

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DEL MÁSTER EN TERAPIA FAMILIAR

Adolescentes y familias atendidas en el Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID): estudio de sus características y factores de riesgo

Júlia Arias Fillat, Josefin Grossmann y Mercè Margalef Simó

Dirigido por la Dra. Meritxell Campreciós Orriols

En colaboración con la Dra. Laia Ferrer y el Dr. Jordi Artigué Gómez de l'Equip Clínic d'Intervenció a Domicili de la Fundació Vidal i Barraquer

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Barcelona, Junio 2020



*“Todas las familias felices
se parecen unas a otras,
pero cada familia infeliz
lo es a su manera”.*

León Tolstói (*Ana Karenina*)

Índice

Índice	2
Resumen	3
Abstract	3
Introducción	4
Objetivos	12
Diseño	12
Participantes	12
Instrumentos	14
Procedimiento	14
Análisis de datos	15
Resultados	16
Datos descriptivos de las familias atendidas en el ECID	16
Relaciones entre características familiares y factores de riesgo	25
<i>Negligencia física/emocional y agresividad en la familia</i>	25
<i>Estilo de comunicación familiar</i>	28
<i>Organización/desorganización en el hogar</i>	28
<i>Parentalidad y conyugalidad</i>	29
<i>Situación educativa del paciente</i>	30
Agradecimientos	36

Resumen

El objetivo principal del estudio es conocer las características descriptivas de las familias que se atienden en el ECID (Equipo Clínico de Intervención a Domicilio) y sus factores de riesgo más prevalentes, para verificar si se trata de familias multiproblemáticas. Se diseñó un cuestionario de evaluación de descriptores sociodemográficos, clínicos, tipo de familia y factores de riesgo de los adolescentes y sus familias atendidos en el ECID que se administró a 10 participantes profesionales del servicio. Los datos se obtuvieron de 45 familias. Los resultados presentaron en estas familias características similares a las definidas en la literatura propias de la familia multiproblemática, aunque se encontraron algunas diferencias en relación a la estructura, el nivel socioeconómico, la necesidad de ayudas socioeconómicas sociales y el trabajo. A su vez, los resultados presentaron una prevalencia de los siguientes factores de riesgo: agresión en la familia, negligencia emocional, estilo de apego temeroso y evitativo, conyugalidad y parentalidad deteriorada, estilo de crianza permisivo, dificultad en la mentalización de los padres y progenitor y/o familiar cercano con trastorno mental. Se discuten estos resultados que apuntan la importancia de tener en cuenta las características específicas de las familias del ECID y sus factores de riesgo para conseguir una mayor eficacia en la intervención y contemplar el desarrollo de programas de prevención específicos.

Palabras clave: familias multiproblemáticas, factores de riesgo, relaciones familiares, nivel socioeconómico, apego, mentalización, intervención.

Abstract

The main objective of this study is to get to know the descriptive characteristics of the families cared by the ECID (Equipo Clínico de Intervención a Domicilio - Clinical Team for domestic Intervention) and their most prevalent risk factors, to verify if they are multi-problem families. A questionnaire was created to evaluate the sociodemographic, clinical descriptor, type of family and risk factors of adolescents and their families treated at the ECID, which was administered to 10 professional participants of this service. Data was obtained from 45 families. The results presented in these families have similar characteristics to those defined in the literature of the multi-problem family, although some differences have been identified in relation to the structure, the socioeconomic status, the need for social

socioeconomic support and work. At the same time, the results showed a prevalence of the following risk factors: aggression in the family, emotional negligence, anxious and avoidant attachment style, impaired marital and parental, permissive type of parenting style, parental difficulty in mentalization and parent and / or close family member with mental disorder. These results are discussed, which indicates the importance of taking into account the specific characteristics of the ECID families and their risk factors to achieve greater efficacy in the intervention and to consider the development of specific prevention programs.

Key Words: multi-problem families, risk factors, family relationships, socioeconomic status, attachment, mentalization, intervention.

Introducción

Las circunstancias o acontecimientos adversos en la infancia son una experiencia común a nivel global y se estima que alrededor de una tercera parte de la población podría estar afectada (Varese, et al., 2013). La evidencia sugiere que sus efectos en la vida adulta pueden incluir mayor criminalidad, un bajo nivel educativo y un menor nivel de salud y bienestar, así como con un mayor riesgo de padecer un trastorno psiquiátrico (Varese, et al., 2013). El estudio de la etiología de los trastornos mentales ha descrito los acontecimientos adversos como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos mentales. En concreto, conocer los acontecimientos adversos es útil para los profesionales del ámbito de la salud en la prevención y detección precoz de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

Un factor de riesgo es un constructo que se entiende como aquél que aumenta la probabilidad de que se dé un determinado trastorno (Talarn, Sáinz & Rigat, 2013). El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya en el “Protocol d’activitats preventives i de promoció de la salut a l’edat pediàtrica” (2008) define los factores de riesgo como las circunstancias vitales, del niño/a y del adolescente, o cualquier circunstancia de su entorno, que conlleve una posibilidad significativamente mayor de desarrollar trastornos psicopatológicos respecto a la observada en la población general. Una clasificación de los factores de riesgo es la de Barreto y Soler (2007) que los agrupa en tres categorías según si son factores situacionales que afectan a la problemática objeto de estudio; factores personales, si se refieren a las variables individuales y factores interpersonales en caso que se refieran a aspectos relevantes de la relación entre los familiares y la red social (Luján, Pérez & Montoya, 2013). Contemplar los factores de riesgo como una cuestión de potencial

probabilístico nos ayuda a no establecer una relación causa-efecto: no todos los individuos que están sometidos a estos factores desarrollaran un problema (Kraemer et al., 2001, como se citó en Talarn et al., 2013). El tiempo, el tipo y la combinación de los mismos, son aspectos importantes a tener en cuenta respecto al potencial probabilístico (Kolthof, Kikkert, & Dekker, 2014). Aunque también existen diferencias individuales en cuanto a la afectación de los factores de riesgo según la sensibilidad o vulnerabilidad y capacidad de reacción o resiliencia que tenga cada persona (Artigue, 2012).

El término factor de riesgo se puede utilizar en la conceptualización de la génesis de los trastornos mentales desde diferentes modelos explicativos. Este trabajo adopta como marco de referencia la perspectiva psicodinámica y sistémica en la comprensión de la salud mental y su contexto familiar.

Hoy en día, es comúnmente aceptado el hecho de que la estructuración del aparato psíquico en el niño está íntimamente condicionada por las experiencias relacionales que se producen en los primeros momentos de vida en la interacción entre la madre y el bebé (Feder, Nestler & Charney, 2009, como se citó en Artigue, 2012). Desde una perspectiva psicodinámica, la relación que se establece entre madre-bebé y su entorno, la calidad del vínculo y las interacciones que se dan en el vínculo son fundamentales. De las experiencias relacionales depende en gran parte el desarrollo del niño, tanto en el aspecto emocional y de la personalidad como intelectual y social (Torras de Beà, 2007). Por esta razón, las carencias afectivas y emocionales, la ausencia de la función de rêverie y la forma de hablar y tocar en los primeros meses de vida serán depositados en el inconsciente no reprimido y pueden comprometer los procesos de la génesis del pensamiento (Bion, 1980 como se citó en Artigue, 2012) y el establecimiento de vínculos (Artigue, 2012). Estos lazos afectivos (vínculos) se realizan en el marco que ofrece el grupo familiar. Otro aspecto importante que se relaciona con el vínculo es el de la mentalización. La mentalización es entendida como la capacidad para entender la propia conducta interactiva y la del otro, en términos de estados mentales subyacentes (Golanó & Pérez, 2014). Hay estudios que demuestran que la capacidad de mentalización no se hereda biológicamente, sino que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego o de vínculo temprano (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002, citado en Dangerfield, 2017). La capacidad de mentalización se desarrolla de manera óptima en el contexto de un vínculo seguro (Allen, 2013; Allen & Fonagy, 2008; Bleiberg, Rossouw & Fonagy, 2012) y de la misma manera la experiencia clínica nos muestra que las peores capacidades de mentalización derivan de relaciones en las que ha predominado un vínculo desorganizado (Dangerfield, 2017).

En el modelo sistémico el concepto de los factores de riesgo y recursos protectores de los sistemas familiares con niños y adolescentes se encuentra en las pautas de interacción que construyen la estructura familiar y que a la vez rigen el funcionamiento de sus miembros (Minuchin, 2009). Por otra parte, la familia es considerada una estructura viva y dinámica que da pie al establecimiento de espacios para la contención de las ansiedades, el fomento del pensamiento, el crecimiento y el aprendizaje (Pérez, 2008 como se citó en Talarn, et al., 2013). Dicho de otro modo, la alianza familiar y la calidad de las interacciones entre los miembros de la familia influyen en el desarrollo del menor respecto a las habilidades sociales y de relación con los iguales, el apego, el procesamiento interno y la teoría de la mente (Luján, et al., 2013). Para Bleger, cuando en una familia hay un niño -o un adulto- alterado, se trata de un emergente del grupo familiar y debe ser considerado como el exponente y consecuencia de tensiones en el grupo (Talarn, et al., 2013). Según la idea de familia defendida por Meltzer y Harris (1985), los diversos estilos vinculativos del grupo familiar generan funciones emocionales que darán forma y contenido a una de las tareas básicas de la familia, la “función cuidadora”. Conforme a esta perspectiva se generarán diversas funciones acompañadas de su par antitético: amor/odio, contención/persecución/esperanza/desesperanza... (Salvador, 2009). Alrededor de las funciones familiares, Linares (2012) establece el término de “nutrición relacional”, como resultado del fenómeno relacional que se establece en la familia entorno al amor. La nutrición relacional es el resultado de la interacción de elementos de dimensión cognitiva (el reconocimiento y la valoración), emocional (el cariño y la ternura) o pragmática (la sociabilización). Existe un pensar, un sentir y un hacer amorosos que sería el motor que regiría la construcción de la personalidad, animando los procesos madurativos del psiquismo de forma continuada, en el niño y en el adulto (Linares, 2012). Pero para que la nutrición emocional sea efectiva el hijo debe tener la vivencia y percepción de que es querido y valorado por sus padres y no instrumentalizado o simplemente rechazado (Linares, 2012). Cyrulnik explica que la disminución de la función parental nutricia de tipo emocional, dificulta el desarrollo de un apego seguro en el niño (Coletti & Linares, 1997). Según el modelo de tipología familiar de Linares (1996, 2006) la “familia nutricia” es aquella en la que se da una conyugalidad armoniosa y una parentalidad competente. En este tipo de familias hay más posibilidades de que los niños crezcan con una nutrición relacional satisfactoria, al ver cubiertas sus necesidades básicas sin graves conflictos o, en todo caso, sin que estos se cronifiquen. Además en estas circunstancias, los padres tienen una buena capacidad de resolver y enfrentarse adecuadamente a los conflictos que se

dan tanto a nivel de pareja como con los niños (Linares, 2012). La familia nutricia puede clasificarse como un “factor de protección” (Talarn, et al., 2013).

