que persiga el o la terapeuta. Además, a continuación de este procedimiento, presentaremos una recreación de las esculturas realizada por el modelo de Terapia Familiar Socioeducativa, las *esculturas parlanchinas*.

- Tras escuchar a la familia, se les dice que en la presente sesión van a trabajar con su situación, pero de otra forma.
- Van a imaginar que el o la terapeuta no habla ni comprende su idioma y que deben transmitirle cada uno de ellos cómo ven dicha situación o dicho problema a través de una imagen que lo represente. Esa imagen es como una escultura que podríamos encontrar en un parque y que al mirarla, el observador puede hacerse una idea de lo que el escultor ha querido transmitir (también se puede hacer la similitud con una imagen o foto que represente eso y que alguien cuando vea dicha foto se pueda hacer una idea de lo que sucede).

- Se le pide a cada una de las personas de la familia que piensen cómo pueden representar el problema en dicha escultura (se le conceden unos minutos para pensarlo). Se puede solicitar a cada uno/a que, en privado, le describa al o la terapeuta brevemente la imagen (objetivo: que no se modifiquen las imágenes iniciales o se aprovechen la que hacen los miembros que le preceden). No obstante, esta petición conlleva a utilizar el lenguaje verbal, por lo que solo estaría indicada si hay un alto riesgo de que la primera escultura condicione el resto.
- Se le solicita a cada persona que represente la escultura, incluyéndose a sí misma.
- No se puede hablar mientras se esculpe: las otras personas son arcilla. Con la distancia, la posición física, y los gestos de la cara y del cuerpo, deben tratar de transmitir lo que desean.
- Una vez montada la escultura, primero un yo-auxiliar (puede ser el mismo terapeuta si no cuenta con nadie) sustituye al autor o la autora para que este/a la contemple y vea si le gustaría modificar algo.
- Una vez corregida (si ha corregido algo), se incorpora de nuevo a la escultura y el o la terapeuta la fotografía, para contemplarla después.
- Para conocer el contenido, se le pide al autor o la autora que adopte las posiciones de los otros miembros y que haga un soliloquio expresando lo que siente en esas posiciones (brevemente, 2 o 3 palabras). No se deben aceptar explicaciones o descripciones, porque eso se hará durante los comentarios cuando estén visualizando la imagen creada.
- Al final, cada uno de los autores o autoras debe darle un nombre a la escultura, también simple (2 o 3 palabras). El proceso se repite con los diferentes miembros, si es necesario.
- Una vez expresado todo, se puede pedir que comenten sus trabajos y los de los demás (el o la terapeuta no añade nada, pero reconduce a que se centren en lo que han sentido en ese momento, más que en lo que piensan)
- Como habrán surgido y estarán viendo las dificultades familiares (tristeza, soledad, aislamiento, enfado, decepción, etc.), se les pide que, sobre la escultura que cada uno ha construido, añadan un pequeño movimiento que podría representar una mejoría en el problema que los preocupa.

- Nuevamente, cada uno de los miembros trabaja con su escultura y nuevamente se hacen fotos, títulos y soliloquio.

En las *esculturas parlanchinas*, el proceso es muy similar, aunque el o la terapeuta es quien inicia la escultura según le sugiera la manera de relacionarse observada en la familia. Tras colocarlos, se les pregunta cómo se sienten en esa posición (comodidad-incomodidad, distancias, bloqueos, miradas...), así como los cambios que realizarían para sentirse mejor, o bien para que desapareciera el síntoma y malestar. A partir de este momento, pueden ser los propios miembros de la familia los que se muevan. Se puede trabajar con la escultura actual, la ideal o deseada y la temida, o bien con relación al pasado, presente y futuro.

❖ No es necesario que estén presentes todos los miembros de una familia para realizar la escultura. El o la terapeuta u otros objetos (como muñecos o sillas), pueden ser útiles para representar a los miembros ausentes o aspectos de los que la familia no puede hablar (como una enfermedad o alguna muerte). En este sentido, el o la terapeuta aprovechará los objetos del hogar de la familia que haya disponibles para fomentar la creatividad en esta técnica.

Escenificación

Esta técnica favorece que la familia pueda mostrar en presencia del o la terapeuta su funcionamiento relacional ante diferentes situaciones cotidianas que se viven desde el conflicto o con malestar. Con la propuesta de escenificación de dicha situación, tanto el o la terapeuta como la propia familia tienen la oportunidad de visualizar las reglas que presiden las pautas de interacción entre sus miembros y la posibilidad de identificar conjuntamente sus secuencias interaccionales. De esta manera, los problemas y los intentos de solución pueden vivenciarse en el presente, dentro de un contexto terapéutico en el que la familia, acompañada por el o la terapeuta, puede leer sus relaciones con una mirada nueva.

La escenificación se puede dar de tres maneras diferentes:

- Observando las interacciones espontáneas, las reglas de la organización familiar y tomando la decisión de cuáles son las áreas disfuncionales que conviene resaltar.
- Provocando interacciones con el mismo fin.
- Proponiendo interacciones alternativas.

