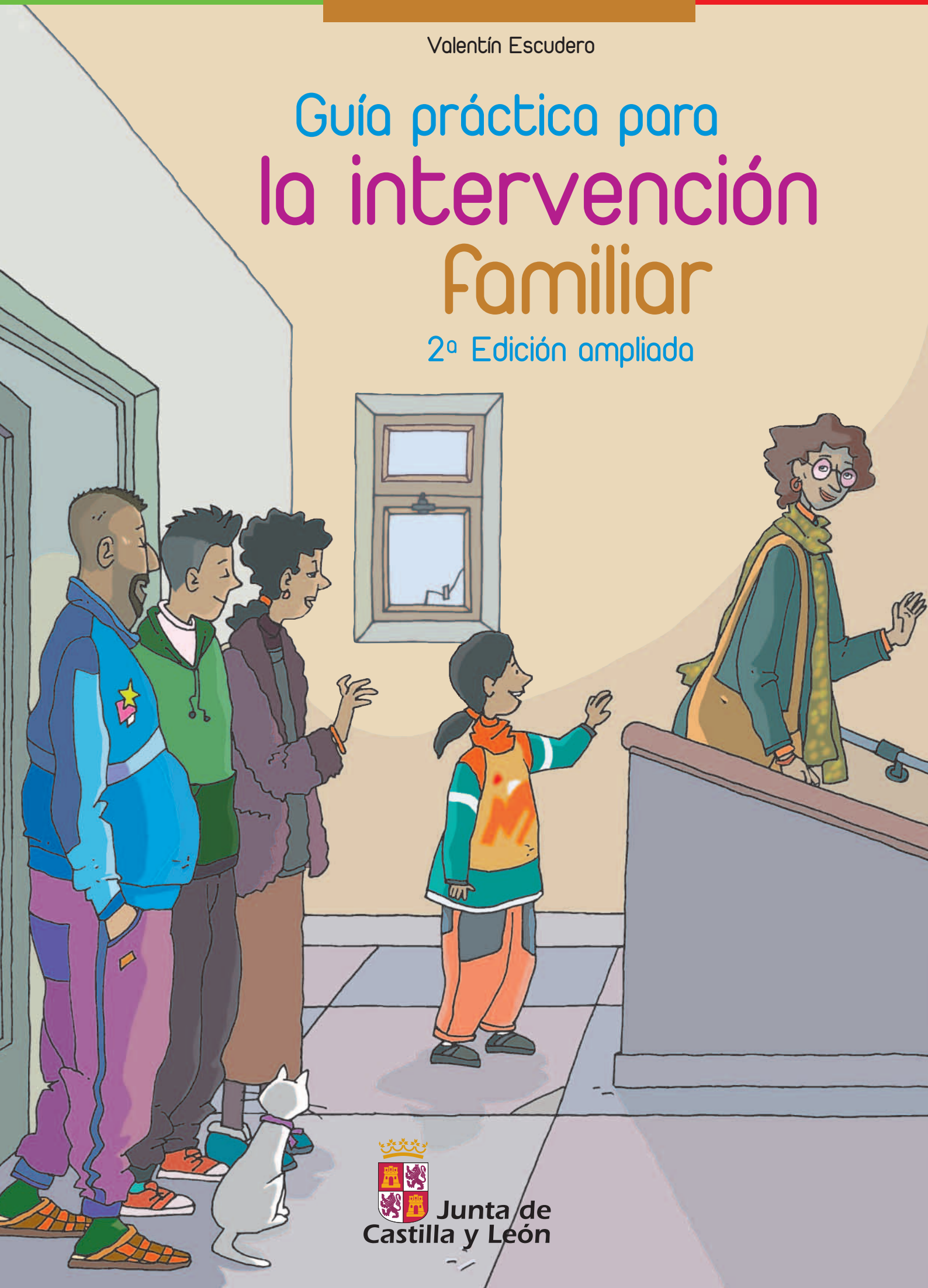
Valentín Escudero

Guía práctica para la intervención familiar

2ª Edición ampliada



Junta de Castilla y León

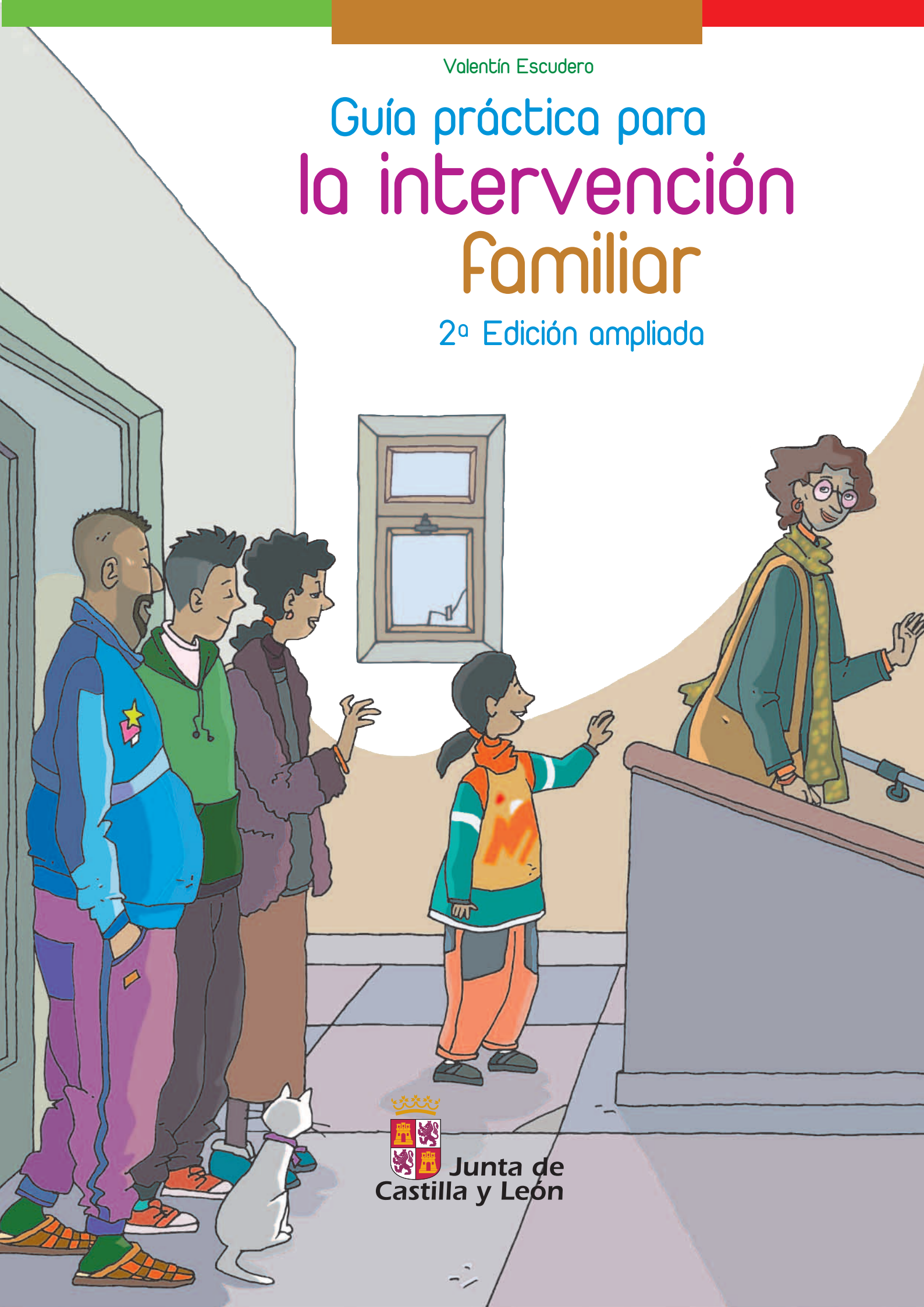
Valentín Escudero

Guía práctica para la intervención familiar

Valentín Escudero

Guía práctica para la intervención familiar

2ª Edición ampliada



Junta de Castilla y León

Segunda edición, ampliada: abril de 2020
2020: 30 años del Programa de apoyo a Familias de Castilla y León

Coordinación de la edición: M.ª Concepción Loma Rodríguez

© *Guía prácica para la intervención familiar*
Junta de Castilla y León
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

© Texto: El autor
Ilustraciones: Felipe López Salán. Péncil, Agencia de ilustradores
Diseño y Arte Final: dDC, Diseño y Comunicación

Esta Guía práctica quiere ser un instrumento de ayuda a los profesionales del ámbito de la atención familiar en los servicios sociales y de protección a la infancia. La necesidad de hacer esta segunda edición ampliada es un claro indicador de que esta Guía ha sido una herramienta viva, ampliamente utilizada dentro y fuera de Castilla y León. La Guía ha funcionado como un mapa lleno de anotaciones incorporado a la caja de herramientas que tenemos los profesionales que trabajamos con familias, tanto desde la administración como de las entidades del tercer sector.

Esta segunda edición ampliada nace en 2020 e incorpora en un sólo texto los dos volúmenes previos: *La Guía Practica para la Intervención Familiar* publicada en 2009, y el segundo volumen publicado en 2013 con el subtitulo "*Contextos cronificados o de especial dificultad*". En esta nueva edición, los capítulos están organizados en tres grandes apartados: (1) Fundamentos de la Intervención Familiar; (2) Contextos de Espacial Dificultad; y (3) Breve Manual de Supervivencia.

Además de unir esos dos volúmenes previos, esta Guía incorpora muchas secciones y capítulos completamente nuevos. Se ha reforzado, por ejemplo, la sección "Observa y prueba" que acompaña a cada capítulo, con la intención de que puedas poner a prueba –de forma práctica– tu comprensión y asimilación de las ideas y directrices fundamentales de cada capítulo.

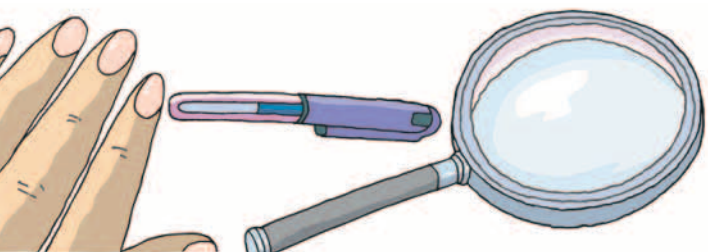
Uno de los recursos más innovador que te ofrece esta nueva edición es el Laboratorio Virtual de Prácticas (capítulo 16). Se trata de un espacio virtual en el que podrás encontrar ejercicios basados en videos sobre una diversidad de situaciones de "especial dificultad" en el manejo de entrevistas e intervenciones con familias. Ese laboratorio virtual nace con la intención de estar siempre abierto y actualizado. Todas las personas que participen realizando ejercicios en el laboratorio pueden contribuir a la optimización y utilidad de este recurso, así que ya desde aquí te damos las gracias y te animamos a participar.

Cuando nos pusimos a trabajar en esta nueva edición de la Guía estábamos dispuestos a revisar cada línea de las anteriores ediciones. Sin embargo, nos hemos

encontrado con la grata sensación de que hay muchas ideas que siguen siendo esenciales y que están descritas de una forma que todavía tiene eficacia. El objetivo de esta nueva edición también sigue siendo el mismo que planteamos en su primera edición: ofrecer indicaciones útiles para estructurar, orientar y evaluar el proceso de la intervención. De forma más específica, esta Guía pretende:

1. Ofrecerte directrices claras para conseguir una relación de colaboración (alianza terapéutica) con los usuarios (niños, niñas, adolescentes y sus familias) y con otros servicios y entidades involucradas en el proceso de ayuda.
2. Guiarte en las tareas principales del proceso: construir un contexto seguro de trabajo con la familia, valoración del balance que tiene la familia en su estructura de recursos y dificultades, definición de objetivos de intervención e indicadores de logro, diseño de actuaciones técnicas bien adaptadas al usuario, evaluación de progresos y toma de decisiones.
3. Ayudarte a entender y afrontar esas situaciones en las que nuestra ayuda a la familia resulta poco eficaz o está estancada en contextos de riesgo o de vulnerabilidad que se califican como crónicos porque llevan mucho tiempo sin cambios, sin soluciones, a pesar de que se han producido intervenciones prolongadas o reiteradas en el tiempo.
4. Ofrecerte un esquema claro de trabajo cuando nos encontramos con trastornos traumáticos del desarrollo asociados a experiencias traumáticas de crianza, como la negligencia prolongada, el abuso, y el maltrato.
5. Ayudarte a enfocar adecuadamente la intervención en casos que suelen sobrepasar la capacidad de nuestros equipos de atención familiar porque la situación de riesgo y vulnerabilidad está asociada a una dificultad o patología que requiere un tratamiento intensivo o especializado, como es la presencia de un problema severo de salud mental, alcoholismo u otras adicciones en los progenitores.

Esperamos que disfrutes de esta Guía, deseamos que te acompañe en tu trabajo y te ofrezca recursos, inspiración y motivación.



Índice

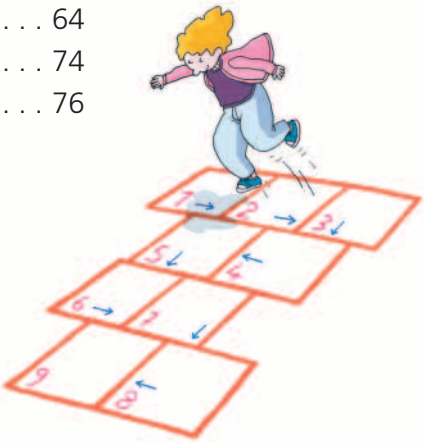
Presentación de esta nueva edición ampliada 5

FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

1. Entender bien el sistema complejo de la intervención familiar . . 13
1.1 El sistema de la familia 18
1.2 El sistema profesional 20
1.3 La persona del profesional 21
1.4 El perfil del profesional 23
1.5 Respuestas a la severidad y/o cronicidad de situaciones de riesgo 26
1.6 Cuadro resumen 28
1.7 Observa y Prueba: "Todo lo que me influye" 29

2. ¿Apoyo a la familia o control? 33
2.1 Complementar ayuda y control 37
2.2 Estrategias para no contaminar la relación de ayuda 42
2.3 Toma de decisiones 44
2.4 Cuadro-resumen 47
2.5 Observa y Prueba: "Destilando control y ayuda" 48

3. Valorar el sistema familiar: recursos y riesgos 51
3.1 Balance del sistema 55
3.2 Estructura que mantiene el problema 57
3.3 Recursos para el cambio 58
3.4 Escalas de estimación 59
3.5 El factor tiempo 63
3.6 Ejemplos de valoración 64
3.7 Cuadro-resumen 74
3.8 Observa y Prueba: "Aplicando la Ecuación" 76

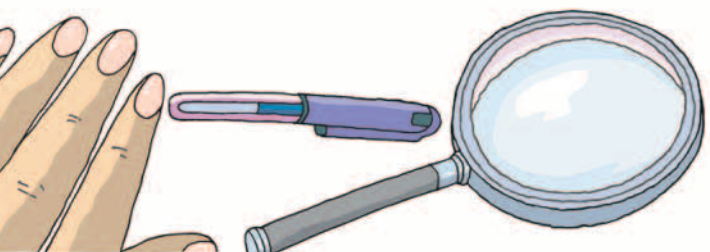


4. Crear alianzas de trabajo 81
4.1 La alianza de trabajo con la familia 85
4.2 Definir la alianza de trabajo 87
4.3 Reparar la alianza cuando se ha roto o se ha "dividido" 96
4.4 La delicada alianza de trabajo con el niño o adolescente 99
4.5 Alianzas entre profesionales 102
4.6 Instrumentos para valorar la alianza de trabajo con las familias 107
4.7 Cuadro-resumen 108
4.8 Observa y Prueba: "Evaluar y crear la alianza" 110

5. Actitudes iniciales de la familia 123
5.1 Tipos de relación inicial 129
5.2 Factores que influyen en la actitud inicial 133
5.3 Directrices para la relación inicial 135
5.4 Profundizando ¿Qué es "no tener conciencia del problema"? 137
5.5 Cuadro-resumen 146
5.6 Observa y Prueba: "Cómo llegar a Amelia " 148

6. Construir metas y objetivos 151
6.1 ¿Quién define el problema? 153
6.2 Construir el problema con la familia 157
6.3 Técnicas para definir metas de la intervención 159
6.4 Cómo definir los objetivos en 9 pasos 160
6.5 Guía de revisión de la definición de metas 168
6.6 Cuadro-resumen 170
6.7 Observa y Prueba: "Escalando objetivos" 171

7. El manejo adecuado de la intervención en el domicilio 177
7.1 Manejo adecuado del tiempo 184
7.2 Manejo del espacio 186
7.3 Control de las conductas 186
7.4 Forma de cierre, ritual de terminación 187
7.5 Cuadro-resumen 193
7.6 Observa y Prueba: "Cómo me siento en tu casa" 194



CONTEXTOS DE ESPECIAL DIFICULTAD

8. Cuanto la intervención no funciona porque el problema es crónico... y viceversa 197

8.1 ¿Qué se hace crónico? ¿el contexto de riesgo, la familia, o el caso? 199

8.2 ¿Qué hemos de tener en cuenta? 201

8.3 La cronicidad como objetivo de intervención 203

8.4 Diagnosticar los perfiles de cronicidad 205

8.5 Factores que explican y mantienen la cronicidad 209

8.6 Cuadro-resumen 221

8.7 Observa y Prueba: "Perfiles de Cronicidad" 223

9. Ineficacia Parental ¿Dónde está la avería? 225

9.1 Buenas personas, malos padres 227

9.2 La co-parentalidad extraviada 229

9.3 Los triángulos maléficos 231

9.4 El daño más profundo 233

9.5 Cuadro-resumen 236

9.6 Observa y Prueba: "Navegando hacia la profundidad" 238

10. Cuando la enfermedad es invisible: trastornos del apego y trauma relacional 241

10.1 La teoría del apego como un mapa para orientar la intervención 244

10.2 Tipos de conducta de apego 249

10.3 Trauma relacional 256

10.4 Trastorno traumático del desarrollo 258

10.5 La "enfermedad invisible" y su trayectoria evolutiva 263

10.6 El apego en la relación de ayuda 269

10.7 Comenzar desde el embarazo es la mejor opción 272

10.8 Cuadro-resumen 277

10.9 Observa y Prueba: "Perspectivas del apego" 279

11. Cuando se trata de trastorno y enfermedad mental 285

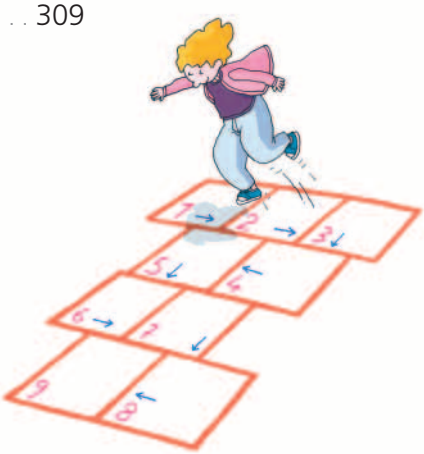
11.1 Trabajar con una buena hoja de ruta 288

11.2 El caso de la enfermedad mental 292

11.3 Qué determina el efecto que tienen en los menores los problemas de salud mental de sus padres 299

11.4 Vulnerabilidad y resiliencia en las familias 304

11.5 Crear una comunidad de afectados 309



11.6 La emoción expresada en la comunidad de afectados 311
11.7 Cuadro-resumen 313
11.8 Observa y prueba: "Cuál es el lugar del trastorno en esta familia" 315

12. Cuando el alcoholismo y otras adicciones organizan la vida . 319
12.1 Alcoholismo y otras adicciones 321
12.2 El trabajo con la familia alcohólica: la comunidad de afectados 326
12.3 Hoja de ruta para la intervención 330
12.4 Cuadro-resumen 333
12.5 Observa y Prueba: "La dependencia invisible" 334

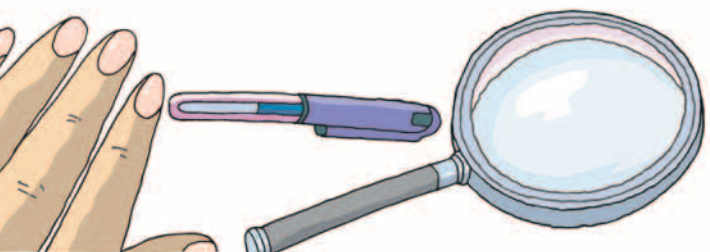
13. Cuando son familias multi-estresadas socialmente desfavorecidas 341
13.1 ¿Familia multi-problematica o mult-itratada? 345
13.2 Estrés crónico y acomodación al caos 347
13.3 ¿Quién es el "cliente" en ese caso? ¿Usuarios involuntarios? . . 350
13.4 Diversidad y funcionamiento familiar: etnicidad, aculturación, y pobreza 354
13.5 Cuadro-resumen 360
13.6 Observa y prueba: "El corazón del bosque" 362

BREVE MANUAL DE SUPERVIVENCIA

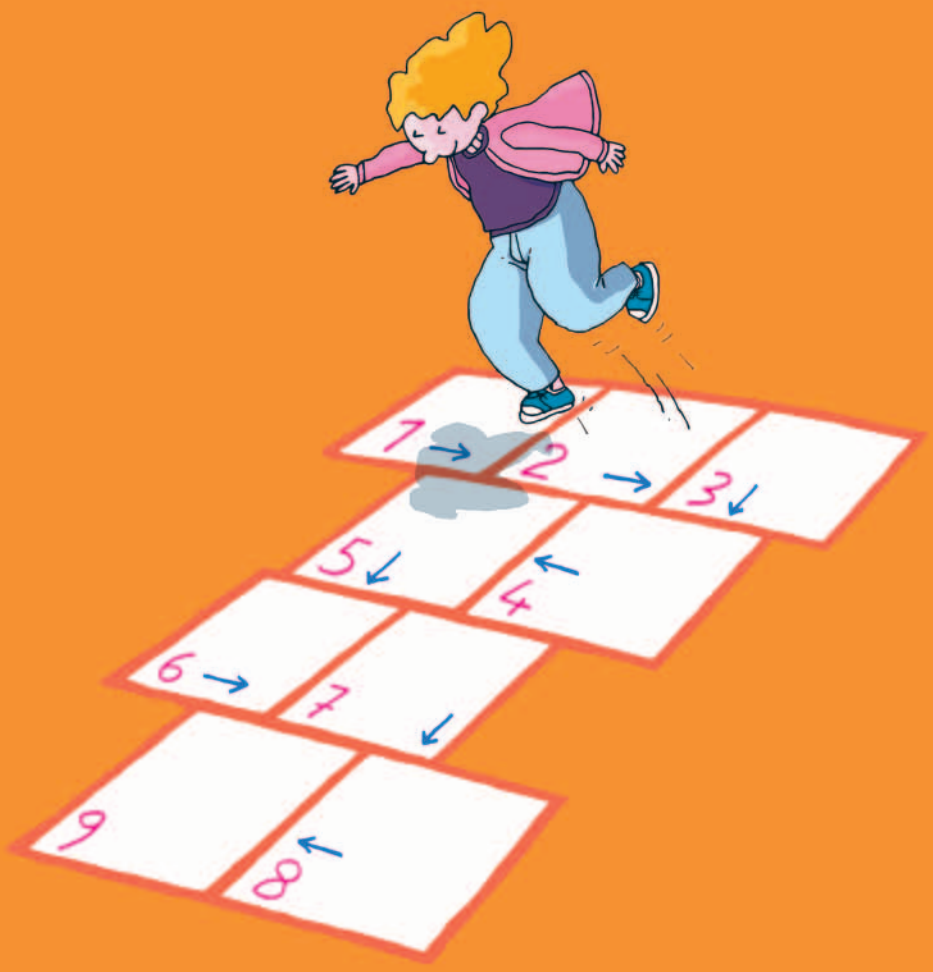
14. Principios prácticos para la intervención en contextos cronificados o de especial dificultad 369
14.1 Diez ideas esenciales para la supervivencia en casos difíciles . . . 371
14.2 Crear un contexto de intervención eficaz en tres pasos 379
14.3 Crear una asociación productiva entre las preocupaciones y los recursos 388
14.4 Cuadro-resumen 406

15. Mapas para no perderse 407
15.1 Mapas del proceso 409
15.2 Mapas de la alianza de trabajo 416
15.3 Mapa de supervivencia: todo en una tabla 419
15.4 Trayectorias del proceso para afrontar patologías graves o cronificadas 423
15.5 Mapa global: ámbitos y recursos de intervención familiar 425

16. Laboratorio Virtual de Prácticas 427
16.1 Videoejercicios 429

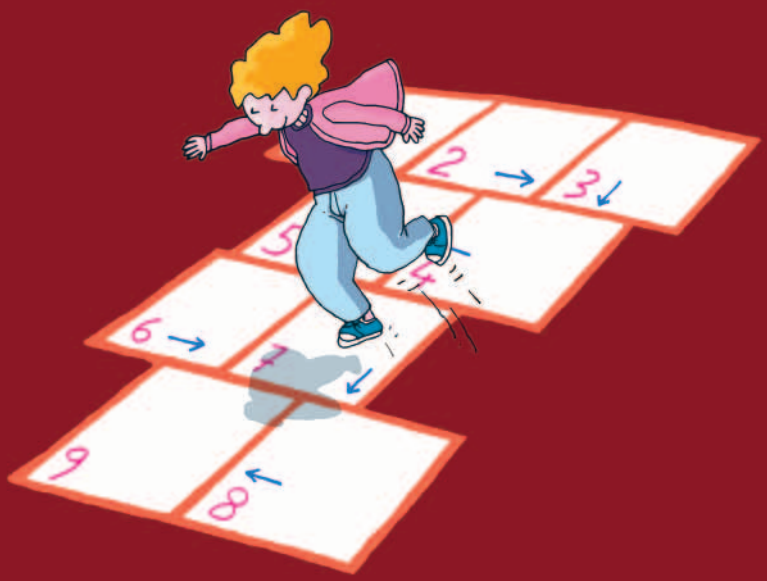


Fundamentos de la intervención familiar



Guía práctica para
la intervención familiar

1 Entender bien el sistema complejo de la intervención familiar



Cuando un técnico de intervención está inmerso en su relación directa con los usuarios puede perder con facilidad la idea global del sistema que acoge y comprende su intervención. Este sesgo de que "el árbol te impide ver el bosque" es absolutamente normal en muchos momentos de la intervención, y la experiencia de los técnicos suele ir contrarrestándolo. Es importante, no obstante, que tú, como agente de la intervención, no pierdas nunca el **"mapa global"** que te hace consciente de todos los aspectos que influyen directa e indirectamente en tu trabajo de intervención con las familias. Ese mapa sirve para entender mejor los problemas de las familias y sus reacciones a nuestra intervención; y es especialmente útil para buscar recursos en la familia que puedan propiciar y/o potenciar el cambio. Ese "mapa global" nos hace también conscientes de los factores de la intervención que tienen que ver con nosotros, los profesionales. Tanto en nuestro rol particular de agentes de la intervención (equipo, red profesional, institución) como en nuestras características particulares como personas (nuestro género, edad, personalidad, momento y contexto vital). La **figura 1.1** representa el mapa global del sistema de intervención.

¿Cómo se traduce todo ese conjunto de influencias en el día a día del trabajo de intervención? Veamos, mediante un ejemplo, la perspectiva de cada pieza que compone el complejo sistema de intervención. Un ejemplo en el que podemos apreciar, en la descripción de una entrevista, la inter-subjetividad de todos los participantes, incluida la parte profesional.

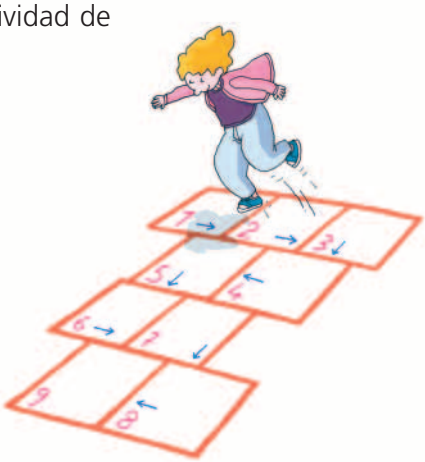
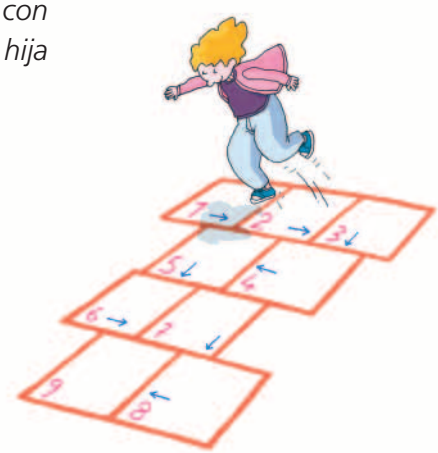


Figura 1.1 Mapa integral del sistema de intervención

Andrea, técnica veterana de un equipo de intervención, acaba de comenzar una primera entrevista en la sala de estar de la familia Campos. Enfrente tiene sentadas a tres mujeres, de tres generaciones diferentes: abuela, hija, y nieta. "Las tres son chilenas", piensa Andrea, aunque la nieta, de 13 años, ya es nacida en España. Maxi (56 años), la joven abuela, emigró a España escapando de una situación de pobreza y maltrato que la abocaba a ejercer la prostitución; su situación en nuestro país no fue mucho mejor: llegó para "servir" a un hombre mucho mayor que ella contrayendo un matrimonio prácticamente concertado. Desde hace ya cinco años es viuda de ese hombre que en lugar de una solución o refugio se convirtió en una pesadilla, era alcohólico y agresivo, aunque Maxi tuvo la fortaleza suficiente para "mantenerlo a raya" y evitar maltrato físico hacia ella o sus hijas. El encuentro de las tres con Andrea está motivado por el conflicto de Fátima (32 años), la hija



mayor de Maxi, con su marido Juan (33 años), un joven que trabaja esporádicamente en la construcción, está aparentemente enganchado a drogas blandas y abusa del alcohol muchos fines de semana en los que ni siquiera aparece en su casa. Clara (13 años), la hija de Fátima y Juan, ha mostrado en los últimos meses una conducta retraída y un aislamiento que ha alarmado a sus profesores, iniciándose en el colegio un proceso de preocupación y alarma por la situación de la familia que ha culminado en una valoración por parte de los servicios de protección y una derivación de la familia al programa de intervención familiar. Juan ha sido citado para estar en esta reunión pero no ha venido, las cosas han ido de mal en peor en las últimas semanas y Clara está viviendo con su abuela para evitar situaciones de riesgo; Maxi es una mujer fuerte y experimentada en este tipo de dificultades y es la única que le "impone respeto" al marido de su hija y padre de su adorada Clara.

