

Anuario de Psicología
2012, vol. 42, nº 2, 259-272
© 2012, Facultat de Psicologia
Universitat de Barcelona

Terapia familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos

Encarnación Muñoz

Alicia Canales

Arturo Bados

Carmina Saldaña

Unitat de Terapia de Conducta (Universitat de Barcelona)

Se presenta el caso de una familia de cuatro miembros en la cual, a partir de un ictus sufrido por la madre tres años atrás, se produjo un cambio de roles y la aparición de conflictos familiares. Tras la evaluación, la familia aceptó que los problemas no eran solo de la madre, sino que implicaban una dinámica familiar disfuncional. La terapia fue aplicada a lo largo de 24 sesiones y algunos breves contactos individuales paralelos, e incluyó fomento de la empatía, entrenamiento en habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas, reestructuración cognitiva y potenciación del afecto positivo y de actividades agradables conjuntas. Según la familia y las terapeutas, se consiguieron en gran medida los objetivos propuestos, lo cual vino reforzado por diversos cuestionarios. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento a los 10 meses. Los buenos resultados podrían ser explicados por la gran motivación de la familia para el cambio, la buena relación terapéutica y la aplicación de técnicas con apoyo empírico.

Palabras clave: terapia familiar cognitivo-conductual, estudio de caso, empatía.

Cognitive-behavioral family therapy with four adults

The case of a family of four members is presented. Starting from a stroke suffered by the mother three years ago, there was a change of roles and the emergence of family conflicts. After assessment, the family agreed that the problems were not just something of the mother, but involved a dysfunctional family dynamics. The therapy was applied over 24 sessions plus some parallel individual brief contacts, and included development of empathy, skills training

in communication, negotiation and problem solving, cognitive restructuring, and enhancement of positive affect and pleasurable activities. According to the family and therapists, the proposed objectives were largely achieved, and this was endorsed by several questionnaires. The improvements were maintained at 10-months follow-up. Good results could be explained by the large family motivation for change, good therapeutic relationship and the application of empirically supported techniques.

Keywords: *Cognitive-behavioral family therapy, case-study, empathy.*

Introducción

Desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual, existe una influencia recíproca entre lo que uno piensa, siente y hace y entre estos elementos y las variables contextuales o ambientales en las que suceden. Dentro de la terapia familiar cognitivo-conductual (TFCC), se considera que el comportamiento en respuesta al comportamiento de otros miembros de la familia está influido por las creencias sobre uno mismo y por las creencias sobre cómo debe ser y comportarse la familia. Estas creencias influyen en la información que cada miembro atiende, percibe, almacena y recupera, en las atribuciones, interpretaciones y valoraciones que hace de los comportamientos de los otros miembros y en las expectativas que tiene sobre dichos comportamientos (Dattilio, 2005). En todo este proceso, aparecen sesgos cognitivos y reacciones emocionales que, en el caso de las creencias disfuncionales o de las creencias que entran en conflicto con las de otros miembros de la familia, contribuyen al surgimiento y mantenimiento de situaciones conflictivas y patrones desadaptativos de comportamiento. Finalmente, cómo se responde al comportamiento de los otros, afecta a que persista o no dicho comportamiento por mediación de las cogniciones, emociones y conductas de los miembros implicados.

En consonancia con este modelo, la TFCC busca cambiar las creencias disfuncionales y los patrones desadaptativos de comportamiento. Para ello, utiliza técnicas como la reestructuración cognitiva, los experimentos conductuales, el fomento de la empatía, el entrenamiento en habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas, y la potenciación del afecto positivo y de actividades agradables conjuntas (Dattilio, 2005).

La TFCC se ha aplicado especialmente en familias con hijos menores de edad y se ha mostrado eficaz en problemas como los trastornos de ansiedad (Rapee, Schniering y Hudson, 2009) y los trastornos de tipo opositorista, agresivo y anti-social (Kazdin, 1997) en niños, la anorexia nerviosa en niños y adolescentes (Lock y Fitzpatrick, 2007) y el abuso de sustancias en adolescentes (Waldron y Turner, 2008). En niños y/o adolescentes, la TFCC ha sido también eficaz para mejorar el ajuste en casos de abuso sexual infantil y el cumplimiento del régimen para la diabetes y para reducir el riesgo de maltrato físico infantil, el rechazo escolar y la

obesidad (Carr, 2009a). En el caso de los adultos, la TFCC, en combinación con psicofármacos, se ha mostrado eficaz para la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Falloon, 2003; NICE, 2009). Los datos son algo menos convincentes para el abuso de sustancias y el trastorno obsesivo-compulsivo (Carr, 2009b; Falloon, 2003).