- Recrear las interacciones de la familia o proponer interacciones nuevas en el espacio familiar donde habitual o puntualmente ocurren el malestar y el conflicto tiene una gran validez ecológica. En este sentido, no es necesario que el o la terapeuta se imagine *cómo ocurre en casa*, sino que puede observarlo en directo o recrear la situación in situ.

Fijación de fronteras

El objetivo de estas técnicas es poner un orden a los roles y funciones en la familia, modificando los límites entre subsistemas:

- Modificar la distancia psicológica o afectiva: el o la terapeuta observará las interacciones que se den frente a él o ella (cómo se sienta la familia, quién habla, a quién interrumpen, a quién ayudan...). Todos estos indicadores proporcionarán un posible mapa de relaciones de proximidad, alianzas, coaliciones... Para modificar esta distancia psicológica, el o la terapeuta puede proponer maniobras espaciales o constructos cognitivos que hagan entender la necesidad de distancia o cercanía.
- Modificar la duración de la interacción dentro de un sistema significativo: acortar o alargar un proceso interaccional es útil para establecer límites entre subsistemas o separarlos.

- Al igual que la escenificación, aplicar esta técnica en el contexto cotidiano de la familia aporta un mayor enriquecimiento, tanto por la capacidad del o la terapeuta de observar la forma en la que se reparten estos roles y funciones en el propio hogar, como por la generalización directa de las modificaciones en el espacio donde realmente ocurren.

El escudo familiar

El escudo familiar puede utilizarse cuando las situaciones familiares pueden parecer "bloqueadas". Se trata de crear un contexto de experiencia que favorezca la contemplación y elaboración de la historia y singularidad familiar, incluidas las emociones experimentadas en diferentes momentos, sin pasar únicamente por las palabras y la simple enunciación.

Como otros objetos flotantes que median en la comunicación, el escudo familiar pretende trabajar con y sobre la cultura del grupo al que pertenece.

Se invita a cada miembro de la familia a rellenar los cuadrados de un blasón vacío según las instrucciones dadas por el o la terapeuta, precisando que el objetivo es crear, a partir de los recuerdos y representaciones de cada uno, un blasón que podría ser el de la familia y luego poder discutir su blasón con los demás miembros de la familia. Una de las etapas finales podría ser la creación de un blasón colectivo a partir de los blasones individuales.

La casilla superior: lema familiar

Aquí, cada miembro de la familia debe sugerir una "frase" en la casilla vacía, convirtiéndose en un objeto emblemático susceptible de representar a la familia en su singularidad.

La casilla "objeto", en la parte superior derecha del escudo

Aquí, cada miembro de la familia debe sugerir, y, si es posible, dibujar en la casilla vacía un objeto emblemático susceptible de representar a la familia en su singularidad.

La casilla "pasado", en la parte superior izquierda del escudo

Se invita a cada uno a elegir y seleccionar un personaje y/o un acontecimiento de la historia de la familia. Aquí se utiliza el tiempo para contar la historia y mostrar los hilos que unen el presente, la reconstrucción del pasado y la proyección del futuro.

Reto social

Esta herramienta se orienta a la promoción de las relaciones sociales en los distintos contextos en los que se desenvuelve la familia, abarcando tanto a las personas adultas como a los menores. Su finalidad principal es facilitar la consecución de objetivos relacionados a la vinculación de la familia con la comunidad de referencia, fomentando la participación en actividades de ocio y tiempo libre, así como el fortalecimiento de las relaciones con iguales.

Metodológicamente, la herramienta consiste en situar una representación central de la familia (ya sea mediante una fotografía o a través de la identificación con los apellidos o nombres) alrededor de la cual se incorporan aquellas actividades que les gustaría realizar y las relaciones

sociales que desean potenciar. Se recomienda que estas aportaciones sean lo más concretas posible.

Asimismo, resulta fundamental recoger los intereses de todos los miembros del sistema familiar, incluyendo tanto a adultos como a menores. Este proceso se configura como una dinámica de lluvia de ideas conjunta, que favorece la identificación de motivaciones compartidas y necesidades relacionales.

En consecuencia, esta herramienta permite orientar la intervención hacia el acercamiento de la familia a los recursos comunitarios disponibles, promoviendo la participación en actividades conjuntas y facilitando la ampliación de sus redes sociales con iguales en su entorno próximo.

- **Herramientas e instrumentos para trabajar la salud cognitiva (psicoeducación)**

Las herramientas e instrumentos recogidos a continuación están dirigidos, por un lado, a mejorar las habilidades parentales para garantizar un desarrollo integral óptimo de los niños, niñas y adolescentes a su cargo. Especialmente, se recogen aquellas que pretenden fomentar las habilidades parentales enfocadas a un adecuado desarrollo socioemocional, que permitan la vinculación sana de los padres y madres con sus hijos e hijas. Por otra parte, se incluyen herramientas para trabajar en la comprensión del desarrollo neurológico, el funcionamiento corporal y su relación con la experiencia de situaciones traumáticas, de tal forma que se facilite una comprensión del efecto que estas tienen en la forma de relacionarnos.