1.1 El sistema de la familia

Este sistema lo configura todo el entorno de influencia de la persona que motiva la intervención, generalmente la familia de un menor, que es el centro de la intervención. El sistema familiar puede incluir a la familia extensa y a personas allegadas que tienen una influencia importante en el mantenimiento o solución de la dificultad que estamos tratando; **a veces incluye personas que viven lejos**, que no tienen un contacto directo frecuente con nuestros clientes principales, pero que sin embargo tienen un peso importante en las decisiones que la familia pueda tomar.

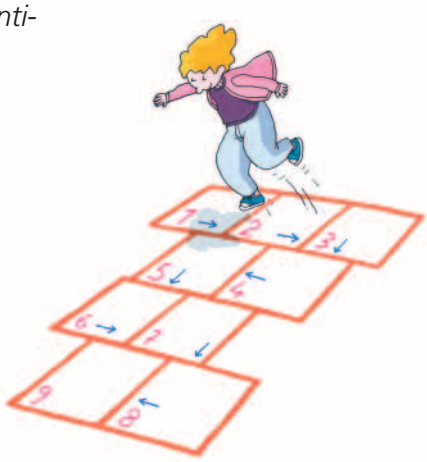
Es importante conocer bien este sistema. En el caso de nuestro ejemplo, en la familia de Clara, su abuela Maxi es una figura importante que marca toda una historia de emigración y supervivencia; existe un vínculo fuerte creado entre Maxi y sus hijas que se extiende a sus nietos. El sistema tiene **fortalezas** (como la capacidad de trabajo, la lealtad y compromiso de ayudarse, el respeto) **y debilidades** derivadas de una larga historia de des-estructuración y dificultades en las relaciones con los hombres.

El **ciclo de vida** es un aspecto vital del sistema del cliente, y en el caso de Clara se trata de una preadolescente que sufre las dificultades serias en la relación de sus padres. Junto al ciclo de vida hay que poner mucha atención a **acontecimientos vitales** del presente o de un pasado reciente. Y también la **forma de organizarse** en la familia, generalmente marcada por su historia particular y por su **cultura de origen**. En el caso de Clara, la familia está organizada en

torno a la protección y autoridad moral de la abuela, pero esta organización empieza a mostrar problemas ante el desarrollo evolutivo de todo el sistema familiar. Hay unos mitos, unos supuestos y creencias que se han generado a partir de la historia particular de su familia, influidos por las características de la familia de origen y por las experiencias vividas. Todas estas características tienen una influencia en la manera en que se presenta y se concibe el problema que tratamos, y también en lo que la familia va a esperar del profesional y de la intervención en general.

El sistema directo de la familia está compuesto por las personas que participan en una actuación determinada; en la entrevista de nuestro ejemplo son la abuela, su hija y su nieta. Pero el **sistema indirecto** es importante también, a veces muy decisivo, como lo es en nuestro ejemplo el padre de Clara que no participó en la entrevista pero que desempeña un papel central en el problema y en las posibles soluciones. Los padres y hermanos de Juan son también importantes como sistema indirecto de Clara, ya que tienen un interés evidente en estar al tanto del problema y un sentido de pertenencia de Clara al clan familiar. Todos los componentes del sistema indirecto deber ser tenidos en cuenta por dos razones: pueden ofrecer recursos importantes para el cambio y mejora de la situación, y pueden en un momento dado –si se sienten, por ejemplo, desafiados y confrontados– bloquear el proceso de intervención impidiendo que la familia acuda a las sesiones.

Fátima está muy contrariada, no esperaba verse envuelta en una situación como ésta, teniendo que contar sus problemas ante un profesional; se siente acusada de ser una mala madre y no admite el cargo. Acaba de decirle a Andrea que su marido Juan es una persona difícil porque siempre lo maltrató su padre y su problema es el abuso de los porros y las copas, "cuando no toma nada es trabajador y muy buena persona". Maxi, con expresión de desagrado contenido y un gesto de negación resignada ante las palabras de su hija, está algo aliviada por el hecho de que los servicios sociales hayan entrado en escena; no obstante, por sus experiencias anteriores, es escéptica sobre el tipo de ayuda que puedan recibir y se muestra distante con Andrea y el resto del equipo que ha conocido. Clara esta cohibida y un tanto angustiada: el hecho de que una denuncia surgiese del colegio después de una conversación entre ella y su tutora la hace sentirse culpable; Andrea intenta que en esta fase de la entrevista, puesto que tiene pensado hablar después a solas con los adultos y por separado con la niña, no salgan cosas que incidan en este sentimiento de culpa y hagan mella en la angustia de la niña.



1.2 El sistema profesional

Incluye todo el entorno del profesional que está haciendo una intervención determinada, su equipo de trabajo, el programa e institución para el que trabaja. El **sistema directo** en este ámbito lo configura el profesional o profesionales que participan directamente de la entrevista, en nuestro ejemplo solamente Andrea. Pero el **sistema indirecto** tiene habitualmente una influencia significativa en el proceso de la intervención: configura una forma de trabajo, unas normas y límites de lo que se hace y de cómo se hace, genera una influencia de peso en el profesional ante decisiones importantes en la intervención con una familia.

Podemos ver el sistema profesional de forma similar a un sistema familiar. Tiene **fortalezas y debilidades** fáciles de reconocer: en la experiencia, los medios, la proyección de su trabajo, los recursos humanos, etc. Tiene también un **"ciclo de vida" profesional**: podemos ver equipos muy jóvenes o muy veteranos, equipos y servicios que han pasado por vicisitudes y cambios que se asemejan a un ciclo de vida familiar, e incluso en algunos servicios hay ciertas figuras parentales entre los profesionales más veteranos y cierta rebeldía adolescente en los jóvenes.

También el sistema profesional a veces está impactado por **acontecimientos vitales**, como un cambio en la dirección, la pérdida o el incremento en una subvención para el servicio, un cambio de edificio, etc. Y sin duda el **estilo jerárquico**, la dirección y coordinación afectan al trabajo técnico que se realiza con las familias. Hay modelos teóricos en el sistema profesional que incluyen sus mitos y sus supuestos sobre cómo se generan los problemas y las patologías y qué tipo de actuaciones técnicas son las correctas.

En nuestro ejemplo, Andrea no se ve muy constreñida por exigencias del sistema profesional, trabaja a gusto y con libertad, sabe que su modelo de trabajo es respetado y su autoridad como técnico no es cuestionada en absoluto. Pero sí se siente limitada por la falta de confianza en un colega recién llegado al equipo, y por la falta de un cauce para comentar sus dificultades actuales en las entrevistas: no hay un sistema de supervisión que le facilite desahogar o resolver sus dudas y tampoco trabaja en equipo.

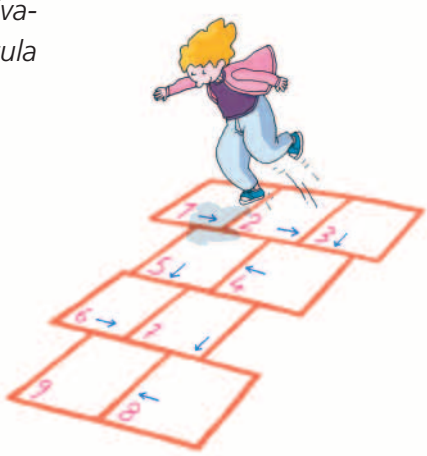
> *Al final de esa primera entrevista, Maxi se siente esperanzada y un poco más confiada en Andrea como profesional, aunque un tanto incómoda por la forma en que ésta ha contestado a su pregunta sobre si ella tiene hijos: le ha parecido que ha respondido con un aire de desprecio; pero al margen de eso, le parece que estos profesionales pueden ayudar a su hija a salir del pozo en el que está metida en*

su relación con Juan. Fátima termina la entrevista cansada y emocionalmente desbordada, ve que es casi imposible que Juan admita cualquier tipo de ayuda profesional y tiene miedo a su reacción cuando sepa que han aceptado colaborar con este programa y seguir viendo a una psicóloga y a una educadora. Clara ha estado gran parte del tiempo fuera de la sala, y al final ha hablado un rato a solas con Andrea en su habitación, le ha parecido agradable; se siente un poco aliviada pero no tiene ni idea de qué va a pasar ahora; le gusta estar en casa de su abuela, pero sabe que su madre se siente traicionada y tiene miedo a la reacción de su padre.

1.3 La persona del profesional

Estrictamente hablando, la persona del profesional está siempre integrada en el sistema profesional y en el sistema directo de intervención. Pero hay muchos aspectos personales, privados, que no son conocidos y que se mantienen ajenos al contexto profesional y a la relación con los clientes. Hay características del técnico que son visibles y explícitas y que ya marcan una cierta influencia inicial. Por ejemplo, Maxi, Fátima y Clara saben desde el primer momento que les va a atender una mujer joven. Esto puede resultar facilitador inicialmente, pero en otros casos supone una barrera inicial cuando choca con las expectativas del cliente. Juan podría sentirse mejor si tuviese la cita con un profesional varón, o Maxi preferiría una mujer mayor, alguien de la que inicialmente pensase que "tiene experiencia de la vida". Otros aspectos no son visibles pero se hacen presentes irremediablemente en el transcurso de la intervención, por ejemplo el hecho de que Andrea no tiene hijos, o en otro momento de la intervención puede aflorar su religión o nacionalidad, etc. Y muchos aspectos importantes de la vida privada del profesional están implícitos y en ocasiones pueden interferir (no siempre negativamente, a veces para generar una conexión que empuja el proceso enganche y de cambio) en el curso de la intervención.

Andrea no tiene hijos y es muy sensible a cualquier indicador de "dominio" machista en su vida privada. Apenas hace dos semanas que ha cortado una relación de pareja de más de cuatro años. La reacción de su pareja ante la ruptura fue muy decepcionante para ella, experimentó incomprensión, cierta agresividad psicológica, se sintió descalificada como mujer y como persona. No tiene hijos y esta reciente ruptura le ha hecho pensar que a sus 37 años quizás esté viviendo de una forma que la aboque a no tenerlos definitivamente. Mientras habla con Maxi y Fátima, mira a Clara y calcula



que si fuese su hija la habría tenido a los 24 años, algo que se le antoja imposible ya que a esa edad estaba todavía en la universidad haciendo un máster.

Como persona, la profesional de nuestro ejemplo tiene una visión del mundo, una educación, unos mitos, una identidad sexual, una identificación cultural, pasa por un momento del ciclo de vida determinado… Todo eso lo lleva de alguna manera a la entrevista con Maxi, Fátima y Clara. De hecho, su reciente ruptura sentimental, su preocupación por la edad y la maternidad, la relación que tiene con su madre, son aspectos que afectaron a la entrevista inicial que tuvo con el caso de Clara. Estas influencias son inevitables; lo importante es la reflexión y el manejo adecuado de sus efectos en cualquier actuación de intervención con la familia:

Aunque resulte sorprendente, Andrea, la profesional de esta intervención, es la persona que valora más negativamente la entrevista, se siente de mal humor, contrariada por no ser capaz de estar más tranquila y conectar mejor con sus clientes; no puede evitar un sentimiento de rabia por la sumisión de Fátima ante su marido, le irrita que no sea capaz de valorar más la necesidad de protección y cariño de su hija Clara; también se siente juzgada por parte de Maxi, no sabe por qué ha contestado tan mal a esa pregunta que es bastante habitual: "…es que nunca dejas de sufrir por los hijos. ¿Usted tiene hijos? ¿Sabe lo que se siente?". No ha podido dejar de pensar un par de veces, hablando con Maxi, en su propia madre y en la conversación que le espera seguramente este próximo fin de semana sobre la ruptura con su pareja, un chico que a su madre le parecía "ideal". No entiende por qué ha estado tan vulnerable y descentrada, tan distraída. "Quizás", piensa, "sería bueno que hablase de cómo me siento con mi colega de equipo, pero no tengo todavía confianza con él y me temo que es un tipo muy pragmático y pueda despachar mis dudas con un simple 'no es para tanto' o 'necesitas unas vacaciones'".

¿Para qué nos sirve este mapa global del sistema de intervención? Puede servir de orientación, especialmente a profesionales jóvenes, que en la complejidad de las intervenciones en los servicios sociales corren el riesgo de "ver los árboles y no alcanzar a ver el bosque". Sobre todo es importante usar este mapa de situación para entender la perspectiva del usuario de nuestros servicios y para detectar aquellas ocasiones en las que nuestras propias presiones personales o profesionales interfieren en la eficacia de la intervención. Quizás el aspecto más esencial es no interpretar nuestras propias dificultades o limitaciones

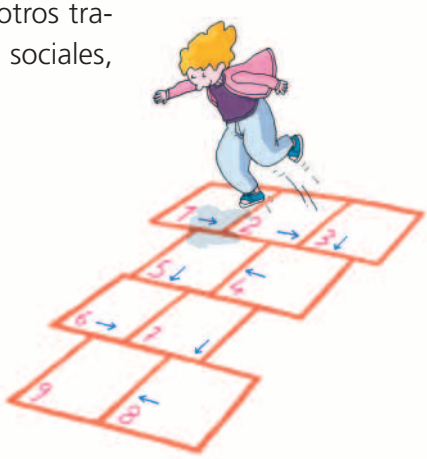
(del sistema profesional o de la persona que es agente de la intervención) como "patologías de la familia" que atendemos.

La **figura 1.1** toma en la práctica muchas formas particulares. Puedes imaginar por ejemplo, con este mapa del sistema global de intervención en tu mano, una primera entrevista a una familia de extracción pobre, religión y cultura musulmana, emigrantes en nuestro país pero con dificultades para entender la lengua, provenientes de una cultura muy ajena a los procedimientos de los servicios de protección a la infancia. El padre, la madre, tres hijas y dos hijos varones convocados a una reunión en el servicio de intervención familiar dependiente de los servicios sociales. La entrevista la realizan dos profesionales, una psicóloga y una educadora familiar jóvenes, de aspecto y vestimenta occidental y moderno, que claramente provienen de clase media-alta con estudios universitarios. Puede que no tengan muy claras cuáles son las expectativas de la familia, ni tampoco la forma de hacer que la entrevista sea fluida… ¿Usar a alguno de los hijos como traductor?¿Dirigirse primero al padre?... Algunos de los hijos de la familia podrían mostrarse más relajados, incluso divertidos los más pequeños, pero es posible que la madre se muestre muy distante y retraída, y el padre muy ansioso… y contrariado. La sincronía inicial entre todos los componentes del sistema de intervención no es muy halagüeña. En la práctica, esta situación y otras similares son muy frecuentes. Si como profesional de la intervención no eres sensible a todos estos aspectos, al choque inicial de culturas, de expectativas y de trayectorias vitales, tendrás serias dificultades. Hay que tener presente este mapa de situación y saber "leer" el contexto inicial.

1.4 El perfil del profesional

Muchas de las dificultades iniciales de eficacia, e incluso de supervivencia profesional, en este contexto de trabajo provienen de una falta de reflexión sobre el sentido global del trabajo de intervención con familias en el marco de los servicios sociales. Especialmente en lo concerniente a las intervenciones con niños, hay muchos momentos en los que el impacto emocional de trabajar en apoyo educativo y psicológico a las familias es muy grande. Tener dudas puntuales sobre la propia función profesional que ejerces no es un problema, y casi podría decirse que es una buena señal en un profesional que inicia su carrera. El problema es no tener una posición clara sobre el sentido de los servicios prestados a las familias, y sobre el papel que desempeñan la pobreza y las dificultades sociales en las crisis de las familias con las que trabajamos.

La profesional de nuestra ilustración inicial, Andrea, como tantos otros trabajadores de la intervención familiar en el contexto de los servicios sociales,



también ha tenido otras dudas más particulares sobre su valía como profesional. Y seguramente hay una pregunta que representa implícitamente algunas de esas dudas: **"¿qué características personales hay que tener para hacer bien este trabajo?"**. Lo esencial es conocer tus recursos bien y explotarlos adecuadamente en la labor educativa y de apoyo psicológico a los usuarios; todo el mundo tiene recursos, hay que hacer un buen trabajo en conocerlos y ponerlos a punto, saber cómo usarlos. Hay profesionales con un gran sentido del humor que saben usarlo en su trabajo; otros son muy reflexivos y saben usar esa cualidad para estructurar sus entrevistas con las familias; otros son muy dinámicos y

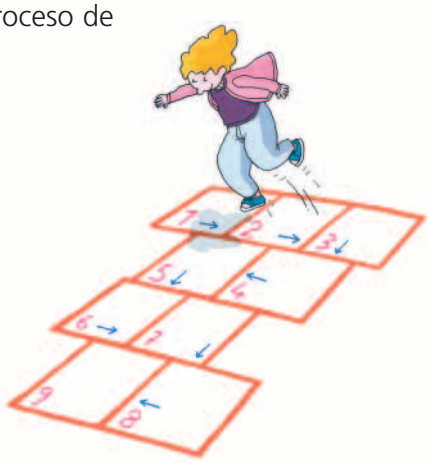
activos, creando de esta característica un recurso que gusta a las familias y genera eficacia.

También es importante conocer y mejorar aspectos que van en detrimento de la eficacia, y que en cierto nivel son inevitables: responder en ocasiones con autoritarismo o crispación a la falta de colaboración extrema de algunas familias, contagiarse del ambiente de tensión ante las crisis, ir demasiado rápido en el proceso de intervención y olvidar el ritmo de la familia para la que trabajas, o encariñarse mucho con alguna familia y tener dificultad para marcar un límite entre lo profesional y lo personal (como atender a una persona fuera del horario de trabajo, o aceptar involucrarse en ayudar a una familia en aspectos que se alejan de tus competencias, etc.).

Hay algunas características generales y comunes del profesional de la intervención familiar en servicios sociales y de protección que son evidentes en los profesionales más expertos y eficaces:

- Una **visión flexible y tolerante** de la realidad.
- **Optimismo y convicción** sobre la capacidad de cambio de los sistemas humanos.
- **Resistir bien las crisis**, lo imprevisto, la ambigüedad (no necesitar cierres rápidos, saber "navegar en río revuelto").
- **No sentirse vulnerable** emocionalmente con facilidad.

Sin duda hay muchos tipos de personalidad y estilos de vida muy diferentes entre profesionales que trabajan ofreciendo apoyo psicológico y educativo a familias en los servicios sociales; no hay un perfil más adecuado que otro: sin duda hay cientos de formas de generar un equilibrio vital que permite a un educador o a una psicóloga trabajar en contextos caracterizados por las crisis y el conflicto. Pero el **optimismo** quizás sea una característica común a profesionales con perfiles de personalidad muy diferentes. El optimismo es fundamental cuando se trabaja con familias que han acumulado muchas frustraciones y dificultades, puesto que generalmente tienen una visión pesimista sobre sus posibilidades de mejoría y cambio. En el proceso de intervención con familias de los servicios sociales suelen aparecer muchas dificultades sobrevenidas e inesperadas, debido a las múltiples fuentes de estrés de la familia. También son frecuentes las "recaídas" en conductas sintomáticas debido a esa situación de familia multi-estresada. Por ello, el optimismo del profesional en el proceso de intervención es fundamental.



Si te cuesta soportar los imprevistos, necesitas que los plazos se cumplan con rigidez, que los procedimientos se sigan con vehemencia, las familias usuarias de los servicios sociales te ayudarán a cambiar de actitud. Necesitas flexibilidad y resistencia ante lo imprevisto, creatividad y capacidad de improvisación. Considera este ejemplo, nada infrecuente en el ámbito de la intervención familiar en servicios sociales:

> *"Marta y Ana, psicóloga y educadora de un servicio de intervención familiar, se encuentran trabajando con una familia derivada por la Sección de Menores, compuesta por los padres y tres hijos, dos de ellos adolescentes con problemas de conducta antisocial; ante unas denuncias por conducta agresiva se prescribió un trabajo educativo y psicológico que integrase a toda la familia. Después de dos meses de trabajo las cosas van bien, no hay reincidencia en conductas problemáticas, hay una recuperación de normas en la convivencia familiar, se ha conseguido un compromiso adecuado del padre, que ahora apoya más a la madre, y se han organizado las actividades cotidianas de la casa, que antes eran caóticas. Las profesionales están satisfechas con el progreso, con prudencia y sin euforia. Pero en la última sesión de trabajo con la familia se encuentran a toda la familia muy alterada, ha habido una pelea entre los dos hijos adolescentes, todos están muy nerviosos, y además cuentan, como si fuese algo simplemente añadido, que un hijo que la madre tuvo con una pareja anterior, que es adulto y estaba cumpliendo prisión, está ahora en casa con su compañera y un bebé 'por un tiempo, hasta que encuentre un trabajo'."*

¿Cómo encaja el profesional un incidente como éste en el curso de la intervención? Seguramente es fácil que se pregunten: "*¿Cómo he de tomarme una cosa como ésta? ¿No he de ponerme furiosa con ellos, que no ven la importancia de "desmontar" todo el trabajo previo? ¿No he de enfadarme ante la irresponsabilidad de la madre acogiendo sin medios a ese hijo del que yo no sabía nada?...*". Este tipo de reacciones son en cierta medida inevitables y efímeras, pero se convierten en un problema cuando se enquistan y producen pautas estables de desánimo y contrariedad.

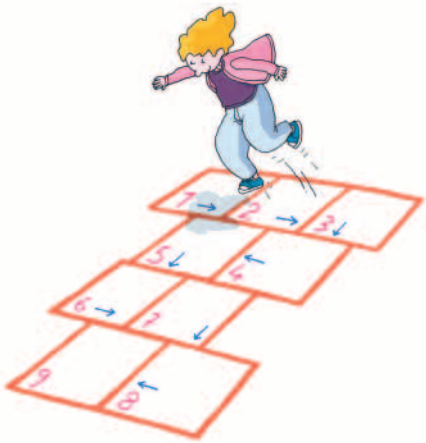
1.5 Respuestas a la severidad y/o cronicidad de situaciones de riesgo

La severidad, gravedad, y cronicidad de algunos casos que vemos en el contexto de los servicios sociales (familias que por lo general han sufrido de múltiples privaciones y fuentes de estrés, familias que forman parte de una

pauta de negligencia y maltrato que abarca varias generaciones) pueden generar un fuerte impacto en la respuesta del profesional, tanto en el nivel profesional como en su respuesta personal. Ese efecto es menos probable cuando se trabaja en programas y equipos que tienen medios adecuados, acumulan experiencia y hacen uso de procedimientos de supervisión y coordinación adecuados. La **figura 1.2** representa algunos riesgos comunes en la reacción a situaciones de gravedad o cronicidad alta en las familias usuarias de nuestros servicios.

Figura 1.2 Reacciones ante situaciones de gravedad o cronicidad

ACEPTAR Y CONSTRUIR...	EVITAR...
La búsqueda de colaboración y alianza.	*Rivalidad y antagonismo con la familia.*
Afrontar que me siento muy vulnerable.	*Me distancio para protegerme.*
Unir fuerzas y luchar.	*Me compadezco de ellos, resignación.*
Busco ayuda y supervisión, hablo de mis dificultades.	*Me siento secretamente incompetente, escondo mi sentimiento de "estar perdido".*
Me responsabilizo de la intervención, comparto responsabilidades.	*Atribuyo a otros la tarea, derivo a otro servicio o dejo esta intervención a otros miembros del equipo.*
Busco perspectivas e ideas que me permiten trabajar con esperanza.	*No tengo esperanzas, mis expectativas son siempre negativas.*
Optimismo, atención a cambios y beneficios pequeños.	*Pesimismo muy frecuente: la frase "es irrecuperable" domina mi trabajo.*



1.6 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. El sistema de intervención se focaliza en el sistema familiar pero está altamente influenciado por el entorno comunitario y cultural de la familia, así como por las características el sistema profesional.
2. La persona del profesional tiene características y circunstancias que, más allá de su rol profesional, influyen en la creación del contexto de intervención con la familia.
3. El análisis de características como éstas puede y debe hacerse tanto para la familia como para el sistema profesional y la persona del trabajador: (a) fortalezas y debilidades, (b) ciclo evolutivo, (c) influencias del entorno y de procedencia –origen–, (d) acontecimientos vitales y (e) modos de organización interno.
4. Entre las características del profesional que afronta el trabajo con familias con crisis y múltiples y dificultades cronificadas se encuentran: (a) optimismo y convicción sobre el cambio, (b) una visión flexible y tolerante de la realidad, (c) resistencia a las crisis y lo imprevisto, y (d) no sentirse emocionalmente vulnerable con facilidad.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Ley 14/2002, de 25 de julio, de promoción, atención y protección a la infancia en CyL.
- Junta de CyL (1995). *Manual de Intervención en situación de desamparo*. Valladolid, Junta de CyL.
- Junta de CyL (2000). *Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil*. Valladolid, Junta de CyL.

1.7 Observa y Prueba: "Todo lo que me influye"

El objetivo de este ejercicio es que, de la misma manera que hemos analizado todas las influencias que concurren en la intervención con una familia a través del ejemplo del caso de Clara llevado por Andrea, puedas hacer tú un análisis de todas esas influencias en tu trabajo con una familia en particular.

Para realizar el ejercicio es imprescindible que hayas leído el capitulo con atención y te ayudará tener delante la figura 1.1.

Sigue estos pasos:

1. Selecciona dos o tres familias con las que hayas trabajado con cierta intensidad. Es importante que sean casos que ya se hayan terminado o en los que se haya avanzado bastante si aún están abiertos. Anota (por escrito o mentalmente) los que primeros dos o tres que te vienen a la mente.

2. Elige ahora una familia en concreto y dedica un tiempo a rememorar la información básica. Si tienes material del caso (un expediente, tus notas de trabajo, genograma, etc.) a mano te ayudará repasar la información, pero no es necesario que lo hagas en detalle. Lo importante es que trajeas con lo que "ha quedado impreso en tu recuerdo subjetivo, tu experiencia".

3. Comenzamos por el sistema familiar.

3.1. ¿Qué persona o personas de la familia constituyeron habitualmente el "sistema directo de intervención"? (los usuarios que participaban más activamente en tus entrevistas, sesiones, visitas, etc.). Pon sus nombres en forma de lista.

3.1.1.Añade al lado de cada nombre las características principales de esa persona o esas personas. Usa adjetivos o frases muy cortas. Añade también su principal fortaleza.

¿cuál fue su principal influencia o contribución –negativa y positiva– a la intervención?3.1.2.¿Recuerdas alguna frase, alguna expresión verbal concreta, que te impactó especialmente de esa o esas personas? Escríbela.

3.2. Ahora el sistema familiar indirecto, recuerda que se trata de miembros o allegados de la familia que no participaron habitualmente en reuniones, entrevistas, actuaciones directas, etc., pero que tenían una influencia importante en lo que pudiese ocurrir. ¿Qué persona o personas de la familia constituye ese "sistema indirecto

de intervención"? Pon sus nombres en forma de lista. Igual que has hecho con el sistema directo, añade al lado de cada nombre las características principales de esa persona o esas personas. ¿cuál fue su principal influencia o contribución –negativa y positiva– a la intervención? Escribe lo que aportaron o bloquearon.

3.2.1. ¿Tuviste en cuenta en la intervención a esas personas del sistema indirecto? ¿cómo? Escribe algún ejemplo concreto.

4. Vamos ahora a tu terreno, el sistema profesional.

4.1. El "sistema directo" de intervención profesional. ¿Trabajaste de forma individual en las ctuaciones de intervención (entrevistas o sesiones con la familia, vistas, actuaciones directas, etc.) o bien con alguna otra persona haciendo equipo? En el caso de que la intervención directa fuese con otra persona:

4.1.1.¿Cómo calificarías la contribución de esa otra persona? Elige un par de adjetivos o frases cortas para describirla.

4.1.2. ¿Cómo calificarías la interacción que tuvisteis mientras hacías conjuntamente la intervención? ¿cómo crees que os veían los miembros de la familia, cómo crees que os habrían descrito a vosotros y vuestra forma de relacionaros?

4.2. El sistema profesional indirecto lo constituyen otros profesionales que tiene una potencial influencia en el caso pero que no forman parte de las actuaciones directas de intervención. Técnicos que hacen seguimiento, decisiones, valoración, supervisión, etc., del trabajo que hacéis con el caso. Lista la persona o personas que crees formaban parte del este sistema indirecto. Anota también los servicios o instituciones que, sin ser personas concretas, tenían influencia sobre la intervención.

4.2.1.¿Cómo calificarías la contribución de esos profesionales/servicios? Elige un par de adjetivos o frases cortas par describir la influencia –positiva y negativa– que crees tuvieron en el proceso de intervención.

4.2.2. ¿Tenías en cuenta esas influencias? ¿cómo (pon un ejemplo)?

4.2.3. ¿Cómo calificarías la interacción que tuviste –si la hubo– con esos profesionales/servicios indirectos? ¿cómo crees que la familia veía esa parte indirecta de la intervención? ¿crees que experimentaba el sistema profesional indirecto como una ayuda, como control,

como personas que estaban a tu servicio o bien que te controlaban?

4.3. Finalmente vamos a reflexionar sobre la persona del profesional, es decir, sobre tus características personales que pueden influyen en lo profesional en el contexto de una intervención concreta. Por ejemplo, tu identificación con algún miembro de la familia, la resonancia de algún problema de la familia con alguna dificultad que tu pasabas o habías pasado, desafíos sobre tus propios valores, etc.

4.3.1. ¿Qué aspectos personales de tu vida y tu persona crees que afectaron –tanto positiva como negativamente– en la intervención con esa familia?

4.3.2. ¿Cómo crees –esto es lógicamente muy subjetivo– que afectaron?

4.3.3. Ahora que lo piensas con distancia ¿crees que fuiste consciente de cómo algunas características personales tuyas pudieron influir en la intervención o afectarte a ti?

4.3.4. ¿El trabajo con esa familia te ha aportado algo útil en relación con tu vida personal?

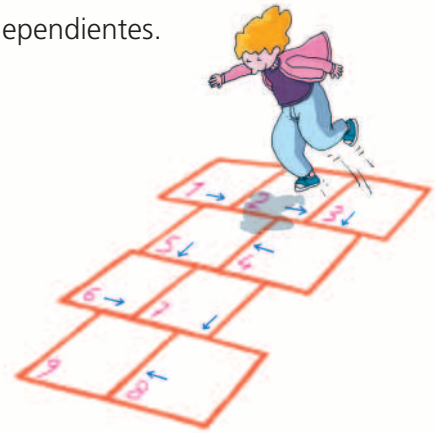
2

¿Apoyo a la familia o control?