Dejando a un lado la terapia de pareja, en España prácticamente no se han publicado estudios sobre la aplicación de la TFCC en adultos. Así pues, el propósito de este artículo es describir la TFCC aplicada con una familia de cuatro personas adultas. Como ha señalado Dattilio (2006), la publicación de casos puede ser especialmente útil para los terapeutas de familia, tanto para el desarrollo de una base de conocimientos como para ejemplificar principios que de otra manera pueden ser muy abstractos.

Datos identificativos de la familia

La familia estaba constituida por el padre (58 años, en activo), la madre (56 años, ama de casa) y una hija y un hijo, de 21 y 20 años respectivamente; la primera estudiaba y el segundo trabajaba. Inicialmente, acudieron por propia iniciativa el padre y la hija para consultar por una serie de conductas problemáticas en la madre, tales como acostarse casi al amanecer, abandono de las tareas de la casa y de las relaciones sociales, ver mucho la televisión y consumo excesivo de tabaco y alcohol. Estas conductas habían aparecido tras el padecimiento de un ictus cerebral 3 años atrás y habían deteriorado mucho la vida familiar. Se realizaron dos entrevistas con el padre y la hija en las que se exploraron estos problemas, las variables que influían en los mismos y la dinámica familiar. A partir de la información obtenida, la cual se presenta más abajo junto con la proporcionada por toda la familia, se hipotetizó que las creencias, reacciones y déficits de la familia jugaban un papel fundamental en el mantenimiento de los problemas de la madre, por lo que se consideró oportuna una terapia familiar en vez de individual. Al mismo tiempo, la exploración neuropsicológica de la madre estuvo dentro de la normalidad según los informes correspondientes y la información proporcionada por la neuróloga, por lo que estimamos que los problemas considerados no eran una consecuencia directa del ictus. Se hizo una devolución de esta información al padre y a la hija para justificarles la necesidad de abordar los problemas desde una perspectiva familiar. Una vez aceptado esto, se les pidió que solicitaran a la madre y al hijo su participación para completar la evaluación y resolver de forma conjunta los problemas expuestos.

Proceso de evaluación

Aceptada la terapia familiar por parte de todos los miembros, se realizaron dos entrevistas a toda la familia. En estas se exploraron los problemas motivo de

consulta, el estado de ánimo de la madre, las variables que influían en estos problemas (por ejemplo, creencias sobre cómo debe ser y comportarse la familia, reacciones a los comportamientos de los otros, patrones de comunicación), los subsistemas, reglas y posibles coaliciones existentes dentro de la estructura y relaciones familiares, la historia de la dinámica familiar y de los problemas considerados, los tratamientos previos y actuales, la motivación para el tratamiento y los objetivos recursos y limitaciones de los miembros de la familia. Como complemento a esta evaluación, cada miembro contestó los siguientes cuestionarios en casa, para ahorrar tiempo de terapia:

– *Escala de Clima Social en la Familia* (FES; Moos, Moos y Trickett, 1974/1984). Evalúa las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en esta y su estructura básica. Está formada por 90 ítems, valorados verdadero o falso y agrupados en la 10 subescalas que pueden verse en la tabla 1 (ver más abajo).

– *Escala de Interferencia* (EI; basada en Echeburúa, de Corral y Fernández-Montalvo, 2000). La persona valora de 0 a 8 la interferencia producida por sus problemas en su vida en general y la interferencia en 9 áreas específicas: trabajo/estudios, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre pasado con otros, tiempo libre pasado solo, economía y salud.

– *Índice Multicultural de Calidad de Vida* (MQLI; Mezzich *et al.*, 2000). Evalúa 9 dimensiones de la calidad de vida: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual; además, incluye una percepción global de la calidad de vida. Cada uno de los 10 ítems es evaluado de 1 (*malo*) a 10 (*excelente*).

Además, dado el bajo estado anímico de la madre, se le pasaron el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996/2011) y las *Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995; versión española de Bados, Solanas y Andrés, 2005). El primero mide la gravedad del estado de ánimo deprimido durante las dos últimas semanas a través de 21 ítems valorados de 0 a 3. En el segundo la persona valora la intensidad/frecuencia con que ha experimentado 21 respuestas emocionales negativas durante la semana anterior. Las respuestas se agrupan en las tres escalas de 7 ítems cada una que dan nombre al instrumento.