Psicoeducación sobre el desarrollo infantil: hitos del desarrollo infantil y necesidades en cada etapa

Hitos del desarrollo. Guías públicas para cada edad según necesidades evolutivas:

https://www.ventanafamilias.es/guias-para-cada-edad/

Desarrollo emocional. Guías públicas adaptadas a diferentes edades y contextos:

https://www.ventanafamilias.es/desarrollo-emocional/

El círculo de seguridad parental

Fuente: Adaptado de Hoffman et al. (2006).

La terapia de juego

El Theraplay© es una intervención basada en un método de trabajo de juego estructurado, para el fortalecimiento y desarrollo de los vínculos de apego entre los niños y niñas y sus figuras de apego, a través de las cuatro dimensiones generadoras de un apego seguro: Estructura, Cuidado/Mimo, Conexión/Sintonía y Desafío/Reto. El trabajo de estas dimensiones ayuda a generar una relación más segura y de confianza con los demás y con uno mismo. Las sesiones de terapia de juego crean un espacio de conexión emocional entre el niño o la niña y su madre o padre (o persona cuidadora), que transforman la interacción entre ellos en más positiva, gratificante y reparadora.

A través de unas dinámicas específicas de este trabajo de intervención, se van a trabajar las 4 dimensiones que se encuentran en la base de un apego seguro.

Las Dimensiones son las siguientes:

- *Estructura*: capacidad de las figuras cuidadoras para marcar límites y ofrecer un entorno seguro y ordenado y comprensible, así como la capacidad del niño/a para aceptar esa estructura.
- *Cuidado*: capacidad para reconocer adecuadamente las necesidades emocionales del niño/a y ofrecer una respuesta sensible a las necesidades. Aborda igualmente la capacidad del niño/a para recibir esos cuidados.
- *Sintonía*: capacidad para fomentar la implicación en la interacción entre figuras cuidadoras y niño/a y que a su vez éste se mantenga implicado.
- *Desafío*: capacidad de estimular el desarrollo de los niños/as ofreciendo expectativas realistas, alentando el progreso y reforzando los logros.

En el documento ***Terapia de juego***, se explican las dinámicas y las dimensiones que se pueden trabajar a través de ellas, a lo largo de las sesiones 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

La promoción de la sensibilidad parental mediante comentarios en directo

Los comentarios en directo o "en el momento" del o la terapeuta hacia los padres y madres acerca de las interacciones con sus hijos e hijas son una herramienta muy potente para reforzar interacciones positivas y, a su vez, proporcionar alternativas a aquellas interacciones que no promueven un apego seguro. Estos comentarios también pueden hacerse sobre la base de una grabación de la familia interactuando, si el o la terapeuta lo cree conveniente.

Esta técnica es especialmente útil para familias con hijos e hijas entre los 0 y los 4 años de edad. Tomando una metodología similar a la utilizada en el programa ABC (Dozier & Bernard, 2019), del que se habló anteriormente, el o la terapeuta dirige a los padres y madres para que respondan con cariño y atención al niño o la niña cuando está angustiado (ej. abrazarle, cogerle en brazos o validar verbalmente su emoción), así como para que sigan su iniciativa en los juegos y actividades (ej. dejar que el niño/a inicie el juego, describirle lo que hace o imitarle) y eviten utilizar comportamientos que puedan asustarle o causarle temor (ej. simular el llanto cuando el niño/a no hace algo que el padre o madre quiere, gritarle, amenazarle, etc.). El o la terapeuta podrá utilizar dos formas de retroalimentación sobre las interacciones: una de ellas es el videofeedback, consistente en mostrarle a los padres y madres algunos videos sobre sesiones anteriores para reflexionar sobre lo ocurrido en las interacciones, y otra forma consiste en

utilizar comentarios en el momento, es decir, un feedback inmediato sobre las conductas del cuidador durante la sesión. La ventaja de este último tipo de feedback, a diferencia del primero, permite que los padres y las madres identifiquen las conductas que realizan adecuadamente justo en el momento en que estas ocurren, o bien que apliquen in situ, a través de la guía del o la terapeuta, algunas formas alternativas de responder al niño o la niña cuando muestran conductas parentales inadecuadas.

El o la terapeuta, ya sea comentándolo en el momento o sobre la base de una grabación, promueve la **mentalización** parental, es decir, ayuda a los padres y madres a identificar lo que el niño o la niña puede estar necesitando en este momento y favorece que vayan ajustando sus respuestas hacia una forma más sensible de responder a estas necesidades.

Psicoeducación sobre neurociencia y trauma

La escalera (teoría polivagal)

Con base a la teoría polivagal de Porges, el concepto de la escalera nos ayuda a entender la reacción de nuestro sistema nervioso ante situaciones amenazantes.