Sin embargo existen familias que por sus condiciones psicosociales atraviesan por múltiples y variadas situaciones estresantes creadoras de conflicto y malestar emocional. Esto añade elementos de complejidad a los que ya de por sí conlleva la organización y convivencia familiar y la posible intervención o tratamiento familiar. En estos casos, la tipología misma de la familia se podría entender como un factor más de riesgo. Cuando hablamos de familias de riesgo pensamos en las denominadas familias multiproblemáticas. El concepto de familia multiproblemática ha sido recuperado y actualizado por algunos autores en un intento de comprender y dar respuesta a tales dificultades (Vallejo & Nieto, 2013). A lo largo de los años se ha denominado de distintas maneras según sus características asociadas: familias asociales (Voiland, 1962), para subrayar los comportamientos de drogadicción, delincuencia o prostitución; familias sub-organizadas (Aponte, 1976), para destacar la inconstancia en los roles del subsistema parental, y entre otras, familias desorganizadas (Minuchin, Montalbo, Guerney, Rosman & Shumer, 1967), en relación a su deficiente estructuración organizacional y comunicacional (Ramos, 2018). Recientemente se ha venido hablando de familia multi estresada (Madsen, 2007) o multi crisis (Jaque, Sandoval & Alarcón, 2019), queriendo poner el énfasis en el contexto situacional que atraviesan estas familias y no tanto en los elementos deficitarios de su funcionamiento. Incluso algunos autores se han referido a familias difusas y familias incluidas en sistemas más amplios que la familia (Imbert-Black, 2000 como se citó en Wainstein & Wittner, 2017). El origen del término se sitúa en los años 50 cuando profesionales del ámbito del trabajo social de países anglosajones vincularon el concepto familia multiproblemática a la baja extracción socioeconómica sin mencionar la peculiar relación interpersonal y social que había en los miembros del grupo familiar (Coletti & Linares 1997). Años más tarde, Cancrini, De Gregorio y Nocerino (1997) postularon una caracterización más completa presentando un conjunto de características concretas y conectadas entre sí: (a) la presencia en varios miembros de la familia de comportamientos problemáticos, estructurados, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa; (b) pocas habilidades parentales en el desarrollo de actividades funcionales y expresivas (o nutricias y socializadoras) (Linares, 1997) para el desarrollo correcto de la vida familiar, (c) labilidad de los límites familiares y (d) una relación crónica de dependencia con los servicios asistenciales (Vallejo & Nieto, 2013). Sin embargo, autores como Gómez, Muñoz y Haz (2007) afirman que lo que mejor describe a este tipo de familias es la presencia simultánea y frecuente de múltiples problemas y crisis recurrentes. Estas

problemáticas acostumbran a ser tan individuales como familiares y acaban derivando en un estancamiento en el desarrollo individual de los miembros de la familia (Kolthof, Kikkert & Dekker, 2014). De este modo, los problemas en la familia no tienen una función homeostática en el sistema como ocurre con la mayor parte de las familias en las que el paciente designado presenta problemas de naturaleza psiquiátrica. Por el contrario en estos casos, se agrava el desequilibrio familiar porque los problemas funcionan como elementos de dificultad y disgregación permanente en el sistema familiar (Cancrini como se citó en Ortega, 2014). Escartín (2004) realizó un listado de comportamientos problemáticos específicos que estas familias suelen presentar de tipo internos (alta frecuencia de pérdidas, apego inseguro, escaso apoyo de la familia de origen, reactividad emocional escasa o excesiva, crisis cíclicas o crónicas, con alta rigidez o dificultad para los cambios y desarrollo de síntomas múltiples, como malos tratos, adicciones, etc.) o de relación con el medio (ambiente marginal, paro, pobreza, malas condiciones de habitabilidad, redes sociales empobrecidas, absentismo o escolarización deficiente, problemas legales como deudas, hurtos o agresiones, etc (Jaque, Sandoval & Alarcón, 2019). En la misma línea (Laudó & Sastre, 2015) mencionan que en algunos casos, en estas familias no existe el componente de desestructuración social, pero sí una patología del vínculo. Vallejo & Nieto (2013) también destacan la presencia frecuente de problemas psicológicos, psiquiátricos y de la salud general (drogadicción, problemas de alcohol, malnutrición, depresiones) .

Las familias multiproblemáticas son complejas y variadas entre sí aunque los profesionales están de acuerdo en que se pueden distinguir algunas configuraciones típicas y comunes en todas ellas (Coletti & Linares, 1997). Desde una mirada de la estructuración organizacional y comunicacional de Minuchin la organización en las familias multiproblemáticas es inestable y caótica lo que dificulta que la misma familia pueda organizarse internamente para afrontar sus dificultades (Ortega, 2014). Vega (1997, como se citó en Gómez, et al., 2007) menciona como características de la estructura de estas familias el ser mayoritariamente monoparentales y presentar una notoria dispersión de sus miembros. En esta línea, Coletti y Linares (1997) describen a un padre habitualmente periférico. Asimismo, dicha estructura se caracteriza por numerosas rupturas y reconstituciones que configuran genogramas complejos y a veces confusos (Gómez, et al., 2007). Además, en estas familias existen conflictos en el rol que va a desarrollar cada uno de los miembros en la familia, la delimitación de los subsistemas entre sus fronteras es porosa y los límites son difusos, generándose problemas de diferenciación entre sus miembros (Coletti & Linares, 1997). Por otro lado, no ayuda en la definición de los roles y las relaciones dentro de la

familia, el hecho que a veces los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos pueden no tener habitaciones ni lugares propios útiles para el desarrollo de su identidad personal. En las casas no suele haber estructuración espacial ni tampoco estructuración a nivel temporal (Rodríguez, 2003). Minuchin (1967) observa que estos niños y adolescentes desarrollan una vivencia del tipo “no tengo un lugar propio en el mundo” y “el mundo sirve para estimularme” o “yo soy un recipiente pasivo de la estimulación que me lleva aleatoria e imprevisiblemente, a la cual no podré jamás controlar” (Rodríguez, 2003). A nivel del sistema afectivo en la familia multiproblemática, las relaciones entre los miembros se alternan entre proximidad y alejamiento, existiendo dificultades en el proceso de individuación y aflorando sentimientos de impotencia y carencia cuando intervienen los profesionales y una tendencia a la impulsividad para controlar la ansiedad (Ortega, 2014). Lyons-Ruth y col. vinculó la multiplicidad de factores de riesgo psicosociales en las familias multiproblemáticas al apego desorganizado, factor que podría explicar el desarrollo de psicopatología infantil (Kolthof, Kikkert & Dekker, 2014). La comunicación en las familias multiproblemáticas suele ser pobre entre los subsistemas y se establece en espacios abiertos. Además, existe la prevalencia de lo no verbal y para-verbal sobre los contenidos y ausencia de meta-lenguaje y meta-reglas (Ortega, 2014) que da como resultado un estilo de comunicación familiar que realza los aspectos relacionales sobre los comunicativos de los mensajes. En este contexto, es fácil que se produzca caos comunicativo, que es índice de desorden relacional y desorganización estructural y que a su vez contribuye a reforzar este estilo de comunicación familiar (Malagoli Togliatti, 1985, como se citó en Coletti & Linares, 1997). Respecto a la parentalidad y la conyugalidad en las familias multiproblemáticas la parentalidad está deteriorada por la inconsistencia en el rol parental viéndose afectadas sus funciones nutricias y sociabilizantes. El debilitamiento de las funciones nutricias alteran la función sociabilizante y educativa influyendo sobre la capacidad de inserción y adaptación social de los hijos. En cuanto a las funciones sociabilizadoras falla la protección del niño respecto de su entorno ecológico y falla la normativización o transmisión de normas y valores culturales, lo cual inhibe el desarrollo de la consideración y el respeto a la sociedad por parte del niño y le sitúa en una posición de conflicto con su entorno (Coletti & Linares, 1997). En relación a los estilos parentales de riesgo, se ha puesto de manifiesto que estilos de crianza negativos como el autoritario, el punitivo o el coercitivo y, junto a estos, el control inconsistente y la baja supervisión parental, afectan negativamente al comportamiento del niño (Luján, et al., 2013). En este sentido, Máiquez, et al. (2000) y Rodrigo et al. (2006) han señalado cómo en las familias en situación de riesgo psicosocial las prácticas educativas suelen ser coercitivas o bien

negligentes/permisivas ya que los padres presentan importantes déficits en la estructuración y organización de la dinámica familiar para poder conseguir que su hogar sea un buen contexto educativo y de socialización de sus hijos e hijas (Álvarez-Dardet, Hidalgo, Jiménez, Lorence & Sánchez, 2010). En las familias multiproblemáticas también está deteriorada la conyugalidad, resultando disarmónica. Esta conyugalidad disarmónica se explica por una dificultad para establecer intercambios equilibrados e igualitarios y obtener del otro lo que se necesita para completarse a sí mismo, desembocando en la utilización recíproca, en la que el amor difícilmente arraiga o se estabiliza (Coletti & Linares, 1997). En un contexto en el que los padres tienen una baja coordinación de las conductas parentales, no se ofrece al niño la oportunidad de aprender a compartir afecto con dos personas a la vez (Luján, et al., 2013).