Finalmente, en el postratamiento se administró la *Escala de Valoración* para valorar de 0 (*muchísimo peor*) a 8 (*muchísimo mejor*) la mejora conseguida en los problemas tratados; y de 0 (*el problema ya no existe, no me perturba ni me afecta*) a 8 (*es grave, me perturba o incapacita muchísimo*) la gravedad de los mismos. Esta escala es una adaptación propia de la *Escala de Impresión Clínica Glo-*

bal de Guy (1976) en la que en vez de hablar de enfermedad, se especifican claramente los problemas abordados en la terapia. Es utilizada en la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona desde el año 2005.

Análisis del problema

Según las informaciones proporcionadas por los miembros de la familia en las entrevistas, estos realizaban pocas actividades agradables conjuntas, expresaban poco afecto positivo y hacían hincapié en la corrección de conductas erróneas en lugar de reconocer las adecuadas, tanto antes como después del ictus. Además, los progenitores, muy especialmente el padre, desempeñaban un rol educativo autoritario y controlaban excesivamente a los hijos. Estos habían mantenido un rol sumiso, dejando todas las responsabilidades familiares a los padres hasta la ocurrencia del ictus. Tras este, la madre pasó a ser una persona dependiente durante el primer año y el peso de las responsabilidades domésticas recayó sobre la hija. Asimismo, pese a la recuperación de la mayoría de las secuelas físicas, el estado anímico de la madre empeoró, lo cual contribuyó también a que no volviera a desempeñar su rol anterior. Esto era interpretado negativamente por el resto de la familia («podría hacer más cosas de las que hace», «no tiene fuerza de voluntad») y suscitaba sentimientos de rechazo hacia la madre. Como resultado, la madre era permanentemente presionada y recriminada, al tiempo que no se reforzaban sus pequeños logros y había pocas muestras de afecto positivo hacia ella.

Ante esta situación, la madre pensaba que todos estaban contra ella y se sentía rechazada y poco querida, mientras que, por otro lado, se culpabilizaba de la situación familiar. Todo esto contribuía a acentuar su bajo estado de ánimo. Como consecuencia, quedaba reforzado el rol pasivo de la madre y esta buscaba válvulas de escape (picar, fumar y beber alcohol excesivamente), reducía drásticamente el contacto con la familia y los amigos y mostraba un bajo deseo sexual, todo lo cual era fuente de discusiones conyugales. Este estado de cosas volvía a favorecer las interpretaciones y emociones negativas del resto de la familia e incluso las agravaba, ya que el fumar y beber excesivamente podían favorecer un nuevo ictus. Se cerraba así un círculo, al cual contribuían también los déficits que presentaban todos los miembros en habilidades de escucha, empatía, comunicación y resolución de problemas.

Otros aspectos importantes fueron los siguientes. Antes del ictus, los padres no hacían actividades de pareja, ni tenían conversaciones íntimas ni se mostraban afecto, aunque llevaban una vida social conjunta satisfactoria. Tras el ictus, esta disminuyó drásticamente debido al bajo estado de ánimo de la madre, lo cual, junto a la dejación de las responsabilidades domésticas, deterioró aún más la relación conyugal. Por otra parte, la buena relación comunicativa que madre e hija habían mantenido previamente al ictus se había transformado en enfrentamientos

constantes y en sentimientos de incomprensión y odio de la hija hacia la madre. La hija había aumentado la comunicación con su padre, incluso en temas que, según ella, «una hija hablaría normalmente con su madre», y se había aliado con él en la imposición y exigencia hacia la madre. El hijo era la persona que menos tendía a implicarse en toda la dinámica familiar, ya que prefería evitar las situaciones conflictivas; sin embargo era el que se dirigía a su madre de forma más amable, lo que hacía que esta buscara más su apoyo.

Todos los miembros de la familia, muy especialmente la hija y el padre, consideraban que sus problemas interferían significativamente en la mayor parte de sus áreas vitales. Prueba de ello fueron las puntuaciones disfuncionales obtenidas por todos los miembros en la Escala de Interferencia y en el MQLI (véase la tabla 1, más abajo, para estos y otros cuestionarios).

En consonancia con lo anterior, el clima familiar según la FES resultó problemático o estuvo muy cerca de serlo en la organización-planificación, en el área social-recreativa y en el grado de cohesión y conflicto. Esto fue especialmente así en el caso de la hija. En el polo opuesto, la madre parecía negar o no percibir el deterioro del clima familiar.