Guía práctica para
la intervención familiar

"¿Qué se espera de nosotros?
*¿Que **ayudemos** a las familias?*
¿Que ayudemos a los niños a liberarse de las familias?
*¿O que **controlemos** a las familias?"*

Probablemente, como la mayor parte de los trabajadores sociales, psicólogos y educadores que trabajan en los servicios sociales y en protección a la infancia, tu también experimentes, o hayas experimentado en el pasado, este dilema, y especialmente si eres un profesional con una vocación y una formación orientada claramente a la intervención de apoyo psicológico y educativo. A los usuarios de nuestro programa les es difícil verte de entrada como un trabajador dispuesto a escucharles y apoyarles. Aunque sin duda ésa es tu voluntad y tu expectativa. Este dilema o paradoja del control y la ayuda es en cierto modo endémico en este contexto de trabajo: tu intervención para ayudar a las familias está siempre orientada al bienestar de los menores y personas más vulnerables, pero el control social, la contención de las conductas de riesgo, está siempre presente. Seguramente no puede ser de otra manera; el sistema de protección nos parece algo lógico y necesario en la sociedad occidental y desarrollada, pero si miras el panorama mundial con objetividad te das cuenta de que somos unos privilegiados los que vivimos en una sociedad que se responsabiliza del bienestar de los menores y de las personas más desamparadas y dependientes.



Si un menor se encuentra desatendido por debajo del nivel que nuestra comunidad considera (ética, política, y legalmente) imprescindible, los servicios sociales toman la responsabilidad que de forma natural tenían los padres. Esto requiere una combinación de medidas coercitivas y de control junto con dispositivos de ayuda y de apoyo psicológico, social y educativo.

Lo que se espera de los equipos de Intervención Familiar es que consigan ayudar al sistema familiar para que sus parámetros de vida cotidiana permitan una convivencia sin daños y sin riesgos, de forma que los menores puedan vivir en un ambiente de seguridad y afecto. Eso implica que la labor fundamental

es ayudar a las familias a generar cambios; las expresiones "apoyo familiar", "apoyo terapéutico" y "apoyo educativo" pueden ser términos útiles para definir esa labor. Lo que se espera, por tanto, de los usuarios del programa es que puedan utilizar eficientemente el apoyo profesional para producir cambios que mejoren la situación.

Sin embargo, la pregunta que acompaña siempre esta reflexión es:

> *"¿y cómo hacemos eso cuando es imprescindible evitar daños a un menor y tenemos por ello que enfrentarnos a la familia?"*

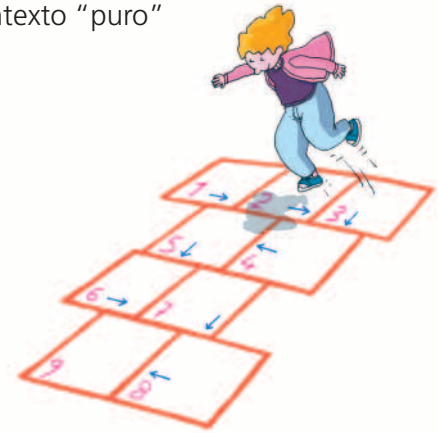
No hay una respuesta infalible, como en casi todo lo que tiene que ver con la intervención social y psicológica. Un criterio esencial es la valoración adecuada del nivel de riesgo en el sistema familiar que se trata en el Capítulo 3. Cuando el equilibrio entre la estructura que mantiene el problema de la familia y los recursos de ésta para generar protección y cambio dan como resultado un alto nivel de riesgo para los menores, las intervenciones de protección con carácter coercitivo y de control son inevitables. El impacto negativo de estas intervenciones obligadas, como la separación de un menor de su familia, sobre la relación entre familia y equipos profesionales sólo se puede mitigar usando diferentes equipos y/o diferentes profesionales para ejecutar la medida de separación de aquellos que se van a encargar de la intervención educativa y psicológica. Por ello se contempla que los trabajadores de la Sección de Protección ejecuten ese tipo de medida. Pero incluso con esta diferenciación de funciones en los equipos para las medidas más drásticas de control, como la separación de los menores, el efecto de antagonismo y desconfianza de la familia hacia los psicólogos y educadores será notablemente alto.

2.1 Complementar ayuda y control

Cuando el sistema no tiene un nivel extremo de riesgo y por lo tanto se puede orientar el trabajo hacía la colaboración de la familia para el cambio y hacía la potenciación de los recursos "ecológicos" del sistema familiar (los recursos propios de la familia), ésta es la clave:

> Que el control social que ejercemos no contamine la relación de ayuda con la familia. **La ayuda y el control han de complementarse y no contaminarse.**

Sin duda, es una vertiente complicada de la intervención, y se trata más bien de una cuestión de grado; seguramente es difícil conseguir un contexto "puro"



de ayuda educativa o psicológica con un nivel "cero" de control en el ámbito de programas de protección a la infancia. No se puede olvidar que también las medidas de control forman parte de la función de protección que tienen los programas de intervención. Pero hay que intentar que la relación directa con los receptores de nuestra intervención, la relación personal en la comunicación directa con ellos, tenga una concentración muy baja de control, de forma que a lo largo de la relación entre profesional y usuario termine desapareciendo y dando lugar a una relación más genuina de ayuda y apoyo.

La primera directriz básica es comprender que tomar una posición de autoridad es muy tentador. Expresiones del tipo "Si no venís todos a la reunión, incluido tu marido y el niño mayor, no os vamos a dejar hacer más visitas a Lucía en la Casa de Familia", y especialmente cuando se acompañan de un tono de "crispación profesional", suelen ser indicativas de que el ofrecimiento de ayuda (esa reunión ha de ser una forma de estimular y apoyar cambios en la familia) se ha contaminado de control que seguramente es percibido como amenazante por la familia. Y esto es especialmente negativo cuando el tono indica una afección personal (emociones "personales" de enfado o crispación por parte del profesional). Sin duda a veces las intervenciones coercitivas son imprescindibles. Pero en general no funcionan si lo que esperas de ti mismo es conseguir una relación de ayuda que te permita hacer un trabajo técnico de apoyo a la familia para el cambio.

Además de una adecuada **sensibilidad a cómo el usuario de nuestro servicio percibe el control que representamos**, es importante diferenciar las exigencias del contexto de intervención social en condiciones de riesgo respecto de contextos que ofrecen recursos desde servicios de uso voluntario. La **figura 2.1** puede servir de ayuda. No hay que confundirse en cuanto a lo que se espera de nosotros en cada contexto. Una de las dificultadas que algunos profesionales pueden acusar en cuanto a lo que esperan de su trabajo puede estar asociada a sesgos en su formación. Por ejemplo, la formación en intervención en contextos clínicos voluntarios es muy interesante y pertinente para la comprensión de múltiples aspectos útiles como el funcionamiento de los sistemas familiares y el cambio. Pero cuando esa formación, en el plano técnico, está orientada al trabajo en contextos clínicos o de participación voluntaria, puede generar contradicciones al psicólogo y al educador a la hora de aplicar lo aprendido. Algunas de estas contradicciones, comunes de la formación en terapia familiar, tienen que ver con aspectos como el trabajo en salas de terapia (no en visitas a casas humildes), con un equipo detrás de un espejo unidireccional (no contigo sola o con tu compañera de equipo en medio de la cocina de la familia con la que estás trabajando), y presuponiendo una relación basada

en la demanda que alguien de la familia ha realizado (y no en una demanda que surge de una denuncia o alarma, como por ejemplo en el colegio al que acuden los niños).

Las dificultades relacionadas con la confusión entre contextos de ayuda y de control pueden llevarte a tres respuestas pesimistas sobre tu capacidad de ofrecer apoyo educativo y psicológico a las familias con las que trabajas:

a) "lo que he aprendido de intervención familiar es muy interesante pero no lo puedo usar",

b) "las familias con las que trabajo son muy patológicas/limitadas y no puedo usar los conocimientos técnicos que he adquirido sobre intervención" y

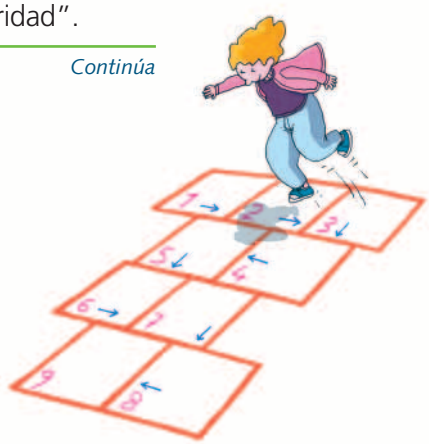
c) "las familias con las que trabajo no colaboran".

Tres ideas falsas, y muy negativas y frustrantes para el profesional. Lo que hay que hacer es entender las diferencias y saber qué técnicas puedes aplicar en tu contexto de trabajo y cómo aplicarlas. Y lo más importante: entender que una condición imprescindible para realizar un trabajo de ayuda psicológica y educativa es la creación de una relación adecuada con la familia; por lo general la relación inicial es diferente o incluso opuesta a la que necesitas, y ése es el primer cambio que hay que abordar (el Capítulo 4 trata esto en profundidad).

Figura 2.1 Comparación de características de Servicios de Participación Voluntaria y Servicios de Protección

	Servicios Participación Voluntaria	Servicios Sociales de Protección
Misión	Bienestar, funcionamiento saludable, crecimiento personal, solucionar quejas, dificultades y sufrimientos detectados/reconocidos por el cliente.	Crear cambios que garantizan un nivel adecuado de seguridad para los menores. Esa seguridad debe ser estable y suficiente para cerrar el caso.
Metas	Las define básicamente el cliente con su queja directa o como respuesta a un servicio comunitario de ayuda que detecta necesidades e informa al usuario.	Los define el sistema de protección a través de los dispositivos que tiene cada administración. Hay que negociar con ellos cómo se operacionaliza un "nivel adecuado de seguridad".

Continúa



Continuación

	Servicios Participación Voluntaria	Servicios Sociales de Protección
Ejemplo de servicio	Programa de conciliación de la vida laboral y familiar. Escuelas de padres. Terapia o mediación familiar.	PIF (Programa de Intervención Familiar).
Usuarios	Clientes por lo general voluntarios. Se abre un expediente cuando ellos solicitan la ayuda o la aceptan habiéndoseles ofrecido por los profesionales tras detectar necesidades.	Designados por el sistema de protección. Se abre un expediente de trabajo que implica muchas veces medidas técnicas o administrativas, incluyendo la tutela de los menores por parte de la administración.
Rol de los profesionales	Facilitador, puede centrarse en los clientes, pocas connotaciones de control más allá del cumplimiento de los parámetros de respeto al servicio ofrecido.	Orientado a conseguir enganche y colaboración en un contexto marcado por el control y el conflicto.
Enganche	El contexto marca claramente que el cliente acude en búsqueda de ayuda o acepta voluntariamente un servicio ofrecido como un derecho. El profesional debe crear condiciones de conexión y seguridad con el cliente. El abandono es abordado como un problema técnico, pero el cliente tiene el derecho. El mal uso del servicio puede considerarse también un problema técnico o ético.	El equipo profesional ejerce una responsabilidad en la solución de un problema. Es común que el cliente no tenga una actitud inicial positiva. El profesional debe crear condiciones de conexión y seguridad con el cliente. Si el cliente abandona se toman medidas de control.

Continúa

Continuación

	Servicios Participación Voluntaria	Servicios Sociales de Protección
Objetivos específicos del plan de trabajo	Tienen que ver con la expectativa de bienestar que tiene el cliente y con el nivel de ayuda o de cambio con el que quiere comprometerse.	Cambios necesarios para cumplir la expectativa de seguridad y bienestar que tienen los responsables políticos de una comunidad.
Técnicas y contexto de trabajo	Sesiones cortas en contextos comunitarios, educativos o de salud (en ocasiones despersonalizados). Poco conocimiento del contexto social natural del paciente. Técnicas que no requieran de mucho tiempo o muchas personas.	Contexto domiciliario. Alto conocimiento del sistema social del usuario. Continuidad de la intervención, los programas suelen durar mas de un año. Contexto de trabajo en red. Técnicas que no requieran equipamiento especial ni mucho personal, aplicables en el hogar.
Terminación y emancipación del usuario	Dificultad de mantener tratamientos prolongados. La decisión final es responsabilidad del cliente.	Es muy importante alcanzar los criterios de seguridad y bienestar infantil definidos por la institución responsable. La decisión final es Institucional.

Hay dos preguntas prácticas esenciales sobre la relación entre ayuda y control en contextos de intervención:

- ¿Cuál sería la relación ideal entre condiciones de control y de ayuda/apoyo psicológico y educativo?
- ¿Qué estrategia nos puede ayudar a evitar que nuestra relación de ayuda se contamine de aspectos de control y coerción?

La **figura 2.2** puede ayudar a responder a la primera pregunta. Lo que se representa en dicha figura y que podemos llamar "*el círculo de las membranas*" es una visión ideal de la intervención familiar complementando las medidas de control y de ayuda psicológica y educativa.

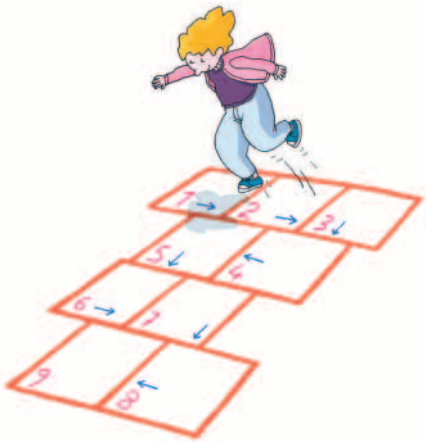
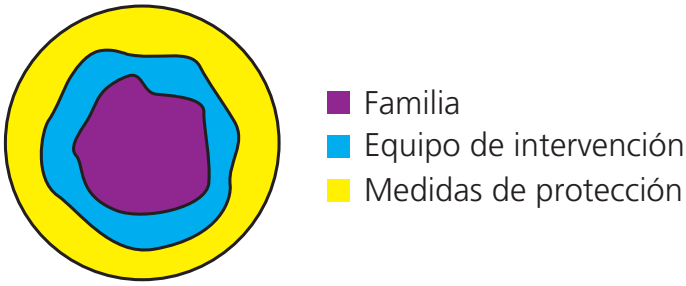


Figura 2.2 Visión ideal de la complementariedad de las funciones de control y ayuda en la intervención



Ésta es la idea representada en la figura 2.2: El núcleo de la intervención debe ser la familia, sus necesidades, sus recursos ante las dificultades, las pautas que mantienen el problema, etc.; ésta es la base de la evaluación del problema y de la intervención. La primera "membrana" interior, la que recubre a la familia es el equipo de intervención (coordinadores, psicólogos y educadores) que ha de ser flexible para adaptarse al sistema familiar y servirle de ayuda y protección. Y la "membrana" exterior representa las condiciones de control y exigencias del sistema de protección, el límite que marca la frontera de lo que no es admisible, de los riesgos, las normas y exigencias del proceso de intervención (interrupción de conductas violentas o negligentes, cumplimiento de requisitos legales, etc.). De forma que el trabajo técnico dentro de un equipo de intervención esté configurado por los límites de la membrana exterior. Dicho de otra manera: tú y la familia para la que trabajas estáis igualmente limitados por esa membrana exterior de control. Se espera de ti como profesional que crees una relación cálida de apoyo a la familia, pero ellos saben que vuestra relación de ayuda es incompatible con la existencia o reincidencia de conductas violentas, abusos, etc. Usamos en esta Guía la metáfora biológica de una "membrana" simplemente para representar las cualidades de flexibilidad y buen ajuste, al tiempo que resistencia y dureza.

2.2 Estrategias para no contaminar la relación de ayuda

Es muy importante la forma en que tú como profesional de la intervención manejes las obligaciones del sistema de control. Básicamente hay dos formas: (a) **como algo que impones** a tus clientes, y (b) como una **obligación que os afecta a todos**, es decir, **como un compromiso**. La primera forma te confiere control, quizás haga que te sientas más fuerte, se expresa en mensajes a

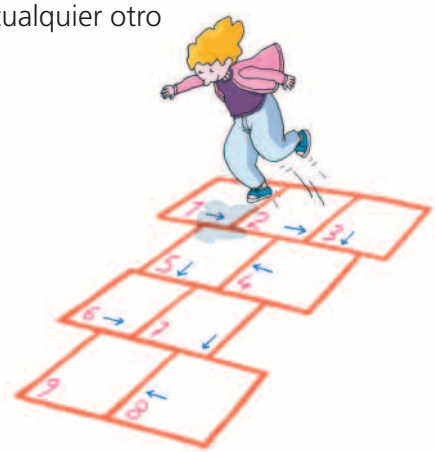
la familia como "no estáis cumpliendo los objetivos que establecimos, y por eso no vamos a autorizar las visitas de fin de semana del niño" (aunque no sea éste el mensaje literal, es lo que comúnmente la familia va a percibir).

La segunda forma es la buena para preservar una relación de apoyo educativo y psicológico hasta el final. Te hace sentir fuerte y fiable, no genera exhibición de poder, preserva tu eficacia en los peores momentos. Se expresa en mensajes de este tipo: "Establecimos un acuerdo para conseguir cambiar los horarios y que Manuel acudiese a las reuniones de ex-alcohólicos… La idea era que a partir de eso pidiésemos visitas para ver a Juanito (el hijo que está en un centro de protección)…, pero no he sido capaz de conseguir de vosotros que avancemos en eso, y veo que en mi próximo informe no voy a poder decir que hemos conseguido mucho; en realidad estoy obligado a informar que por desgracia estamos casi como al principio… ¿Qué es lo que no está funcionando?".

En esta segunda forma de hacer explícitas las condiciones de la "membrana que limita la intervención" se hace uso del "plural" que integra al profesional y la familia en cuanto al fracaso en los avances esperados, pero también en la obligación insoslayable de informar negativamente. El profesional no se arroga el poder del control de forma personal, sino que se somete al compromiso de las condiciones que hay que cumplir, eso sí, mostrando lealtad a dichas condiciones. El tono es muy importante: ha de ser firme y seguro, pero cercano y afectivo.

Una forma de separar el control de la intervención de tipo educativo es crear ámbitos (profesionales, servicios y equipos) diferentes para ejercer esas funciones. Cuando un equipo tiene que valorar la situación de una familia y resolver que es imprescindible separar a un menor de sus padres para evitar riesgos de maltrato o abuso, se hace difícil que ese mismo equipo humano continúe o re-inicie la intervención (de apoyo psicológico o educativo) posterior a la separación del menor. Incluso cuando la intervención tiene el objetivo claro y explícito de ayudar a la familia a generar cambios que posibiliten la reducción de los riesgos y la vuelta del menor a su familia.

Por esa razón, al menos la medida de separación es responsabilidad de los equipos de la Sección de Protección a la Infancia. Pero en la mayor parte de los casos, la necesaria participación de los equipos de intervención en la valoración de la situación familiar hace que la reacción inicial de antagonismo de la familia se generalice a todos los profesionales que han propiciado la retirada de sus hijos, los que ejecutan la medida y los que forman parte del sistema global de intervención. Es inevitable y humanamente comprensible. Ese tipo de reacción inicial antagónica o defensiva posiblemente se dará también con cualquier otro



servicio de ayuda diferente que les ofrezca (con mucha probabilidad la familia lo verá como una imposición, ver Capítulo 5), pero especialmente con los profesionales que hicieron la valoración y con los que ejecutaron las medidas coercitivas.

Esta situación de "incompatibilidad natural" entre control y ayuda suscita lógicamente esta otra pregunta:

> "*Puesto que soy un profesional de los servicios sociales y tengo asignadas funciones de valoración y control además de mi labor de apoyo psicológico o educativo…, ¿qué puedo hacer?*".

Dentro de tu equipo quizás puedas plantear el trabajo con cada familia de manera que las labores de apoyo-ayuda y de control-seguimiento sean diferenciadas. Un miembro del equipo puede hacer el rol de control de cumplimiento de compromisos en un caso determinado y el rol de ayuda "educador-apoyo psicológico" en otro, de forma que, cuando estableces una relación de confianza y apoyo con una familia, otro compañero pueda ocuparse más del papel de control, papel que tu harás para él o ella en otro caso. Se deben repartir los papeles en función de los casos y de forma que no siempre un miembro del equipo sea el encargado de los aspectos más coercitivos y de control.

2.3 Toma de decisiones

Finalmente, el dilema del control y la ayuda en el contexto de la intervención familiar está también relacionada con la toma de decisiones. Cuando en el trabajo con una familia hay que tomar decisiones que suponen intervenciones coercitivas y de obligado cumplimiento para las familias (la mayor de ellas la separación de un menor de sus padres) es de vital importancia conocer, respetar y utilizar la jerarquía apropiada de toma de decisiones. En general, esa jerarquía puede simplificarse didácticamente en lo que llamamos un **Triángulo de Responsabilidades**. La **figura 2.3** representa ese triángulo.

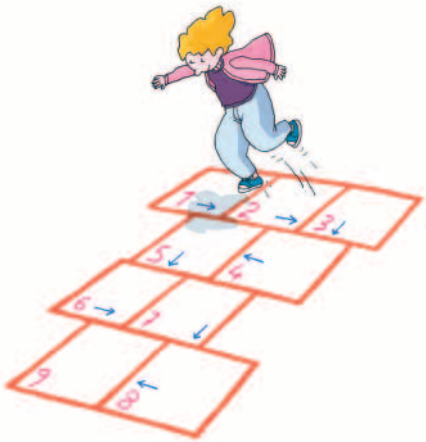


Figura 2.3 Triángulo de responsabilidades y toma de decisiones

El vértice superior del triángulo lo ocupan los responsables de Protección (Sección de Protección a la Infancia), que tiene la potestad de promover resoluciones administrativas como la guarda o tutela de un menor. Ese vértice es el que asume la responsabilidad de la toma de decisiones, tanto en el proceso de intervención como en relación al resultado y las medidas más importantes. Desde esa instancia se encargan diferentes procesos a otros programas de atención a la familia. Los otros dos vértices del triángulo los ocupan, por un lado, los programas que intervienen con la familia para producir cambios ante las situaciones de riesgo o necesidad especial (equipos del Programa de Intervención Familiar), y por otro los programas o Centros que tienen el cuidado y educación de los menores como objetivo principal. Cuando un menor está viviendo con su familia y escolarizado de forma regular, es el centro educativo al que acude regularmente el que ocupa ese vértice del triángulo. Cuando el menor está en una situación de acogimiento, familiar o residencial, es el Centro o programa particular de acogimiento el que ocupa ese ámbito representado en el vértice del triángulo.

La coordinación entre los tres ámbitos del triángulo es fundamental; en esta coordinación debe entenderse la posición jerárquica que tiene el vértice superior que toma las decisiones importantes y "encarga" las intervenciones a los otros dos ámbitos. La coordinación entre los dos ámbitos de actuación directa de intervención es también muy importante, ya que ambos ámbitos de intervención (vértices inferiores del triángulo) deben mantener un mismo objetivo y coordinar sus actuaciones en función de dicho objetivo.

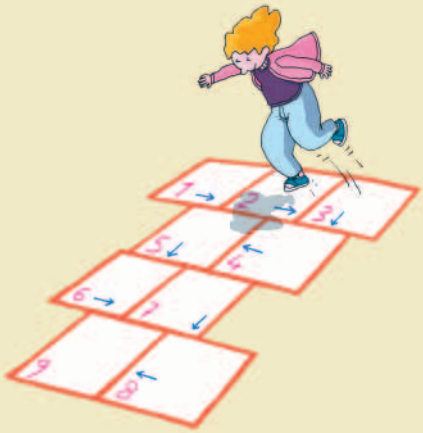
2.4 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. La misión de los programas de intervención familiar es conseguir crear un contexto de colaboración con la familiar para ejercer un apoyo educativo y psicosocial con las familias.
2. El control y el apoyo no deben contaminarse, deben complementarse: para que funcione la ayuda educativa y psicosocial tiene que funcionar bien todo lo relacionado con condiciones de control para la protección.
3. Una forma de complementar adecuadamente las condiciones coercitivas y de ayuda es diferenciar los ámbitos (contextos físicos y recursos humanos) de intervención cuando esto es posible: no responsabilizar al equipo de intervención de la ejecución de una medida de separación, o repartir funciones dentro de los miembros de un equipo para diferenciar roles –de control y de ayuda– en un caso particular.
4. El profesional con funciones de intervención directa no debe sentirse responsable de todo, ni cuando la intervención es eficaz ni cuando es insatisfactoria; todos los ámbitos (legal-administrativo de protección, educativo, sanitario, etc.) comparten responsabilidad.
5. Es esencial clarificar los procedimientos de toma de decisiones de protección dentro de la red profesional ("triángulo de responsabilidades") y entre los profesionales y las familias.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Cirillo, S. (1993). *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Ediciones Paidós.
- Junta de CyL (2000). *Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil.* Valladolid, Junta de CyL.
- Escudero, V. y Friedlander, M. (2019)- *Alianza Terapéutica con Familias. Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles.* Editoral Herder.



2.5 Observa y prueba: "Destilando control y ayuda"

El objetivo de este ejercicio es tomar conciencia de cómo se complementan el control y la ayuda en la práctica de la intervención con familias. En el ámbito de la química hay muchos procesos para separar elementos que aparecen mezclados o agregados (destilación, evaporación, centrifugado, decantación, electrólisis, filtración, tamizado….y muchos más). Sin embargo, los componentes de control y ayuda en nuestro trabajo no son fácilmente identificables ya que tienen un aparte subjetiva y psicológica; y quizás sea imposible separarlos de forma pura, ya que se mezclan en nuestra comunicación, en nuestras expectativas y en nuestra mente de forma sutil.

Pero los profesionales debemos poner un especial atención a cómo está experimentando el usuario de nuestro servicio la intervención que hacemos, de forma que podamos ayuda a clarificar y diferenciar aquellos componentes que son obligados y que no tienen discusión para dar un espacio productivo a todos los elementos de la intervención que pueden definirse en base a alternativas libres y a propuestas abiertas a la voluntad de los usuarios.

1. Estas son tres situaciones de intervención que tiene componentes de obligatoriedad o bien de un fuerte condicionamiento o coerción para la familia. Lo que tienes que hacer es completar esta lista con al menos 3 situaciones más:

1.1. Nos presentamos a una familia que ha firmado un acuerdo de intervención como condición a la reunificación familiar, tienen un hijo en un centro de acogimiento residencial y nuestra intervención es clave para que se produzca la reunificación. La familia se muestra tensa y al tiempo intenta ser complaciente, no hay naturalidad y detectamos mucha ambivalencia y cierta hostilidad contenida en algún miembro de la familia.

1.2. Tenemos una primera entrevista conjunta con los miembros de una familia que han tenido una intervención previa de los servicios sociales por indicadores de violencia pero sin que se cursara una denuncia formal. Dado el nivel de riesgo se ha decidido que iniciemos una intervención valorativa del conflicto y orientada a mejorar la convivencia. La familia insiste en que no es necesaria nuestra intervención ya que todo está bien y se ha exagerado malintencionadamente la información sobre sus discusiones.

1.3. Trabajamos con una familia que tiene múltiples dificultades y un adolescente con una medida judicial de libertad vigilada relacionada con conducta antisocial y dos infracciones en el ámbito de su centro

educativo. El adolescente recibe también una intervención especifica de otro servicio pero nuestra intención es que participe conjuntamente en el trabajo que hacemos con la familia; él dice que está harto de tanto control y sus padres le echan la culpa de verse obligados a recibirnos y sufrir el escarnio de que les tratemos como malos padres.

1.4. Completa este punto con otra situación contaminada por el contexto de control.

1.5. Completa este punto con otra situación contaminada por el contexto de control.

1.6. Completa este punto con otra situación contaminada por el contexto de control.

2. Para cada una de las 6 situaciones descritas tienes que resolver los siguientes aspectos:

2.1. ¿Qué aspectos/condiciones de la intervención son obligados para ellos si quieren cumplir con el objetivo de la misma?

2.2. ¿Qué elementos de la intervención están abiertos a alternativas para que ellos puedan decidir qué, cómo, cuando, con quién…? Pon al menos un par de ejemplos de elementos que están abiertos a alternativas.

3. Elige al menos una de las seis situaciones descritas y escribe cómo explicarías a la familia estas tres cosas:

3.1. Exprésales en un leguaje apropiado y empático (reconociendo sus emociones y su perspectiva) que entiendes sus reticencias y la sensación que tienen de [control, intrusión, injusticia, obligación. etc.…la que corresponda en ese caso].

3.2. Explícales en un leguaje apropiado y no amenazante cómo funciona la intervención y a qué estas tu obligado y a qué están ellos obligados o comprometidos para cumplir.

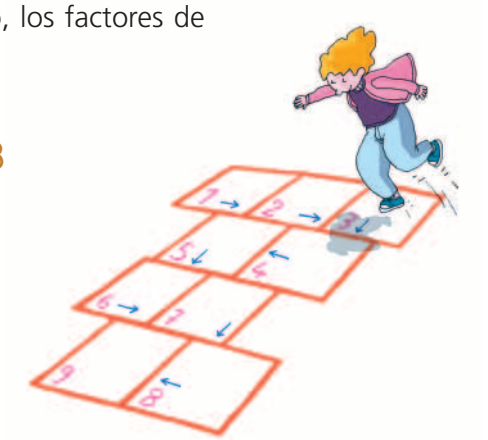
3.3. Hales una propuesta de cómo enfocar tu trabajo con ellos, poniendo un énfasis especial en todo lo que ellos va a decidir y en la necesidad que tienes de que sean ellos los que te propongan cosas que consideren puedan ser de utilidad. Esta propuesta tiene que representar una buena forma de complementar el control con la ayuda genuina y sincera que reconoce sus puntos de vista, sus sentimientos y sus objetivos.

3 Valorar el sistema familiar: recursos y riesgos

No siempre se dan las condiciones adecuadas para una intervención de apoyo psico-educativo basada en los recursos de la familia. En ocasiones hay que realizar intervenciones de carácter coercitivo o de urgencia como la separación temporal de los menores del hogar familiar, o la tramitación de una solicitud de ingreso psiquiátrico de un miembro de la familia. En el contexto de los servicios de protección es importante evaluar los factores de riesgo para tomar decisiones sobre el tipo de intervención y sobre el tratamiento de la familia. Pero también es esencial conocer los recursos y fortalezas de la familia cara a decidir sobre la planificación y el propio desarrollo de la intervención.