Por otro lado, desde la teoría de las bases relacionales del maltrato de Linares (2012), la violencia física que se da en las familias normalmente es la que se da entre los miembros de la pareja, aunque es muy frecuente la coexistencia, en las mismas familias, de violencia conyugal o de género y de maltrato infantil con violencia física (Appel y Holden, 1998). La violencia se produce en situaciones definidas por la simetría de la pareja parental, que da lugar generalmente a triangulaciones del tipo manipulatorias y desconfirmadoras en los hijos. En ese contexto, el hijo objeto de violencia física lo es por uno de los progenitores, que lo percibe como aliado del otro y se ve incapaz de controlar esa coalición por otros medios. La persona maltratada puede desarrollar en algún momento, síntomas neuróticos o psicóticos (Linares, 2012). Según Cancrini (1997) en las familias en las que se da violencia (especialmente la violencia activa) física o sexual, la organización familiar es rígida y estructurada en torno a las pautas relacionales violentas. En cambio, la organización desestructurada y caótica de las familias multiproblemáticas coincide con manifestaciones de negligencia familiar y en los casos en los que también se dan episodios de violencia, esta aparece de forma caótica. Por ejemplo, la violencia podrá recaer sobre cualquier miembro de la familia, alternativa o simultáneamente, o podrá ser ejercida por figuras a las que no les correspondería según la jerarquía convencional, como los hermanos mayores o los compañeros de la madre (Linares, 2012). En este tipo de familias también pueden presentarse episodios de violencia sexual que suelen ser confusos para el profesional y requerir de un diagnóstico relacional cuidadoso. A veces, se trata de un abuso caótico, dirigido a cualquier miembro “abusable” de la familia (Linares 2012).

Los factores de riesgo en las familias multiproblemáticas se hacen muy evidentes cuando estas familias afrontan multiplicidad de situaciones estresantes a lo largo de su ciclo vital. Como sabemos, la acumulación de factores de riesgo aumenta considerablemente el

desarrollo de trastornos psicopatológicos en la familia (Kolthof, et al., 2014). Gómez, Muñoz y Haz (2007) especificaron algunos de los problemas y factores de estrés más habituales que atraviesan las familias multiproblemáticas: negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, conducta antisocial, problemas de salud y trastornos emocionales, especialmente en los padres. Aspectos que en la literatura de la etiología de los trastornos mentales podemos encontrar descritos como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos mentales en la vida adulta. El maltrato que a veces se produce en estas familias, según Palacio (2012) es generado casi siempre por una problemática transgeneracional (Laudo & Sastre, 2015). Por otra parte, la negligencia parental puede ocurrir tanto en condiciones de aislamiento social como en presencia de redes informales cercanas a la familia que contemplan indiferentemente o hasta estimulan en esa dirección (Roditti, 2005 como se citó en Gómez, et al., 2007). La investigación en niños que han sufrido negligencia y/o maltrato emocional, ha mostrado la presencia de diversas dificultades posteriores en la infancia, adolescencia y vida adulta, observándose trastornos emocionales (como baja autoestima, ansiedad o estrés), desórdenes conductuales (como irresponsabilidad, oposicionismo y comportamientos antisociales), bajo desempeño y ausentismo escolar, agresividad y/o aislamiento social, en la mayoría de estos niños (Glaser, 2012 como se citó en Gómez, et al., 2007). En el estudio de revisión bibliográfica “Multiproblem or Multirisk Families?” sobre el riesgo de psicopatología en niños (de 0 a 12 años) realizado por psiquiatras y psicólogos infantiles y adolescentes de los Países Bajos, se encontró que los factores de riesgo psicosociales más comunes y habituales en las familias multiproblemáticas son: padres jóvenes, bajo nivel educativo, escasas habilidades sociales y presencia de algún problema psiquiátrico. En relación al contexto familiar los autores hacen referencia a la monoparentalidad, como factor de riesgo en las familias multiproblemáticas y cuestionan el factor de riesgo que tiene que ver con el número de hermanos. Encontrándose discrepancia entre quienes creen que es un factor de riesgo la ausencia de hermanos y presencia de más de tres hijos y quienes afirman que el número de hermanos no tiene efectos sobre el desarrollo posterior de psicopatología en la familia. La situación socioeconómica también se ha estudiado y considerado importante y es un factor de riesgo cuando se trata de niveles socioeconómicos bajos. Además se encontró que un hogar desorganizado y problemas en el funcionamiento familiar como discusiones frecuentes o agresión intrafamiliar pueden ser factores de riesgo para las familias multiproblemáticas (Kolthof, et al., 2014).

Existe una considerable similitud entre los factores de riesgo encontrados en la literatura que influyen en el desarrollo de trastornos mentales como la depresión, el trastorno

del comportamiento, el abuso de sustancias o la esquizofrenia (Kolthof, et al., 2014) con los factores de riesgo que se encuentran en las familias multiproblemáticas. La literatura demuestra la relación entre diferentes tipos de adversidades sufridas y el aumento del riesgo a desarrollar diferentes trastornos psicopatológicos, así como un aumento del riesgo de conductas autodestructivas que se manifiestan habitualmente a partir de la adolescencia (Dangerfield, 2017). La presencia de algún tipo de patología psiquiátrica parece evidente en la posible repercusión sobre los hijos, pero no lo es tanto ante la existencia de conflictiva conyugal o paterno-filial (Soriano, 2010).

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es verificar si las familias atendidas desde el ECID son familias multiproblemáticas y conocer sus características particulares.

Los objetivos específicos son:

- a) describir a estas familias atendiendo a las dimensiones sociodemográficas, psicosociales y clínicas y los factores de riesgo más prevalentes.
- b) analizar si hay relación entre las características familiares principales y factores de riesgo de las familias.
- c) reflexionar sobre la intervención terapéutica con ellas y la posible prevención.

Método

Diseño

Este estudio responde a un diseño de tipo cuantitativo *ex post facto*, retrospectivo, de grupo único y múltiples medidas (Montero & León, 2007). Se trata de un diseño en el cual el proceso causal ya ha ocurrido (*ex post facto*) y por tanto, tratamos de buscar (reconstruir) las posibles causas (hechos) que los han ocasionado teniendo como muestra un solo grupo y analizando distintas variables causales.

Participantes

Los participantes en el estudio fueron las 10 personas que forman el equipo de profesionales del ECID (Equip Clínic d'Intervenció a Domicili) constituido por tres psicólogos, dos psiquiatras, dos enfermeros, dos trabajadores sociales y una educadora social.

Reportaron información de los adolescentes y sus familias atendidos en el servicio, quienes constituyen la muestra final del estudio.

El ECID es un servicio de atención domiciliaria fundado por la FVB (Fundació Vidal i Barraquer) y concertado con el CatSalut en noviembre de 2017 creado para ofrecer atención a los adolescentes y sus familias que se encuentran en situación de riesgo psicosocial y tienen dificultades para vincularse a los dispositivos asistenciales de la red comunitaria existentes. Dadas las necesidades de vinculación que presentan estas familias, cada profesional del equipo lleva entre tres y seis casos y se presenta como la única persona de referencia para la familia. Los profesionales del ECID trabajan de forma coordinada siguiendo las directrices del proyecto AMBIT -Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment- desarrollado por Anna Freud National Center for Children and Families de Londres; aplicando principios y prácticas basadas en la mentalización. El equipo de profesionales trabaja con los jóvenes y sus familias y en la medida que pueden integra intervenciones del ámbito de la salud mental, educación y servicios sociales. AMBIT proporciona herramientas que estimulan la mentalización no solo en el trabajo con los jóvenes y sus familias, sino también entre los mismos profesionales del equipo a fin de adoptar una posición de aprendizaje respecto a su propia práctica.

La muestra final de familias del estudio fueron las familias seleccionadas por los profesionales según cumplieran los siguientes criterios de inclusión al programa de atención a las familias del ECID: (a) Familias con un adolescente (> 12 años) que reside en casa, (b) El adolescente presenta malestar psicológico, (c) El adolescente no logra vincularse a los servicios asistenciales ordinarios de referencia (CSMIJ y CSMA) y (d) en la mayoría de los casos el adolescente se ausenta de la escuela. Dadas las características del servicio, el ECID no incluía en su programa a las familias de los adolescentes que presentaran: (a) Discapacidad intelectual, (b) Retraso mental, (c) Situaciones psicopatológicas agudas que requieran de hospitalización, (d) Trastorno antisocial de la personalidad ya establecido estructuralmente y (e) Adicciones y toxicomanías de larga duración y con patrón de dependencia grave.

La muestra de estudio estuvo formada por 45 familias usuarias del servicio ECID de la FVB con residencia en Badalona y Santa Coloma de Gramenet de las cuales el 55% fueron derivadas por los servicios asistenciales de salud mental, principalmente el CSMIJ (Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (46%) y el Hospital de Día de Badalona y Santa Coloma de Gramenet (9%); el 29% derivadas por los servicios educativos como la Escuela (15%) y EAP (Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògic) (11%) y el 15% por los servicios

sociales y EAIA (Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència). El 80% de estas familias son familias autóctonas mientras que el 20% son migradas.

Los hijos de estas familias eran el 47% varones y el 53% mujeres, con una media de edad de 16,13 años ($DE = 16,13$) que oscila entre los 13 y 19 años de edad, observándose como etapa del ciclo vital predominante la adolescencia. Son jóvenes en situación de alto riesgo psicopatológico replegados a domicilio y diagnosticados principalmente de algún tipo de trastorno neurótico (49%), trastorno de la conducta (22%), algún tipo de trastorno psicótico (16%), diagnóstico mixto con la combinación de algún diagnóstico anterior y algún trastorno relacionado con el abuso y dependencia de sustancias (9%) y trastorno de la personalidad (2%).