Lenguaje sensible al trauma sufrido por los niños y niñas

Se debe prestar especial atención a una posible vivencia de una experiencia traumática cuando aparezcan algunos indicadores en el desarrollo del niño o la niña:

- ✓ Trastornos afectivos o físicos
- ✓ Baja tolerancia, poca modulación y/o poca recuperación de los estados afectivos negativos
- ✓ Sensibilidad hacia los ruidos y/o al tacto
- ✓ Quejas físicas sin aparente explicación
- ✓ Poca conciencia física o emocional, dificultad para describir emociones
- ✓ Trastorno de la atención y/o de la conducta
- ✓ Agresividad y oposición
- ✓ Hipervigilancia
- ✓ Toma de riesgos
- ✓ Conductas de autolesión

  Percepción personal como dañado/a, indefenso/a, vulnerable
- ✓ Preocupación por el cuidador o la cuidadora
- ✓ Desconfianza extrema del cuidador o la cuidadora
- ✓ Falta de empatía

Los adultos que atienden y cuidan a los niños y niñas que han sufrido una experiencia traumática, sin entender bien de qué se trata, pueden utilizar un lenguaje que los culpabiliza y a través del cual internalizan etiquetas negativas. Algunos ejemplos serían los siguientes:

Lenguaje cargado negativamente	**Lenguaje preferible**
Irrespetuoso/a; maleducado/a	*Angustiado/a; asustado/a; frustrado/a*
Agresivo/a	*Angustiado/a; con miedo; sobre-estimulado/a*
Desafiante	*Con miedo; ansioso/a; bloqueado/a; busca control; comprueba la relación*
Toma de riesgos	*Busca pertenencia; con miedo a la soledad; autoprotección; comprueba los límites*

- **Herramientas e instrumentos para trabajar la salud emocional (regulación emocional)**

Las herramientas dirigidas a facilitar la expresión y regulación de emociones constituyen un conjunto de estrategias orientadas a promover la identificación, comprensión y gestión adecuada del mundo emocional, tanto a nivel individual como relacional. Estas intervenciones buscan favorecer que las personas puedan reconocer y nombrar sus emociones, expresarlas de forma adaptativa y desarrollar recursos para modular su intensidad, evitando respuestas impulsivas o desbordamientos. Su aplicación resulta especialmente relevante en contextos familiares, ya que contribuye a mejorar la calidad de las interacciones, fortalecer los vínculos y prevenir conflictos derivados de dificultades en la gestión emocional.

Rueda de las emociones

La rueda de las emociones puede usarse para trabajar la identificación emocional con niños/as, adolescentes y adultos. Sobre las emociones básicas, ayuda a definir y concretar la emoción sentida. Un ejemplo de esta rueda sería el siguiente:

https://almaserra.com/rueda-de-las-emociones/

Otra opción de herramienta para facilitar la identificación emocional y promover la asociación de estados corporales a estas emociones puede ser el *mapa de las emociones*, que invita a los miembros de la familia a situar las reacciones emocionales en un mapa corporal. Igualmente, también se puede hacer una representación de las emociones haciendo uso de la metáfora del clima (nublado – enfado/tristeza; sol – feliz, etc.), de tal forma que conozcan en qué clave emocional se encuentran sin necesidad de nombrar la emoción.

Dado familiar de las emociones

El dado familiar de las emociones es una herramienta de carácter simbólico y lúdico que puede elaborarse a partir de una plantilla en papel (forma de dado). En cada una de sus caras se incorporan elementos vinculados a la autoimagen de los miembros del sistema familiar,

incluyendo tanto aspectos que les resultan satisfactorios de sí mismos como aquellos que generan malestar o rechazo.

Esta dinámica promueve la expresión de emociones en un entorno compartido, favoreciendo la apertura y el reconocimiento mutuo entre los integrantes de la familia. Además, contribuye al desarrollo de una personalidad más integrada, al facilitar la aceptación de distintas dimensiones, tanto positivas como negativas, promoviendo así una visión más compleja, realista y equilibrada de uno mismo dentro del sistema relacional.

Ejercicios de regulación emocional

La emoción es un sistema regulador que controla la acción relacional. Para trabajar con las emociones, partiendo de cualquier experiencia, es importante centrar a las personas en el *aquí y ahora* y poner el foco en el cuerpo. Algunas técnicas útiles para explorar, identificar, reestructurar y regular las emociones son las siguientes (Pubill, 2022):

Trabajo con la ira	• Externalización de las emociones relacionadas con experiencias de ofensa o agravio (dibujos, trabajos manuales, cartas…) • Esculturas (foco en lo que siente en cada posición) • Enraizamiento (sentir el peso del cuerpo sobre la planta de los pies)
Trabajo con la tristeza	• Externalización de la tristeza • Focalización en sensaciones corporales • Silla vacía (diálogo desde la emoción)
Trabajo con el miedo	• Externalización del miedo • Focalización en sensaciones corporales • Expresión de emociones mediante la visualización de la persona en un lugar tranquilo y amable
Trabajo con la vergüenza	• Externalización de la vergüenza • Focalización en sensaciones corporales • Empoderamiento

Referencias

Abidin R. R. (1995). *Parenting Stress Index (3ª ed.)*. Psychological Assessment Resources Inc.

AEP: Asociación Española de Pediatría (2022). *Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia. La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental de los menores.* Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf

Allen, J. G., & Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky & L. W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (pp. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc..

Bandura, A. (1984). *Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa Calpe.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.