¿Cómo valorar las condiciones iniciales de una familia que podría ser usuaria de nuestro programa? ¿Cómo valorar los riesgos del sistema familiar y sus posibilidades de cambio mediante una intervención de apoyo educativo y psicológico? ¿Cómo decidir el tipo de intervención y el foco inicial de la misma?

Un enfoque tradicional para dar respuesta a esas preguntas es la investigación y evaluación de factores de riesgo, generalmente guiados por inventarios de factores agrupados en áreas: vivienda, trabajo, relaciones, crianza y cuidado, adiciones y patologías, indicadores de maltrato, etc. Son procedimientos que tienen dos virtudes: (a) permiten conocer la población con la que trabajamos mediante la detección de los factores de riesgo que tienen una mayor o menor incidencia, y (b) orientan al profesional en su labor de valorar exhaustivamente a la familia. Sin embargo, el sistema familiar es algo dinámico y todos **los factores que podemos estudiar y valorar están interrelacionados de una forma peculiar y particular en cada familia**. Por otro lado, los factores de



protección propios de cada familia y la actitud idiosincrásica de la familia en el afrontamiento de una crisis hacen muy diferente el equilibrio de un sistema familiar particular con respecto a otras familias afectadas por una crisis o problema similar.

En definitiva, para valorar el sistema familiar con el objetivo de decidir y ejecutar un tipo de intervención con la familia tenemos que considerar estos cuatro parámetros:

$\left(\frac{erc}{emp}\right)^t = 1$

1. cómo se suceden e interaccionan los diferentes factores de riesgo en la familia;
2. qué recursos podemos activar en la familia y su entorno para producir cambios que propicien la estabilidad y protección necesaria;
3. qué equilibrio se produce en la familia entre los recursos protectores que se dan en el sistema y los factores que están manteniendo una situación problemática de riesgo; y
4. qué indicadores de cronicidad y de crisis se dan en la situación problemática de la familia particular con la que estamos trabajando.

3.1 Balance del sistema

Una forma de expresar estos parámetros de forma dinámica es la **"ecuación de balance en el sistema familiar"** que puedes ver en la **figura 3.1** y que se explica en los siguientes apartados de este Capítulo. Esta fórmula es una metáfora matemática y nunca un procedimiento de cálculo real. Es simplemente una manera de entender el balance en el funcionamiento de un sistema familiar.

Figura 3.1 Ecuación de Balance en el Sistema Familiar. Representación del equilibrio entre los factores que mantienen el problema y los recursos de la familia p ara generar cambios

$$\left(\frac{\mathbf{erc}}{\mathbf{emp}}\right)^{\mathbf{t}_{\text{tiempo}}} \geqslant 1$$

erc: estructura de recursos para el cambio

emp: estructura que mantiene el problema

$$\left(\frac{\mathbf{erc}}{\mathbf{emp}}\right)^{\mathbf{t}} = \left(\frac{(\mathbf{RBio} \cdot \mathbf{RPsic}_{\text{apego, motivación}} \cdot \mathbf{RRel} \cdot \mathbf{RSoc}_{\text{red, apoyo}}) + \mathbf{AIT}}{(\mathbf{CBio} \cdot \mathbf{CPsic}_{\text{apego, trauma}} \cdot \mathbf{CRel} \cdot \mathbf{CSoc}_{\text{pobreza, aislamiento}}) + \mathbf{RespInt}}\right)^{\mathbf{t}}$$

El exponente t representa el tiempo que afecta a la razón entre la estructura de mantenimiento del problema y los recursos para el cambio: el tiempo cronifica y empeora una situación de balance negativo (pocos recursos y gran

fortaleza de los factores que mantienen el problema) y también estabiliza y fortalece un balance positivo (cuando los recursos de cambio/afrontamiento se igualan o superan a los factores del problema).

La expresión **erc del numerador** representa la **e**structura de **r**ecursos para el **c**ambio, y por lo tanto simboliza el conjunto de recursos que pueden activarse o movilizarse en una familia concreta para propiciar los cambios que se requieren ante la situación de riesgo de desprotección en la que estamos trabajando.

La expresión **emp del denominador** la usamos para representar la **e**structura que **m**antiene el **p**roblema, es decir el conjunto de condicionantes personales, interaccionales y sociales que están manteniendo la situación de riesgo con la que estamos trabajando.

Una situación de equilibrio, la razón en esta metáfora matemática, entre ambos aspectos del sistema familiar –la dinámica de factores que mantienen el problema y por tanto el riesgo, y el conjunto de recursos que pueden movilizarse para el cambio– indica que el trabajo de apoyo a la familia y de sus recursos será suficiente para generar una situación de protección aceptable. Una familia en la que encontramos un gran desequilibrio desfavorable a los recursos para el cambio, es decir, pocos recursos ante una fuerte estructura de mantenimiento del problema, nos puede indicar la necesidad de intervenciones de separación u otras intervenciones coercitivas de urgencia. De ahí que en la metáfora matemática usamos la expresión "igual o mayor a la unidad" para representar la valoración de la familia que supone un resultado de equilibrio que prescribe una intervención de apoyo familiar.

El término **t** representa el tiempo, en el sentido de que el equilibrio o desequilibrio entre recursos y factores problemáticos que encontramos en el sistema lleva mucho o poco tiempo sucediendo. El tiempo nos dice si la situación de la familia está cronificada. Por otro lado, cuando una familia tiene un equilibrio "positivo" –con recursos suficientes para afrontar el problema– el tiempo puede elevar ese resultado, ofrecernos una imagen estable de la resiliencia de la familia.

¿Cómo valoramos numerador y denominador de esta ecuación? ¿Qué es lo importante para conocer y describir la **e**structura que **m**antiene el **p**roblema? ¿Cómo diagnosticamos la **e**structura de **r**ecursos para el **c**ambio?¿Cómo debemos proceder para que este tipo de valoración sea útil a la hora de definir y ejecutar actuaciones de intervención?

$$\left(\frac{erc}{emp}\right)^t = 1$$

3.2 Estructura que mantiene el problema

La forma o estructura de mantenimiento del problema en la familia podemos definirla, siguiendo una notación matemática metafórica, de esta forma:

$$\mathbf{emp = (CBio \cdot CPsic_{apego,\ trauma} \cdot CRel \cdot CSoc_{pobreza,\ aislamiento}) + RespInt}$$

La estructura de mantenimiento del problema (**emp**) consiste en la interacción o producto de:

CBio

Los condicionantes Biológicos (enfermedad, limitaciones, adicciones, etc.).

$CPsic_{apego,\ trauma}$

Los condicionantes Psicológicos, en especial todo aquello que tiene que ver con dificultades de apego, tanto en la relación actual de los menores con sus padres o cuidadores como en la historia de apego infantil de los padres cuando eran niños. Otro aspecto de gran interés que siempre se debería tener en cuenta es todo lo relacionado con respuestas psicológicas –en los menores y en los progenitores– que puedan ser expresión de experiencias traumáticas, sobre todo las relacionadas con abusos sexuales y violencia; es muy común encontrarse experiencias de abuso que bloquean la capacidad de relación interpersonal de miembros de la familia. Obviamente la relación entre experiencias de trauma y dificultades de apego suelen estar muy asociadas.

CRel

Los condicionantes Relacionales que pueden estar contribuyendo a mantener el problema suelen estar relacionados con relaciones conflictivas, escaladas de agresividad, o conductas de evitación interpersonal que tiene la negligencia como consecuencia. En este apartado incluimos el análisis de todo tipo de patrones interpersonales que en lugar de producir soluciones están manteniendo o agravando el problema: falta de límites intergeneracionales, coaliciones negativas, falta de adaptación de los roles familiares a circunstancias especiales, intentos de solución que no funcionan –como una espiral de control o castigo que está generando riesgo de violencia–, etc.

$CSoc_{pobreza,\ aislamiento}$

Los condicionantes Sociales generalmente pueden describirse como "factores contextuales" porque son el marco en el que el resto de condicionantes se inscriben. De especial relevancia es el análisis de las limitaciones que impone un contexto de pobreza, al igual que un contexto de aislamiento de

la familia con respecto a su comunidad –con frecuencia debido a factores de marginación cultural, social o de discriminación–.

RespInt

Este último aspecto, la Respuesta a la intervención inicial puede añadirse a la valoración de la estructura que mantiene el problema como un elemento externo pero de gran importancia, ya que una respuesta positiva, de colaboración y alianza ante la situación inicial de intervención, puede ser determinante para generar cambios; igualmente, una respuesta muy negativa y conflictiva hacía los servicios de ayuda social puede agravar el conjunto de interacciones que mantiene el problema.

Por lo general, en las familias que han despertado una alarma por su situación de riesgo se hace fácil conocer los elementos problemáticos más visibles, pero es de gran importancia ir conociendo todos los aspectos del sistema familiar en profundidad e ir perfilando un dibujo adecuado de cómo estos aspectos interaccionan entre ellos para mantener el problema.

3.3 Recursos para el cambio

De igual importancia, y en muchas ocasiones más difícil en contextos de intervención en crisis o en situaciones cronificadas, es conocer todo lo que tiene que ver con la estructura de recursos para el cambio (**erc**), compuesta de aquellos factores de protección que pueden activarse en la familia. Un formulación para describir lo más importante de esta parte de la ecuación es ésta:

$$\mathbf{erc = (RBio \cdot RPsic_{\text{apego, motivación}} \cdot RRel \cdot RSoc_{\text{red apoyo}}) + AlT}$$

La estructura de recursos de la familiar es también el producto o interacción de factores biológicos, psicológicos, relacionales y sociales, a los que añadimos la posibilidad de conseguir alianza de trabajo con la familia para el proceso de intervención. De forma desglosada podemos describirlos así:

RBio

Todos los Recursos Biológicos constituyentes de los recursos humanos del sistema familiar.

$RPsic_{\text{apego, motivación}}$

Aquellos recursos Psicológicos de todos los miembros de la familia, menores y adultos, que pueden ser una "palanca" para generar cambios en la situación problemática. De especial importancia es conocer lo concerniente

al apego entre los padres y los menores, e igualmente todo lo que se asocia a las expresiones de afecto –cariño, dolor por daño causado, implicación emocional, etc.– y de manera especial a la motivación genuina para generar cambios que garanticen el bienestar de los menores y de la familia globalmente.

RRel

Recursos Relacionales, entre los que incluimos prioritariamente todas las conductas de cuidado de los menores, todas las pautas en la familia nuclear y extensa que puedan favorecer el desarrollo afectivo y la maduración de los niños. Todas las interacciones entre hermanos que favorezcan la protección y el adecuado cuidado. En general todos los patrones de interacción familiar que puedan activarse para desbloquear la situación problemática de la familia.

RSocred apoyo

Recursos en el nivel Social, que como hemos dicho más arriba suelen configurar el contexto que enmarca las pautas de comportamiento que constituyen el núcleo de la intervención. En este nivel es de especial importancia la red de apoyo social –familia extensa, amigos, asociaciones, etc.–, que puede arropar a la familia en su tarea de producir cambios.

AlT

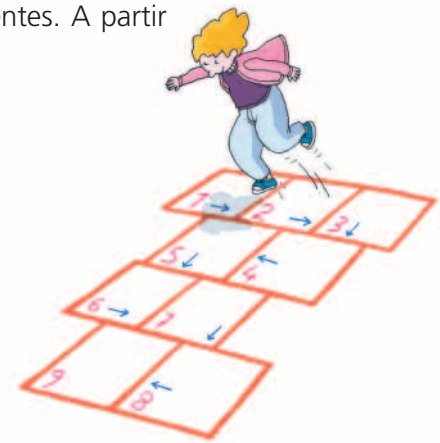
Alianza de Trabajo con la familia; añadimos también aquí la valoración de la colaboración que podamos establecer con la familia para la intervención, colaboración que constituye una alianza de trabajo (ver Capítulo 4). Este factor añadido a la "fórmula" puede provocar un desequilibrio positivo en la misma al generar un recurso de cambio fortalecido por la seguridad que ofrece el equipo profesional.

3.4 Escalas de estimación

Tanto la **erc** como la **emp** tienen que ser exploradas y definidas durante las fases iniciales de la intervención, y serán además la fuente de definición de objetivos de cambio. Ese proceso requiere de los siguientes pasos:

1. Conocer bien a la familia

Conocer lo mejor posible a la familia en conjunto y a los miembros de la misma individualmente, algo que se puede conseguir mediante entrevistas y también mediante la información que tenemos de la red profesional –escuela, salud mental, servicios sociales comunitarios, etc.– y de otras fuentes. A partir



de este conocimiento podemos hipotetizar los factores que tienen incidencia en el mantenimiento del problema y aquellos factores positivos que pueden tomarse como recursos. El proceso de evaluación y de intervención están muy ligados y forman parte de un mismo proceso central que es el desarrollo de la intervención.

2. Generar hipótesis

Generar hipótesis sobre cómo interactúan los factores que mantienen el problema. Esto puede tener la forma de un diagrama circular (ver ejemplos más abajo) que nos permite tener un "mapa" del mecanismo que bloquea a la familia. Algo similar podemos hacer con los recursos para el cambio.

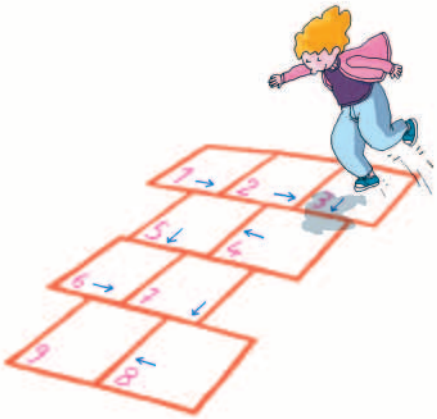
3. Puntuar en una escala de estimación

Podemos convertir tanto la **erc** como la **emp** en puntuaciones dentro de una escala de estimación. Así puntuaremos la **erc** en un valor determinado en una escala entre 1 y 10, considerando que el valor 1 significa en nuestra estimación que la familia no tiene apenas ningún recurso que podamos usar para propiciar un cambio hacía condiciones de protección y solución de los problemas. En el otro extremo, valor máximo de 10, tendríamos una familia en la que hay una absoluta plenitud de recursos y no hace falta intervención. Lógicamente ambos extremos serían casos muy excepcionales por no decir imposibles entre las familias que entran a nuestro programa; por un lado, difícilmente una familia con plenitud de recursos propios se verá necesitada de este tipo de intervención, y por otro lado ninguna familia que pueda ser valorada en el otro extremo –nulos recursos para el cambio– accederá por lo general a la intervención después haberse tomado algún tipo de medida previo para compensar ese gran nivel de desamparo.

Igualmente podemos valorar entre 1 y 10 el nivel de riesgo que entraña la **emp**, siendo 1 el valor para un riesgo nulo y 10 el valor que representa un riego muy grave que requiere una intevención inmediata.

Si aplicamos la división expresada en la ecuación (por ejemplo, dividimos la **erc** valorada como 6 en la escala de 1 a 10, entre la **emp** valorada como 7 en su escala: 6/7 = 0,8) tenemos una idea aproximativa del equilibrio o desajuste que estamos estimando en una familia. Si el resultado es igual o superior a 1 (o se acerca) tendríamos una familia con la que trabajar con base en intervenciones de apoyo educativo y psicológico con un teórico buen pronóstico: la movilización de los recursos propios de la familia deberían generar cambios en la estructura que mantiene el problema. Si el resultado de nuestra ecuación es muy inferior a la unidad –la valoración de los recursos para el cambio es muy

$$\left(\frac{erc}{emp}\right)^t = 1$$



inferior a la valoración que hacemos del mantenimiento del problema– nos encontramos ante un pronóstico de resultado menos optimista, y hemos de planificar la intervención bajo esta consideración de severidad o cronicidad. En estos casos es más probable que durante el proceso de intervención (a veces incluso de forma inmediata y urgente) se hagan necesarias medidas de protección que generen un necesario balance en la familia para evitar el nivel de riesgo o de sufrimiento, incluso aunque dichas medidas sean de tipo coercitivo y haya que imponerlas a la familia (guarda de los menores, centro de día, medidas de alejamiento, denuncia, etc.).

Por ejemplo, en una familia hemos estimado que los recursos para el cambio (buen apego de los menores con la madre, respuesta de la familia extensa al problema, situación de vivienda y red social adecuada, y buena respuesta inicial a la intervención en varios miembros de la familia) tendrían un valor de **7** sobre 10. En cuanto a la estructura que mantiene el problema (problemas de conducta de un adolescente –agravadas por consumo esporádico de drogas– que provocan discusiones con mucha agresividad por parte del padre y una actitud frágil de la madre en medio del conflicto), el equipo de intervención hace una estimación de **6,5** sobre 10. En este caso, el equipo está convencido de que trabaja con una familia que tiene muchas posibilidades de cambio rápido, y el resultado de la ecuación de balance es:

erc 7 / emp 6,5 = 1,08

En otro caso similar, el conjunto de recursos de la familia para el cambio se ha valorado igualmente como **7** sobre 10, pero al analizar la estructura que mantiene el problema nos encontramos que, además de los problemas de conducta y de consumo del adolescente, existe un diagnóstico de desorden bipolar muy cronificado en la madre, y un padre con apenas implicación en el cuidado y disciplina de los hijos que entra con facilidad en espirales de agresividad; por todo ello se hace una estimación de **9** sobre 10 en la estimación de la **emp**. El balance entre los recursos de esta familia y el conjunto de factores que mantienen el problema indica un desequilibrio importante en el sistema y un alto nivel de riesgo:

erc 7 / emp 9 = 0,7

La aplicación de estas escalas de estimación y su división para hallar el resultado de balance entre recursos y riesgo puede tomarse como un procedimiento de valoración en un equipo o bien como una simple metáfora formativa. Pero lo esencial de este método de valoración del sistema es que ponemos como objetivo central **conocer el equilibrio del sistema familiar** y no solamente la existencia de determinados factores de riesgo. De acuerdo con ese modelo, las

preguntas fundamentales que guían la valoración y planificación de la intervención son:

- **¿Qué mantiene el problema en esta familia? ¿Cuáles son los condicionantes Bio-Psico-Sociales que impiden al sistema familiar superar esta situación por sí mismo? ¿Cómo interactúan esos factores para generar esta situación de bloqueo o desprotección?**
- **¿Qué recursos (Bio-Psico-Sociales) se pueden activar en el sistema familiar para provocar cambios? ¿Qué cambios significativos se pueden activar de forma inmediata?**

Desde esta perspectiva, es útil trabajar con instrumentos que nos ayudan a la valoración de la familia (escalas de bienestar familiar, escalas de fortalezas y debilidades, etc.), pero en la práctica lo fundamental es que a esos listados de factores les encontremos sentido dentro de la función y equilibrio del sistema familiar. La metáfora de la ecuación nos ayuda a recordar la importancia de valorar dicho equilibrio –particular de cada familia– entre recursos y problemas.

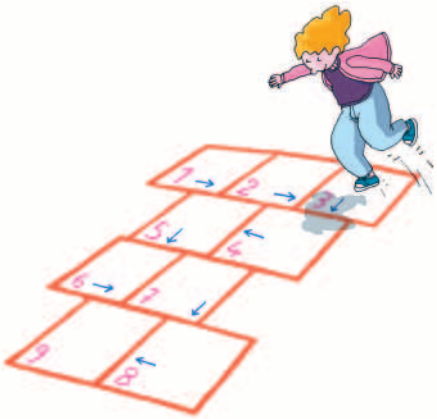
3.5 El factor tiempo

Otro elemento de la "ecuación del sistema" es el factor tiempo. En dicha ecuación el tiempo es un exponente que multiplica el resultado. Este elemento de la fórmula es puramente metafórico y no hay una medición de tiempo (en días, semanas, meses, años, etc.) determinada. Lo importante es la idea de que el tiempo cronifica una situación de desequilibrio, y por tanto la agrava. Y también, en sentido inverso, el tiempo estabiliza una situación de equilibrio, creando garantías de estabilidad y resiliencia de la familia. Si aplicásemos (esto es sólo un ejemplo didáctico, ya que no tiene un referente de tiempo real posible) esta idea del tiempo en la fórmula a los dos ejemplos anteriores tendríamos que en la familia cuyo resultado era positivo, al elevarla a un exponente de tiempo de, por ejemplo, valor 4, tendríamos lo siguiente:

$$(\text{erc } 7 / \text{emp } 6{,}5)^4 = (1{,}08)^4 = 1{,}36$$

Sin embargo, en el ejemplo que tenía un resultado negativo –menor que 1– por la extrema valoración de la estructura que mantiene el problema, el tiempo –cronificación– agrava la situación de la familia (produce un resultado aún menor de la unidad):

$$[\text{erc (recursos) } 7 / \text{emp (riesgo) } 9]^4 = (0{,}7)^4 = 0{,}2$$



¿Qué nos enseña esta metáfora matemática? Que, en el contexto de la protección a la infancia, el tiempo siempre es un factor a tener muy en cuenta. Las intervenciones que no son eficaces en ayudar a provocar cambios en situaciones de riesgo pueden llegar a contribuir a empeorar el problema simplemente por el paso del tiempo que cronifica la situación del menor y de toda la familia. Por el contrario, cuando una familia logra un equilibrio mediante un adecuado afrontamiento de los problemas y aprende a utilizar adecuadamente sus propios recursos, el tiempo (que valoramos a través de los periodos de seguimiento) es un factor de estabilidad, seguridad y crecimiento de la fortaleza o resiliencia de la familia.

¿Cómo introducimos el factor tiempo en la práctica de la intervención? Básicamente mediante la inclusión de estas dos preguntas en la fase inicial de valoración de la situación de la familia:

- **¿Existen indicadores de cronicidad en la estructura que mantiene el problema?**
- **¿Existen indicadores de crisis en la situación actual de la familia?**

Éstas son preguntas importantes que han de estimular una exploración cuidadosa del contexto e historia de la familia para darle respuesta adecuada. Un aspecto adicional importante que surge de estas preguntas es el influjo de determinados **acontecimientos vitales** que suelen estar relacionados con las crisis. Por acontecimientos vitales entendemos lógicamente hechos estresantes como el fallecimiento de un ser querido, una separación obligada o traumática, cambios de vivienda por desahucio o similar, pérdida de empleo, prisión, etc.

3.6 Ejemplos de valoración

Vamos a terminar este capítulo con dos ejemplos prácticos. Las limitaciones de espacio y el contexto de una Guía como ésta nos obliga a restringir muchos detalles que en la práctica harían más ricos los ejemplos. Tómalos simplemente como una ilustración didáctica. Consideremos estas dos descripciones de casos relacionadas con el problema del abuso del alcohol en la madre y la situación de riesgo que se produce en los hijos.

Ejemplo 1

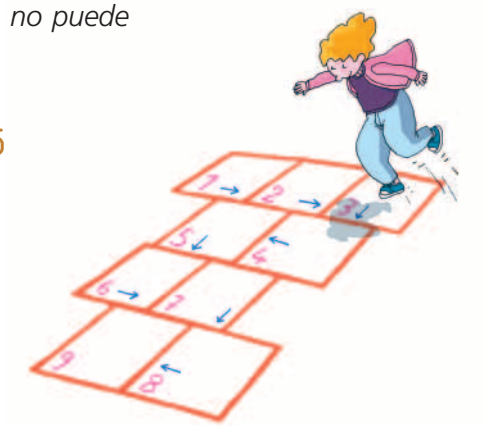
Elvira tiene 32 años y tres niños de 8, 6 y 2 años. Aunque tuvo diversos trabajos eventuales, hace ya unos 6 años que solamente trabaja en su casa y se ocupa del cuidado de los niños. La relación

con su marido, Manuel, no es buena, y éste pasa mucho tiempo fuera de casa porque trabaja en una empresa de obras públicas que le obliga a estar largas temporadas fuera. Elvira ha mostrado en los últimos meses una gran dejadez en el cuidado de los niños y esto se ha hecho evidente en el colegio (su aspecto, la falta de alimentación, el descuido en los deberes, etc.) y en el vecindario (su falta de horario y las carencias en la casa, el descontrol de horarios con los niños que se ha hecho patente al verlos en la calle a horas muy tardías). Los llantos del menor de los niños, de tan sólo 2 años, y una infección en la boca han disparado la alarma de unas vecinas que, tras comprobar que Elvira se encontraba bebida por las mañanas en casa, cuando sus otros dos hijos estaban en el colegio, y sin atender adecuadamente al menor, han denunciado la situación a través de una trabajadora del centro social de su barrio.

Elvira apenas tiene contacto con su familia de origen, ya que ella procede de una provincia muy lejana en la que conoció a Manuel cuando éste trabajó allí, quedándose embarazada de su primer hijo y trasladándose a la ciudad de origen del marido. Tampoco tiene muy buena relación con la familia de Manuel; el padre de Manuel es una persona muy irascible y con antecedentes de agresividad con su mujer, y ésta, la madre de Manuel, actualmente tiene síntomas de Alzheimer; los dos hermanos de su marido han tenido problemas relacionados con drogas.

La valoración de Elvira, hecha por una psicóloga de los servicios de protección, indica que el problema del abuso de alcohol puede estar ligado a una depresión que se complica con una sensación de aislamiento familiar y social. Sin embargo, Elvira parece una mujer inteligente que proviene de una familia humilde pero sin especiales problemas y que tuvo una infancia aparentemente normal. La percepción que los vecinos de Elvira transmitieron a la trabajadora del centro social, y que ella misma corrobora, es que Elvira cuidaba muy bien a sus niños hasta que la crisis en la relación con su marido se hizo evidente.

Manuel ha sido contactado pero se muestra esquivo y quiere que los hijos se vayan inmediatamente con sus abuelos paternos o maternos (reconoce que sus padres "no están para cuidar niños"), achacando todo el problema de su cuidado al "vicio de beber que le ha entrado" a Elvira; él dice que su trabajo, tener que estar lejos, no le permite cuidar a los niños más. La propia Elvira dice que no puede



hacer nada, que no le merece la pena vivir y rompe a llorar cuando sus hijos son mencionados en la conversación; dice que "no quiere hacerles daño". Los niños muestran apego hacía su madre y no hay síntomas de temor ni evitación hacia ella. Cuando se ha explorado la relación de Elvira con sus padres y hermanos, ella dice que siente una gran vergüenza por su fracaso, y parece que en su familia siempre mostraron reservas y algunas advertencias sobre la forma en que Elvira era tratada por su marido; no obstante no se opone a que los abuelos sean contactados. Los hijos, a pesar de la distancia, muestran conocimiento y afecto por sus abuelos maternos.

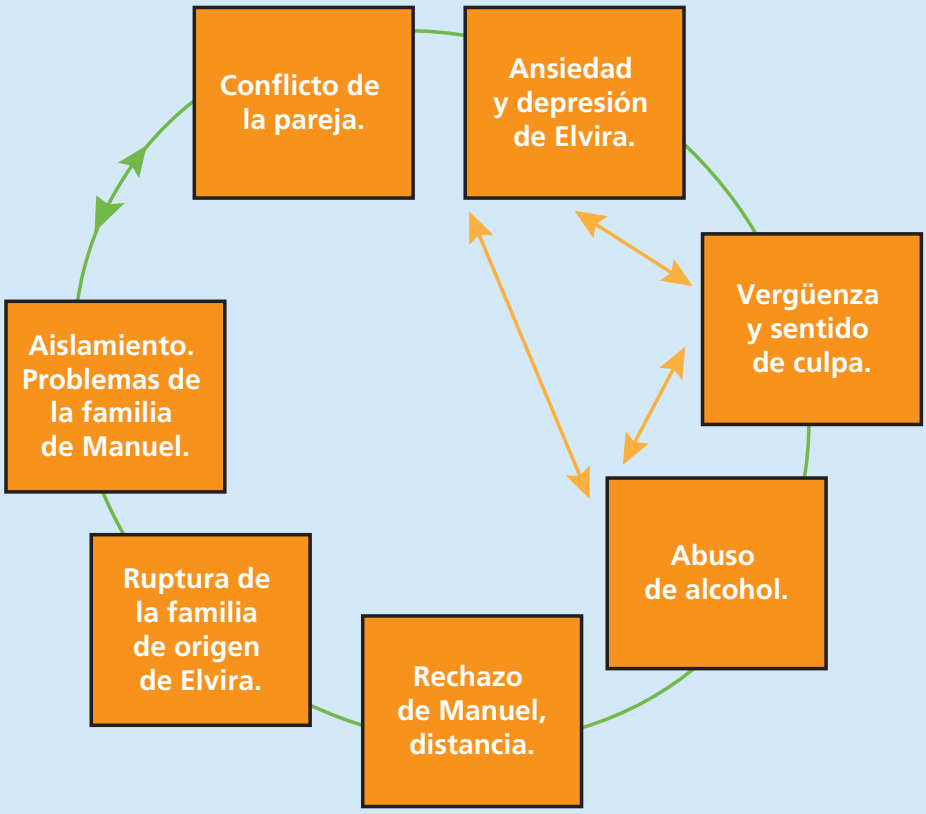
A continuación puedes ver un análisis realizado sobre ese ejemplo de Elvira y Manuel basado en el modelo descrito a lo largo de este capítulo. El formato del procedimiento de análisis puede ser simplemente indicativo; lo importante es la idea de basar la valoración y el plan de intervención en el equilibrio entre la estructura que mantiene la situación de riesgo y los recursos para el cambio. Es un trabajo a realizar en equipo (psicólogos y educadores) y que generalmente requiere tiempo para ir conociendo a la familia y aportar la información necesaria.

Estructura que Mantiene el Problema (emp)

¿qué impide a este sistema avanzar-solucionar-sobrellevar?

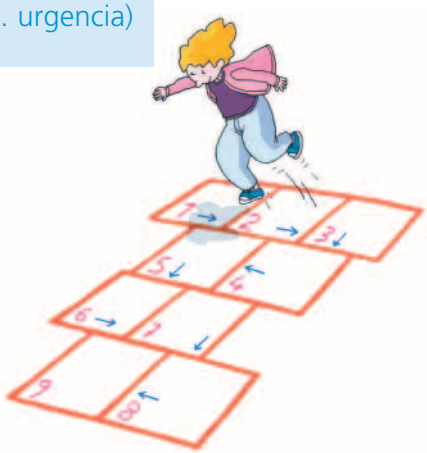
- Conflicto en la pareja, distancia emocional y práctica.
- Edad muy vulnerable de 3 hijos.
- Estado depresivo de Elvira ligado al abuso de alcohol.
- Actitud esquiva y acusatoria de Manuel, mala respuesta inicial.
- Ruptura de Elvira con su familia de origen (normalizada).
- Rechazo de la familia de origen de Manuel, muy problemática.
- Vulnerabilidad de los niños ante el aislamiento de Elvira y la distancia de Manuel.