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario ad-hoc de 54 preguntas para recoger información sobre las familias y los factores de riesgo de los adolescentes atendidos desde el ECID. El cuestionario (Apéndice C) consta de cuatro apartados: (1) datos sociodemográficos, (2) datos clínicos, (3) tipo de familia y (4) factores de riesgo de la familia, este último compuesto por: (a) ambiente y entorno familiar, (b) antecedentes familiares, (c) traumas, (d) apego, (e) parentalidad, (f) conyugalidad y (g) estructura familiar. El cuestionario iba acompañado de una carta de presentación y un consentimiento informado que el profesional debía firmar antes de cumplimentar el cuestionario.

Para el diseño del apartado factores de riesgo de la familia en el cuestionario, nos basamos en el instrumento LISMEN (Listado de Ítems en Salud Mental; Artigue, 2012), del cual seleccionamos 22 ítems de un total de 86 ítems que lo componen. Los ítems seleccionados hacen referencia a factores de riesgo de la familia que tienen relación con el apego, los antecedentes familiares, la parentalidad y el trauma. El Apéndice A y B recogen detalladamente en una tabla los ítems del cuestionario LISMEN que fueron seleccionados y las categorías que se establecieron para agruparlos y organizarlos.

Procedimiento

El equipo del servicio ECID tiene una propuesta de participación y colaboración en una línea de investigación centrada en los factores de riesgo para los alumnos del Máster en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universidad Ramon Llull. La curiosidad e interés que nos despertó el

conocer el funcionamiento del servicio y la valoración de la importancia de los factores de riesgo para una clínica de prevención, detección y tratamiento en niños y adolescentes en situación de riesgo psicosocial, nos lleva a establecer colaboración profesional con los trabajadores del ECID para diseñar un estudio que constituya el trabajo final de máster y pueda a la vez, contribuir en el desarrollo de su servicio.

Se diseña un estudio inicial en el que se plantea utilizar el cuestionario LISMEN como instrumento de exploración de los factores de riesgo de las familias atendidas en el ECID, pero nos vemos obligadas a adaptar y transformar el instrumento de estudio debido a las dificultades derivadas de la situación generada por el estado de alarma en España por el COVID-19 (13-03-2020). Por lo tanto, diseñamos un nuevo cuestionario, y el definitivo para el estudio, ideado para que los profesionales de referencia de las distintas familias que se atienden desde el ECID puedan reportar la información de las familias atendidas de forma online. Se amplía la perspectiva de estudio manteniendo el foco de estudio en la familia. Se plantea como una exploración descriptiva del tipo de familias que se atienden en el ECID y de los factores de riesgo más característicos que presentan. El cuestionario está compuesto por un consentimiento informado, 22 ítems de recogida de datos sociodemográficos, 4 sobre datos clínicos, 2 sobre el tipo de familia y 26 sobre los factores de riesgo en la familia. El cuestionario se crea utilizando la aplicación Form de Google (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdjEXN1axEEJPPmKoFrRLjiv09nwp7qwi4Lrw9hQ9VnAVPpLA/viewform?usp=sf_link). Los datos se recogen durante dos semanas, del 1 al 17 d'abril.

Análisis de datos

Las respuestas de los profesionales al cuestionario se recogieron en una hoja de cálculo Excel que trabajamos, categorizando las respuestas de algunas variables para facilitar el proceso de análisis de datos. Calculamos datos descriptivos del conjunto de las variables de las familias y de sus miembros y se expresaron en media (*M*) y desviación estándar (*DE*) para las variables cuantitativas y en porcentaje (%) para las variables cualitativas o categóricas. Realizamos tablas de contingencia para estudiar la relación entre variables categóricas seleccionadas relativas a los factores de riesgo y características de las familias según la literatura estudiada, con el valor chi-cuadrado para valorar la significación ($p < 0,05$).

Resultados

Datos descriptivos de las familias atendidas en el ECID

A nivel sociodemográfico, la muestra de 45 adolescentes atendidos por el servicio ECID está compuesta por un 46,7% ($n = 21$) de hombres y un 53,3% ($n = 24$) de mujeres. Tienen entre 13 y 19 años ($M = 16,13$; $DE = 1,471$). La edad de los padres o personas de referencia de estos adolescentes está entre los 33 y 65 años de edad, encontrándose la media de edad en los padres a los 50 años ($DE = 6,517$) y en las madres a los 46 años ($DE = 5,699$), así como en las personas de referencia a los 50 años de edad ($DE = 4,967$).

El 22% de estas familias son migradas respecto el 78% que son autóctonas. De las 10 familias migradas, en la mayoría de los casos, los dos progenitores son de otra nacionalidad (70% de las familias migradas), mientras que en un pequeño número de casos lo es solo el padre o la madre (30% de las familias migradas). En general, la mayoría de los hijos ha nacido en Catalunya, respecto algunos casos ($n = 5$) en los que han nacido en su país de origen.

Respecto a la composición familiar, el tipo de familia que más destaca es la nuclear, padres que viven juntos y están casados, en un 40% ($n = 18$). Seguidamente encontramos las familias en que los padres están separados o divorciados en un 51% ($n = 23$), y las monoparentales, en un 22%. En un 7% ($n = 7$) de las familias uno de los progenitores es viudo. La mayoría de los pacientes adolescentes viven sólo con la familia nuclear en un 58% ($n = 26$) respecto a un 11,1% ($n = 5$) que viven con familia extensa y por tanto, entre ellos se encuentran algunos casos de familias reconstituidas.

Sobre la situación laboral de los progenitores encontramos que en un 38% ($n = 17$) de las familias ambos progenitores trabajan frente a un 40% ($n = 18$) de las familias en las que sólo trabaja uno de los progenitores y a un 22% ($n = 10$) de las familias en las que no trabaja ninguno. De las familias en las que sólo trabaja uno de los progenitores, en el 20% ($n = 9$) de los casos únicamente trabaja el padre y en el restante 20% ($n = 9$) sólo la madre. En las familias con persona de referencia, éstas trabajan en un 80% de los casos. En relación al tipo de trabajo, un 16% ($n = 7$) de madres trabajan como vendedora o dependienta, un 13% ($n = 6$) en el ámbito de la limpieza y otro 13% ($n = 6$) como cuidadora auxiliar de salud y enfermería. El resto de las madres que están trabajando, tienen trabajo en el ámbito comercial (4%), administrativa (4%), servicios municipales (2%) o otros ámbitos (7%). En cambio, los tipos de trabajos de los padres son más variados, incluso, en 3 casos, se encuentran trabajos que requieren estudios superiores (enfermero, técnico en imagen y sonido e informático). Pero los

trabajos más prevalentes son: 16% ($n = 7$) de construcción y mantenimiento, 11% ($n = 5$) en el sector del turismo y la restauración (como camareros, panaderos o en un hostel), 11% ($n = 5$) en servicios de entrega/ transportista y 7% ($n = 3$) de servicios municipales. En el caso de las 5 personas de referencia, la mayoría está trabajando (80%), 3 en el área de la limpieza y uno en el sector de la construcción. La información socioeconómica nos dice que un 47% ($n = 21$) de las familias tienen un nivel socioeconómico bajo y un 44% ($n = 20$) medio bajo, respecto a un 7% ($n = 3$) de nivel medio y un 2% ($n = 1$) de nivel alto. El 24% ($n = 11$) de las familias atendidas por el ECID reciben algún tipo de ayuda económica contrastando con el 73,3% ($n = 33$).

A nivel de red asistencial, en relación al total de las 45 familias, 21 son derivadas a esta unidad por servicios sanitarios como los CSMIJ (46,7%) y hospitales (8,9%), 12 de estas familias lo hacen a través del sistema educativo, desde la escuela (15,6%) y EAP (11,1%), 7 a través de los servicios sociales (8,9%) y EAIA (6,7%), y por último, 1 hace una demanda de ayuda psicológica de forma autónoma (2,2%).

Es relevante destacar que 35 de estas familias se encuentran a su vez vinculadas a otros servicios asistenciales clínicos o sociales como por ejemplo, los Servicios Sociales (48%), el CSMIJ y CSMA (24%) y la ABS (11%).

El 22% de las familias atendidas por el ECID están vinculadas a otros espacios y actividades sociales y de ocio de su ciudad o barrio como por ejemplo, centros cívicos, espacios vecinales, casals para jóvenes, etc, respecto a un 76% de las familias que se muestran alejadas del tejido comunitario.

En la Tabla 1, podemos observar los descriptivos clínicos y psicosociales de los adolescentes atendidos en el ECID. Es importante destacar cuales son las dificultades que les impiden asistir al colegio regularmente como se aprecia en la tabla. Éstas son en un 80% ($n = 36$) por el absentismo escolar, el 9% ($n = 4$) debido a retrasos en el aprendizaje, el 7% ($n = 3$) a la incapacidad para mantener la atención y/o concentración y del 4,5% ($n = 2$) restante no se tiene la información.

Tabla 1.

Descriptivos clínicos y psicosociales de los adolescentes atendidos en el ECID.

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Diagnóstico clínico hecho por el profesional</i>		
Trastornos Mixtos	4	8,9
Trastorno Conducta	10	22,2
Trastornos Neurótico	22	48,9
Trastornos Personalidad	1	2,2
Trastornos Psicótico	7	15,6
<i>Tentativa de autolisis</i>		
Sí	12	26,7
No	32	71,1
Sin datos	1	2,2
<i>Ideación suicida</i>		
Sí	9	20,0
No	34	75,6
Sin datos	2	4,4
<i>Dificultades en el manejo de los hábitos básicos</i>		
Sí	29	64,4
No	15	33,3
Sin datos	1	2,2
<i>Situación educativa</i>		
Asiste a clase de forma habitual	7	15,8
Asiste a clase de forma irregular	10	22,2
Absentismo escolar	26	57,8
Sin datos	2	4,4
<i>Red de amistades</i>		
Sí	25	55,6
No	19	42,2
Sin datos	1	2,2

Tabla 2.