Beebe, B., Messinger, D., Bahrick, L. E., Margolis, A., Buck, K. A., & Chen, H. (2016). A systems view of mother–infant face-to-face communication. *Developmental Psychology*, *52*(4), 556–571.

Benito-Gómez, M., Carrera, P., Zablah, F., Roben, C., & Dozier, M. (2022). Promoting parental sensitivity with an evidence-based early Intervention. *Papeles del Psicólogo*, *43*(3), 110-116.

Berger, K. S. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia*. Médica Panamericana.

Bermejo, J. C. (2009). Hacia una salud holística. *Ética, humanismo y sociedad*, *2*(2), 115-116.

Bernedo, I. M., González-Pasarín, L., Salas, M. y Fuentes, M. J. (2020). *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar. Programa de formación psicoeducativo para mejorar las visitas que los menores acogidos mantienen con sus familias biológicas*. Grupo de Investigación sobre Acogimiento Familiar. Universidad de Málaga.

Bertalanffy, K. L. (1968). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones.* Fondo de Cultura Económica (FCE).

Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. En A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 463–509). American Psychiatric Publishing, Inc..

Boland, K. (2019). Ethical considerations for providing in-home mental health services for homebound individuals. *Ethics and Behavior*, *29*(4), 287-304.

Brodzinsky, D., Gunnar, M., & Palacios, J. (2022). Adoption and trauma: Risks, recovery, and the lived experience of Adoption. *Child Abuse and Neglect*, *130*(Pt 2), 1-23.

Brodzinsky, D., & Palacios, J. (2023). *The adopted child.* Cambridge University Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. En W. Damon (Ed.) y R.M. Lerner (Ed. Vol.), *Handbook of Child Psychology* (Vol. 1, pp. 993-1028). Wiley.

Camí, A., Baldero, A., López, A., Vicente, A., Sugranyes, B., Bosch, C., Roig, C., Gómez, E., Camí, E., De Luis Suárez de Deza, I., Loyo, J., March, L., Pulgar, L., Montoya, M., Gómez, M., Planells, M. y Camps, N. (2019). *La Terapia Familiar Socioeducativa. Un modelo de terapia sistémica.* Editorial Eleftheria.

Camps, N., Loyo, J., & Trujillo, H. (2017). *El genograma familiar trigeneracional*. EDUVIC Escola Itinere.

Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, *37*, 443-448.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* The Guildford Press.

Coleman, M., Ganong, L., & Leon, K. (2006). Divorce and postdivorce relationships. En A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 157–173). Cambridge University Press.

Cyrulnik, B., Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Coord.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-28). Gedisa.

Díaz, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. *Cipra. Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*

Dozier, M., & Bernard, K. (2019). *Coaching parents of vulnerable infants: The attachment and biobehavioral catch-up approach.* The Guilford Press.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universitat de Barcelona.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *48*(3–4), 329–354.

Fierro, S., & Salcedo, E. (2003). La consulta en domicilio con fines terapéuticos: una opción de intervención e investigación con grupos familiares. *Revista de Trabajo Social*, *5*, 150-160.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, *64*, 59-66.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Fowles, T. R, Masse, J. J., McGoron, L., Beveridge, R. M., Williamson, A. A., Smith, M. A., & Parrish, B. P. (2018). Home-based vs. Clinic-based Parent–Child Interaction Therapy: comparative effectiveness in the context of dissemination and implementation. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(4), 1115-1129.

Fraser, D. (2014). *Therapeutic application of the Marshack Interaction Method (MIM): an interpretative phenomenological analysis of parents experiences and reflections (Tesis doctoral)*. Universidad de Glasgow. Recuperada de http://theses.gla.ac.uk/5635/

Frosch, C. A., Schoppe-Sulivan, S. J., & O'Banion, D. (2021). Parenting and child development: A relational health perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *15*(1), 45-49.

Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: do observational findings reflect the natural behavior of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3*(3), 185–198.

Glebova, T., Foster, S. L., Cunningham, P. B., Brennan, P. A., & Whitmore, E. (2012). Examining therapist comfort in delivering family therapy in home and community settings: Development and evaluation of the Therapist Comfort Scale. *Psychotherapy*, *49*(1), 52-61.

Girón, S. (2022). *Técnicas Psicodramáticas en Terapia Familiar*. Escuela Caleidoscopio. [Material no publicado].

Gómez, E., & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: Un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, *19*(2), 103-132.

González, M. (2023). Diversidad familiar, legitimidad social, cuidados y bienestar. En I. Jaramillo I. y T. Garzón (Comp.), *Nuevas familias, nuevos cuidados. Cómo redistribuir el cuidado dentro y fuera de los hogares en el siglo XXI* (pp. 23-52). Siglo XXI Editores.

González-Calvo, V. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 61, 63-86.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–6.

Guijarro, B., Sagarna, G., & Castro, J. (2017). La terapia de juego para el fortalecimiento del vínculo a través de técnicas de theraplay: intervención en un caso clínico. *Revista Clínica Contemporánea*, *8*(2), 1-12.