Según la DASS-21 y el BDI-II, la sintomatología depresiva de la madre fue extremadamente alta, mientras que en la DASS-21 la puntuación de ansiedad fue normal y la de estrés sobrepasó algo el punto de corte en sentido disfuncional. No se constató ningún riesgo de suicidio. La madre cumplía los criterios de trastorno distímico según criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) y estaba recibiendo tratamiento farmacológico al respecto (30 mg/día de mirtazapina).

Análisis funcional

Un resumen del análisis funcional de los problemas familiares puede verse en la figura 1. Este gráfico fue presentado a la familia y se animó a esta a solicitar las aclaraciones oportunas y a plantear las dudas y objeciones pertinentes. Todos los miembros participaron en este proceso y aunque hubo algunas pequeñas matizaciones por parte del padre y del hijo, el grado de acuerdo en la familia fue casi total. Se buscó que el análisis fuera fácilmente comprensible y que permitiera tomar conciencia de que el problema principal era familiar y no solo de la madre.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos fueron saber expresar lo que uno piensa pero sin herir al otro, aumentar la empatía, aprender a negociar soluciones adecuadas, expresar más afecto positivo, reforzar los logros de los otros miembros y evitar remarcar los aspectos erróneos, ampliar el tiempo de calidad y actividades conjuntas

con cada miembro y con toda la familia, adaptarse al proceso de recuperación de la madre y aceptar, en caso necesario, ciertos comportamientos de esta, tales como fumar y beber. Todo esto implicó la modificación de las creencias que las terapeutas consideraron disfuncionales por contribuir a mantener los problemas familiares. Se pensó que con el logro de estos objetivos, se produciría una mejora sustancial en el estado de ánimo de la madre, dado que este era, al menos en parte, consecuencia de los problemas familiares.

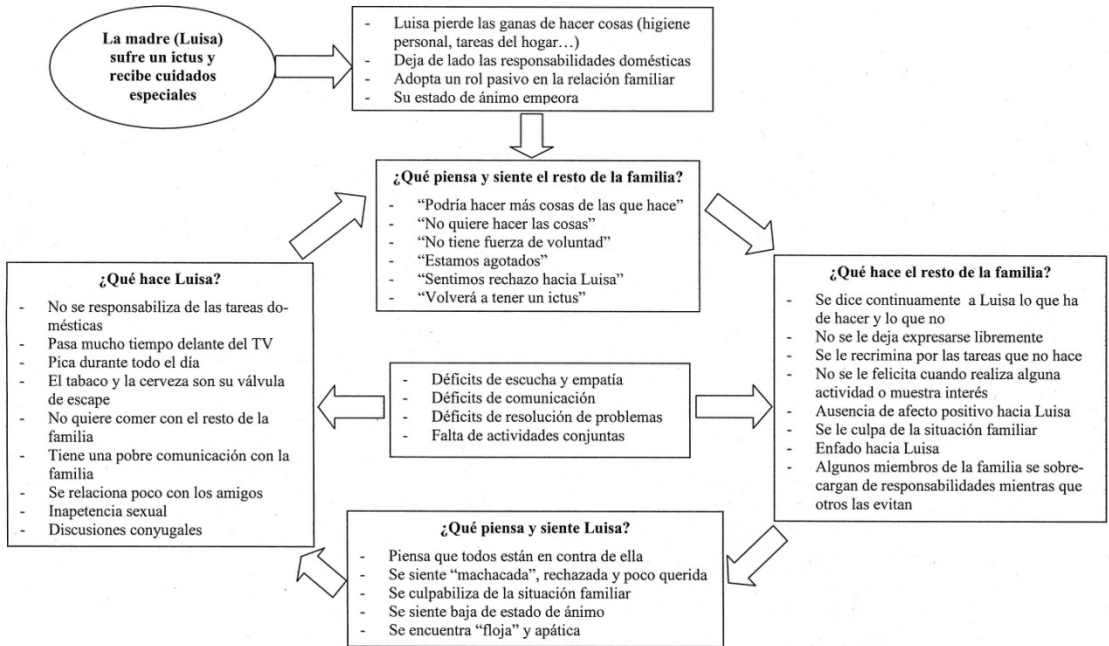


Figura 1. Análisis funcional.