Descriptivos de las características de la estructura familiar

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Personas que habitualmente conviven en el mismo domicilio</i>		
Familia extensa	5	11,1
Familia monoparental	10	22,2
Sin datos	4	8,9
<i>Generaciones que conviven juntas en la vivienda familiar</i>		
Dos generaciones	42	93,3
Tres generaciones	3	6,7
<i>Familia monoparental</i>		
Sí	10	22,2
No	35	77,8
<i>Padres periféricos</i>		
Sí	31	68,9
No	13	28,9
Sin datos	1	2,2
<i>El adolescente vive en dos o más casas diferentes durante la semana</i>		
Sí	7	15,6
No	38	84,4

En la Tabla 2, podemos observar los resultados descriptivos de las características de la estructura familiar. Si consideramos la presencia o ausencia de los progenitores en la estructura familiar, en un 49% es el padre quién está ausente o periférico respecto a un 4% en el que lo está la madre y en un 16% lo están los dos.

Del total de los pacientes, 26 adolescentes (58%) viven sólo con la familia nuclear respecto a 5 (11,1%) que viven con familia extensa y debido a eso, se encuentran algunos casos de familias reconstituidas. Por lo tanto, todos los adolescentes residen y viven con sus padres, excepto 3 que viven con tíos o abuelos, quienes son su persona de referencia. En los casos en los que el adolescente vive en dos o más casas durante la semana es debido a familias que están separadas o divorciadas.

En general, el número de familias que tienen más de un hijo es mayor respecto al número de familias que tienen un solo hijo. De hecho, el 38% de las familias ($n = 17$) están

formadas por dos hijos o hijastros, el 18% ($n = 8$) por tres hijos o hijastros y el 20% ($n = 9$) por más de tres hijos o hijastros respecto al 24% de las familias que tienen un solo hijo.

Respecto al ambiente y entorno familiar en los hogares, se ha observado que un 56% ($n = 25$) de familias se identifican con desorden general en el hogar, respecto a un 42% ($n = 19$) que lo hacen con un hogar ordenado y organizado. En el 78% de las familias ($n = 35$) el adolescente tiene habitación propia, respecto a un 20% ($n = 9$) en el que no la tienen y por tanto, se deduce que comparten habitación con algún otro miembro de la familia.

Podemos observar en la Tabla 3 sobre el tipo de familias atendidas en el ECID, como predominan las familias con dos tipos de agrupación muy distinta, aglutinadas (44%) y aisladas (36%), así como con dinámica depresiva (49%) y comunicación depresiva (49%). Es interesante destacar los momentos compartidos entre los miembros de la familia, habiendo un 53% de familias que comparten, por ejemplo, las comidas, aficiones, actividades físicas, entre otras, respecto a un 47% que no lo hacen.

Como se observa en la Tabla 4, el tipo de apego que más predomina entre las familias del ECID es el temeroso (40%), seguido del evitativo (36), preocupado (20%) y seguro (4%). Este tipo de apego les lleva a tener una idea de sí mismos y de los demás negativa. Existe una desconfianza temerosa y una falta de autonomía, aunque no se apoyan en los otros por miedo al rechazo, hiperactivación emocional o dificultades para expresarse. El segundo estilo de apego más común en estas familias es el evitativo (16 familias, 36%). En este caso, las personas tienen una idea de sí mismas positiva y negativa de los demás, la independencia en la familia está sobrevalorada y se produce desactivación emocional y dificultades para expresar.

En la Tabla 5 podemos observar que predomina un estilo de crianza permisivo en un 69% de las familias, habiendo una falta de funcionamiento como equipo de padres 67% y una capacidad de mentalización alterada 93% ($n = 42$). Asimismo, predomina una relación conyugal disarmónica, en un 47% de las familias.

Tabla 3.

Descriptivos del tipo de familias atendidas en el ECID

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Familia según tipo de dinámica familiar (UPPA)</i>		
Parental	3	6,7
Actuadora	9	20,0
Carencial	8	17,8
Somatizadora	3	6,7
Psicopática	1	2,2
Banda	4	8,9
Adictiva	3	6,7
Depresiva	13	28,9
Neurótica	1	2,2
<i>Familia según forma de agrupación familiar (Fernández Moujan, 1973)</i>		
Aglutinada	20	44,4
Uniforme	8	17,8
Aislada	16	35,6
Democrática/Integrada	0	0
Sin datos	1	2,2
<i>Familia según tipo de comunicación familiar</i>		
Depresiva	22	48,9
Paranoide	8	17,8
Delirante	0	0
Psicopática	0	0
Perversa	3	6,7
Psicosomática	2	4,4
Histérica	7	15,6
Obsesiva	3	6,7

Tabla 4.

Descriptivos de vínculo entre los progenitores y el hijo

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Tipo de apego (Bartholomew, 1990)</i>		
Seguro	2	4,4
Evitativo	16	35,6
Preocupado	9	20
Temeroso	18	40,0
<i>Institucionalización temprana del paciente</i>		
Sí	0	0
No	45	100
<i>Cohabitación y/o misma cama que algún familiar</i>		
Sí	12	26,7
No	18	40
Sin datos	15	33,3

Respecto a los factores de riesgo familiares, es interesante destacar de la Tabla 6, que casi la mitad de las familias, el 49%, han sido familias identificadas con progenitor y/o familiar cercano con trastorno mental respecto al 29% en las que no hay trastorno mental. Hay más madres que padres que tienen un trastorno mental. De 10 madres (22%) con trastornos mentales, 7 tienen un tipo de trastorno neurótico y 3 de la personalidad. Los profesionales contestaron que 5 padres (11%) tienen un diagnóstico, 3 de tipo psicótico y 2 un trastorno neurótico. Además 5 pacientes (11%) tienen algún miembro de la familia extensa con un diagnóstico de un trastorno mental (2 un trastorno psicótico, 3 trastorno neurótico). Dos pacientes (4%) tienen hermanos con un trastorno mental. En un caso, el hermano tiene una discapacidad intelectual y también un trastorno de la conducta y en el otro caso el hermano tiene un trastorno del espectro autista (TEA).

Es importante destacar la presencia de negligencia emocional, encontrándose en más de la mitad de las familias (25 familias 56%), lo que permite observar que son familias que tienen funciones nutricias emocionales empobrecidas.

Tabla 5.

Descriptivos de la parentalidad y la conyugalidad en la familia

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Parentalidad</i>		
<i>Capacidad de mentalización</i>		
Buena	3	6,7
Escasa	15	33,3
Con dificultades	22	48,9
Nula	5	11,1
<i>Estilo de crianza predominante (Baumrind, 1991)</i>		
Autoritario	12	26,7
Democrático	1	2,2
Permisivo	31	68,9
<i>La pareja funciona como un equipo en relación a la crianza de los hijos</i>		
Si	7	15,6
No	30	66,7
Sin datos	8	17,8
<i>Conyugalidad</i>		
Conyugalidad armónica	7	15,6
Conyugalidad disarmónica	21	46,7
Sin datos	17	37,8

Tabla 6.

Descriptivos de los factores de riesgo en las familias

Variable	n	%
<i>Progenitores con abuso de sustancias y/o dependencia al alcohol</i>		
Sí	10	22,2
No	19	42,2
Sin datos	16	35,5
<i>Progenitores y/o familiares cercanos con diagnóstico de trastorno mental</i>		
Sí	22	48,9
No	13	28,9
Sin datos	10	22,2
<i>Madre en buen estado durante el embarazo</i>		
Sí	15	33,3
No	9	20
Sin datos	21	46,6
<i>Parto</i>		
Prematuro	2	4,4
A tiempo	19	42,2
Sin datos	24	53,3
<i>Separaciones tempranas de la figura parental con el adolescente</i>		
Sí	8	17,8
No	31	68,9
Sin datos	6	13,3
<i>Separaciones tempranas de la figura materna con el adolescente</i>		
Sí	5	11,1
No	36	80,0
Sin datos	4	8,9
<i>Experiencia de abuso sexual en el adolescente</i>		
Sí	1	2,2
No	27	60
El profesional tiene alguna sospecha	4	8,9

Sin datos	13	28,8
<i>Presencia de abusos sexuales en familiar cercano</i>		
Sí	1	2,2
No	22	48,9
Sin datos	22	48,9
<i>Negligencia emocional en el adolescente</i>		
Sí	25	55,6
No	19	42,2
Sin datos	1	2,2
<i>Negligencia física en el adolescente</i>		
Sí	8	17,8
No	34	75,6
Sin datos	3	6,7
<i>Muerte de uno de los padres durante la infancia del adolescente</i>		
Sí, padre	3	6,6
No	42	93,3
<i>Agresividad en la familia</i>		
Sí	18	40
No	20	44,4
Sin datos	7	15,6

Relaciones entre características familiares y factores de riesgo

Negligencia física/emocional y agresividad en la familia

Se observa una relación entre los tipos de familia según la clasificación UPPA y las variables negligencia emocional (chi-cuadrado = 13,967; $p = 0,083$) y agresividad (chi-cuadrado = 8,394; $p = 0,299$). En concreto, se observa negligencia emocional en la familia de tipo carencial (87,5%; $n = 7$) y depresiva (61,5%; $n = 8$). Asimismo, agresividad en estos dos tipos de familia, carencial (83,3%; $n = 5$) y depresiva (41,7%; $n = 5$). Se observa también, una relación entre los tipos de familia según la clasificación de Fernández Moujan (1973) y las variables negligencia emocional (chi-cuadrado = 2,667; $p = 0,264$), negligencia física (chi-

cuadrado = 0,778; $p = 0,678$) y agresividad (chi-cuadrado = 0,050; $p = 0,975$). Observamos en la familia aglutinada ausencia de negligencia física (84,2%; $n = 16$), emocional (55%; $n = 11$) y en cambio, presencia de agresividad (50%; $n = 9$). Además, observamos que la negligencia emocional tiende a presentarse en la familia aislada (68,8%; $n = 11$).