Gunnar, M. R., & Cheatham, C. L. (2003). Brain and behavior interface: Stress and the developing brain. *Infant Mental Health Journal*, *24*(3), 195–211.

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.

Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.

Hertlein, K. (2012). Digital dwelling: Technology in couple and family relationships. *Family Relations*, *61*(3), 347-387.

Hillman, S., Cross, R., & Anderson, K. (2020). Exploring attachment and internal representations in looked-after children. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1-10.

Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(6), 1017–1026.

Jiménez, L. (2009). *Crecer en contextos familiares en riesgo psicosocial análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia.* [Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla].

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, *18*(2), 167–175.

Konca, A. (2022). Digital technology usage of young children: screen time and families. *Early Childhood Education Journal*, *50*(7), 1097-1108.

Kohlberg, L. (1984). *The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages*. Harper & Row.

León, E., Gallardo, A. I., Molano, N., & Jiménez-Morago, J. M. (2021). *Familias colaboradoras: Un estudio sobre familias, infancia y adolescencia tutelada y procesos en la colaboración.* Granada: Observatorio de la Infancia en Andalucía. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía.

Loyo, J., & Trujillo (2017). *Análisis del contexto de intervención profesional*. EDUVIC Escola Itinere.

LeCroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitations: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglec*t, *29*(9), 1003-1013.

Marschak, M. (1960). A Method for Evaluating Child-Parent Interaction under Controled Conditions. *The Journal of Genetic Psychology 97(1)*, 3-22.

Midori, H. (2022). *El cerebro transparente en la terapia familiar y de pareja. Integraciones conscientes con la neurociencia.* Desclée De Bouwer.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Muelas, A. (2021). La influencia futura de la pandemia desde el plano psicológico en los adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(2), 307-314.

Musarra, A. (2017). *La familia mixta. Influencia socioeducativa.* Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. Recuperado de: https://dehesa.unex.es:8443/bitstream/10662/6144/1/TDUEX_2017_Musarra.pdf

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). *FACES IV & The Circumplex Model*. Life Innovations.

Organización Mundial de la Salud (2004). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Recuperado de: https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref

Organización Mundial de la Salud (2020). *Substantial investment needed to avert mental health crisis*. Recuperado de: https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis

Palacios, J. (2009). La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del psicólogo*, *30*(1), 53-62.

Palacios, J., Oliva, A., Moreno, M. C., González, M. M., Hidalgo, V., Jiménez, J., Antolín, L., Jiménez, L., López, F., Román, M., Estévez, R., Mena, A., Ortega, M., & Pascual, D. (2014). *Proyecto Apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Parte 1*. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.

Paricio del Castillo, R., & Pando, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, 37*(2), 30-44.

Piaget, J. (2000). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Crítica.

Proyecto HEDERA (2025). *HEDERA Terapia familiar en el domicilio. Informe final de resultados*. [Manuscrito no publicado].

Pubill, M. J. (2022). *La intervención emocional en familias*. [Presentación oral no publicada].

Raby, K., & Dozier, M. (2019). Attachment across the lifespan: insights from adoptive families. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 81-85.

Requena, F., & Ayuso, L. (2022). *La gestión de la intimidad en la sociedad digital. Parejas y rupturas en la España actual*. Fundación BBVA.

Robles-Sánchez, I. J. (2021). Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar, 77*(2), 69-72.

Rodrigo, M. J. (2010). Promoting positive parenting in Europe: New challenges for the European society for developmental psychology. *European Journal of Developmental Psychology*, *7*(3), 281-294.

Rodrigo, M. J. (2015). Preservación familiar y parentalidad positiva: dos enfoques en convergencia. *Revista de Treball Social de Catalunya, 204*, 36-47.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín-Quintana, J. C. (2010). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. FEMP.

Rodríguez-Testal, J. F. (2024). *Estilos de interacción durante las sesiones*. Universidad de Sevilla [No publicado].

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conduct of the session. *Family Process*, *19*(1), 7-19.

Sen, K., Prybutok, G., & Pry (2022). The use of digital technology for social wellbeing reduces social isolation in older adults: A systematic review. *SSM - Population Health*, *17*, 1-9.

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1-2), 67-94.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are.* The Guildford Press.

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, *89*, 531-542.

Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.

Vygotsky, L. S. (1981). *Pensamiento y lenguaje*. La Plèyade.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Tiempo Contemporáneo.

West, D., Vanderfaeillie, J., Van Hove, L., Gypen, L., & Van Holen, F. (2020). Attachment in family foster care: Literature review of associated characteristics. *Developmental Child Welfare*, *2*(2), 132-150.

Willis, D. W., & Eddy, J. M. (2022). Early relational health: Innovations in child health for promotion, screening, and research. *Infant Mental Health Journal*, *43*(3), 361-372.

Woods, L. J. (1988). Home-Based Family Therapy. *Social Work, 33*(3), 211-214.