Tratamiento

El tratamiento cognitivo-conductual aplicado se basó en principios y técnicas propuestos por Cáceres (1996), Dattilio (2005) y Feliú y Güell (1992), y que ya han sido mencionados en la introducción. Se realizaron 24 sesiones semanales de tratamiento familiar de 60-90 minutos, las cuales fueron complementadas con algunos breves contactos individuales con cada miembro cuando se consideró necesario seguir trabajando algún aspecto con mayor profundidad. En el caso de la hija y dadas sus intensas dificultades para controlar la ira y el rechazo hacia su madre, se realizaron 14 sesiones paralelas centradas en estos temas. Aunque con-

sideramos necesario haber hecho terapia individual con la madre, dada su falta de conciencia o negación de muchos de sus problemas personales y de los familiares, esto no fue posible, ya que la madre no quiso trabajar ningún problema personal y adujo que ya estaba en tratamiento con un psiquiatra. No fue posible ponerse en contacto con este profesional, a pesar de intentarlo varias veces.

En las dos primeras sesiones se acordó el análisis funcional del problema y los objetivos terapéuticos y se explicó el plan de tratamiento, haciendo un especial énfasis en la importancia de comprender el punto de vista de los otros. Un punto esencial fue ver los problemas como algo propio de toda la familia, en vez de centrarlos solo en la madre. Además, se educó a la familia sobre el problema anímico de la madre y sus consecuencias. En la tercera sesión se comenzó un entrenamiento en comunicación mediante información de las pautas adecuadas, modelado de formas apropiadas e inapropiadas de comunicarse, discusión de las pautas ofrecidas y de las posibles creencias disfuncionales implicadas (por ejemplo, «debería darse cuenta de esto sin necesidad de decírselo»), ensayos conductuales, retroalimentación y práctica en el medio natural. Los ensayos de las situaciones más complicadas fueron grabados en vídeo, visionados por la familia y analizados.

Dentro de la comunicación eficaz se trabajaron principalmente los siguientes aspectos: focalizar la atención en aspectos positivos, ser empático, controlar las inferencias arbitrarias y la sobregeneralización, admitir la propia responsabilidad, no dejar que se acumulen los resentimientos, expresar los propios sentimientos en relación al problema, cambiar ciertas conductas no verbales –por ejemplo, miradas hipercríticas, tono seco–, buscar soluciones a los problemas en vez de entrar en discusiones conflictivas y, caso de producirse estas, parar la interacción, alejarse, reflexionar y no volver a hablar hasta estar preparado. Estos aspectos fueron trabajados de forma jerárquica; además, en las simulaciones se trabajaron situaciones problemáticas graduadas en dificultad, tales como conversar sin recriminarse nada, organizar las tareas domésticas y manejar discusiones entre hermanos.

En la cuarta sesión se empezaron a acordar también actividades familiares y de pareja gratificantes para utilizar como tiempo de calidad durante la semana. Estas, junto con el entrenamiento en habilidades de comunicación y negociación, siguieron a lo largo del tratamiento. En la séptima sesión se empezó un trabajo más a fondo sobre la empatía a partir de conflictos sucedidos durante la semana. El ejercicio se basaba en que un miembro explicaba una situación desde el punto de vista y sentimientos de la otra persona. Esta mostraba acuerdo o desacuerdo y se volvía a intentar en caso necesario.

A partir de la sesión 11 se hizo más hincapié en la reestructuración de pensamientos disfuncionales que dificultaban la empatía y la comunicación. Por ejemplo, «mamá debería dejar de beber totalmente tras lo que le ha pasado», «mi hija debería estudiar más tiempo y salir menos» (a pesar de que sus notas eran buenas), «mi mujer debería salir más con los amigos», «mi hermano no se interesa realmente por mí». En caso necesario, la búsqueda de posibles interpretaciones

alternativas era acompañada por la generación de posibles soluciones que ayudasen a resolver situaciones conflictivas. Durante toda la intervención se enfatizó que la familia mantuviera objetivos realistas en cuanto a la comunicación y funcionamiento familiar.

En la sesión 21, tanto familia como las terapeutas pensaron que la dinámica familiar había mejorado muy significativamente, por lo que se decidió dedicar tres sesiones quincenales a la prevención de recaídas y a la observación del mantenimiento del aprendizaje realizado. La prevención se basó en el recordatorio de lo aprendido, la distinción entre contratiempo y recaída, la identificación de situaciones de riesgo para los contratiempos y de las estrategias disponibles ante los mismos y el planteamiento de posibles conflictos futuros en los que los miembros debían poner en práctica las estrategias aprendidas.

Una vez terminada la terapia, el padre recibió, a petición suya, 20 sesiones de terapia para su actitud autoritaria y de irritabilidad hacia otras personas aparte de su familia cuando no se comportaban como él creía que debían hacerlo.