Patrones circulares (interpersonales o intrapersonales) mantenedores del problema:



Escala de estimación del nivel de riesgo en la emp

(nada, normalidad) 1 2 3 4 5 6 **7 8** 9 10 (máx. urgencia)



Estructura de Recursos para el Cambio (erc)

¿qué recursos se pueden movilizar en la familia para promover cambio?

- Historia vital normalizada de Elvira, experiencias de trabajo y buena integración social en el pasado.
- Percepciones positivas de Elvira en la comunidad: inteligente, buena madre.
- Apego con los hijos de Elvira.
- Sentido del daño causado y reacciones de vergüenza (Elvira).
- Aceptación por Manuel de soluciones basadas en el apoyo de abuelos maternos, reconocimiento de problemas en su entorno.
- Afecto y preocupación por parte de los abuelos maternos, buena relación con los niños.
- Buena reacción a la intervención inicial por parte de Elvira, posibilidades de trabajo con abuelos.

Patrones de intervención posibles que promueven el cambio:

Escala de estimación del nivel de fortaleza de la erc

(débil, no hay recursos) 1 2 3 4 5 **6 7** 8 9 10 (fuerte)

Equilibrio del Sistema (Ejemplo Elvira/Manuel)

Recursos (**erc**)*: Bastantes recursos basados en el apego y experiencias de vida positivas: escala 6,5*

Riesgo (**emp**): *Nivel de riesgo alto por la situación de vulnerabilidad de los niños ante la crisis de Elvira y la pareja; escala 7,5*

6,5 / 7,5 = ***0,86***

¿Indicadores de Crisis?

La ruptura de la pareja se ha presentado como una crisis para Elvira, en un contexto de aislamiento por la ruptura con su familia de origen, a la que aprecia y añora.

¿Indicadores de Cronicidad?

No hay indicadores de cronicidad (pero Manuel, el padre, sí ha vivido situaciones familiares conflictivas y problemáticas cronificadas, lo que puede influir en su respuesta a esta crisis).

Ejemplo 2

Amparo tiene 37 años pero ya tiene un hijo de 21 fruto de una embarazo adolescente; su hijo estuvo muchos años en acogimiento residencial y hace ya años que no tienen ningún contacto. Amparo tiene además otros dos hijos, uno de 2 años con su pareja actual y otro de 4 años de una relación anterior que apenas duró un año y medio. Los llantos del menor de los niños y su aspecto enfermizo han disparado la alarma de unas vecinas que, tras comprobar que Amparo se encontraba bebida por las mañanas en casa, denunciaron la situación a través de una trabajadora del centro social de su barrio. Amparo ha abusado del alcohol en varios periodos anteriores de su vida, y reconoce tener un problema de abuso de la bebida, aunque ha tenido épocas de abstinencia o control.

Sufrió maltrato y abuso por parte de su padre y de su hermano mayor (actualmente en prisión por otros delitos), lo que la ha apartado siempre de su familia, excepto de una hermana dos años mayor que ella pero que tiene problemas de adicción a drogas duras, actualmente en tratamiento en un programa de metadona. Amparo ha vivido en diferentes ciudades en función de sus parejas,

nunca ha trabajado, pero casi siempre ha vuelto a esta ciudad y a la zona en la que vive ahora; es conocida por muchos vecinos que, a pesar de sus problemas, son condescendientes con ella porque conocen "lo que ha sufrido desde niña en su familia".

Su actual compañero, José, trabaja en la construcción y pasa poco tiempo en casa, su relación con los niños es muy escasa y Amparo siempre le ha hecho ver que "sólo el pequeño" es "su hijo", aunque no se refiere ningún indicio de maltrato; suele aportar la mayor parte del sueldo al sustento familiar, pero su salario es muy bajo y cambia de trabajo con frecuencia. Al igual que Amparo, no tiene relación con su familia de origen: proviene de una familia de muchos hermanos que viven lejos y sin apenas contacto. José no muestra preocupación por la situación de Amparo y los niños, dice que "si hay que ponerlos en un centro, será por que Amparo es así, como le pasó con su hijo".

Los intentos de entrevista con Amparo han sido infructuosos porque suele recibir al profesional algo o bastante bebida; cuando se le refiere la situación de sus hijos (falta de horarios, descuido de su aspecto y alimentación, actitud agresiva del hijo de 4 años con el menor y con otros niños, etc.) tiende a dar explicaciones inverosímiles o reclamar algún tipo de ayuda económica. Los niños no muestran temor hacía su madre, y en general muestran acercamiento hacia ella ante la presencia de los profesionales que han visitado la casa. La relación de los niños con el padre sin embargo parece muy distante, tanto por parte de los niños como del padre.

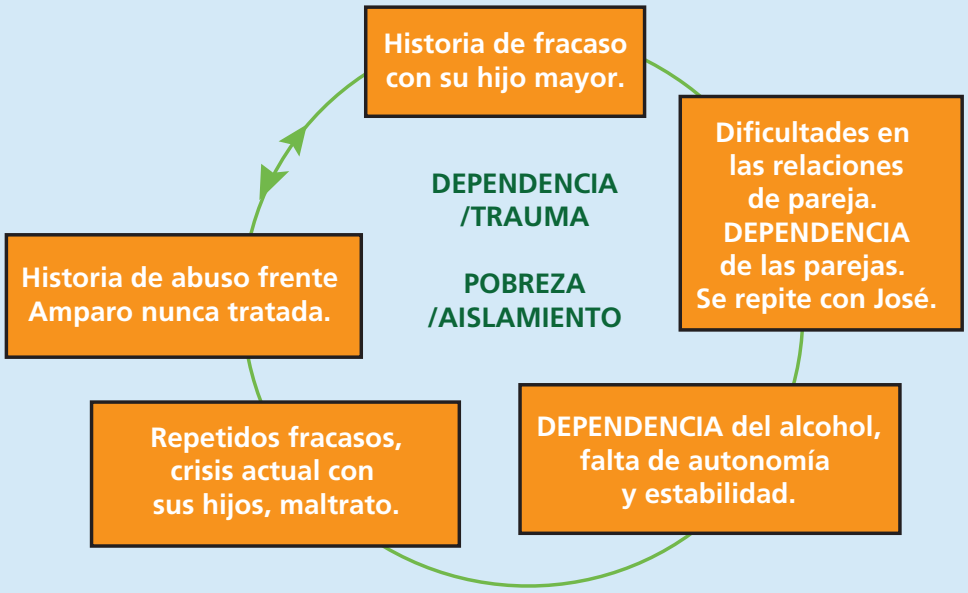
La simple lectura rápida de este ejemplo te hará ver que el nivel de gravedad y dificultad de intervención es mayor que en el ejemplo 1. A continuación puedes ver un análisis de la estructura que mantiene el problema junto con una exploración de recursos potenciales.

Estructura que Mantiene el Problema (emp)

¿qué impide a este sistema avanzar-solucionar-sobrellevar?

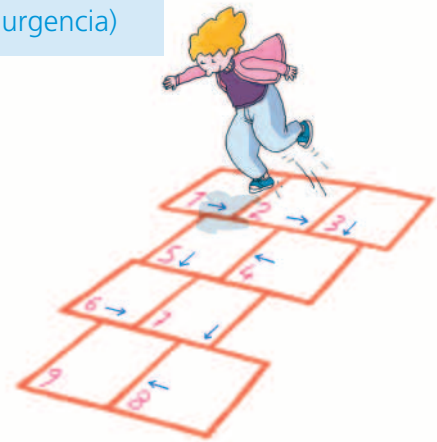
- Amparo "perdió" ya su hijo mayor.
- Los niños al cuidado de esta familia están en una edad muy vulnerable y parecen haber sufrido ya desatención importante.
- **Dependencia** del alcohol de largo recorrido en Amparo.
- Historia de maltrato y abuso de Amparo en su adolescencia, posible impacto de **trauma**.
- Inestabilidad emocional y en las relaciones de pareja, posiblemente relacionado con su historia de abuso.
- **Dependencia** de las parejas sin conseguir apego adulto.
- Desapego evidente de José con los niños (incluso el suyo).
- Inestabilidad sociolaboral de José.
- Alejamiento de José de su familia de origen, aislamiento.
- Respuesta a intervención inicial: bloqueo por la bebida de Amparo y apenas implicación de José.

Patrones circulares (interpersonales o intrapersonales) mantenedores:



Escala de estimación del nivel de riesgo en la emp

(nada, normalidad) 1 2 3 4 5 6 7 8 **9** 10 (máx. urgencia)

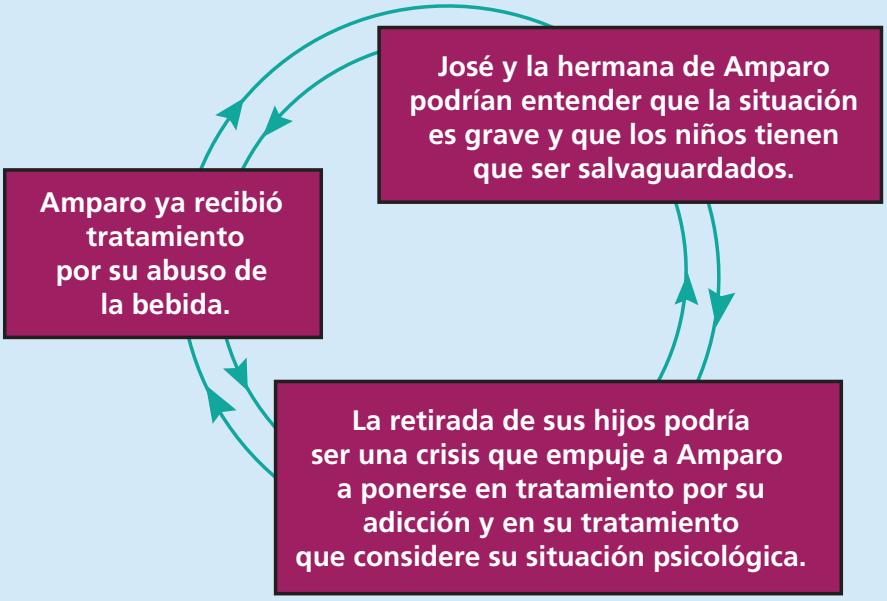


Estructura de Recursos para el Cambio (erc)

¿qué recursos se pueden movilizar en la familia para promover cambio?

- Los hijos han sufrido negligencia pero siguen mostrando cercanía y afecto a Amparo.
- Su historia –Amparo– revela periodos de abstinencia de alcohol e intentos de conseguir autonomía.
- Buena relación con su hermana (que posiblemente sufrió igualmente maltrato en su familia).
- "Apego" al barrio en el que la conocen y encuentra una actitud "comprensiva" de su estado.

Patrones de intervención posibles que promueven el cambio:



Escala de estimación del nivel de fortaleza de la erc

(débil, no hay recursos) 1 **2** 3 4 5 6 7 8 9 10 (fuerte)

Equilibrio del Sistema (Ejemplo Amparo/José)

Recursos (**erc**): *Apenas hay recursos; se confía en una posición razonable de José y una respuesta de Amparo a la separación de sus hijos: escala 2.*

Riesgo (**emp**): *Nivel de riesgo alto por la situación de vulnerabilidad de los niños y los desajustes emocionales de Amparo, que pueden ser de orden psicológico y que se agravan con la dependencia de la bebida; escala 9.*

Recursos/riesgo
2/9 = **0,2**

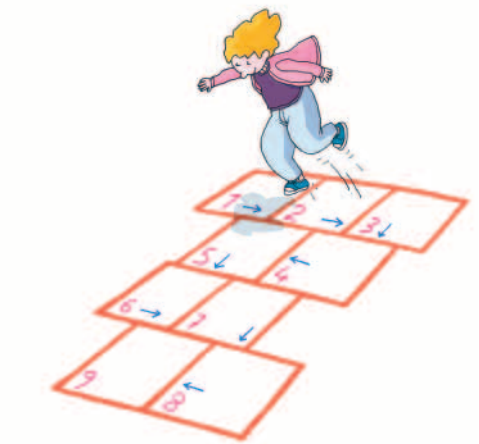
Nivel grave que sugiere una intervención de urgencia sobre los menores

¿Indicadores de Crisis?

Se ha presentado una crisis por las denuncias externas al sistema familiar; la crisis se visualiza en Amparo (no tanto en José) como una amenaza externa de los servicios sociales

¿Indicadores de Cronicidad?

Hay indicadores de cronicidad en lo que respecta a la conducta de Amparo; su dependencia, dificultades de apego e inestabilidad emocional vienen de su adolescencia y no han sido tratadas. El marco de pobreza genera con el tiempo una situación de aislamiento y marginalidad en Amparo.



3.7 Cuadro-resumen

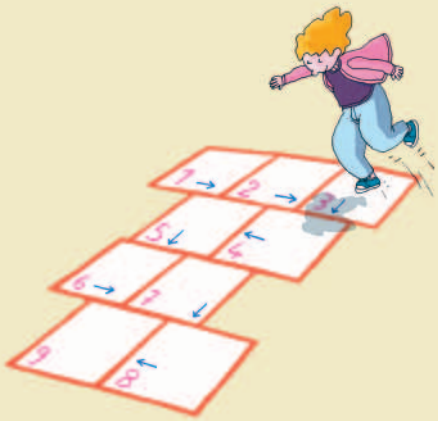
IDEAS PRINCIPALES

1. La valoración del sistema familiar puede basarse en la evaluación de factores de riesgo y protectores comunes, pero ha de ser única para cada familia, creando un perfil específico que guíe la intervención con esa familia.
2. Lo importante no es la detección de un factor u otro de riesgo o protección, sino cómo se presenta en esa familia concreta y el tipo de interacciones con otros aspectos particulares de la familia.
3. La estructura que mantiene el problema (EMP) es el producto de los condicionantes bio-psico-sociales que impiden a la familia avanzar-solventar-superar una situación problemática de riesgo.
4. La estructura de recursos para el cambio (ERC) es el producto de los recursos bio-psico-sociales que pueden activarse en una familia para promover un cambio que permita avanzar-solventar-superar una situación problemática de riesgo.
5. La "ecuación de balance en el sistema" es una metáfora matemática que ilustra la importancia de valorar el equilibrio o desequilibrio entre los recursos para el cambio y la estructura que mantiene el problema.
6. La intervención familiar se orienta a conseguir un equilibrio positivo entre ERC y EMP. Cuando el desequilibrio es muy negativo se suelen necesitar intervenciones de emergencia para la protección (comúnmente de tipo coercitivo). Cuando el balance lo permite, la intervención se basa en la movilización de los recursos de la familia.
7. Las preguntas-guía son: ¿qué impide a esta familia avanzar-solventar? ¿Qué recursos tiene para el cambio?
8. El "factor tiempo" es muy importante; el tiempo "cronifica" una situación de balance negativo, y por la contra "estabiliza" un balance positivo favorable a los recursos para el cambio en la familia.
9. Hay que valorar los indicadores de crisis (observando el efecto de acontecimientos vitales recientes) y de cronicidad, ya que pueden modular el tipo de intervención a llevar a cabo con la familia.

$$\left(\frac{erc}{emp}\right)^t = 1$$

QUÉ MÁS CONSULTAR

- WALSH, F. (2005). Resiliencia familiar. Estrategias para su fortalecimiento. Editorial Amorrortu.
- Junta de CyL (1996). Investigación y evaluación en situaciones de desamparo infantil. Valladolid, Junta de CyL.
- Junta de CyL (2000). Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil. Valladolid, Junta de CyL.



3.8 Observa y prueba: "Aplicando la Ecuación"

En este capítulo hemos puesto dos ejemplos de aplicación de la "Ecuación de balance" para valorar el nivel de vulnerabilidad/resiliencia de un sistema familiar. Lo ideal para integrar esta perspectiva sistémica y bio-psico-social de la intervención familiar es que puedes a aplicar todos los componentes de la ecuación en algunas de las familias con las que trabajas. La ecuación no esté pensada para ser un procedimiento que apliques rutinariamente a todas las familias, ni mucho menos. Pero es importante realizar alguna práctica de aplicación de la misma para entender bien estas ideas: (1) debes explorar siempre como interaccionan condicionantes biológicos, psicológicos, relacionases, y sociales, creando un patrón terminado; (2) tienes que explora igualmente todos los recursos potenciales de la familia y como están relacionados o asociados; (3) es esencial que entiendas que el vulnerabilidad y la resistencia de la familia don el resultado de un balance o des balance dinámico y continuo; (4) nunca olvides el efecto del factor tiempo, tienes que conocer la trayectoria de las dificultades de la familia a través del tiempo y también la trayectoria e impacto de otras intervenciones que se hayan realizado con la familia.

Para que puedas comenzar de manera sencilla, aquí tienes un ejercicio completo y guiado para que pruebes con esta familia. Te ofrecemos una descripción de la familia en el contexto de intervención y una serie de pregunta para que completes de forma organizada tu valoración:

Hijo: Óscar (15)
Hija: Olaia (8)
Madre: Ana (43)
Abuela: Carmen (69)
Problema y antecedentes.

A la trabajadora social de base le han llegado demandas y preocupaciones sobre Oscar a través de dos fuentes: el centro escolar y su propia abuela (Carmen). Oscar era, hasta hace poco más de un año, un adolescente que pasaba desapercibido y no daba problemas. Su rendimiento académico era bastante bueno (sin destacar) y su sociabilidad podía calificarse como "baja" pero sin que suscitase preocupaciones (parecía más bien un chico algo tímido o introvertido). En los últimos 12-14 meses el comportamiento de Oscar ha cambiado radicalmente.

En la escuela informan de una falta de concentración evidente con un deterioro grande de su rendimiento académico, pero especialmente preocupa su actitud desafiante con profesores y compañeros. Un incidente reciente ha sido una pelea en la que golpeó a otro chico con una papelera de metal en la

cabeza. El informe de servicios sociales relata que en la escuela muestra un tensión y ansiedad continuada y que ha tenido dos expulsiones. Los intentos del orientador de hablar con él no han dado ningún resultado.

La abuela acudió por su cuenta, quizás sabedora de la alarma que se suscitó en el centro escolar, a los servicios sociales para pedir ayuda porque el comportamiento de Oscar en casa era muy agresivo, especialmente con Ana, su madre. Ana es una mujer que trabaja en una empresa de limpieza desde el fallecimiento de su marido, acontecido hace poco más de dos años. Desde esa pérdida ha estado bastante tiempo en tratamiento con antidepresivos y ha cambiado de trabajo en dos ocasiones. Cuando vivía su marido no trabajó desde el nacimiento de Olaia, la hermana pequeña. La abuela ha relatado que Oscar ya casi no habla con su madre y le profiere muchas amenazas; en una discusión cogió un cuchillo y amenazó con cortarse él el cuello. La abuela dice que Oscar llama "borracha" a su madre pero asegura que eso no tiene sentido porque Ana sólo un par de veces ha bebido a causa de su depresión.

La información recopilada a través de la abuela indica que ésta tiene una gran preocupación y motivación por resolver las dificultades familiares y está especialmente preocupada porque su nieta Olaia (8 años) rompe a llorar y se encierra en el baño cuando hay un conflicto entre Oscar y su madre (algo que cada vez es más frecuente y cotidiano). Sin embargo, la abuela tiene un estado de salud muy endeble por un problema pulmonar crónico. Además sigue, al igual que toda la familia, afectada por la pérdida de su marido tan sólo hace unos años. El abuelo de Oscar, que era un figura central en la familia y muy conocido en el pueblo (había sido taxista y muy activo en asociaciones populares), tenía una relación muy especial con Ana y sus nietos. Su muerte y la del padre de Oscar se produjeron con un lapso de sólo 5 meses.

La abuela cree que dada la situación de la familia sería bueno una "separación" de Oscar de la familia si se le puede "meter en algún centro por unos meses" como una "forma de darle un susto".

Observaciones más importantes de la entrevista inicial con Oscar, Ana (madre), y Carmen (abuela):

- La tensión que existe entre Oscar y su madre se materializa en quejas y acusaciones continuas de ambos sobre el otro, pero no hay realmente ninguna situación grave entre ellos.
- A Ana le irrita especialmente que Oscar diga que bebe y a su vez le acusa a él de "tomar lo que le da la gana".
- Curiosamente, parece existir un afecto muy grande entre Oscar y su madre, como lo revelan las descripciones que hace la abuela (esta dice que

no pueden vivir uno lejos del otro). Y de hecho ambos se enfadan mucho cuando la abuela sugiere que sería bueno que Oscar se fuera a algún centro interno.

- Tanto Oscar como Ana dicen que no necesitan separarse y muestran rechazo e incluso hostilidad ante cualquier sugerencia de comprometerles en una intervención, terapia, etc.
- Cuando se menciona el fallecimiento del padre y del abuelo, la madre entra en una emoción incontenible de tristeza y lágrimas, esto a su vez provoca la ira de Oscar (que llega incluso a insultar a su madre).
- La relación de Ana e Oscar con la abuela es bastante respetuosa, al menos no tienen agresividad o descalificaciones con ella directamente. Pero ambos echan la culpa al otro (delante de la abuela) de dar disgustos y problemas a la abuela "que van a terminar matándola".

Realiza tu valoración observando la "Ecuación" y siguiendo estas preguntas:

1. ¿Cuáles crees que podrían ser los principales factores de la Estructura que Mantiene el Problema (EMP)? Haz un listado basándote en los condicionantes esenciales que afectan a esta familia. Pon atención a los grandes eventos vitales que ha sufrido. Para listar los factores recorre en este orden el ámbito Biológico, Psicológico, Relacional-Familiar, Social.
2. Dale un valor a la severidad de la EMP en una escala de 1 a 10 (siendo 10 un nivel de riesgo extremo y 1 la ausencia de riesgo).
3. ¿Cuál sería tu hipótesis sobre la estructura que mantiene el problema? A partir del listado anterior, escribe una hipótesis sobre cómo se crea y mantiene el problema en esta familia. Lo más importante es que la hipótesis recoja todos los factores que has incluido en la lista y describa cómo se relacionan. La hipótesis que vas a escribir no debería tener más de 150 palabras: no se trata de una descripción narrativa de los problemas sino de una explicación o conjeturan de cómo se mantiene la dificultad en la familia.
4. Haz un diagrama que represente tu hipótesis. El diagrama debe ayudar visualizar la circularidad o "círculo vicioso" que generan los factores que mantienen el problema. El diagrama ha de ser sencillo y expresar las relaciones negativas más importantes entre los factores del problema.
5. Ahora pensemos en la Estructura de Recursos para el Cambio (ERC)¿Qué recursos en la familia podrían indican posibilidades de cambio? Explica los recursos de la familia, la parte sana, lo que utilizarías en la intervención como recurso.

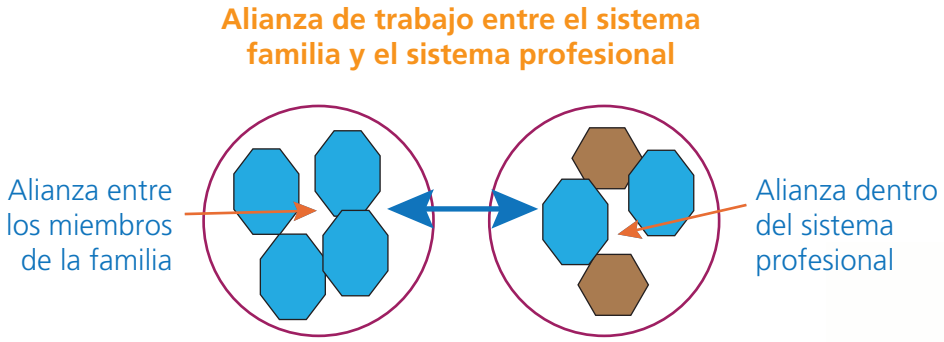
6. Dale un valor a la fortaleza/eficiencia de la ERC en una escala de 1 a 10 (siendo 10 un nivel de fortaleza extrema que indica que no necesitan ninguna ayuda y 1 la ausencia total de recursos para cambiar)
7. ¿Cómo es el Balance o Equilibrio de vulnerabilidad en esta familia? Divide la puntuación de escala 1-10 que has dado a la ERC por la puntuación que pusiste previamente para la EMP.
8. ¿Ves aspectos que indiquen una posible cronicidad en esta familia? ¿Qué explorarías en esta familia para valorar si hay cronicidad?
9. Si hubieses observado evidencias de cronicidad en este caso, podrías aplicar dicha cronicidad al resultado que te ha dado dividir el valor de la ERC por el valor de la EMP: simplemente multiplica por sí mismo el resultado que has obtenido de la división.

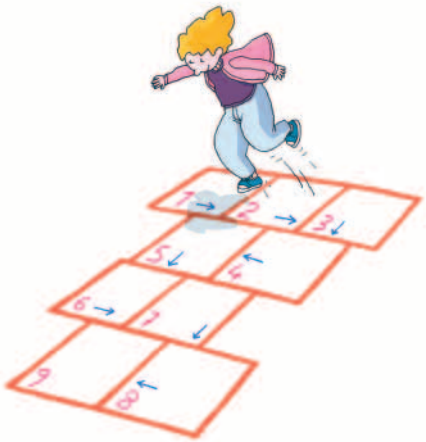
4 Crear alianzas de trabajo

Guía práctica para
la intervención
familiar

La alianza de trabajo con la familia no es simplemente algo que haga más cómodo el proceso de trabajo con la familia, y tampoco es algo exclusivamente relacionado con un cierto nivel de empatía con el usuario. La alianza de trabajo es una clave esencial del éxito de la intervención, está relacionada con todo el proceso de intervención (ver Capítulo 8) y con todo el sistema de intervención (Capítulo 1). Es decir, la alianza de trabajo tiene que ver con todas las tareas que se realizan en la intervención y tiene que ver no sólo con la relación entre el profesional y la familia, sino también con la relación de los miembros de la familia entre ellos y de los diferentes profesionales implicados en la intervención entre ellos (**figura 4.1**).

Figura 4.1 Visión multisistémica de las alianzas





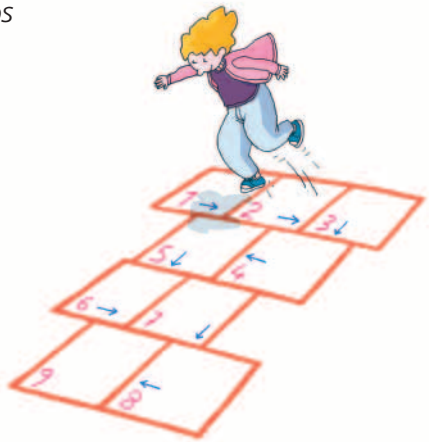
4.1 La alianza de trabajo con la familia

La relación del profesional con cada uno de los miembros de la familia y con el conjunto de la familia como grupo es de importancia crucial para que la intervención tenga éxito. Es la base sobre la que se construye todo lo demás. Si los usuarios del programa atienden a las entrevistas y visitas, escuchan o no, cooperan y se comprometen, o bien muestran rechazo y evitación, perseveran o abandonan, depende en gran medida de si tienen un sentido fuerte de colaboración con el profesional y con el equipo que trabaja con ellos.

En el ámbito de la psicoterapia, la investigación sobre diferentes orientaciones y modalidades de tratamiento, incluyendo la terapia familiar y las modalidades de tratamiento de familias y adolescentes mediante trabajo en el domicilio y comunitario, ha demostrado que la alianza terapéutica o alianza de trabajo con el cliente, especialmente cuando se evalúa al principio del tratamiento, es un predictor significativo del éxito en el resultado de la terapia.

También la investigación constata que por lo general lo más importante es la evaluación que el cliente hace de la alianza, ya que la perspectiva del cliente tiene mayor fuerza para predecir su nivel de continuidad e implicación en el tratamiento. Y sabemos además que la percepción de la alianza que tiene el terapeuta y la que tiene el cliente no siempre coinciden. Muchos terapeutas novatos (y no pocos más experimentados) se han encontrado con que el cliente deja la terapia con la explicación de «a mí no me sirve», incluso aunque el terapeuta esté convencido de que se están haciendo progresos en el tratamiento. Si trasladamos esto al campo de la intervención familiar en el contexto de los servicios sociales y de protección nos damos cuenta de que es incluso más crucial y aplicable. El contexto de la intervención social hace que la consecución de alianza con la familia sea un reto diferente con cada una de las familias con las que trabajamos. Veamos como ilustración un ejemplo común:

> *La familia Calleja es numerosa. Carmen y Antonio tienen 36 y 39 años respectivamente y tienen 6 hijos de (17 años la hija mayor –que nació cuando Carmen tenía 18–, y 3 años el hijo menor). La supervivencia de la familia ha estado ligada siempre al apoyo de la familia extensa, especialmente a los abuelos paternos. Pero un compendio de dificultades de diversa índole han llevado a la familia a ser objeto de una intervención por parte del sistema de Protección. Por un lado la situación del campamento en el que viven los abuelos ha despertado alarmas sobre el tiempo que los niños pasan allí. Por otra parte los hijos adolescentes están teniendo muchos problemas de escolaridad y de comportamiento. Estos*



problemas se han agravado por la actitud de dureza y agresividad del padre con los hijos como forma de solventar los problemas; actitud que ha puesto a los abuelos en conflicto con su hijo Antonio. Una pelea reciente en la que dos de los hermanos se han visto implicados ha provocado la intervención de Protección. A pesar de la buena disponibilidad del equipo de intervención, la relación inicial con Carmen y Antonio se hace muy difícil, ellos lo que reclaman es ayuda económica e insisten en que si los abuelos tuviesen ayuda para una casa mejor no habría más problema. Lo peor para los profesionales es que hay una actitud defensiva y de rechazo a cualquier iniciativa de ayuda porque la familia, cree que todo esto es una estratagema para meter a los niños mayores en un centro o (lo que aún viven con mayor temor) "quitarles" a sus hijos pequeños para "darlos a otras familias". Una dificultad añadida del trabajo con la familia de Carmen y Antonio es que los profesionales se sienten muy distantes y a veces extraños del ámbito cultural, de la norma social, y del estilo de vida de la familia, que pertenece a la etnia gitana. Esa distancia genera cierta inseguridad en la joven educadora que se ocupa de la familia y que no tiene mucha experiencia. El equipo de intervención se ve derrotado cuando conocen que la hija mayor –la que mejor acercamiento aparentemente había tenido con la educadora– se "ha ido a trabajar con sus tíos" en otra ciudad (algo que legalmente puede hacer por su edad) y el segundo mayor (de 15 años) "se ha escapado". La situación genera no sólo desesperanza en el equipo de trabajo, sino un desacuerdo interno entre los miembros del equipo sobre el ritmo y la oportunidad del trabajo realizado, lo que añade más tensión al caso.