Es importante destacar la relación entre conyugalidad y las variable negligencia emocional (chi-cuadrado = 3,163; $p = 0,206$) y agresividad (chi-cuadrado = 6,085; $p = 0,048$). En concreto, se observa una relación entre conyugalidad disarmónica y presencia de negligencia emocional (66,7%; $n = 14$) y conyugalidad disarmónica y agresividad en la familia (68,8%; $n = 11$). En esta línea, la conyugalidad armónica se relaciona con la ausencia de negligencia emocional (71,4%; $n = 5$) y agresividad en la familia (85,7%; $n = 6$). Sólo el 14% ($n = 1$) de las familias con conyugalidad armónica se relacionan con una agresividad en la familia.

Respecto al estilo de crianza, se observa una relación con las variables negligencia emocional (chi-cuadrado = 4,973; $p = 0,083$) y agresividad en la familia (chi-cuadrado = 2,153; $p = 0,341$). El estilo de crianza autoritario se relaciona con la presencia de negligencia emocional (81,8%; $n = 9$) y agresividad en la familia (63,6%; $n = 7$). En cambio, la ausencia de negligencia emocional se relaciona con un estilo de crianza democrático (100%; $n = 1$) y permisivo (51,6%; $n = 16$). En el mismo sentido, la ausencia de agresividad en la familia se relaciona con una crianza democrática (100%; $n = 1$) y permisiva (56%; $n = 14$). Por otra parte, se observa relación entre agresividad en la familia y ambos padres ausentes o periféricos (66,7%; $n = 4$; chi-cuadrado = 3,794; $p = 0,285$), que contrasta con presencia de padres en la vivienda familiar y ausencia de agresividad en la familia (75%; $n = 9$; chi-cuadrado = 3,794; $p = 0,285$).

En cuanto a la capacidad de mentalizar de los padres, observamos en la Tabla 7 una relación significativa con la variable negligencia emocional (chi-cuadrado = 10,307; $p = 0,016$) y no significativa con negligencia física (chi-cuadrado = 6,566; $p = 0,087$) y agresividad (chi-cuadrado = 4,251; $p = 0,236$) en la familia. Los progenitores con nula, escasa o con dificultades para mentalizar se hacen menos cargo de las necesidades emocionales de sus hijos y se observa una tendencia a la presencia de agresividad en la familia. En cambio, una buena capacidad de mentalización se relaciona con la ausencia de negligencia emocional y física en la familia con la misma tendencia (100%; $n = 3$).

Tabla 7.

Relación entre las variables negligencia emocional/física y agresividad y capacidad de mentalización de los padres.

			<i>Estilo de comunicación familiar</i>					
			Depresiva	Histérica	Obsesiva	Paranoide	Perversa	Psicosomática
<i>Tipo de familia según la clasificación UPPA</i>	Actuadoras	<i>n</i>	1	3	0	3	2	0
		%	11,1	33,3	0,0	33,3	22,2	0,0
	Adictivas	<i>n</i>	1	0	1	0	1	0
		%	33,3	0,0	33,3	0,0	33,3	0,0
	Banda	<i>n</i>	1	1	0	2	0	0
		%	25,0	25,0	0,0	50,0	0,0	0,0
	Carencial	<i>n</i>	5	2	0	1	0	0
		%	62,5	25,0	0,0	12,0	0,0	0,0
	Depresiva	<i>n</i>	11	1	0	1	0	0
		%	84,6	7,7	0,0	7,7	0,0	0,0
	Neurótica	<i>n</i>	1	0	0	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Parental	<i>n</i>	2	0	1	0	0	0
		%	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Psicopática	<i>n</i>	0	0	0	1	0	0	
	%	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	
Somatizadora	<i>n</i>	0	0	1	0	0	2	
	%	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	66,7	
<i>Tipo de familia según la clasificación de Fernández Moujan (1973)</i>	Aglutinada	<i>n</i>	6	5	2	5	0	2
		%	30,0	25,0	10,0	25,0	0,0	10,0
	Aislada	<i>n</i>	12	2	0	2	0	0
		%	75,0	12,5	0,0	12,5	0,0	0,0
	Uniforme	<i>n</i>	4	0	0	1	3	0
		%	50,0	0,0	0,0	12,5	37,5	0,0

La presencia de negligencia emocional se relaciona con un estilo de apego evitativo (60%; $n = 9$) y temeroso (66,7%; $n = 12$) y la agresividad en la familia (56,3%; $n = 9$) con un

estilo de apego temeroso. Dicha relación resulta una tendencia descriptiva no significativa (chi-cuadrado = 3,967; $p = 0,265$).

Estilo de comunicación familiar

En cuanto al estilo de comunicación familiar, vemos en la Tabla 8 que está relacionado con el tipo de familia según la clasificación de la UPPA (chi-cuadrado = 73,046; $p = 0,001$) y de Fernández Moujan (1973) (chi-cuadrado = 25,266; $p = 0,005$). Observamos una asociación destacada entre la comunicación depresiva y las familias de tipo depresivo (84,6%; $n = 11$), carencial (62,5%; $n = 5$) y aislado (75%; $n = 12$). Asimismo, la comunicación familiar histérica está relacionada con las familias actuadoras (33,3%; $n = 3$) y la comunicación paranoide también se relaciona con las familias actuadoras (33,3%; $n = 3$), además de la aglutinada (25%; $n = 5$). También es interesante la relación entre el estilo de comunicación familiar histérica y agresividad en la familia (83,3%; $n = 5$; chi-cuadrado = 3,906; $p = 0,563$).

Organización/desorganización en el hogar

Respecto a la organización/desorganización de la vivienda familiar encontramos una tendencia en la relación entre desorganización y padres separados (60,9%; $n = 14$), en contraste con organización y padres casados (50%; $n = 9$), no significativa (chi-cuadrado = 1,293; $p = 0,731$). Otra tendencia de relación relevante es la que se observa entre desorganización general en el hogar y familias con un nivel socioeconómico medio bajo (60%; $n = 12$) o bajo (60%; $n = 12$) respecto a niveles socioeconómicos familiares altos (100%; $n = 1$) o medios (66,7%; $n = 2$) y mayor organización en el hogar, no significativa (chi-cuadrado = 2,155; $p = 0,541$). Además, cuando existe una desorganización general en el hogar se observa también una relación con problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos en el adolescente, como por ejemplo, el manejo de las comidas, la higiene o el sueño (60,7%; $n = 17$, chi-cuadrado = 1,563; $p = 0,458$). La desorganización en el hogar también muestra una relación en un 77,8% de los casos ($n = 7$) con adolescentes que no tienen habitación propia en el hogar (chi-cuadrado = 3,016; $p = 0,221$).

Tabla 8.

Relación entre las variables sobre el estilo de comunicación familiar y la tipología de familia.

		<i>Estilo de comunicación familiar</i>						
			Depresiva	Histérica	Obsesiva	Paranoide	Perversa	Psicosomática
<i>Tipo de familia según la clasificación UPPA</i>	<i>Actuadoras</i>	<i>n</i>	1	3	0	3	2	0
		%	11,1	33,3	0,0	33,3	22,2	0,0
	<i>Adictivas</i>	<i>n</i>	1	0	1	0	1	0
		%	33,3	0,0	33,3	0,0	33,3	0,0
	<i>Banda</i>	<i>n</i>	1	1	0	2	0	0
		%	25,0	25,0	0,0	50,0	0,0	0,0
	<i>Carencial</i>	<i>n</i>	5	2	0	1	0	0
		%	62,5	25,0	0,0	12,0	0,0	0,0
	<i>Depresiva</i>	<i>n</i>	11	1	0	1	0	0
		%	84,6	7,7	0,0	7,7	0,0	0,0
	<i>Neurótica</i>	<i>n</i>	1	0	0	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<i>Parental</i>	<i>n</i>	2	0	1	0	0	0
		%	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
<i>Psicopática</i>	<i>n</i>	0	0	0	1	0	0	
	%	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	
<i>Somatizadora</i>	<i>n</i>	0	0	1	0	0	2	
	%	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	66,7	
<i>Tipo de familia según la clasificación Fernández Moujan (1973)</i>	<i>Agglutinada</i>	<i>n</i>	6	5	2	5	0	2
		%	30,0	25,0	10,0	25,0	0,0	10,0
	<i>Aislada</i>	<i>n</i>	12	2	0	2	0	0
		%	75,0	12,5	0,0	12,5	0,0	0,0
	<i>Uniforme</i>	<i>n</i>	4	0	0	1	3	0
		%	50,0	0,0	0,0	12,5	37,5	0,0

Parentalidad y conyugalidad

El estilo de crianza de los padres se relaciona con el diagnóstico de algún trastorno mental en el paciente (chi-cuadrado = 9,948; $p = 0,621$). Un estilo de crianza permisivo se relaciona con los trastornos psicóticos (71,4%; $n = 5$), de la conducta (77,8%; $n = 7$) y neuróticos (77,3%; $n = 17$) y un estilo de crianza autoritario se relaciona con los trastornos

neuróticos (18,2%; $n = 4$). Respecto a la tipología familiar, se observa una relación entre la conyugalidad disarmónica y la familia depresiva (69,2%; $n = 9$) y aislada (60%; $n = 9$).

Situación educativa del paciente

Se observa una relación entre las variables situación educativa y red de amistades del paciente (chi-cuadrado = 10,180; $p = 0,117$). En concreto, los adolescentes que asisten a clase de forma habitual (85,7%; $n = 6$) o irregular (60%; $n = 6$) tienen una red de amistades, en cambio, los adolescentes con absentismo escolar no la tienen (57,7%; $n = 15$). Además, la situación de absentismo escolar en el adolescente también se relaciona con un nivel socioeconómico familiar bajo (50%; $n = 13$) y la asistencia a clase de forma habitual con un nivel socioeconómico familiar medio bajo (71,4%; $n = 5$). Esta relación entre la situación educativa y el nivel socioeconómico familiar resulta una tendencia descriptiva no significativa (chi-cuadrado = 3,535; $p = 0,939$).