Anexos

Anexo I: Ficha de contacto

Número de identificación de la familia/apellidos:
1- Persona de la familia que participa en la llamada: 2- Fecha, día, hora: 3- Derivante (si corresponde): **4- Motivo de consulta:** 5- Miembros del núcleo de convivencia (Nombre, edad, ocupación, fecha matrimonio de los padres): 6- Hijos/as (Nombre, edad, ocupación, estado civil): 7- Otros miembros de la casa (Nombre, edad, relación de parentesco): 8- Composición de las familias extensas (paterna y materna): 9- Domicilio: 10- Teléfono/email de contacto: 11- Fecha y hora acordadas para la primera entrevista: 12- Miembros adultos convocados para la primera entrevista: 13- Impresiones del/la terapeuta tras la llamada:

Anexo II: Entrevista inicial

Número de identificación de la familia/apellidos:
1. Fecha y lugar de realización: 2. Asistentes: 3. Motivo de consulta: 4. Soluciones intentadas: *¿Qué ha hecho la familia hasta la fecha para tratar de solucionar el problema? ¿Tienen experiencia con intervenciones similares?* 5. Relación con otros profesionales: *¿Qué otros profesionales atienden o han atendido a la familia? ¿Cómo ha vivido la familia la experiencia?* 6. Objetivos de la familia: *¿Qué espera la familia de la intervención terapéutica? ¿Cómo creen que podría beneficiarles una intervención en el domicilio?* 7. Actitud de cada miembro en la sesión: *Dificultades detectadas durante la entrevista; necesidades expresadas por cada miembro; recursos percibidos…* 8. Organización de la intervención en el domicilio: *¿En qué espacio podría recibir al/a la terapeuta? ¿Qué horarios prefieren?* 9. Fecha de primera visita en el domicilio: *Aclarar con la familia el material y mobiliario que necesitaría el/la terapeuta.* 10. Miembros convocados para la primera visita en el domicilio:

Anexo III: Plantilla de la ruta de proceso (ejemplo adaptado a 10 sesiones)

Número de sesión	Actuación	Realizada (Sí/No)	Fecha
	Coordinación con profesional referente (si procede)		
	Elaboración del expediente físico o virtual: carpeta y documentación		
	Contacto inicial con la familia		
1	**Entrevista inicial**		
2	**Diagnóstico relacional en el domicilio**		
3			
4			
5	**Evaluación intermedia con la familia (seguimiento de objetivos)**		
6			
7			
8			
9			
10	**Sesión de cierre y evaluación final con la familia (logro de objetivos)**		
	Evaluación final con profesional referente (si procede)		
	Cierre de proceso		

Anexo IV: Diagnóstico relacional

Aspecto relacional		Sí/no	Observaciones
1. ORGANIZACIÓN	Nuclear		
	Monoparental		
	Progenitores separados		
	Ensamblada o combinada		
	Intergeneracional		
	Adoptiva, acogedora, colaboradora		
	Otros		
2. MODELO DE INTERACCIÓN Tipo de familia	Hiperprotector		
	Democrático		
	Permisivo		
	Sacrificante		
	Intermitente		
	Delegante		
	Autoritario		
3. ROLES Y FUNCIONES	Definidos		
	Confusos		
4. LÍMITES	Claros		
	Difusos		
	Rígidos-cerrados		
5. REGLAS	Explícitas		
	Implícitas		

	Secretas		
6. ESTILO RELACIONAL	Equilibrada		
	Aglutinada		
	Desligada		
7. MITOS	Armonía		
	Expiación		
	Rescate		
8. DELEGACIONES	Conflicto misiones incompatibles		
	Conflicto de lealtades		
	Conflicto valores familiares y sociales		
	Parentalización		
	Registro de méritos		
9. TRIANGULACIONES	Simple		
	Perversa		
	Atacante		
	Asistencial		
10. ETAPA DEL CICLO VITAL	La formación de la pareja		
	El nacimiento de los hijos/as		
	La familia con niños y niñas en edad preescolar		
	La familia con niños y niñas en edad escolar		
	La familia con adolescentes		
	La independización de los		

	hijos/as		
	La familia en edad avanzada		

Anexo V: Indicadores de riesgo

Familia	Presencia (Nada, Poco, Mucho)	Niño/a(s)-adolescente(s)	Presencia (Nada, Poco, Mucho)
Dificultades en las relaciones familiares y/o de pareja que afecten a los hijos e hijas		Dificultades conductuales	
Conflictos entre padre, madre e hijo/a(s)		Dificultades socioemocionales	
Separación conflictiva		Dificultades intelectuales	
Familia monoparental sin soporte social		Dificultades de adaptación a la escuela/instituto	
Familia combinada con dificultades relacionales		Dificultades en la asunción de normas	
Problemas económicos, laborales y/o de vivienda		Situaciones de duelo no elaborado	
Enfermedad física en el padre y/o la madre		Proceso migratorio no elaborado	
Trastorno mental en el padre y/o la madre		Conductas transgresoras	
Discapacidad en el padre y/o la madre		Absentismo escolar	
Persona dependiente en el núcleo familiar		Trastornos alimentarios	
Drogadicciones y/u otras dependencias		Trastornos del lenguaje	
Adultos sobrecargados de responsabilidades		Trastornos del sueño	
Situaciones de duelo no elaborado		Ausencia de hábitos	