Este ejemplo contiene muchas de las barreras comunes para establecer alianza de trabajo con la familia: barreras sociales y culturales –que afectan a la familia y a la persona del profesional–, desconfianzas difíciles de superar, problemas relacionados con pobreza, elementos de conflicto interno de la familia y elementos de conflicto entre los profesionales. En general el trabajo con las familias implica una serie de dificultades intrínsecas a la naturaleza de la intervención con un sistema complejo. La **figura 4.2** muestra las principales dificultades y las directrices generales para afrontarlas.

4.2 Definir la alianza de trabajo

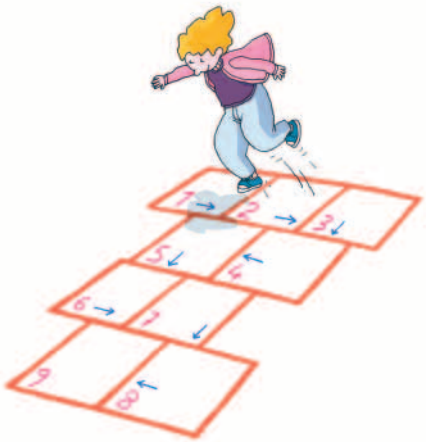
La alianza de trabajo con la familia puede definirse a partir de 4 dimensiones (Modelo SOATIF, Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar; ver referencia en el Cuadro-resumen 4):

1. Enganche en el proceso de intervención,
2. Seguridad en el sistema de intervención,
3. Conexión emocional del usuario con el profesional, y
4. Sentido de compartir el propósito en la familia.

Figura 4.2 Principales dificultades para conseguir alianzas de trabajo con la familia y directrices para afrontarlas

Dificultad	Qué evitar	Qué hacer
Desmotivación. Los niveles de motivación varían entre los miembros de la familia, en general bajos; desconfianza de los servicios sociales generalizada a la intervención.	Amplificar la falta de motivación y la desconfianza imponiendo objetivos y actuaciones para las que no están preparados.	Trabajar la motivación de la familia, trabajar el cambio de actitudes iniciales (ver Capítulo 5), trabajar la Conexión Emocional con los miembros de la familia.
Conflicto. Los miembros de la familia suelen estar en conflicto y esperan que el trabajador tome posición a favor o en contra.	Reforzar el contexto de juicio y formar parte de coaliciones contra algún miembro de la familia.	Trabajar los indicadores de la dimensión de Seguridad en relación con el conflicto. Reencuadrar cuando sea posible el conflicto y sus motivos.
Prejuzgar el trato no igualitario. Cada uno observa e interpreta cómo es la relación del trabajador con el resto de la familia.	Que la relación se interprete como una traición o que se dejen de lado necesidades de algunos miembros de la familia centrándose solamente en otros.	Trabajar la unión de la familia y mostrar transparencia en el trato con cada uno de ellos. Utilizar entrevistas conjuntas para crear "espíritu de equipo".
Secretos y tabúes. Hay secretos, acontecimientos que han causado vergüenza y daño (como historias de abuso, humillaciones dentro de la familia o del exterior hacia la familia, etc.).	Forzar el desvelamiento de algo que sea doloroso para la familia (exceptuamos el caso de la denuncia de un delito o abuso en el que la alianza de trabajo pasa a segundo plano).	Trabajar los indicadores de Seguridad en el contexto de intervención: confidencialidad, confianza, confort psicológico, etc. Usar entrevistas separadas con los subsistemas o miembros individuales de la familia.

Continúa



Continuación

Dificultad	Qué evitar	Qué hacer
Jerarquía de poder. Algunos miembros tienen más poder que otros y pueden bloquear la ayuda a la familia o a algunos miembros de la familia.	Obviar el poder de algunos miembros de la familia, incluso si no están participando directamente en la intervención. Someterse en exceso a ese poder.	Conocer bien la estructura jerárquica de la familia para hacerla partícipe de las necesidades de la intervención. Crear alianzas diferenciadas con las personas poderosas pero también proteger a las personas más vulnerables.
Consecuencias negativas de lo que se dice. Lo que se dice o hace en las entrevistas con el profesional puede tener consecuencias desagradables en la familia (agresividad, amenazas, etc.) cuando éste no está presente.	No medir adecuadamente el nivel de conflicto que puede generar la información que sale en entrevistas conjuntas con la familia, abandonar una visita en el domicilio o terminar una entrevista conjunta en la oficina con un alto nivel de conflicto o tensión por algo que se ha dicho.	Pautar mucho la información que sale en las entrevistas conjuntas con la familia, preservar las condiciones de confidencialidad. Manejar bien los cierres de entrevistas (ver Capítulo 7).
Temor a lo que digan. Los miembros de la familia tienen menos control de lo que se dice en las entrevistas, hay temor.	Despistarse o ignorar el temor de algunos miembros de la familia a lo que otros puedan decir sobre ellos o revelar sobre una situación.	Poner mucha atención a los indicadores de Seguridad en las entrevistas. Observar con mucho cuidado las expresiones no verbales de temor.
Diversidad madurativa. Trabajas con personas que están en diferentes estadios evolutivos (niños, adolescentes, adultos, mayores), lo que media en su capacidad de comprensión e interpretación de los conflictos.	Orientar el trabajo según los adultos o según el nivel madurativo que nos hace "más caso" o que nos resulta "más fácil".	Trabajar las habilidades de comunicación con personas de diferentes edades y niveles madurativos. Trabajar las habilidades de comunicación con niños y adolescentes. Usar sesiones individuales con los subsistemas. Hacer en las sesiones conjuntas espacio para todos.
Diversidad cultural. La familia forma parte de una comunidad o cultura que muestra grandes diferencias en normas sociales con la cultura del sistema profesional.	Imponer nuestro modelo social y de comportamiento en la forma de tratar con la familia (por ej. en las entrevistas) y en los objetivos de la intervención. O, por el contrario, aceptar situaciones de abuso o desprotección camufladas en la norma cultural del usuario.	Mostrar interés y respeto al modelo cultural de la familia, adaptar el trato a su norma de comportamiento, tender puentes mostrando curiosidad y respeto. Dejar claros los límites y la importancia de la protección como valor universal y también como obligación.

Continúa

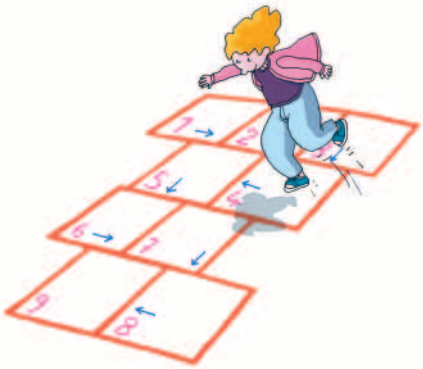
Continuación

Dificultad	Qué evitar	Qué hacer
Rehenes. Algunos se sienten como "rehenes" de la intervención, están o se siente obligados y muestran antagonismo o incluso hostilidad.	Entrar en una escalada de antagonismo y competitividad. Obviar el sentimiento de obligación y culpabilización que puede tener el usuario.	Mostrar interés por el sentimiento de rabia o contrariedad del usuario, mantener la calma, hacerle ver que no lo tomas como algo personal y tienes disposición de ayudar a pesar de todo.
Triangulaciones. Se forman "triangulaciones" en las que puede entrar el trabajador (influye sobre todo el género y la edad).	Formar parte de una coalición de "mujeres contra el hombre" o "hombres contra la mujer", "los jóvenes contra la incomprensión del viejo" "los mayores contra la estupidez de los adolescentes", etc.	Mantener un balance en la alianza de trabajo con todos, trabajando la Conexión Emocional con cada miembro de la familia y el sentido de Unión de la familia en la intervención.
Expectativas de Ganar/perder. Frecuentemente se dan expectativas de ganar/perder.	Utilizar un lenguaje que implique que tú ganas si ocurre algo, o que una parte de la familia pierde si se consigue un avance en la intervención; o mostrar que sientes que estás perdiendo si algo no se consigue y por lo tanto "ellos" están ganando.	Construir un enfoque colectivo en el que la intervención es algo de todos. Usar en lo posible el plural "nosotros", incluyéndote con la familia.

1. Enganche en el proceso de intervención

La intervención familiar no es nunca una simple aplicación de recetas o actuaciones a un usuario como participante pasivo. Si incluso en una terapia farmacológica la colaboración del paciente es esencial para que el tratamiento funcione, la cooperación de la familia es mucho más crucial en la intervención familiar. Para ser parte activa, el cliente tiene que engancharse en el proceso de intervención.

Un enganche óptimo en el proceso de intervención puede definirse por estas características: *la intervención en sí misma y las tareas que implica tienen sentido para el usuario; éste se siente involucrado y trabaja con el educador-psicólogo, considera que las metas y tareas de la intervención se pueden discutir y que él puede formar parte de su definición, cree que es importante tomarse en serio la intervención y confía en que el cambio es posible*.



Contemplando el enganche desde la perspectiva de sistemas reflejada en la **figura 4.1**, podemos definirlo como un factor inter-sistemas (entre el sistema profesional y el sistema familiar) y que refleja la existencia de buena sincronía entre profesional y usuario sobre las metas y actuaciones de la intervención. Por supuesto, el grado en que un miembro de la familia considera que la intervención tiene sentido depende de su visión particular y de la visión de los otros familiares participantes. Por este motivo, el enganche en el proceso está estrechamente relacionado con otra de las dimensiones de la alianza de trabajo que definimos más abajo: sentido de compartir el propósito en la familia.

Cuando un miembro de la familia expresa abiertamente, o mediante conductas indirectas pero claras, que la intervención no sirve o no funciona, o bien muestra indiferencia por lo que se comenta o propone, el equipo debe reconocer que la alianza de trabajo está amenazada y re-direccionar sus esfuerzos. Para promover el enganche, el equipo puede cambiar las estrategias, moderar el ritmo, trabajar la situación motivacional, etc. (ver **figura 4.2**). La confrontación directa con los clientes que se muestran indiferentes, faltos de motivación o que expresan claramente su alienación, está en general contraindicada, es decir, sólo se debe utilizar si todos los demás intentos para conseguir la colaboración han fracasado.

Probablemente, la fortaleza del enganche en el proceso de intervención de una familia es la dimensión de la alianza más fácilmente observable. Hay tres aspectos conductuales del enganche:

1. la **participación del usuario en la definición de las metas y objetivos** (Capítulo 6), esto es, la colaboración activa y de buena gana para sacar a discusión los problemas, proponer soluciones y articular los resultados anticipados de la intervención,
2. la **participación del cliente en tareas específicas** de intervención (por ejemplo, expresar los sentimientos, trabajar los compromisos, realizar las tareas asignadas para casa, rellenar cuestionarios) y en marcar el ritmo de la intervención (por ejemplo, la frecuencia de las sesiones de trabajo y la duración, los tiempos en la definición de objetivos), y
3. la motivación del usuario para el cambio, es decir, su **reconocimiento expreso de pequeñas mejoras**, de los resultados positivos de las tareas realizadas en casa y de los esfuerzos hechos por otros miembros de la familia.

La contribución del educador y del psicólogo recae en estimular estos tres aspectos del enganche del cliente –explicarle cómo funciona el equipo y el programa, pedirle activamente que se manifieste acerca de definir las metas y las tareas, explorar su disposición para ensayar nuevas formas de comportarse, captar la atención y la participación de todos los que asisten a las entrevistas, y valorar y amplificar cada pequeño cambio que se consiga–.

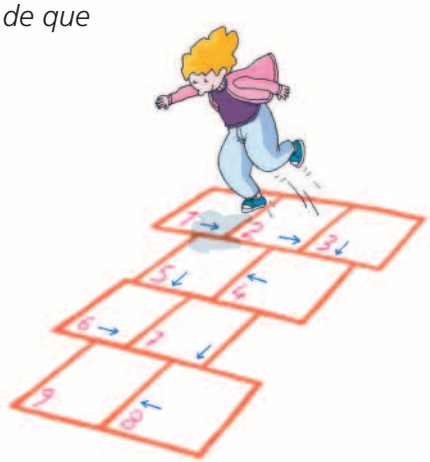
2. Seguridad en el sistema de intervención

En muchos casos los miembros de una familia están inmersos en el contexto de intervención de forma obligada o bajo algún tipo de presión, y al tiempo son conscientes (al margen de que lo reconozcan abiertamente) de una situación de dificultad cuando no de un problema grave. En ocasiones, incluso antes de conocer las condiciones de la intervención, los miembros de la familia son tan sumamente conscientes de sus dificultades, o bien están tan afectados por el temor, que creen que las consecuencias negativas de la intervención para la familia son inevitables.

En el contexto de servicios sociales y de protección no sólo no podemos dar por hecho que la intervención es un acontecimiento y una fuente de seguridad para todos y cada uno de los miembros de la familia, sino que por lo general nos encontramos con justo lo contrario: inseguridad, desconfianza y temor. Por ello, es de vital importancia tener en cuenta, tanto al principio como a lo largo del proceso de intervención cuál es el nivel de seguridad que muestra la familia en el contexto de la intervención.

Para crear un contexto de intervención seguro el equipo profesional debe considerar no únicamente su contrato con la familia (y con otros profesionales que toman parte en el caso) como parte del procedimiento, sino también y de manera especial cómo perciben ellos el contexto y las actuaciones técnicas. Obviamente, la naturaleza de los problemas de la familia y las relaciones históricas intrafamiliares desempeñan un papel fundamental en la seguridad que puedan sentir los miembros de cada familia en particular.

Adaptando la definición de Seguridad del SOATIF, podríamos dibujar de esta manera una optima Seguridad: *El cliente considera el contexto de intervención (entrevistas, participación en actuaciones educativas, etc.) como un ámbito donde asumir riesgos y mostrarse abierto, vulnerable y flexible; tiene una sensación de comodidad y la expectativa de que habrá nuevas experiencias y aprendizajes; de que el resultado de acepar la ayuda será para bien; de que se puede manejar el conflicto familiar sin que haya daños; y de que no hay necesidad de estar a la defensiva.*



El **manejo de la hostilidad** intrafamiliar en las entrevistas con la familia es sin duda un factor clave para crear un contexto seguro. La capacidad del profesional para controlar y canalizar las expresiones de culpa, desprecio y hostilidad depende mucho de su formación y de su experiencia. Una característica del profesional eficaz es que no ignora los sentimientos de vulnerabilidad que expresan los clientes –señales de temor, actitudes defensivas, ansiedad excesiva o explosiones de llanto–. No es raro que los miembros de la familia necesiten protección del acoso y las acusaciones de los otros, especialmente en contextos de violencia y abuso. Obviamente, una entrevista deja de tener un sentido terapéutico si se produce una escalada del conflicto familiar hasta el punto de que tienen lugar amenazas verbales o físicas, o intentos de intimidación.

Desde el punto de vista sistémico de la alianza (**figura 4.1**) la falta de seguridad tiene que ver con la dinámica del propio sistema familiar –conflicto, dejación del cuidado, dificultades de apego, etc.– o con la relación inter-sistemas –la defensividad y desconfianza entre la familia y los profesionales en su interacción–. No es muy difícil distinguir entre las amenazas a la seguridad generadas dentro de la propia familia, y las amenazas que provienen de dificultades entre cada uno de los miembros de la familia individualmente y el psicólogo o educador en sus interacciones. Pero otras amenazas a la seguridad en el sistema de intervención, de las que a menudo no somos conscientes, las genera el propio sistema profesional, esto es, las causan las tensiones o conflictos entre los miembros del equipo o entre estos y otros miembros importantes del sistema profesional amplio –el supervisor, otros profesionales que toman parte en el caso–. Debido a que las fuentes de amenazas potenciales (tanto intra-sistema como inter-sistema, ver **figura 4.1**) son múltiples, disponer de un amplio «mapa sistémico» (Capítulo 1) del proceso de tratamiento nos procura muchos recursos potenciales para crear y consolidar contextos de intervención seguros para nuestros clientes. Una idea clave es que la Seguridad es un pre-requisito esencial para desarrollar el Enganche activo que hemos definido más arriba.

3. *Conexión emocional del usuario con el profesional*

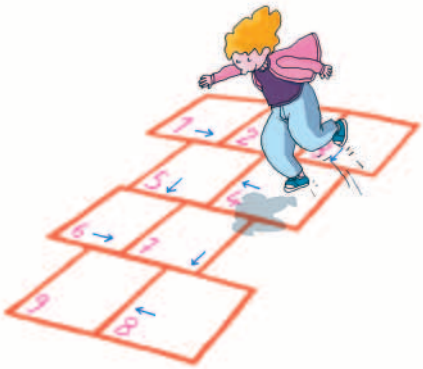
Éste sería el perfil de una óptima conexión emocional entre el profesional y cada usuario particular: *El usuario ve al profesional como una persona importante en ese momento de su vida, le trata con familiaridad; tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; de que más allá de reconocer su función profesional al*

profesional le importa de verdad, y que «está ahí» para el usuario, de que el profesional puede entender o compartir la visión del mundo o las experiencias del usuario; para éste, la sabiduría y experiencia del profesional (de manera individualizada, no sólo como miembro de una institución) son importantes.

Aunque esta definición se refiere a las relaciones individuales –de un profesional con un usuario– y no al vínculo emocional del profesional con la familia en su conjunto, ambas cosas están estrechamente relacionadas. Los miembros de la familia se fijan en cómo los otros miembros de la familia hablan sobre el profesional cuando éste no está presente y suelen poner atención a cómo cada uno de ellos interactúa con el educador o el psicólogo durante las entrevistas conjuntas. Generalmente, los miembros más motivados de una familia se animan cuando ven que los otros miembros con menos motivación o más reacios van sintiéndose más cómodos y cercanos al profesional y que éste empieza a llegar a aquellos que estaban reticentes, inseguros, asustados o a la defensiva.

En general, los resultados de la investigación en el ámbito de la psicoterapia pueden generalizarse a la intervención familiar, y muestran que los clientes valoran a los terapeutas que son cálidos, activos, con los pies en la tierra, informales, de confianza, optimistas, seguros, con sentido del humor, interesados por ellos y comprensivos. La reciprocidad es un aspecto central del desarrollo de conexión emocional: cuando las conductas positivas –por pequeñas que sean inicialmente– que muestran los clientes son correspondidas (por ejemplo, la confianza, la cordialidad, el cumplimiento y la receptividad), se refuerzan y son a su vez reforzadas por la autenticidad, la calidez, la aceptación, la incondicionalidad y la empatía del profesional. Como consecuencia de estas conductas correspondidas, la relación se caracteriza por la empatía y la comprensión mutuas y se crea un entendimiento tácito acerca del nivel de intimidad y del grado de directividad y responsabilidad técnica del profesional.

La conexión emocional se identifica especialmente cuando uno o varios miembros de la familia comentan acontecimientos desagradables y/o dolorosos (como por ejemplo, narrar un episodio de abuso). En esos momentos en que un usuario muestra tal grado de confianza y vulnerabilidad, una escucha adecuada del profesional genera gran conexión emocional: el cliente va a sentirse **acompañado**, menos aislado en su experiencia de dolor, no juzgado sino **comprendido**, y generalmente **aliviado**.



4. Sentido de compartir el propósito en la familia

Ésta es una dimensión de la alianza de trabajo que tiene una importancia vital en la intervención familiar. Se trata de una dimensión intra-sistema (**figura 4.1**) y que se genera dentro del sistema familiar, es decir, el sentimiento de "unión" y colaboración entre los miembros de la familia para las metas de la intervención. El sentido de compartir el propósito en relación con la intervención no implica obligatoriamente que todos los miembros de la familia tengan el mismo objetivo, pero sí que todos ellos consideren que la ayuda que se les proporciona y colaborar con el equipo de intervención es "cosa de todos".

Ésta es la descripción óptima de un fuerte sentido de compartir el propósito de cambio en la familia: *Los miembros de la familia consideran que están trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; tienen un sentido de solidaridad en relación con la ayuda que reciben en la intervención ("estamos juntos en esto") y valoran el tiempo que comparten en actividades que conforman la intervención; es esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la dificultad y la intervención para mejorar la situación.*

La intervención familiar en los servicios sociales se produce porque en la familia se ubican los factores que mantienen el problema (de violencia, desprotección, etc.), pero también porque en el contexto familiar se ubica una de las mejores soluciones para dicho problema y los recursos que potencialmente pueden generar ese tipo de solución. Probablemente, la pareja o grupo familiar es la unidad de mayor influencia en términos de motivación para el cambio, de puesta en marcha del cambio y de capacidad para influenciar el resultado final de cualquier intervención educativa o terapéutica.

El sentido de compartir el propósito en la familia refleja no sólo el acuerdo entre los miembros de la familia acerca de las metas y las tareas definidas en la intervención, sino también su cohesión como unidad y el valor que dan a la ayuda del equipo como una vía para tratar los problemas familiares.

Hay varios aspectos que de forma natural promueven la unión de la familia y que pueden considerarse útiles en la planificación de la intervención familiar:

a) externalizar un enemigo común,

b) los obstáculos externos o del ciclo vital, y

c) las amenazas a la integridad familiar.

En cuanto a lo que denominamos "externalizar un enemigo común", nos referimos a situaciones en que los miembros de la familia piden o aceptan ayuda para tratar con algo o alguien que genera un malestar o una crisis en la familia. Por ejemplo, la familia atribuye la fuente de sus problemas a una entidad o a una circunstancia externa. Todos los que participan están de acuerdo en que hay que planificar alguna acción para enfrentarse al agente o circunstancia problemáticos, enfrentarse a esa entidad que pone en riesgo el bienestar o la seguridad familiar. Esta situación sólo es positiva si no supone una forma de buscar un chivo expiatorio que justifique la inacción de la familia. Es una forma de motivar el compromiso de la familia cuando se externaliza un problema que une a toda la familia para la lucha por mejorar la situación. Por ejemplo, sería contraproducente trabajar para unir a la familia contra un miembro de la misma que genera conflictividad por su adición a las drogas. Sin embargo, sí sería interesante la unión de la familia para tratar adecuadamente el problema de adición de ese miembro de la familia, apoyando a la persona que sufre la adicción y externalizando la adicción como foco de la lucha de toda la familia para mejorar la situación.

Cuando se consigue definir las dificultades graves de una familia como un obstáculo contra el que todos deben luchar, la unión y el sentido de compartir el propósito se ven favorecidos. En ocasiones es interesante definir obstáculos que aparecen a lo largo de su trayectoria vital particular o del ciclo de vida familiar. Estos obstáculos pueden estar relacionados con el ejercicio del papel de padres, las dificultades inesperadas con los hijos adolescentes, la des-estructuración de la familia ante una separación conflictiva, etc.

Una situación muy relevante en el contexto de los servicios sociales que bien manejada puede llevar a las personas a tener un fuerte sentido de compartir el propósito es la amenaza a la integridad familiar. Una circunstancia de este tipo es la posibilidad de la pérdida/separación de los hijos. También contextos traumáticos como el alejamiento de una padre o familiar que ha cometido abuso, el encarcelamiento de un miembro de la familia, etc. Igualmente, las situaciones de pérdida por fallecimiento de alguien que era un sustento importante de la familia pueden suponer una amenaza para el mantenimiento de la integridad familiar. Todas esas circunstancias, manejadas adecuadamente, pueden generar unión y por tanto Sentido de Compartir el Propósito de la intervención.

La mayor dificultad en esta dimensión de la alianza intra-familiar estriba en el caso muy común de la familia con numerosos problemas y una estructura familiar caótica. Podemos definir a esa situación **la crisis como norma**. Las familias que son propensas o están muy afectadas por las crisis suelen

presentar una cara de desunión y desestructuración también en su actitud inicial a la intervención. Pero incluso cuando presenta un fuerte sentido de compartir el propósito al principio del proceso de intervención, y los objetivos que se establecen son razonables para la familia, suele ocurrir que con el tiempo se hace evidente que la vida familiar está muy afectada de factores diversos que mantienen el problema (Capítulo 3) y que de manera a veces dramática aparecen nuevas crisis o acontecimientos que desbordan a la familia y amenazan el sentido de compartir el propósito de la intervención.

El sentido de compartir el propósito de una familia está relacionado con las otras dimensiones definidas previamente, por ejemplo con la Seguridad: puede debilitarse mucho el sentido de compartir el propósito cuando se desvelan secretos que alguna parte de la familia no quería desvelar. Este y otros tipos de amenaza a la seguridad en el contexto de intervención pueden hacer que una alianza intra-familiar fuerte se debilite mucho. Igualmente, la conexión emocional entre miembros de la familia y el profesional puede tener un efecto directo en el sentido de compartir el propósito. Una desavenencia o un incidente que rompe la buena relación de un miembro de la familia con el profesional puede generar un debilitamiento de la alianza interna de toda la familia.

4.3 Reparar la alianza cuando se ha roto o se ha "dividido"

El concepto de «ruptura de la alianza» se refiere a un momento del proceso de intervención en el aparecen dificultades serias para continuar el trabajo que veníamos haciendo de forma colaboradora. La ruptura puede haber sido causada por la aparición de diferencias en objetivos, tareas determinadas del proceso o alguna cosa que ha dañado en el vínculo de confianza que había entre usuario y profesional. **No hay asustarse ni generar reacciones exageradas ante las rupturas de la alianza: son muy comunes y su reparación ofrece una oportunidad de mejorar la colaboración.** Pero reconocer y abordar adecuadamente esas rupturas de la confianza es algo imprescindible y que reporta mejores resultados.

1. Rupturas y reparaciones

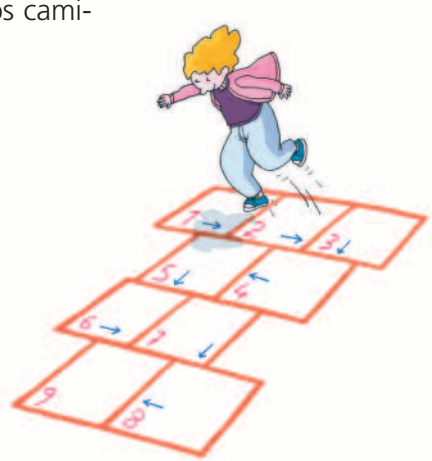
El abandono de la intervención –familia o parte de la familia que desaparece, no participa o incluso bloquea el proceso– es un resultado casi inevitable de una alianza seriamente rota. Así que cuando detectamos una señal de crisis en la alianza de trabajo hemos de centrarnos en la reparación. Vamos a ver cómo.

Las características más comunes de ruptura son estas dos: retirada y confrontación. La retirada es el tipo más pasivo de ruptura, que se caracteriza por una aparente falta de compromiso, no participar, desaparecer, evitar el contacto. Las rupturas de confrontación se caracterizan por mostrar el desacuerdo –puede incluir una actitud de hostilidad contenida– con la intervención en sim misma, o con aspectos concretos del trabajo que se venía realizando, o bien con la persona o personas profesionales implicadas en la intervención.

En términos del modelo SOATIF de alianza, la retirada y la confrontación son evidentes cuando la familia muestra indicadores negativos en cualquiera de las cuatro dimensiones que hemos definido en el apartado 4.2. En la dimensión de ENGANCHE, mostrar indiferencia acerca de las tareas o del proceso de intervención es un indicador de retirada mientras que cuestionar directamente el valor o el propósito de la intervención es un marcador de confrontación. La confrontación también puede ocurrir en términos de CONEXIÓN EMOCIONAL o SEGURIDAD cuando, por ejemplo, un usuario desafía la competencia del profesional o abandona enfadado una entrevista. Los indicadores de retirada incluyen la reticencia a responder, una postura corporal defensiva en respuesta a una pregunta o evitar el contacto visual cuando un miembro de la familia se relaciona con el técnico o con otros miembros de su familia. En la dimensión de SENTIDO DE COMPARTIR el propósito de la intervención, hay que observar ese mismo tipo de conductas, pero dirigidas a los miembros de la familia –es decir, que se dan en la interacción entre ellos–.

Cuando aparecen señales de ruptura de una alianza de trabajo que estaba funcionando, hay que explorar qué puede haber provocado esa ruptura. Tenemos que mirar qué hemos hecho nosotros los profesionales. Por ejemplo,¿no hemos respondido adecuadamente a la aparente angustia o ansiedad de un familiar? ¿hemos impuesto objetivos o tareas sin buscar la implicación del usuario? ¿no hemos protegido adecuadamente o a tiempo a una persona vulnerable de la hostilidad o intrusismo emocional de otros miembros de la familia? ¿quizás con hemos centrado únicamente en las preocupaciones declaradas por una persona poderosa en la familia e ignorado las de otro u otros miembros?.

La reparación de la alianza de trabajo se puede hacer básicamente por dos caminos: (a) **analizando qué puede haber provocado –tanto en nuestras actuaciones como en acontecimientos que provienen del entorno de la familia– la crisis de confianza y gestionando esas dificultades**; y (b) **hablando directamente –en un tono de interés y sin reproche o amenaza– con la familia** sobre lo que percibimos que está pasando con la colaboración, es decir, sobre los indicadores de ruptura que hemos observado. Ambos caminos no se excluyen y en ocasiones podemos hacer las dos cosas.



En algunas ocasiones, la relación de diferentes miembros de la familia con el profesional es buena y sin embargo en un momento determinado del proceso surgen grandes dificultades para trabajar conjuntamente. En esas situaciones hay que poner atención a qué tipo de conflicto, desavenencia o desacuerdo se ha generado en el seno de la familia con la que estamos trabajando. Pueden ser dificultades entre ellos que provienen de lo que estamos haciendo en la intervención, pero también pueden ser cambios relacionados con otros aspectos ajenos a nuestra relación con ellos. Una razón potente de una ruptura de de la alianza puede ser la falta de seguridad. Cuando hacemos entrevistas conjuntas con varios familiares, éstos funcionan como «testigos» de lo que otros han dicho y eso puede suscitar en cualquier momento una desconfianza o incluso un conflicto en casa por cosas que se han dicho o cambios que se han planteado en las entrevista. Además, lo que se dice en una entrevista de intervención con la familia a veces tiene consecuencias irrevocables, en especial cuando se desvelan secretos o se hacen otras revelaciones importantes que afectan de manera inevitable a las relaciones familiares. Quizás un buen consejo sobre la seguridad es "nunca darla por hecho", ya que incluso en casos en los que todo marcha bien y la colaboración es buena, podemos dar un paso que resulte demasiado complicado o arriesgado para la mentalidad de la familia, lo que llevaría invariablemente a una crisis en la alianza de trabajo.