Discusión

En respuesta al primer objetivo de este estudio, hemos podido observar como las características identificadas de las familias atendidas por el servicio ECID se ajustan a las que se definen en la literatura propias de la familia multiproblemática. A nivel sociodemográfico son familias compuestas, la gran mayoría, por más de un hijo, con padres separados o divorciados y una tendencia hacia un tipo de estructura de familia nuclear (padres e hijos), con genogramas poco extensos o confusos contrarios a los que describen (Gómez, et al., 2007). Los resultados nos muestran un número relativamente bajo de familias monoparentales, aspecto que también dista de lo encontrado en la literatura (Gómez, et al., 2007). Además, son familias en las que el padre tiende a estar ausente o periférico del entorno familiar (Coletti & Linares, 1997).

Los resultados respecto a la situación laboral de los progenitores no se asemejan a lo que propone Escartín (2004, como se citó en Jaque, et al., 2019). Ya que el 78% ($n = 35$) de los progenitores trabajan. Estos resultados nos hacen reflexionar sobre el reparto de las funciones parentales y roles familiares. Considerando el 40% de las familias en las que sólo trabaja uno de los progenitores, en el 20% de los casos únicamente trabaja el padre y en el restante 20% sólo la madre. Así, parece que hay una tendencia general en las familias atendidas por el ECID a que los dos padres provean a la familia a nivel económico y de recursos materiales. Cuando sólo trabaja la madre, el padre no trabaja por jubilación/prejubilación o larga enfermedad y cuando sólo trabaja el padre, la madre no

trabaja sin especificarse que sea por baja laboral, paro o jubilación. A partir de los resultados obtenidos del tipo de trabajo, podemos deducir que la mayoría de progenitores tienen estudios de nivel básico (Kolthof, et al., 2014).

Si consideramos la relación de las familias del ECID con el contexto social externo, observamos que la mayoría de ellas (76%) no se vinculan a espacios sociales como centros cívicos, casales para jóvenes o espacios vecinales. Esto nos hace pensar en algunas de las características de la estructura de estas familias: desorganizadas, con pocos límites, poco permeables, de apego inseguro y con tendencia al aislamiento respecto del contexto social externo Escartín (2004, como se citó en Jaque, et al., 2019), Ortega (2014) y Coletti & Linares (1997). En cambio, la mayoría de estas familias están vinculadas a otros dispositivos asistenciales clínicos o sociales además del ECID, como los centros de salud mental o los servicios sociales. Sólo un 20% de las familias no están vinculadas a otro servicio asistencial a parte del ECID. Por tanto, estos resultados coincidirían con la literatura descriptiva de las familias multiproblemáticas y su tendencia a necesitar ayuda externa, como plantean Vallejo y Nieto (2013) sobre la relación crónica de dependencia de estas familias con los servicios asistenciales. Sin embargo, la vinculación a nivel económico observada contrasta con la esperada a nivel teórico ya que observamos respecto al total de familias de nivel socioeconómico bajo (47%) o medio bajo (44%), que solo reciben algún tipo de ayuda económica social el (25%).

Si analizamos los resultados sobre el tipo de familia, vemos que tanto según su funcionamiento y dinámica como según su forma de agrupación familiar, se obtienen resultados variados y en ocasiones opuestos y/o contradictorios. Las tipologías familiares más comunes son la depresiva, la carencial y la actuadora. Se observa, en los tres tipos algo que tienen en común que sería la dificultad para organizarse y mantenerse de forma estable, las carencias emocionales y/o físicas, y los límites difusos. Esto se ajusta a cómo Aponte (1976) y Minuchin y et al. (1967) describen a este tipo de familias, como “sub-organizadas” para destacar la inconstancia en los roles del subsistema parental o “desorganizadas”. También a lo que plantea Minuchin (citado en Ortega, 2014) sobre la estructuración organizacional y comunicacional, mencionando que la organización en las familias multiproblemáticas es inestable y caótica, lo que dificulta que la misma familia pueda organizarse internamente para afrontar sus dificultades. Relacionado también con esto último, el desorden general en el hogar ya que se ha identificado aproximadamente en la mitad de las familias. Por tanto, entenderíamos que el caos y el desorden en la dinámica familiar se representaría y exteriorizaría en el desarreglo general de la casa.

Los tipos de agrupación familiar más comunes son la aglutinada y la aislada. La familia aglutinada tiene un funcionamiento tipo clan, con tendencia a la cohesión grupal y dificultades para el crecimiento individual y desarrollo de los propios miembros de la familia, así como desarrollo de la capacidad reflexiva en la familia. Esto se ajusta a la descripción de Coletti & Linares (1997) de estas familias, que explica que en ellas existen conflictos en el rol que va a desarrollar cada uno de los miembros, ya que la delimitación entre las fronteras de los subsistemas es poroso y los límites son difusos, generándose así, problemas de diferenciación entre sus miembros. En cambio en la familia aislada, cada miembro funciona de manera independiente a los demás y no se da un verdadero espacio familiar. Es decir, no hay un sentimiento de identidad ni de pertenencia grupal. Esta tipología de familia se vería reflejada con lo que plantea Vega (1997, como se citó en Gómez, et al., 2007) sobre las características de la estructura de las familias multiproblemáticas, en las que hay una notoria dispersión de sus miembros. A pesar de que las familias aglutinadas sean el tipo de familia más común atendido en el ECID (44%), eso no se relaciona con que los miembros de la familia compartan más actividades juntos, como podría esperarse a nivel teórico. Poco más de la mitad de las familias atendidas por el ECID comparten entre los miembros de la familia algún momento familiar o actividad juntos (53%), mientras que el resto de las familias no lo hacen (47%).

El estilo de comunicación familiar va muy ligado a la tipología de familia. Según los resultados obtenidos, las familias estudiadas acostumbran a tener un estilo de comunicación depresivo, paranoide o histérico. Aunque los tres tipos son muy diferentes entre sí, vemos que tienen en común una serie de factores comunicacionales como la desorganización, la comunicación caótica, la rigidez, la expresión de mensajes con poco contenido, el poco espacio para pensar, y comunicaciones donde prevalece la emocionalidad ligada a la acción como definen Ortega (2014) y Malagoli Togliatti (1985, citado en Coletti & Linares, 1997).

Se ha hecho evidente cómo en las condiciones sociodemográficas, psicosociales y clínicas de las familias del ECID podemos encontrar situaciones estresantes que pueden ser creadoras de conflicto y malestar emocional en la familia. Además, respondiendo al segundo objetivo de este estudio, hemos podido identificar algunos factores de riesgo específicos y prevalentes en las familias del ECID.

El vínculo entre madre-bebé se ha considerado muy importante porque de la experiencia relacional que se establezca va a depender, en gran parte, el desarrollo del niño, tanto en el aspecto emocional y de la personalidad como intelectual y social (Torras de Beà, 2007). La calidad del vínculo depende del estado físico y emocional de los progenitores

(especialmente de la madre en los primeros meses de vida del niño). Se han identificado una serie de circunstancias adversas que podrían alterar la calidad del vínculo entre progenitores e hijos en los primeros años de vida del niño: una separación temprana de la figura materna con el hijo, muerte de uno de los progenitores durante la infancia del niño, mal estado de la madre en el embarazo (malnutrición fetal, consumo de tóxicos, depresión, eventos vitales adversos o complicaciones médicas), parto prematuro, trastorno mental y/o abuso de sustancias y/o dependencia al alcohol en uno de los progenitores. Los resultados nos muestran que pocas familias han vivido alguna de estas experiencias. Sin embargo, observamos a casi la mitad de los progenitores con algún trastorno mental, haya sido éste diagnosticado o no clínicamente. Especificando un poco más, los resultados informan de mayor prevalencia en las madres (trastornos neuróticos y de la personalidad) y menor en los padres (trastornos neuróticos y psicóticos). Según la literatura los trastornos mentales graves de los padres alteran gravemente las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia y representan un factor de riesgo para la evolución psicológica de los hijos. Sus posibles mensajes contradictorios pueden confundir al niño, desorientándolo y transmitiéndole una realidad incoherente (Torras de Beà, 2007). Esto nos hace pensar en cómo los trastornos mentales en los padres podrían ser un indicador de apego inseguro en los hijos.

La mayoría de las familias del ECID presentan un apego inseguro. En concreto, el estilo de apego que predomina en mayor porcentaje es el temeroso, seguido del evitativo y el preocupado. Lyons-Ruth et al. (como se citó en Kolthof, et al., 2014) vincularon la multiplicidad de factores de riesgo psicosociales en las familias multiproblemáticas al apego desorganizado. Asimismo, Cyrulnik (como se citó en Coletti & Linares, 1997) explica que la disminución de la función parental nutricia de tipo emocional, dificulta el desarrollo de un apego seguro en el niño. En este sentido, entenderíamos la posibilidad de desarrollar un apego seguro en la familia en la medida en la que la familia es más o menos nutricia o cuidadora en el desarrollo de su parentalidad y conyugalidad. Así podríamos decir que las familias atendidas en el ECID no se asemejan al concepto de familia relacionalmente nutricia que describe Linares (1996, 2006), ya que ni la conyugalidad es armoniosa ni la parentalidad es del todo competente. En las familias multiproblemáticas la parentalidad está deteriorada por la inconsistencia en el rol parental viéndose afectadas sus funciones nutricias y socializadoras (Coletti & Linares, 1997). En concreto, en relación a los estilos parentales, Máiquez et al. y Rodrigo et al. (como se citó en Álvarez-Dardet et al., 2010) han señalado una relación entre familias en situación de riesgo psicosocial y un estilo parental coercitivo o negligente/permisivo. En las familias del ECID, el estilo de crianza que predomina es el

permissivo, seguido del autoritario. Coletti y Linares (1997) explicaron cómo la ausencia de límites en las familias permisivas puede dificultar la diferenciación de roles entre los miembros de la familia, afectando negativamente al comportamiento del niño y complicando las relaciones intrafamiliares. Además, la mayoría de los padres de las familias del ECID no funcionan como un equipo en la crianza de los hijos.