Resultados

Según la familia y las terapeutas, tras el tratamiento se consiguieron en gran medida los objetivos propuestos, aunque se pensó que era necesario que siguieran trabajando por su cuenta para consolidar los logros obtenidos. Los resultados de las pruebas cuantitativas administradas al final de la terapia corroboraron estas impresiones (véase la tabla 1). En concreto, según las respuestas del padre y el hijo en la FES, hubo una clara mejora de la cohesión y una disminución del conflicto familiar al tiempo que cambios positivos en áreas importantes para la familia: social-recreativa y organización y planificación. Sin embargo, la puntuación del padre en esta última área siguió estando dentro de la disfuncionalidad. Lamentablemente, no disponemos de los datos de la hija al haberse extraviado el cuestionario correspondiente. Los datos de la madre en la FES son también positivos, aunque de validez dudosa debido a la falta de conciencia de muchos de sus problemas. De todos modos, la madre afirmaba que la situación familiar había mejorado.

En consonancia con lo expuesto, la interferencia producida por los problemas en los distintos miembros fue, hablando en general y dependiendo de la medida considerada, de nivel moderado en el pretratamiento y se redujo a un nivel bajo o muy bajo durante el postratamiento. En la Escala de Valoración, todos los miembros pensaron que estaban de *bastante a muchísimo mejor* respecto a los problemas abordados. La madre y el hijo pensaron que estos eran *muy leves y casi no les afectaban*, mientras que el padre y la hija pensaban que estaban entre *leves y moderados y les afectaban algo*. Según las terapeutas, los problemas familiares habían mejorado entre *mucho y muchísimo* (7,6 sobre 8) y la importancia de los mismos era *muy leve* (0,6 sobre 8).

TABLA 1. RESULTADOS OBTENIDOS EN DISTINTOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN.

Medidas	Rango	Punto de corte ^a	Madre		Padre		Hija		Hijo										
			P	PT	S	P	PT	S	P	PT ^b	S ^c	P	PT	S					
DASS-21 Depresión	0-42	> 14	34	2	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
DASS-21 Ansiedad	0-42	> 7	4	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
DASS-21 Estrés	0-42	> 16	20	4	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Inventario de Depresión de Beck	0-63	> 15	36	0	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
Escala de Clima Familiar:																			
Cohesión	0-9	< 4	7	9	9	5	9	9	9	1	--	--	4	4	9	9	9	9	
Expresividad	0-9	< 4	5	7	6	4	5	5	7	5	--	--	4	7	8	8	8	8	
Conflicto	0-9	> 5	1	2	2	2	2	2	2	8	--	--	4	4	5	2	2	2	
Autonomía	0-9	< 4	7	6	4	5	5	6	6	6	--	--	5	5	8	8	8	7	
Actuación cara al éxito	0-9	< 4	7	6	6	8	8	7	4	4	--	--	7	7	7	7	7	7	
Intelectual-cultural	0-9	< 3	5	5	6	3	6	6	6	0	--	--	0	3	6	6	5	5	
Social-recreativo	0-9	< 3	3	6	4	2	4	5	3	3	--	--	2	3	3	3	3	5	
Moralidad-religiosidad	0-9	< 3	4	3	9	2	3	3	3	0	--	--	1	1	1	2	1	1	
Organización y planificación	0-9	< 5	8	8	9	2	4	8	8	2	--	--	1	5	6	6	6	6	
Control (reglas)	0-9	> 6	5	6	6	1	3	3	3	1	--	--	6	3	4	4	4	4	
Índice de Calidad de Vida																			
	0-10	< 6,5	3,8	--	8,9	4,8	--	7,4	5,6	--	--	7,4	6,1	--	7	7	7	7	
Escala de Interferencia:																			
Interferencia media total	0-8	> 2	3,8	0,2	0	5,1	2,2	1,9	4,3	1	1,3	4,1	0,9	0	0	0	0	0	
Interferencia en áreas afectadas	0-8	> 2	4,9	2	0	5,1	2,1	2,1	5,6	1,5	3	4,1	1,6	0	0	0	0	0	
Interferencia global	0-8	> 2	6	0	0	5	1	2	8	2	3	6	2	0	0	0	0	0	
Escala de Valoración:																			
Percepción del cambio	0-8	< 5	--	8	--	--	6,7	--	--	--	7,7	--	--	7,5	--	--	--	--	
Importancia de los problemas	0-8	> 2	--	0,7	--	--	2	--	--	--	2,7	--	--	1,3	--	--	--	--	

Nota: DASS-21 = Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, P = pretratamiento, PT = posttratamiento, S = seguimiento a los 10 meses.