2. Alianzas divididas

Una alianza dividida se produce cuando **la relación de trabajo que tenemos con un miembro o parte de la familia (por ejemplo, la madre) es buena y sin embargo es mala con otro miembro o parte de la familia (digamos, el padre o un hijo adolescente).** Obviamente la relación de alianza con diferentes personas de la familia puede no ser idéntica y ademas puede cambiar en función del tiempo o incluso del tema que estemos tratando en la intervención. Es decir, hemos de asumir que as alianzas divididas varían en intensidad, es decir, la discrepancia entre dos miembros de la familia en cuanto a su conexión y cooperación contigo puede cambiar de leve a moderada o grave. Sólo las divergencias más graves son presagio de ruptura y potencial abandono de la intervención.

No es difícil entender la causa de algunas alianzas divididas. Por ejemplo, cuando un miembro de la familia participar en entrevistas u otras actuaciones de nuestra intervención bajo presión o coacción de otros miembros de la familia («¡Esta es su última oportunidad para mantener nuestro matrimonio unido!», «Si no vienes a la terapia no volverás a ver tu móvil») o del propio sistema de protección («Para tener visitas con sus hijos es necesario que cumpla

con un programa de terapia»). Cuando un miembro de la familia se siente obligado o señalado como "culpable" por los demás, es fácil que sus sentimientos contaminen la percepción que tiene de tu valía como técnico o tu capacidad de entenderle.

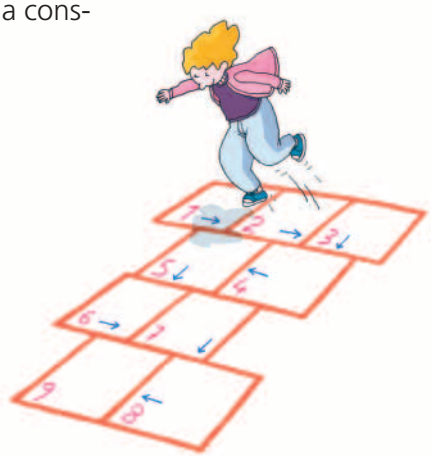
Cuando hay un conflicto entre miembros de la familia es frecuente que en un momento determinado ese conflicto provoque que las partes enfrentadas intenten que tomes partido por un pare y te posiciones contra la otra. También es habitual que los padres en general esperen al inicio que sus hijos, especialmente si son adolescentes, creen una buena conexión contigo como profesional y después desconfíen de esa relación si dicha conexión funciona muy bien; en esos casos pueden comenzar a sentirse "fuera" o "no reconocidos" por el sistema profesional.

La idea esencial para evitar las alianzas divididas es que tenemos que darle mucha importancia a la conexión emocional que tenemos con todos los miembros de la familia pero prestando especial atención a nuestra relación individual con cada uno de ellos. En muchos casos, dedicar en exclusiva una entrevista individual (o parte de una entrevista conjunta) a la persona más desconectada de la intervención, es todo lo que se necesita para reparar una alianza dividida. **Debemos crear esos espacios individualizados para conectar con la forma de pensar y sentir que caracteriza a la identidad de cada miembro de la familia,** especialmente si resulta ser una persona que tiene dificultades para sentirse integrada en nuestro trabajo de ayuda.

4.4 La delicada alianza de trabajo con el niño o adolescente

Todo lo que hemos dicho hasta ahora de la alianza de trabajo incluye y afecta obviamente a los familiares o cuidadores de referencia como al propio niño o adolescente. Pero es importante pararse de forma particular en algunas características especiales que tiene nuestro trabajo directo con el niño o adolescente. Son el centro de nuestro trabajo y por ello es crucial que seamos eficaces en crear una relación de alianza protectorado ellos.

Aunque resulta paradójico, las acciones y medidas de protección conllevan en muchos casos, de forma inevitable, una experiencia psicológica o subjetiva de inseguridad y ansiedad en el propio niño o adolescente. Uno de los objetivos de nuestra intervención es precisamente minimizar y reparar esa experiencia adversa a través de un manejo adecuado de nuestra relación directa con el niño o adolescente. Estas son las principales directrices a tener en cuenta en la construcción de alianza de trabajo con el niño o adolescente:



1. La alianza de trabajo requiere que el niño o adolescente confíe en ti. Tu tienes claro que eres una persona adulta cuyo trabajo consiste en ayudarles. Pero **la confianza es precisamente una de las cualidades más dañadas en un menor que ha vivido situaciones de negligencia o maltrato.** Tienes por ello que actuar con mucha delicadeza, porque el simple hecho de experimentar el interés y el cuidado que le ofreces puede recordar/elicitar en el niño su vulnerabilidad y generar una respuesta emocional negativa al contexto de ayuda y a tu propia persona.

2. La intensa necesidad que tiene un niño de ser amado le hace ser altamente protector de sus padres o cuidadores. Debes comprender que esta respuesta natural del niño se produce también cuando los padres son abusivos o negligentes. Podrás comprobar que no es nada raro ver que el niño maltratado justifique, incluso de manera incondicional, los excesos o abusos de sus padres o cuidadores. Para una buena alianza con el niño se requiere que tú canalices y gestiones adecuadamente sentimientos que seguramente te pueden atrapar de forma natural. Por ejemplo, **puedes sentirte frustrado cuando un niño o adolescente que ha sufrido maltrato se niega a colaborar en tu plan de exigir responsabilidades a los padres o cuidadores; frustración especialmente intensa cuando el menor sale incluso en defensa de los adultos que le han causado daño.**

3. Cuando la seguridad emocional de un menor, especialmente si es adolescente, se ha visto comprometida o desatendida de forma severa o traumática dentro de su familia, su identidad suele tornarse muy negativa. Esto hace que el adolescente se presente ante ti a la defensiva y exacerbando una identidad oposicional, sin miedo al riesgo, desafiante, que rechaza la necesidad de ayuda (y te rechace a ti). También es frecuente que el menor se presente ante ti como victimizado, indefenso y por ende incapaz de colaborar. En algunos casos, puede presentarse como un adolescente distante, indiferente, y desconectado. **No debes perder nunca de vista que estas actitudes, son en gran medida una respuesta sintomática común en los niños que han sufrido maltrato.**

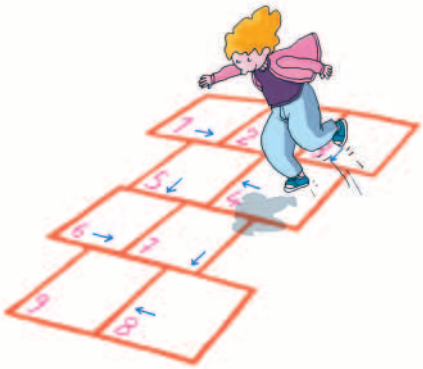
4. Para establecer la alianza de trabajo **debes tener un cuidado extremo en cumplir todo aquello que prometes o anuncias (tiempos, medidas, recursos, ayudas, etc.) al niño o adolescente.** Ese incumplimiento puede ser fácil de entender, por razones o circunstancias lógicas o coyunturales, para personas que no son vulnerables. Pero en tu trabajo con menores emocionalmente dañados, tu incumplimiento puede activar un sentido de inseguridad y traición que el niño tiene arraigado debido a la

experiencia negativa en su crianza (inconsistencias y otro tipo de negligencias y engaños por parte de padres o cuidadores).

5. La alianza de trabajo con un niño o adolescente que han sufrido adversidades severas en su entorno familiar suele estar dificultada por la falta de control que por lo general ha experimentado en su vida; respuestas de cuidado poco estables e impredecibles por parte de los adultos cuidadores. **Por lo tanto, debes devolver cierto nivel de control y predictibilidad al menor: explicarle el proceso y procedimientos que le afectan, ser predecible y adelantar al menor lo que puede suceder en su situación particular, darle opciones siempre que sea posible y de manera adaptada a su edad y capacidad.** Crear espacios de entrevista cómodos y seguros, sin la presencia de sus padres o cuidadores (cuando la consideremos intimidatoria), es también una forma de devolver la sensación de control y seguridad al menor.

6. Debes conocer y **adaptarte al estilo de apego del niño o adolescente en la relación que estableces durante entrevistas y otras actuaciones.** Por ejemplo, cuando trabajas con un niño que tiene un estilo de apego ansioso evitativo, debes poner atención a las conductas de acercamiento que resulten amenazantes para el menor y manejar adecuadamente su esperable falta de contacto visual o de respuesta verbal y no verbal (posturas cerradas, etc.) Debes entender y manejar las fluctuaciones emocionales y comunicativas (actitudes cambiantes e inconsistentes) que aparecen en un menor con un estilo de apego ansioso-ambivalente. Cuando el menor muestra conductas características de un apego desorganizado, lo esencial es que no te olvides de que son solamente expresiones de su dificultad de apego y no tengas reacciones que empeoren la situación.

7. Sin duda el escollo más complicado en la alianza de trabajo con el menor son los procesos psicológicos de negación y disociación que aparecen con frecuencia en niños que han sufrido experiencias traumáticas (agresión sexual, abusos, maltrato severo emocional y físico, negligencia extrema, etc.). Tratamos sobre ese tipo de procesos psicológicos en el capitulo 10 de esta Guía, pero de forma general **has de tener en cuenta que la negación y disociación son mecanismos de defensa psicológicos que pueden distorsionar seriamente la representación metal de los hechos que ha vivido un niño y también de su capacidad para interpretarlos.** La alianza de trabajo es prácticamente imposible si no conoces e identificas bien esos procesos y caes por ello en el error de obviarlos cuando te relacionas con un niño o adolescente que sufre trauma psicológico.



4.5 Alianzas entre profesionales

Una vertiente fundamental de la alianza de trabajo se circunscribe al sistema profesional, es decir, a la alianza entre los profesionales que configuran los equipos y otros profesionales de la red de servicios.

Una característica asociada al hecho de trabajar con familias dentro del contexto de los servicios sociales y de protección es encontrarse con una actitud inicial de no colaboración o de conflicto (ver Capítulo 5) y que esa dificultad genere a su vez el riesgo de que se produzcan alianzas fallidas entre los profesionales involucrados en las intervenciones con la familia. Es habitual que profesionales de los sistemas sanitario, educativo, y judicial tengan alguna función en la intervención, creando en ocasiones un sistema de intervención muy complejo que conlleva una gran probabilidad de que se produzcan fallos de coordinación y comunicación. Es comprensible por lo tanto que los miembros de la familia se muestren temerosos o reticentes a trabajar en colaboración con un conjunto de profesionales diversos, y especialmente si se hace evidente que además de tener responsabilidades diferentes, tienen puntos de vista diferentes, intereses diferentes, y programas y procedimientos diferentes. En consecuencia, las familias multi-estresadas o multi-problemáticas se convierten fácilmente en familias «multi-tratadas», que no cuentan con un referente claro que tenga una visión completa, sistémica, del funcionamiento de la familia y de su capacidad para cambiar. Los equipos de intervención familiar pueden cumplir en muchas ocasiones esa función de referente, ya que pueden hacer una valoración completa del sistema familiar (Capítulo 3) y tener una visión global del proceso de intervención (Capítulo 8).

Muchas de las familias denominadas multiproblemáticas han tenido numerosas experiencias con profesionales que están en desacuerdo entre ellos o que se encuentran atrapados en luchas de poder. Esta falta de sincronía se expresa habitualmente en imágenes como, por ejemplo, un profesional de salud mental que acusa al trabajador de servicios sociales de no ocuparse lo suficiente del cuidado del paciente que es objeto central de su servicio; o de los trabajadores de protección a la infancia quejándose de que los profesionales de intervención no proporcionan información suficiente o de que plantean objetivos poco realistas; o de los profesionales de un equipo de intervención acusando a los de salud mental o a los técnicos de protección de no asumir sus responsabilidades y esperar que ellos asuman todos los riesgos. Cuando la familia tiene niños en servicios de acogimiento residencial la coordinación entre los profesionales de esos servicios y los profesionales que hacen intervención con la familia es de vital importancia y por ello no exenta de tensiones.

Las tensiones y descoordinación entre los diferentes "territorios" profesionales de deben a muchos factores. Hay un cierto nivel de tensión que es "normal" y esperable debido a los diferentes roles profesionales y a la complejidad de las labores de coordinación; podemos llamarla "tensión del rol profesional". Incluso cuando todos los profesionales que participan en la intervención con una familia se sienten cómodos con su función y están sensibilizados de la importancia del trabajo en red, se pueden producir tensiones que tengan que ver con el rol profesional de cada uno si las expectativas acerca de lo que van a hacer los otros no se cumplen. La coordinación y resolución de esas tensiones siempre resulta en una mejora del servicio a las familias y los menores y en una optimización de la eficacia del trabajo en red. Pero hay otros factores mas perniciosos que han de evitarse, como choques de personalidad, luchas de poder, e incluso cuestiones políticas entre instancias administrativas diferentes. No hay que olvidar que una consecuencia negativa de la descoordinación y el conflicto entre los profesionales es que las familias puedan verse sumidas en la confusión o incluso que algunas familias aprovechen la escisión entre los profesionales cuando esa falta de alianza les proporcione algun tipo de ventaja o justifique su propia negligencia.

Una forma de enfocar la creación de la alianza dentro del sistema profesional es aplicar a dicho sistema las mismas dimensiones referidas a la familia:

1. Compartir los riesgos para garantizar la seguridad,
2. Potenciar el sentido de compartir el propósito,
3. Involucrar a múltiples profesionales en un plan de trabajo coordinado, y
4. Conectar emocionalmente en el plano personal.

1. Compartir los riesgos para garantizar la seguridad

La intervención familiar no sólo conlleva exigencias para los usuarios del programa, también implica ciertos riesgos para los profesionales que les ofrecen ayuda. Los miembros de familias en situaciones de crisis y de gran dificultad suelen expresar su hostilidad y su agresividad entre ellos pero también hacia los profesionales. Por otro lado, ciertas conductas transfieren gran responsabilidad al profesional: intentos de suicidio, episodios de violencia, decisiones inesperadas que dejan en desamparo a los niños, etc. Por todo ello, en el contexto de la intervención social y de protección el profesional es vulnerable tanto en su función de trabajo como en su vertiente personal; puede sentir una falta de seguridad que afecte de manera importante al desempeño de sus funciones.

¿Qué mecanismos para crear seguridad pueden ser eficaces? Lo esencial es compartir los riesgos y las decisiones difíciles. El trabajo en equipo y la supervisión constituyen la mejor garantía de seguridad para el profesional. El aislamiento en el trabajo –tanto en un sentido real de trabajar sin compañeros cerca como en un sentido psicológico cuando falla la comunicación– hace al profesional vulnerable y amenaza la necesaria seguridad.

Pero el trabajo en equipo y la supervisión implican un gran desafío: en general todos nos sentimos expuestos cuando tenemos que mostrar y compartir nuestro trabajo con los demás. La confianza en los compañeros de equipo y en la persona que ejerce la supervisión es esencial. Cuando esa confianza existe es posible y útil compartir decisiones de trabajo complicadas, e incluso mostrar nuestras entrevistas y nuestros análisis de los casos que no están yendo bien.

Los indicadores de falta de seguridad en el sistema profesional no son difíciles de detectar: los canales de comunicación son lentos y tienen barreras burocráticas, los informes para otros profesionales son ambiguos y esconden información que pudiera ser comprometedora o que evidencie dificultades, la división de tareas es rígida y se hace con un espíritu defensivo y o reivindicativo, etc. Cuando el sistema está en una situación de alto riesgo suelen darse casos de información errónea e incluso de obstrucción deliberada.

Los indicadores positivos de seguridad también son muy evidentes cuando profesionales de un mismo equipo o de diferentes ámbitos de la red pueden hablar de su trabajo abiertamente y sin reticencias, aportando tanto la información positiva como negativa acerca del trabajo con una familia; generalmente es patente que la comunicación es abierta y transparente y que todos están interesados en conocer lo que opinan los demás, especialmente cuando la intervención con una familia es difícil o cuando se está intentando tomar decisiones en una situación de crisis.

2. *Potenciar el sentido de compartir el propósito*

Otra consecuencia inevitable de que el trabajo de intervención con una familia exija simultáneamente tratamientos especializados de diferentes fuentes –por ejemplo, terapia para la pareja, tratamiento de rehabilitación con metadona para el padre, acogida en un recurso residencial para algún hijo, seguimiento de psiquiatría para un hijo mayor…– es que se pierda el horizonte global de dicha intervención. Esto se constata cuando la respuesta a la pregunta "¿cuál es el objetivo general de la intervención para esta fami-

lia?" produce respuestas demasiado diversas, o claramente divergentes, o incluso contradictorias.

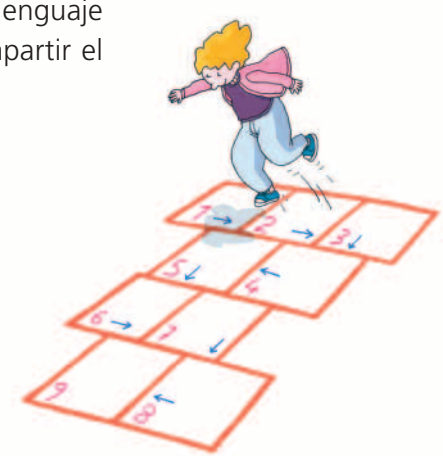
Es importante llamar la atención sobre las respuestas demasiado genéricas a esa pregunta. Por ejemplo, podemos responder "mejorar las condiciones familiares para la vida de los menores", pero ¿cuáles son los objetivos e indicadores específicos de cada uno de los profesionales implicados en la intervención con la familia desde diferentes ámbitos? ¿Son coherentes y complementarios? ¿O están basados en una visión aislada de las necesidades particulares del cliente individual que atiende un profesional? No es infrecuente que los objetivos de un profesional de salud mental que ve individualmente a una madre, y los objetivos del plan educativo de un centro de acogimiento residencial para sus hijos, y los objetivos de un equipo de intervención orientado al trabajo con la familia, no casen bien entre sí.

Podemos aplicar los indicadores que tenemos para valorar el Sentido de compartir el propósito en las entrevistas con la familia al tipo de colaboración que establecen los profesionales entre sí: ¿los profesionales que colaboran en el caso se preguntan entre sí sus puntos de vista acerca del problema o de la solución?, ¿valida cada uno de ellos el trabajo de los demás? –ya sea en privado o frente a la familia–, ¿se culpan unos a otros directa o indirectamente de la falta de progresos o de las crisis en el curso de la intervención?, ¿hacen coaliciones para bloquear o descalificar las intervenciones de los otros?, ¿critican entre ellos los modelos, objetivos o procedimientos de los demás?

3. *Involucrar a múltiples profesionales en un plan de trabajo coordinado*

Cuando una familia recibe ayuda de múltiples servicios o equipos la coordinación tiene que ser algo más que un simple intercambio de información y una toma de decisiones; también conlleva crear y mantener una buena alianza entre los profesionales. Si aquellos que lideran las reuniones reconocen que es necesaria una alianza fuerte entre los profesionales harán que resulte natural compartir objetivos y coordinar las actuaciones técnicas. Esta forma de coordinación facilita a su vez que los profesionales aumenten su disposición a colaborar y se sientan más arropados y seguros.

Un aspecto que facilita la alianza de trabajo entre los profesionales es tener un modelo teórico común. Una comprensión compartida de cómo analizar los problemas de las familias con las que trabajamos y una visión común del proceso de intervención optimizan la alianza. Compartir un lenguaje teórico hace más fácil la comunicación entre profesionales, y compartir el



conocimiento de los procedimientos técnicos potencia la eficacia de la coordinación. Las diferencias de titulación profesional, y las diferencias en los modelos teóricos, suelen constituir un obstáculo para la alianza de trabajo. Cuando un modelo teórico común no es posible, al menos los profesionales que trabajan juntos dentro de un mismo servicio o programa deben esforzarse por conocer el enfoque teórico y el abordaje práctico de los otros.

4. *Conectar emocionalmente*

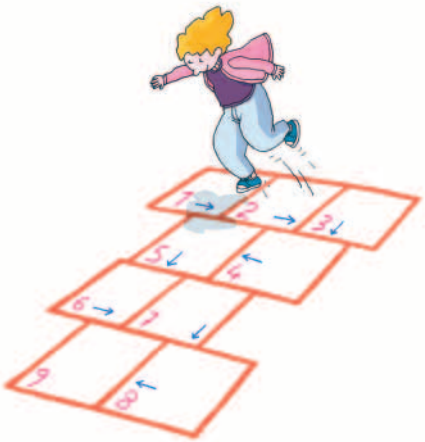
Algunas características del trabajo de intervención familiar (apoyo a menores que han sufrido abuso, a víctimas de violencia, a familias en contextos de pobreza o marginalidad) hacen que sentir el apoyo humano de los compañeros de equipo y de los supervisores o coordinadores sea algo tan necesario como el apoyo de carácter puramente técnico. El apoyo entre los profesionales es de vital importancia ante decisiones difíciles como la recomendación de apartar a un niño de su hogar para ingresarlo en un recurso residencial o retirarle la custodia a sus padres.

La conexión emocional entre las personas que trabajan en los equipos se basa en el conocimiento personal mutuo y en la buena relación. Por ello, se requiere tiempo de trabajo en grupo para que se creen vínculos entre las personas. Casi todos los profesionales hemos tenido la experiencia de ver cómo en algunas ocasiones las reuniones de equipo o de coordinación entre equipos no avanzaban debido a la dificultad de conciliar puntos de vista puramente técnicos, y sin embargo se llegó a soluciones y compromisos gracias fundamentalmente a la confianza y a la buena relación personal entre los profesionales. La buena conexión emocional entre los profesionales facilita soluciones de compromiso adecuadas y eficaces.

Por otro lado, la relación que existe entre los profesionales se transmite a las familias e influye en la relación que éstas crean con los profesionales. Los miembros de la familia saben cuándo existe confianza y respeto, incluso amistad, entre los miembros del equipo profesional con los que tienen que tratar. Las familias perciben y valoran cómo discuten entre sí los profesionales, y se sienten más seguras cuando entienden que están trabajando con un equipo que se lleva bien.

4.6 Instrumentos para valorar la alianza de trabajo con las familias

El Sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF, disponible gratuitamente en www.softa-soatif.net) aporta un conjunto de instrumentos que pueden ser útiles para valorar entrevistas con las familias durante el proceso de intervención. Por una lado ofrece un auto-informe breve y sencillo que pueden rellenar tanto los miembros de la familia (mayores de 13 años) como el profesional que ha realizado la entrevista al finalizar ésta. Por otro lado el SOATIF ofrece un instrumento que permite que el profesional revise unos listados de indicadores –tanto de la familia como del profesional– de buena o mala alianza con la familia durante la entrevista; esto se puede hacer de dos formas: analizando una entrevista que ha sido grabada o haciendo la revisión de indicadores inmediatamente después de terminar la entrevista cuando aún se tienen presentes las conductas a valorar. Estos instrumentos son especialmente apropiados para entrevistas de consejo o terapéuticas, pero muchos de los indicadores son generalizables a otro tipo de entrevistas. El resultado final de usar estos instrumentos es hacer una estimación de la fortaleza o debilidad de las cuatro dimensiones de la alianza que hemos revisado en este capítulo: Seguridad, Enganche en el proceso de intervención, Sentido de compartir el propósito en la familia y Conexión Emocional entre profesional y usuario.



4.7 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. La colaboración entre usuarios y profesionales se puede definir como un entramado de alianzas de trabajo *entre* e *intra* sistemas: entre miembros del sistema familiar, entre miembros del sistema profesional y entre ambos sistemas –profesional y familiar–.

2. La naturaleza y el contexto del trabajo de intervención suele suscitar dificultades a la alianza de trabajo que hay que analizar y afrontar: Desmotivación, Conflicto en la familia, Prejuzgar el trato, Secretos y tabúes, Jerarquía de poder, Consecuencias y Temor de lo que se dice, Diversidad madurativa y cultural de los usuarios, Sentimientos de "rehén", Efectos de triangulación, e Influencia de expectativas de ganar/perder.

3. La alianza con la familia puede analizarse en cuatro aspectos: el nivel de Seguridad en el contexto de la intervención, el nivel de Enganche participativo de la familia en el proceso, en qué medida la familia Comparte el propósito de la intervención (alianza intra-familiar), y el nivel de Conexión Emocional entre cada uno de los miembros de la familia y el profesional.

4. El concepto de «ruptura de la alianza» se refiere a un momento del proceso de intervención en el aparecen dificultades serias para continuar el trabajo que veníamos haciendo de forma colaboradora. La ruptura puede haber sido causada por la aparición de diferencias en objetivos, tareas determinadas del proceso o alguna cosa que ha dañado en el vínculo de confianza que había entre usuario y profesional. No hay asustarse ni generar reacciones exageradas ante las rupturas de la alianza: son muy comunes y su reparación ofrece una oportunidad de mejorar la colaboración. En ocasiones la ruptura de la alianza es la consecuencia de un patrón conocido como "alianza dividida": cuando la relación de trabajo que tenemos con un miembro o parte de la familia (por ejemplo, la madre) es buena y sin embargo es mala con otro miembro o parte de la familia (digamos, el padre o un hijo adolescente). Es esencial poner atención a la alianza dividida para evitar rupturas o crisis en la colaboración.

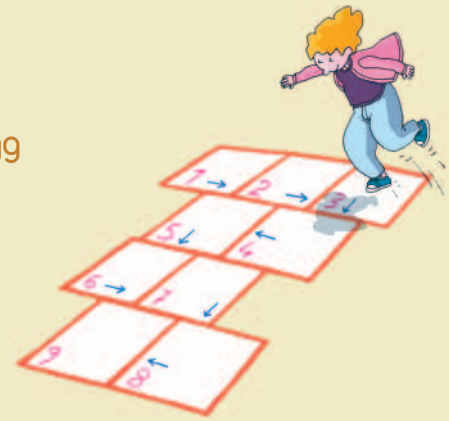
5. Aunque resulta paradójico, las acciones y medidas de protección conllevan en muchos casos, de forma inevitable, una experiencia psicológica o subjetiva de inseguridad y ansiedad en el propio niño o adolescente. Uno de los objetivos de nuestra intervención debe ser siempre minimizar y reparar esa experiencia adversa a través de un manejo adecuado de nuestra relación directa con el niño o adolescente, comprendiendo y gestionando adecuadamente las contradicciones emocionales que se producen en el menor.

6. La alianza de trabajo entre profesionales es un factor crucial para el buen resultado. Existe un nivel esperable y constructivo de diferencias entre profesionales ("tensión de rol"), pero otros niveles de divergencia y conflicto han de ser evaluados y corregidos.

7. La consecución de una buena alianza entre profesionales se basa en cuatro criterios: (a) Compartir riesgos para garantizar la seguridad, (b) Potenciar el sentido de compartir el propósito y meta final de la intervención, (c) Involucrar a múltiples profesionales en un plan de trabajo coordinado, y (d) crear un clima de conexión emocional entre los profesionales que les haga sentirse apoyados.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- <www.softa-soatif.net> (sitio web con recursos para la evaluación de la alianza de trabajo en las entrevistas con familias).
- Escudero, V., Friedlander, M., y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica*. Editorial Paidós.
- Escudero, V. y Friedlander, M. (2019). *Alianza Terapéutica con Familias. Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles*. Editoral Herder.
- Junta de CyL (2000). *Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil.* Valladolid, Junta de CyL.



4.8 Observa y prueba: "Evaluar y crear la alianza"

Te proponemos tres ejercicios que te servirán para mejorar tu percepción de la alianza de trabajo con las familias y también para mejorar tu enfoque en estrategias para crear, mantener, y reparar alianzas.

Primer ejercicio: PREGÚNTALES Y PREGÚNTATE SOBRE LA ALIANZA.

- Elige una o dos familias con las que trabajas para pasar un el cuestionario SOATIF-s después e una o varias entrevistas con ellos. Sigue estos pasos:

  Pasa el cuestionario en su versión super-reducida (¡sólo 4 ítems!) durante una o varias entrevistas diferentes. Lo ideal es que pasases el cuestionario al menos en tres entrevistas diferentes de la misma familia. Se pasa un cuestionario a cada miembro de la familia que participa en cada entrevista. Es importante que pases el cuestionario al finalizar la entrevista, antes de que se vayan. Y también tú has de completar el cuestionario "para el profesional" (también inmediatamente al terminar la entrevista). Este es el cuestionario, la versión para el usuario y la que está diseñada para que la respondas tu:

(Usuario) Valora las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en aquí puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El/La psicóloga/educador/trabajador me comprende.	1	2	3	4	5
3. Los que venimos a estas sesiones queremos conseguir lo mejor para nuestra familia y resolver los problemas.	1	2	3	4	5
4. Me he sentido cómodo/a y relajado/a en la sesión/entrevista.	1	2	3	4	5

(Profesional que lleva la entrevista) Valora las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en aquí puede solucionar los problemas de la familia/usuario.	1	2	3	4	5
2. Comprendo a esta familia/usuario.	1	2	3	4	5
3. Los usuarios que han venido a esta sesión/actuación quieren conseguir lo mejor para su familia y resolver los problemas..	1	2	3	4	5
4. Creo que los que han venido se han sentido cómodos/as y relajados/as en la intervención.	1	2	3	4	5

- Cuando tengas los cuestionarios de los miembros de la familia no debes mirarlos hasta realizar esta prueba: coge una copia del cuestionario en blanco e intenta adivinar qué han contestado los miembros de la familia (al menos inténtalo con uno de los usuarios). Después compara tus predicciones con lo que realmente han puesto en su cuestionario. Y finalmente compara sus respuestas con las tuyas.

Segundo ejercicio: INDICADORES DE ALIANZA

El sistema SOATIF incluye cuatro listados de indicadores observables (es decir, descripciones de conductas e interacciones que pueden ocurrir de forma visible) en una entrevista de intervención. Esos indicadores representan de forma fiable conductas-interacciones positivas y negativas de las cuatro dimensiones de la alianza que hemos definido y descrito en el capítulo . A saber:

- Seguridad dentro del sistema de intervención
- Conexión emocional con el/la profesional
- Enganche del usuario en el proceso de intervención
- Propósito Compartido en la familia para la intervención

Lo que ten proponemos en este ejercicio es que te familiarices con esos indicadores para que puedas detectarlos en tus entrevistas con las familias. A continuación te ofrecemos un listado con todos los indicadores y lo que tienes que hacer es señalar a cuál de las cuatro dimensiones corresponden. Es decir, señala en la tabla con una X la dimensión que crees que corresponde a cada indicador; ten en cuenta que cada uno de los indicadores solamente puede corresponder

a una de las cuatro dimensiones y puede ser tanto algo positivo como negativo para esa dimensión de la alianza (los indicadores negativos están en color rojo y lo positivos en azul).