La mentalización en la mayoría de los padres del ECID se presenta con dificultades y en unos pocos casos, se describe una buena capacidad de mentalización que se relaciona con un estilo de crianza democrático, conyugalidad armónica y apego seguro. La capacidad de mentalización se desarrolla de manera óptima en el contexto de un vínculo seguro y la experiencia clínica muestra que las peores capacidades de mentalización derivan de relaciones en las que ha predominado un vínculo desorganizado (Dangerfield, 2017). En general, la capacidad de mentalización en los padres se relaciona con funciones nutricias en la familia que podrían prever el desarrollo de conductas de negligencia emocional/física y agresividad en la familia. Numerosos estudios en niños con maltrato emocional y/o negligencia han mostrado la presencia de varios problemas posteriores en la infancia, adolescencia y vida adulta. En la mayoría de los niños se han observado las siguientes dificultades: trastornos emocionales, desórdenes conductuales, bajo rendimiento académico y ausentismo escolar y agresividad y/o aislamiento social (Glaser, 2012, como se citó en Arruabarrena, 2011). En nuestro estudio se reporta un mayor número de familias en contexto de negligencia emocional (56%) respecto a un número más pequeño en contexto de negligencia física (18%), y un número bastante elevado de casos de agresividad en la familia (40%). De los adolescentes en contexto de negligencia emocional el 56% también están en situación de agresividad en la familia. Sin embargo, se observa un número muy pequeño de casos en los que los adolescentes han vivido una experiencia de abuso sexual o sospecha de ésta de los profesionales. Asimismo, se ha podido observar cómo a mayor número y acumulación de factores de riesgo en la familia, mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno psicopatológico en algún miembro de la familia (Kolthof et al., 2014). De hecho, los factores de riesgo de mayor relevancia encontrados en las familias del ECID coinciden con los problemas y factores de estrés más habituales que atraviesan las familias multiproblemáticas mencionados y descritos en la literatura por Gómez, Muñoz y Haz (2007): negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias, conducta antisocial, problemas de salud y trastornos emocionales, especialmente en los padres. A todo esto, podemos decir que la tipología misma de la familia multiproblemática nos hace considerarla familia de riesgo y

como consecuencia, plantear una intervención que se ajuste a las propias características familiares para así poder responder con mayor eficacia a sus necesidades.

A grandes rasgos, de cara a la intervención con estas familias, este estudio nos ha permitido reflexionar sobre la necesidad de fomentar un apego más seguro en estas familias a partir de un trabajo con los padres de forma temprana durante el embarazo y posteriormente durante los primeros años de vida del bebé. Esto pasaría por trabajar las funciones parentales para que las familias pudiesen presentar disponibilidad, autonomía, regulación emocional y expresión adecuada hacia todos sus miembros. Dicho en otras palabras, se trabajaría para la consecución de relaciones familiares más nutritivas en las que hubiese reconocimiento y valoración, cariño, ternura y sociabilización. Asimismo, plantearíamos también un trabajo de mentalización parental como el que ya se viene haciendo desde hace tiempo en el ECID y que está estrechamente relacionado con la intervención en las relaciones familiares. Del mismo modo, creemos que sería aconsejable que hubiera un sistema de detección de factores de riesgo en las familias en las que se observáran más dificultades para que puedan seguirse de cerca con una intervención domiciliaria pudiendo así analizar el contexto. Esta detección permite determinar la necesidad del abordaje temprano que se plantea. De esta manera, los diferentes factores de riesgo que pudieran influir a los miembros de la familia, pudieran estar más controlados y contenidos como forma de protección y de prevención. Este tipo de planteamiento requiere de un trabajo multidisciplinar coordinado en la red asistencial que trabaja con estos casos de familias multiproblemáticas.

Hay que considerar algunas limitaciones que presenta el estudio. No hemos determinado la dirección causal de las relaciones entre factores de riesgo y características de las familias, dado el diseño transversal del estudio, ni estudiado los factores de riesgo específicos que determinarían cada tipo de trastorno mental, porque los factores de riesgo son inespecíficos, múltiples y variados. A nivel metodológico, es importante destacar el tamaño pequeño de la muestra del estudio. Seguramente ha repercutido en la ausencia de significación en la mayoría de las relaciones analizadas con la prueba Chi-Square ($p > 0,05$). Esto quiere decir que la distribución de frecuencias que se hace en la tabla de contingencia puede ser dada al azar. El tamaño de la muestra es pequeño ($N = 45$) y se fragmenta al realizar las tablas de contingencia según las categorías de las distintas variables. Sin embargo, hemos podido identificar tendencias y relaciones entre las características relevantes de las familias atendidas en el ECID y algunos factores de riesgo.

En este sentido, en futuros estudios sería interesante conocer en profundidad los factores de riesgo en general de las familias y sus miembros, para complementar este estudio

de los factores de riesgo familiares, e investigar sobre los recursos y habilidades que presentan las familias del ECID, con intención de conocer sus factores de protección en contraste con los factores de riesgo.

Conclusiones

Las familias que se atienden en el ECID son multiproblemáticas y presentan muchos factores de riesgo que tienen relación con aspectos familiares. Nos hemos dado cuenta de cómo la dinámica y la función familiar son muy importantes para el desarrollo de vínculos intrafamiliares sanos, que promuevan un buen desarrollo psicológico en cada uno de los miembros y faciliten la armonía familiar. Por este motivo, pensamos que son de especial relevancia los factores de riesgo que impactan sobre la relación y como consecuencia, cabe tenerlos en cuenta en el planteamiento de la intervención. Sin embargo, no podemos perder de vista que los resultados relacionados con las características sociodemográficas de las familias no hacen sino confirmar la precariedad generalizada de sus circunstancias. En este sentido, estamos de acuerdo y reivindicamos el término de familia multi estresada o multi crisis en las familias del ECID en contraste con el de multiproblemática que hemos ido utilizando hasta ahora, ya que pensamos que es necesario dar valor al contexto situacional en el que se encuentran estas familias. Asimismo, teniendo en cuenta el contexto social y relacional intrafamiliar de las familias del ECID plantearíamos la necesidad de diseñar intervenciones y acompañamientos familiares, así como de prevención, como complemento a una intervención multidisciplinar o dentro de la red.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración que nos ofrecieron des del servicio ECID de la Fundación Vidal y Barraquer y la ayuda que nos han dado todos sus profesionales para el desarrollo del trabajo. A la vez que a las familias que forman parte indirectamente de este trabajo.

Agradecemos el soporte de nuestra tutora Meritxell, quien nos ha animado y ayudado en las diferentes fases del proceso hasta el último momento.

Y finalmente te agradecemos a ti Josefin, por el esfuerzo incansable. Ya que dar a luz en tiempos de pandemia es solo para mujeres fuertes y valientes.

Referencias

- Álvarez-Dardet, S.M., Hidalgo, M.V., Jiménez, L., Lorence, B. y Sánchez, J. (2010). Perfil Psicosocial de familias en situación de riesgo. Un estudio de necesidades con usuarios de los Servicios Sociales Comunitarios por razones de preservación familiar. *Anales de Psicología*, 26(2), 378-389.
- Artigue, J. (2012). *Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia: Listado de ítems en Salud Mental (LISMEN)* (Tesis doctoral). Recuperado de la base de datos TDX Tesis Doctorals en Xarxa. (<http://hdl.handle.net/10803/83868>).
- Artigue, J. (2013). El LISMEN un cuestionario para explorar los factores de riesgo en salud mental. *Temas de Psicoanálisis*, 5.
- Arruabarrena, M.I. (2011). Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 25-44.
- Coletti, M. y Linares, J. L. (1997) *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*, Barcelona, Paidós Terapia Familiar.
- Dangerfield, M. (2017). Aportaciones del tratamiento basado en la mentalización (MBT-A) para adolescentes que han sufrido adversidades en la infancia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 63, 29-47.
- Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública - Generalitat de Catalunya. (2008). Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Infancia amb salut. Barcelona: Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública.
- Golanó, M. y Pérez, C. (2014). Mentalització i vincle: La mentalització parental. *Revista Catalana de Psicoanálisis*, XXX(I).
- Gómez, E., Muñoz, M. M. y Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psyche*, 16(2), 43-54.
- Jaque, M.E., Sandoval, A.X. y Alarcón, M.C. (2019). Familias en situaciones de crisis crónicas: características e intervención. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1), 165-176.
- Kolthof, H.J., Kikkert, M.J. y Dekker, J. (2014). Multiproblem or Multirisk Families? A Broad Review of the Literature. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, 2(4).

- Laudo, I. y Sastre, V. (2015). Psicoterapia en familias de riesgo. *Temas de Psicoanálisis*, 10.
- Linares, J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*, Barcelona, Herder.
- Luján, C., Pérez, M. y Montoya, I. (2013). La familia como factor de riesgo y de protección para los problemas comportamentales en la infancia. *Familia*, 47, 83-98.
- Minuchin, S. (2009) *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- Ortega, J. (2012). Familias multiproblemáticas. APUNTES EN WEB. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar (EVNTF).
- Ramos, R. (2018). Abordaje narrativo de las familias multiproblemáticas: el modelo narrativo-temático. *En Investigación en psicoterapia. Acercamientos y líneas de reflexión* (pp. 14-53). ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara: Psicoterapia y diálogo interdisciplinario.
- Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
- Salvador, G. (2009). *Familia, experiencia grupal básica*, Barcelona, Ediciones Paidós.
- Soriano, J. A. (2010). Cronicidad y depresión. Una aproximación sistémica a los trastornos afectivos. *En redes 23 Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, Segunda época, 63-77.
- Talarn, A., Sáinz, F. y Rigat, A. (2013) *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*, Barcelona, Herder.
- Torras de Beà, E. (2007) *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia*, Valls, Lectio Ediciones.
- Vallejo, B. y Nieto, L. (2013). Intervención en familias multiproblemáticas con trastornos mentales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 25-43.
- Varese, F., Smeets, F., et al. (2013). Las adversidades en la infancia incrementan el riesgo de psicosis: metaanálisis de estudios paciente-control, prospectivos y de corte transversal de cohorte. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 21, 51-64.
- Wainstein, M., Wittner, V. (2017). El concepto de familia multiproblemática y la medición de su funcionalidad/disfuncionalidad. *Anuario de investigaciones*, XXIV, 193-198.