^a Calculado según el criterio *c* de Jacobson y Truax (1991), indica si es más probable que una puntuación pertenezca a la población general que a la disfuncional. En la Escala de Clima Familiar fue calculado según media \pm una desviación típica de la población general en la dirección de la disfuncionalidad. Los puntos de corte de las Escalas de Interferencia y de Valoración fueron establecidos arbitrariamente, ya que no hay datos normativos. Se resaltan en negrita las puntuaciones que sobrepasan el punto de corte en dirección disfuncional.^b Se extrajo la Escala de Clima Familiar del posttratamiento.^c Seguimiento a los 7 meses, ya que la hija se mudó entonces.

También en la tabla 1 puede apreciarse cómo el estado de ánimo de la madre y su nivel de estrés mejoraron muy notablemente. Esto fue confirmado por las observaciones de los otros miembros de la familia, aunque es muy posible que la madre tendiera a idealizar las cosas. Por otra parte, la madre redujo su consumo de tabaco y sustituyó las tres cervezas diarias por cerveza sin alcohol.

En el seguimiento realizado a los 10 meses tras el tratamiento (7 meses en el caso de la hija, por haberse mudado entonces), se constató un mantenimiento o mejora adicional de los resultados conseguidos en la FES, aunque las puntuaciones de la hija en ciertas áreas de interacción familiar siguieron estando dentro de la disfuncionalidad. Las mejoras en la interferencia causada por los problemas también se mantuvieron, aunque con alguna puntuación ligeramente por encima del punto de corte en el caso de la hija y del padre. La calidad de vida de todos los miembros también había mejorado de modo notable en el seguimiento; no hay datos en el postratamiento debido a que se olvidó pasar el MQLI. Sin embargo, la madre había vuelto a fumar un paquete diario de tabaco y a tomar tres cervezas diarias. Ante este estado de cosas, el resto de la familia no mantenía la excesiva presión para el cambio característica del comienzo del tratamiento, pero oscilaba entre la comprensión/aceptación y la petición de cambio.

Discusión

Este caso ejemplifica cómo la TFCC con adultos, centrada en el cambio de las creencias disfuncionales y los patrones desadaptativos de comportamiento, produce cambios benéficos importantes en el funcionamiento familiar. Y estos resultados no se producen solo en el postratamiento, sino que perduran al menos meses después de acabado este. Sin embargo, sería conveniente realizar seguimientos más largos. Los resultados obtenidos van en la línea de los estudios controlados que indican que la terapia familiar en general y la TFCC en particular son eficaces para una diversidad de trastornos y problemas con adultos (Carr, 2009b).

No obstante, la evolución de la madre no fue tan significativa como la del resto de la familia, debido a ciertas características personales, tales como la actitud pasiva y la poca capacidad de reflexión, influenciadas probablemente por la ocurrencia del ictus. Esto supone una limitación importante para que cualquier terapia funcione tan bien como podría.

Tal como ejemplifica el caso presentado, es frecuente que las familias se centren en algún miembro como si fuera la causa de los problemas familiares existentes, pero es vital trabajar con todos los miembros implicados en el problema para que puedan cambiar aquellas creencias y comportamientos propios que mantienen los problemas. Aunque es importante trabajar con toda la familia conjuntamente, en ocasiones es necesario realizar sesiones individuales paralelas para poder trabajar en mayor profundidad ciertos aspectos personales (Dattilio, 2005).

En relación con esto último, el extenso tratamiento individual recibido simultáneamente por la hija ayudó a que el proceso terapéutico familiar fuera más eficaz y rápido. Asimismo, la terapia solicitada por el padre tras la TFCC pudo contribuir al mantenimiento de los resultados de esta última.

Por lo que respecta al consumo de sustancias por parte de la madre, este es quizá el único conflicto importante que seguía persistiendo en la familia. Es posible que un terapeuta más experimentado hubiera podido conseguir resultados más positivos, pero la madre presentaba una falta total de conciencia de la gravedad del problema; se encontraba en la fase precontemplativa del modelo de Prochaska y DiClemente (1982). En esta etapa, la presión por parte de los otros no es la mejor estrategia para cambiar (Miller y Rollnick, 2002) y así intentamos trabajarlo con la familia. El éxito fue solo parcial, ya que aunque la presión se redujo, la preocupación por un nuevo ictus hizo que no desapareciera del todo. A pesar de esto, la actitud de la familia devino más flexible y empática, lo que redujo la intensidad de este y otros conflictos y contribuyó de modo sustancial al éxito terapéutico.