Procesos migratorios		**Discapacidad física**	
Dificultades de conciliación de la vida familiar y laboral		**Discapacidad intelectual**	
Situación de crisis familiar (por ciclo vital o factores estresantes)		**Discapacidad sensorial**	
Dificultades en el establecimiento de los roles y la jerarquía familiar		**Discapacidad orgánica**	
Dificultades en las funciones parentales normativas y/o afectivas		**Vinculación a grupos de riesgo**	
Desinterés de los padres y madres en el proceso evolutivo y educativo de los hijos/as		**Otros:**	
Otros:			

Anexo VI: Indicadores de protección

Indicador	Presencia (Nada, Poco, Mucho)	Observaciones
Apoyo social existente *La presencia de una red de apoyo sólida, como familiares, amigos/as o miembros de la comunidad que proporcionan apoyo emocional, práctico o de otro tipo.*		
Compromiso de las personas cuidadoras *Un nivel de compromiso y motivación por parte de los padres, madres u otras personas cuidadoras para mejorar las dinámicas familiares y la capacidad parental. Esto puede manifestarse como una disposición para aprender y aplicar nuevas estrategias de crianza.*		
Relaciones positivas dentro de la familia *Evidencia de relaciones afectuosas y positivas entre algunos o todos los miembros de la familia, a pesar de los desafíos.*		
Habilidades de comunicación básicas *Aunque la comunicación entre los miembros de la familia pueda necesitar mejoría, la existencia de ciertas habilidades de comunicación básicas puede ser un buen punto de partida.*		
Estructura y rutinas familiares *La presencia de alguna estructura y rutinas en la vida familiar, como horarios de comida regulares, rutinas de sueño, o actividades familiares regulares.*		
Resiliencia individual y familiar *Señales de resiliencia en uno o más miembros de la familia, como la capacidad de adaptarse a cambios o recuperarse de contratiempos.*		
Involucración en la comunidad o en la escuela *Participación activa en actividades comunitarias o escolares, lo cual puede proporcionar estructura adicional y apoyo social.*		
Intereses y habilidades de los niños, niñas y adolescentes *Los talentos, intereses o hobbies de los niños, niñas y adolescentes que puedan ser apoyados y fomentados, proporcionando un enfoque positivo para la interacción familiar.*		
Conciencia de problemas y deseo de cambio *Reconocimiento por parte de la familia de los problemas existentes y el deseo de trabajar en ellos, lo que puede ser un poderoso motivador para el cambio.*		
Recursos económicos y de vivienda estables *Aunque no es un requisito, la estabilidad en términos de vivienda y finanzas puede aliviar el estrés y permitir que la familia se concentre más en la intervención.*		
Salud mental y física generalmente buena *Aunque pueden existir problemas específicos, una salud generalmente buena en los miembros de la familia es un*		

factor de protección.		
Buena experiencia con otros profesionales *La familia ha tenido buena experiencia en la relación con otros y otras profesionales en el pasado o la tienen en el presente, lo que puede facilitar la confianza en el apoyo profesional y la alianza terapéutica.*		

Anexo VII: Ficha inicial objetivos

Objetivos del proceso terapéutico

1.1. Objetivo 1:

1.2. Objetivo 2:

1.3. Objetivo 3:

1.4. Objetivo 4:

Valoración de los objetivos establecidos en el proceso terapéutico

Objetivos	Evaluación intermedia (fecha:)	Logro[1]	Evaluación final (fecha:)	Logro[1]
1		4.1.1.		4.1.2.
2		4.2.1.		4.2.2.
3		4.3.1.		4.3.2.
4		4.4.1.		4.4.2.

[1]Logro – el nivel de cumplimiento de los objetivos se hace en escala del 0 al 5:

0 = Nada, 1 = Muy poco, 2 = Poco, 3 = Satisfactorio, 4 = Muy satisfactorio, 5 = Conseguido

Anexo VIII: Observación en el domicilio

	Indicador	Presencia (Nada, Poco, Mucho)	Observaciones
Estado de la vivienda	Si hay niños/as menores de 6 años, se observan juguetes		
	La vivienda parece segura		
	El entorno exterior de la vivienda dispone de un espacio seguro para el juego infantil		
	El interior de la vivienda es luminoso y cuenta con luz natural		
	El vecindario es agradable y seguro		
	Las habitaciones cuentan con mobiliario y son relativamente espaciosas		
	La casa está razonablemente limpia y ordenada		
Relaciones sociales y de ocio de la familia	Los adultos participan en la vida de su barrio		
	Los adultos tienen amistades con las que comparten tiempo de ocio		
	Las personas menores de edad participan en la vida de su barrio		
	Las personas menores de edad tienen amistades con las que comparten tiempo de ocio		
	La familia realiza actividades de ocio juntos		

ISBN: 978-606-8927-82-4

Este material ha sido elaborado en el marco del Proyecto HEDERA, 2023-1-ES01-KA220-VET-000164938, cofinanciado por la Unión Europea. El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de los autores, y la Agencia Nacional y la Comisión Europea no son responsables del uso que se haga de la información contenida.

Fecha: Mayo de 2026