Otro factor importante a la hora de explicar los buenos resultados, dejando aparte la aplicación de las técnicas en la sesión, fue la gran motivación de la familia para el cambio, con la excepción, ya comentada, de la madre respecto al consumo de sustancias. La motivación se manifestó en la organización de todos para acudir a las visitas, la aceptación de la propia responsabilidad, la disposición para buscar nuevas soluciones a los problemas y la aplicación autónoma y sistemática de las técnicas trabajadas en sesión.

En cuanto al proceso terapéutico, cabe comentar varias dificultades. Una de las primeras fue el control del turno de palabra, ya que las frecuentes interrupciones dificultaban la consecución de los objetivos de la sesión. Para solventarla, se utilizaron tarjetas de dos colores para conseguir respetar los turnos, aunque hubiera sido deseable haber justificado y empleado antes una mayor directividad por parte del terapeuta. Otra dificultad fue que el padre y la hija presentaban creencias muy rígidas sobre cómo debían actuar ellos y los demás. Esto se trabajó haciéndoles tomar conciencia de ello mediante las opiniones del resto de la familia y haciéndoles reflexionar sobre las consecuencias de su actitud. Además, como ya se ha explicado, fue necesaria una terapia individual complementaria en ambos casos, con resultados claramente satisfactorios.

Respecto a la madre, manifestó hacia mitad de la terapia su impresión de que las terapeutas se posicionaban más por el resto de la familia. Esta dificultad se abordó individualmente escuchándola de forma no defensiva y analizando con ella los datos a favor y en contra de su percepción. Como resultado, se dio cuenta de que su impresión no estaba fundada y de que era conveniente una mayor implicación por su parte en la terapia.

En relación con el hijo, hubo durante el primer tercio del tratamiento, un comportamiento evitativo ante los conflictos familiares y la realización de activi-

dades familiares. Esto se abordó utilizando distintas situaciones que le facilitaran el hecho de empatizar con el resto de la familia. Una última dificultad fue la pérdida del objetivo de la sesión en ocasiones. Este punto se solucionó aumentando la directividad de las terapeutas y fomentando la toma de conciencia de la familia sobre lo más o menos provechosa que resultaba una sesión en función del grado en que se respetaban sus objetivos.

Como terapeutas en formación (ACA y EMS) consideramos que nuestro aprendizaje fue muy positivo. Queremos destacar la importancia de realizar la terapia familiar, sin excluir ni marginar a ninguno de los miembros. También fue muy importante la realización de ejercicios de empatía para resolver dificultades y la enseñanza de las pautas de comunicación eficaz de un modo gradual. Desde nuestro punto de vista, el trabajo con esta familia nos sirvió para perfeccionar habilidades terapéuticas tales como escucha activa, empatía, incondicionalidad, flexibilidad ante los cambios, tolerancia a la frustración (conocimiento de los límites de cada miembro de la familia), mayor directividad, improvisación de técnicas en la propia sesión y competencia profesional.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto revisado). Washington: Autor.
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales. *Psicothema*, 17, 679-683.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (2011). *Inventario de Depresión de Beck - II*. Pearson. (Original de 1996.)
- Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de pareja e intervención en familias*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.
- Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.
- Dattilio, F.M. (2005). The restructuring of family schemas: A cognitive-behavior perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 15-30.
- Dattilio, F.M. (2006). Case-based research in family therapy. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 208-213.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Falloon, I.R.H. (2003). Family interventions for mental disorders: Efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2(1). Recuperado el 5 de diciembre de 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525058/>
- Feliú, M.H. y Güell, M.A. (1992). *Relación de pareja: técnicas para la convivencia*. Barcelona: Martínez Roca
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions. En ECDEU, *Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised* (pp. 218-222). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

- Jacobson, N.S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes and issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.
- Lovibond, P.F. y Lovibond, S.H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia.
- Lock, J. y Fitzpatrick, K. (2007). Evidenced-based treatments for children and adolescents with eating disorders: Family therapy and family-facilitated cognitive-behavioral therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 145-155.
- Mezzich, J.E., Ruipérez, M.A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (2ª ed.). New York: Guilford.
- Moos, R.H., Moos, B.S. y Trickett, E.J. (1984). *Escalas de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar*. Madrid: TEA. (Original de 1974.)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Schizophrenia (Update) Clinical Guidelines CG82*. Recuperado el 7 de diciembre de 2011 de <http://guidance.nice.org.uk/CG82>
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. y Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Waldron, H. y Turner, C.W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 238-261.