Al finalizar de rellenar la tabla, consulta en www.softa-soatif.net la clasificación que sería correcta.

Indicadores observables en entrevistas/intervenciones con usuarios

INDICADOR, el usuario…	Seguridad	Conexión	Enganche	Propósito compartido
describe o discute un plan para mejorar la situación.				
acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren.				
expresa físicamente o verbaliza su afecto por el profesional.				
expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo.				
hace comentarios sobre la incompetencia o inadecuación del profesional.				
(humor) comparte entre los miembros una broma o un momento gracioso.				
«abre» su intimidad, muestra vulnerabilidad. (Por ejemplo, comenta sentimientos dolorosos, intimidades, llora, etc.)				
anima al otro miembro de la familia a «abrirse» o a «decir la verdad».				
se preguntan entre sus miembros sobre sus puntos de vista.				
evitan el contacto ocular entre sus miembros.				
indica o afirma que la terapia es un contexto seguro, un lugar en el que confía.				
menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto.				
tiene interacción hostil o sarcástica con el profesional.				
tiene una postura corporal abierta. (Relajada; observa la parte superior del cuerpo)				

INDICADOR, el usuario…	Seguridad	Conexión	Enganche	Propósito compartido
pregunta directamente al otro qué opina de él/ella como persona o de sus conductas.				
no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas, o las tareas de la terapia, o sobre quien debe ser incluido en las sesiones.				
menciona de forma ansiosa/incómoda, la supervisión, procedimientos de investigación.				
cumple las peticiones del profesional para discutir entre ellos o alguna otra interacción.				
expresa sentirse «atascado» o afirma que la terapia no ha sido o no es útil.				
validan mutuamente sus puntos de vista.				
refleja/reproducen posturas corporales similares.				
revela un secreto o algo que ningún miembro de la familia sabe.				
trata de aliarse con el profesional en contra del otro.				
evita el contacto ocular con el profesional.				
rechaza o es reticente a la hora de respondercuando otro miembro de la familia le habla.				
muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia.				
se inclina hacia delante (postura corporal) mostrando atención en la entrevista.				
devalúa la opinión o perspectiva del otro.				
se protege de forma no verbal. (Por ejemplo, cruza los brazos, no se quita el abrigo o el bolso…)				
rechaza o es reticente a responder al profesional.				

INDICADOR, el usuario…	Seguridad	Conexión	Enganche	Propósito compartido
hace comentarios hostiles o sarcásticos al otro.				
responde a la defensiva a otro miembro de la familia.				
expresa ansiedad de forma no verbal. (Por ejemplo, da golpecitos, se agita, se mueve)				
varía su tono emocional durante la sesión. (Por ejemplo, se ríe o llora)				
ofrecen un acuerdo de compromiso.				
se culpan entre sí.				
indica su acuerdo con las metas propuestas por el profesional.				
comparte un momento humorístico o una broma con el profesional.				
verbaliza su confianza en el profesional.				
introduce un problema para discutirlo.				
expresa interés en aspectos de la vida personal del profesional.				
indica que se siente entendido o aceptado por el profesional.				
indica que ha hecho una tarea o la ha visto como algo útil?				
imita o reproduce la postura corporal del profesional?				

Indicadores observables en el/la profesional que lleva la intervención

INDICADOR, el usuario…	Seguridad	Conexión	Enganche	Propósito compartido
comparte un momento humorístico o una broma con el cliente.				
expresa confianza o que cree en el cliente.				
desvela reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.				
expresa de manera explícita empatía				
(verbal o no-verbal) con las dificultades que sufren los clientes. (por ejemplo, «Sé lo duro que debe ser», «Siento tu dolor», o llorar con el cliente)				
pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión.				
ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva con los demás.				
no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente.				
desvela algún aspecto de su vida personal.				
señala lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o solución.				
tiene interacciones hostiles o sarcásticas con el cliente.				
intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes.				
explica cómo funciona la intervención.				
destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos.				
critica cómo hizo (o por no hacerla) el cliente una tarea para casa.				
protege activamente a un miembro de la familia de otro. (por ejemplo, de acusaciones, hostilidad o intrusismo emocional)				
expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir.				
anima al cliente a mostrar afecto, interés o apoyo a otro cliente.				

INDICADOR, el usuario…	Seguridad	Conexión	Enganche	Propósito compartido
cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad. (programas de TV, elementos de la sala, etc.) cuando parece que hay tensión o ansiedad.				
elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar.				
anima a un cliente a pedir confirmación y opinión (feedback) a otro/s.				
estimula al cliente a definir sus metas en la intervención.				
normaliza o acoge la vulnerabilidad emocional del cliente. (por ejemplo, llorar, mostrar sentimientos dolorosos)				
pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión.				
no interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor o la necesidad de la intervención.				
pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación-sugerencia o hacer una tarea en casa.				
permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación.				
elogia a los usuarios por respetar los puntos de vista de los otros.				
pregunta al cliente por el impacto o valor de una tarea asignada previamente.				
propicia la discusión de elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente. (por ejemplo, equipos de grabación, espejo unidireccional, investigaciones, etc.)				
señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.				

INDICADOR, el usuario…	Seguridad	Conexión	Enganche	Propósito compartido
anima a los clientes a preguntarse por sus puntos de vista respectivos.				
proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad.				
pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión.				
alienta acuerdos de compromiso entre los clientes.				
discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la intervención.				
expresa interés por el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha.				
expresa afecto o toca afectivamente al cliente. (dentro de lo apropiado al contexto profesional como, por ejemplo, darle la mano)				
captura la atención del cliente. (por ejemplo, inclinándose hacia delante, usando el nombre del cliente, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)				
pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer.				
define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente.				
reconoce que la intervención implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas.				
ignora las preocupaciones explicitadas por un cliente discutiendo únicamente las preocupaciones de otro cliente.				
desatiende expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente/usuario. (por ejemplo, llanto, defensividad, etc.)				

Tercer ejercicio: CREAR ALIANZA

En este ejercicio vamos a utilizar un ejemplo –ligeramente adaptado con permiso de los autores– tomado del libro "Alianza Terapéutica con Familias" (Escudero y Friedlander, 2019) que describe un inicio de entrevista conjunta con una familia. Sin duda es una situación complicada para crear una alianza de trabajo y te proponemos una serie de preguntas que te guiarán para intentar solventar las dificultades.

Procedimiento:

Este es un ejercicio ideal para realizarlo en grupo, recomendamos hacerlo con miembros de tu equipo de trabajo si es posible. Comienza leyendo la descripción de la situación de entrevista familiar y a continuación escribe tu respuesta a la serie de preguntas que te ofrecemos. Si puedes hacer el ejercicio en grupo o al menos con algo otro miembro del equipo, contrastar y discutir las razones de vuestras respuestas.

La entrevista con la familia se describe así:

Aunque Laura, una madre de 44 años, sonrió algo nerviosa, su expresión sugería que estaba preparada y expectante para participar en la primera sesión conjunta con su familia. Héctor, su marido, de 51 años, tenía una expresión seria, mucho menos transparente. Su hijo Ernesto, de 15, parecía distraído mientras hacía un barrido visual de la sala en la que habían sido citados; por su parte, Pamela, de 18, estaba muy atenta y parecía ansiosa por comenzar.

Después de presentarse, la profesional invitó a todos ellos a que explicaran la idea que traían acerca de cómo sacar provecho del servicio de intervención familiar. La respuesta que recibió fue bastante diferente de lo que esperaba según su primera impresión de la familia:

– *Ernesto: No sé la idea que tienes o lo que te dijeron mis padres, pero no necesito terapia y nadie puede forzarme.*

Al escuchar este comentario, ambos padres se retorcieron en sus sillas: Héctor con un gesto de resignada desesperación y Laura ostensiblemente molesta. De inmediato, la hermana de Ernesto intervino:

– *Pamela: ¿Puedo decírselo yo? Tengo algunas notas (abriendo un cuaderno) para explicar lo que sucede con él (mirando a Ernesto). Creo que debemos explicarlo claramente.*

– *Ernesto: (a Pamela): ¿Ahora eres tú la psicóloga? ¿Entonces vas a hacer tú la terapia? ¡Esto es el colmo! ¿También vas a contar que tienes anorexia?*

– *Pamela: ¡Yo no tengo anorexia!*

– *Laura: (comenzando a llorar): Por favor, por favor… no empecéis ya… Os lo ruego.*
– *Héctor: (en tono sarcástico a Laura): ¿Ya estamos otra vez con «te lo ruego»? Estamos dejando de nuevo que Ernesto haga lo que quiera. ¡Ni se te ocurra volver a llorar!*
– *Ernesto: (directamente hacia la técnico): Mi padre siempre es así con mi madre.*
– *Técnico: Bueno, de acuerdo, os voy pedir a todos un poco de tranquilidad y paciencia. Necesito que hagáis un esfuerzo para hablar de forma que yo pueda ir conociendo la situación… Tenéis que ayudarme ahora un poco para que así yo pueda ayudaros.*
– *Pamela: (mirando a la técnico y con su libreta en la mano): ¿Quién debería comenzar a hablar?*
– *Hector (a Laura): ¡No puedo creer que tu hija haya llegado con notas sobre lo que está pasando en esta familia!*
– *Laura (furiosa): «¡Mi hija!»… ¿Ya no es tu hija?*
– *Técnico: Vamos a intentar…*
– *Ernesto (interrumpiendo y mirando desafiante a su padre): ¿Se puede saber por qué quieres que me hagan un diagnóstico, que me vea un psiquiatra? ¿Todo esto por fumar porros? Vaya estupidez!*
– *Laura: Por favor, Erne, te lo ruego, no hables así aquí.*
– *Pamela: Entérate de una vez, Erne, no estamos aquí por tus porros. ¿No entiendes lo que te está pasando?*
– *Hector (ostensiblemente irritado): Pamela, ¿me dejarías a mí o a tu madre explicar la situación?*
– *Pamela: ¡Solo quiero ayudar! No puedo soportarlo más. Ni siquiera tendría que estar yo aquí, pero vine porque nadie dice la verdad en esta familia.*
– *Ernesto (a la técnico): Pamela está planeando irse de casa porque ya ha cumplido 18 años, pero mi madre no sabe nada. Y mis padres están hablando de separarse.*
– *Laura: ¡Eso no es verdad, Erne!*
– *Hector: Ernesto, hemos venido aquí para hablar de tus problemas, que son más que «unos porros».*
– *Ernesto (con mucha ira): ¿Mis problemas? ¿Y no vas a hablar de tus problemas también?*
– *Técnico(adelantando un poco su silla para situarse más cerca e interferir entre el padre y el hijo): Vamos a ir más despacio…*
– *Laura (llorando, interrumpiendo a la técnico): ¡Os pido a los dos… por favor, no me hagáis esto! (Mientras se dirige al padre y a Ernesto con lágrimas en la cara).*

En este punto, la profesional se da cuenta de que ya es imprescindible cambiar esta conversación caótica y contener la carga emocional que podría hacer descarrilar con facilidad toda la entrevista e incluso ser el preludio de un abandono temprano de la familia en el proceso de intervención que pretende iniciar. Ella sabe que tiene que comenzar por estructurar la conversación y organizar toda la información, aparentemente contradictoria, que la familia acaba de revelar. También necesita con urgencia fomentar un clima menos hostil y proporcionar espacio para que cada miembro de la familia exprese su punto de vista. ¡Y además siente que necesita hacer todo esto ya!

1. Preguntas básicas sobre la mejor manera de PROCEDER en la entrevista:

- ¿Debería la profesional imponer una estructura para que todos puedan hablar? ¿Qué procedimiento sugieres)
- ¿Debería preguntar sobre el problema más inmediato que ha llevado a la familia a buscar ayuda en este momento?
- ¿Debería centrarse en la persona que hizo la solicitud inicial de terapia?
- ¿Debería comenzar con Ernesto, ya que él es identificado como quien tiene el problema?
- ¿O debería respetar la jerarquía de la familia pidiéndoles a los padres que expliquen sus preocupaciones y razones para solicitar la cita?
- ¿Debería explorar todos los problemas que han salido ya, o mejor debería centrarse en el conflicto que se desarrolla ante ella?
- ¿Es una buena idea hablar por separado con los padres y/o con los adolescentes? ¿Haría eso calmarse a todos, o separar a los miembros de la familia los frustraría aún más y generaría más desconfianza?

2. Preguntas sobre OBSTACULOS Y MOTIVACIONES para la alianza de trabajo:

- ¿Qué parece estar impulsando el caos y el conflicto en esta sesión inicial?
- ¿Quién teme más a participar en la terapia? (Ordena los cuatro miembros de la familia según su nivel de temor)
- ¿Quién se siente señalado o acusado como la causa de los problemas de la familia?
- ¿Quién se siente identificado como la causa de los problemas de la familia?
- ¿Quién siente más vergüenza por la situación que ha llevado a la familia a la terapia?
- ¿Quién se siente acusado de algo concreto por los otros miembros de la familia?
- ¿Quién teme más lo que los demás puedan decir sobre él o ella? (Ordena los cuatro miembros de la familia según su nivel de temor)

- ¿Quién podría temer que se revele un secreto que él o ella no quiere afrontar?
- ¿Quién teme más que el conflicto se vuelva violento? (Ordena los cuatro miembros de la familia según su nivel de temor ante la aparición de violencia)
- ¿Quién podría pensar que obtendrá algún beneficio personal del resultado de la terapia? ¿Imaginas qué beneficio sacaría?
- ¿Quién podría tener una idea concreta de lo que le gustaría lograr como resultado de la terapia?
- ¿Quién puede tener claro que es bueno que los otros miembros de la familia vengan y participen en la terapia?
- ¿Quién parece más dispuesto a agradar a la profesional?
- ¿Quién parece más abierto a la idea de que la profesional podrá entenderlo y comprender su situación personal?
- ¿Quién podría estar más convencido de que la profesional entenderá a los otros miembros de la familia y comprenderá por lo que cada uno está pasando?
- ¿Quién teme que la profesional tome partido por los otros en contra de él/ella?

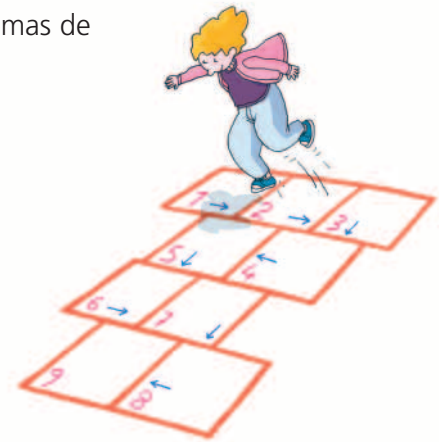
Y estas son las preguntas GENERALES QUE GUÍAN LA CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA:

- ¿Cómo puedo fomentar un nivel mínimo de seguridad para que el proceso comience mejor?
- ¿Cómo puedo mostrar mi interés genuino por comprenderlos y entender su visión del/los problema(s) sin que nadie se sienta excluido o acusado?
- ¿Cómo puedo transmitir mi convicción y sentimiento de que cada miembro de la familia está sufriendo?
- ¿Puedo unir a Laura, Héctor, Pamela y Ernesto ayudándolos a recordar o recuperar el amor que sienten el uno por el otro y todo lo bueno que han compartido?

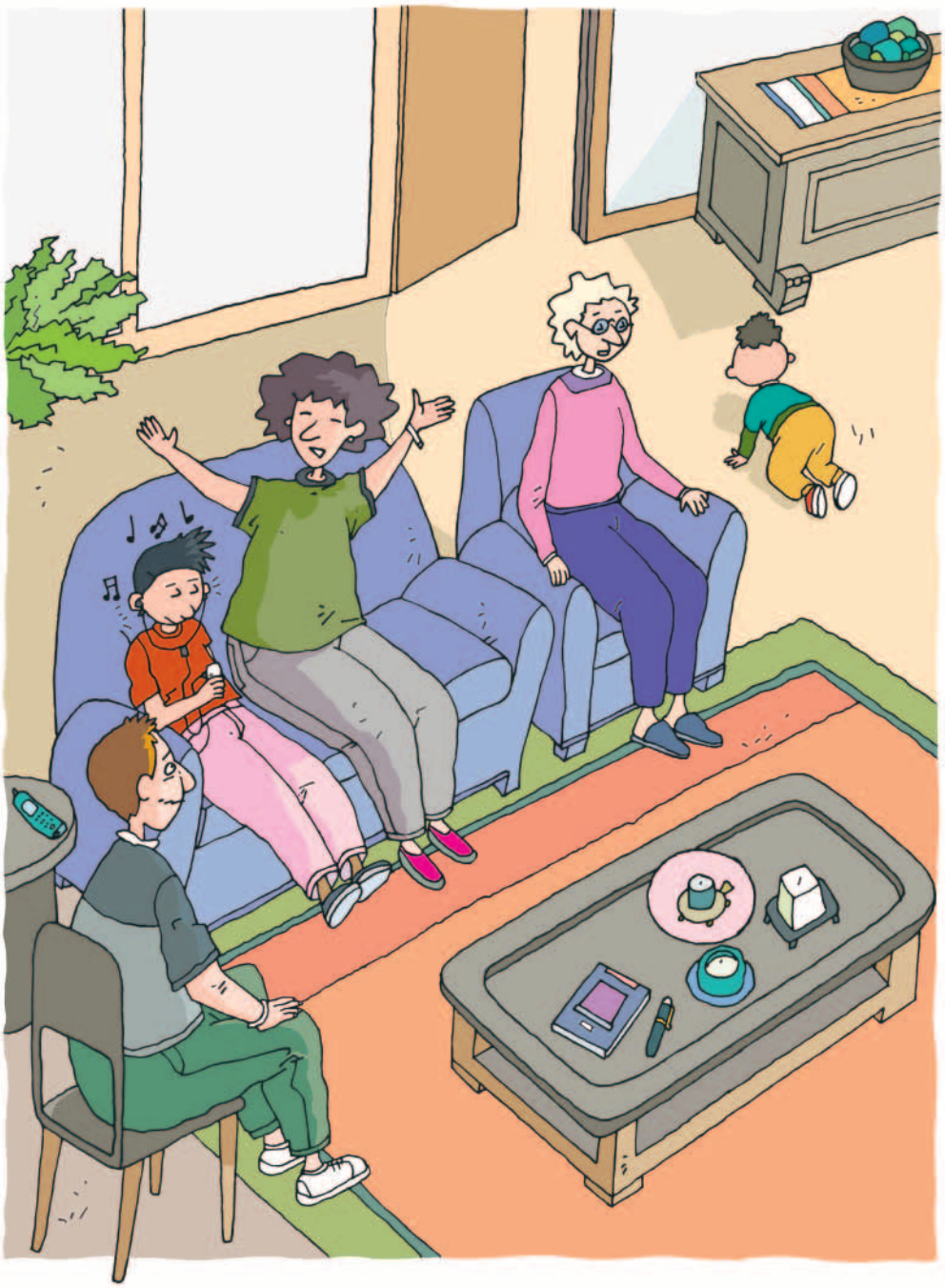
5 Actitudes iniciales de la familia

Si entendemos bien el contexto de la intervención familiar en los servicios sociales (Capítulo 1), en especial los aspectos de control que inevitablemente influyen en las intervenciones de protección a la infancia (Capítulo 2), no nos debería sorprender que muchas de las actitudes iniciales de las familias, o de algunos de sus miembros, no sean precisamente de colaboración. En este capítulo vamos a recorrer esas actitudes iniciales que implican una de las primeras dificultades que el profesional de la intervención tiene que afrontar. Es esencial no olvidar que esta tarea de crear colaboración es una parte esencial del proceso de intervención (Capítulo 4) y no debe vivirse como un "problema de nuestro programa" o una "patología de las familias". Es de vital importancia que el profesional que trabaja en este contexto tenga un enfoque adecuado de este tipo de dificultad y un entrenamiento específico en habilidades para cambiar este tipo de actitudes iniciales de no colaboración.

Veamos un ejemplo cualquiera. La psicóloga y la educadora visitan juntas a una familia que vamos a apellidar "familia Hidalgo": dos adolescentes y sus abuelos paternos, que se convirtieron en padres acogedores de sus nietos cuando su hijo murió en la calle víctima de la heroína y la madre de los niños "desapareció" en el abismo de las drogas. Cuando se legalizó el acogimiento los niños tenían 4 y 2 años, y los abuelos 58 y 55. Pablo, el abuelo, va a cumplir ahora los 70 y su salud se resiente por el Parkinson; la abuela, Elisa, a pesar de haber sufrido una intervención quirúrgica reciente, muestra un aspecto más sereno y saludable. Víctor, el chico mayor, de 16 años, ha tenido problemas de



comportamiento en el colegio, se ha visto envuelto en peleas, y ha tenido ya un juicio por su participación en un robo. Su hermano Rubén, de 14 años, aunque mayor en estatura, ha tenido muchas advertencias en el colegio por su comportamiento antisocial y su bajo rendimiento; recientemente ha sido "pillado" fumando un porro con otros amigos en el recinto escolar.



Como la visita está motivada por los problemas de comportamiento de los menores, los técnicos del programa han hecho hincapié en la necesidad de la presencia de todos los miembros de la familia en la casa. Ésta es la descripción que nos hacen las profesionales de las actitudes iniciales que se han encontrado en la entrevista:

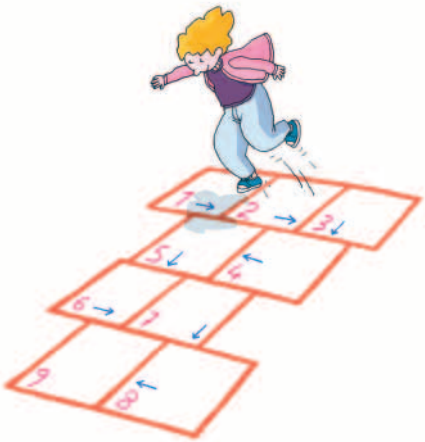
Ya hemos oído algún atisbo de discusión contenida dentro de la casa mientras esperábamos tras la puerta a ser recibidas; en cuanto entramos en el domicilio nos hacemos con "la foto de la familia": una pareja de abuelos que ya hemos conocido en una entrevista previa y dos adolescentes varones, uno de ellos con gorra roja y chándal blanco, el otro quizás más pequeño con aspecto desaliñado y camiseta negra.

Cuando nos sentamos con toda la familia en la sala de estar, antes incluso de que nos haya dado tiempo a saludar a todos ellos y sin apenas tiempo de reaccionar, nos encontramos con una discusión entre al abuelo y Rubén, el chico menor, que aparentemente ya se había iniciado antes de nuestra llegada.

–"¡Me largo!, ya te dije que yo no voy a aguantar estos rollos por vuestra culpa, que se quede ese 'pringao' –grita Rubén señalando a su hermano– que es el que necesita un loquero!".

–"¡Cállate anda!, no sé qué tienes que decir tú, si eres peor que tu hermano!", le contesta el abuelo, muy nervioso y conteniendo apenas su ira.

La abuela nos mira con expresión de disgusto y musitando palabras difíciles de entender, que suenan a "¡ay Dios! Ya ve usted, qué pena…" o algo similar. Víctor, el hermano mayor, está literalmente "recostado" en un sillón que ha tomado como asiento, y mira hacia el techo con cara de suficiencia. Rubén, sin mirar a la educadora o a la psicóloga vuelve a decir "¡yo me largo!", y hace una ademán de levantarse al que responde el abuelo levantándose de su silla con dificultad y tambaleándose ligeramente una vez de pie. Una de nosotras consigue controlar la situación lanzando una rápida pregunta a Rubén al tiempo que la otra hace un gesto amable indicando al abuelo que se siente: "¿Rubén, puedes explicarme en dos o tres minutos la discusión que tenéis y luego si quieres te marchas?". Rubén duda unos segundos, moviéndose inquieto y mirando al suelo, pero afortunadamente se arranca a hablar y explica que él no necesita ninguna terapia "y menos con ellos".



–"Vale, entiendo. ¿Quién crees tu que necesita ayuda?", le preguntamos, a lo que, sorprendentemente, el adolescente responde "Ayuda todos, pero yo no quiero más rollos de éstos, a mí me dicen que tengo una reunión 'de la fiscalía del menor' y me traen aquí, una mentira para meterme en este rollo, yo no tengo nada con los jueces porque no tengo ningún delito…". Pero cuando le explicamos que "efectivamente no tienes ningún delito y la fiscal de menores no te obliga a hablar con nosotras ahora, ni esto es una reunión de ese tipo, aunque sí es un servicio para 'ayudar a todos'", Rubén le espeta "¿me puedo largar ya?".

Es una situación bastante frecuente, especialmente en casos con adolescentes con problemas de comportamiento: un inicio del trabajo con la familia lleno de dificultades en un ambiente de conflicto desatado. En ocasiones no es tan difícil conseguir una mínima colaboración inicial como podría suponerse de la imagen inicial. En el caso de la visita a la familia Hidalgo, una de las profesionales preguntó a Rubén: *"vale, entiendo que no aguantas aquí, ¿puedes esperar fuera unos 20 minutos y después hablar un rato conmigo a solas?"*, a lo que Rubén replicó *"¿hablar un rato? ¿de…?"*, y nuestra profesional, con tono muy serio y entonación suave y marcada le dijo: *"me interesa MUCHO TU punto de vista sobre todo lo que ha pasado últimamente en vuestra casa"*.

Rubén, el adolescente de nuestro ejemplo aceptó esperar y respondió a unas cuantas preguntas de la psicóloga cuando ésta lo vio a solas, pero dejando muy claro que él se sentía "atrapado" y que no tenía obligación de hacer terapias o cursos porque no estaba "mal de la cabeza". Es una respuesta común y que abre una puerta a la colaboración si los profesionales saben manejar esa situación haciendo que un usuario como Rubén se sienta escuchado y quizás incluso entendido. ¿Por qué un adolescente como el de nuestro ejemplo esperó y aceptó una mínima participación ese primer día en la entrevista? Seguramente porque la profesional acertó en la forma de manejar la situación, en el tono que usó, en su temple ante el conflicto.

En ese ejemplo de entrevista el incidente de Rubén no es la única dificultad; probablemente la más preocupante para los profesionales debería ser la actitud de su hermano Víctor. Nos podemos encontrar con que un adolescente como Víctor responda a lo largo de la entrevista con monosílabos y sin dejar su postura reclinada en el sillón, en una actitud no disimulada de "espera", o bien mirando en ocasiones al reloj que cuelga en una pared o a su teléfono móvil. Ante una pregunta inicial como *"¿por qué crees tu que nos han enviado aquí?, ¿qué ayuda crees personalmente que necesitáis?"* no debes sorprenderte de que su primera

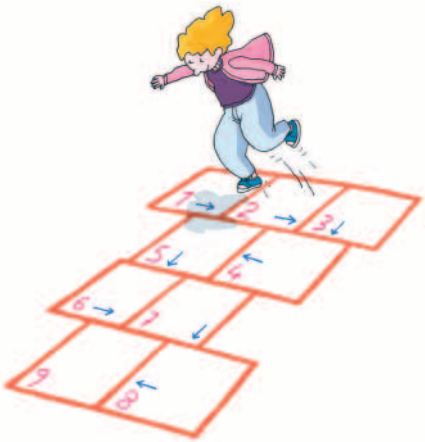
respuesta sea algo como *"no sé, será por las cosas que he hecho…, rollos con mis colegas… ¿ayuda?, no sé, alguna charla o algo así"*.

Tampoco son infrecuentes otras actitudes de padres o cuidadores que tampoco ofrecen mucho apoyo para que podemos hacer un tipo de intervención basada en los recursos de la familia. En nuestro ejemplo de la familia Hidalgo los abuelos insisten reiteradamente en que "es un problema de las drogas" y preguntan repetidamente: *"¿no hay un sitio para que Víctor esté un tiempo?... un sitio donde no pueda tomar nada, es que él se pone muy alterado, mucho, y sale a la calle y no sabemos qué toma, qué hace…"*. Los abuelos, al igual que ocurre con bastantes familiares usuarios de nuestro programa, son conscientes de la existencia de un problema grave, algo que sin duda sobrepasa su capacidad de afrontarlo solos, pero cuando se les dice por ejemplo que el equipo técnico psico-social de la fiscalía del menor (por seguir usando el ejemplo de Víctor) ha considerado que un trabajo psico-educativo o terapéutico puede evitar un internamiento o medidas similares, y que eso se hará bien si "todos en alguna medida colaboran", no es infrecuente que los abuelos respondan, en tono abatido, algo como: *"ya hemos hecho todo, todo, a ver si ustedes le pueden hacer algo, a ver si ustedes le pueden cambiar esa ceguera que tiene, ¡es que no ve el mal que hace!"*.

Cuando esta constelación de actitudes iniciales de los miembros de la familia ante una intervención que pretende ser de ayuda es muy rígida, es fácil que el profesional se desmoralice y no pueda evitar pensar que quizás esta familia no sea adecuada o "apta" para el programa de intervención. Sin embargo, considerando la historia y el contexto del problema en familias como la familia Hidalgo de nuestro ejemplo y de muchos otros tipos de familias que han sufrido una gran desestructuración, resulta bastante esperable un inicio de este tipo.

5.1 Tipos de relación inicial

No es fácil, no es agradable, pero no es tampoco muy sorprendente. Debes entender que una parte importante, esencial sin duda, de tu trabajo es afrontar adecuadamente estas posturas iniciales hacia el problema y cambiar ese clima inicial infectado de conflicto, acusaciones y emociones negativas. Antes de considerar el tipo de estrategia a seguir para conseguir ese tipo de cambio, vamos a definir esquemáticamente los tipos de actitud inicial más comunes ante las intervenciones de poyo educativo y terapéutico en el contexto de los servicios sociales y de protección:



1. Solícita y/o responsable

La familia o alguna parte de la familia solicita ayuda, entiende que tienen que abordar y cambiar algo, que son parte del problema y/o de la solución. Otra variante consiste en dar una respuesta comprometida y responsable cuando se hace un ofrecimiento de ayuda como inicio de la intervención, aunque ésta haya sido suscitada por entidades externas a la familia con base en algún acontecimiento crítico e indicativo de riesgo. Actitud óptima, pero desafortunadamente poco frecuente debido a los factores contextuales que ya hemos comentado más arriba y en otros capítulos previos de esta Guía.

2. Demandante ("señala, queja, acusa, y víctima")

Un miembro o una parte de la familia pide ayuda para otros miembros de la familia; reconoce por lo tanto que hay un problema pero el demandante no se ve como parte implicada en su solución; a veces no se ve ni siquiera como parte del problema y por tanto no colabora en ese sentido. En ocasiones el demandante **señala** el problema, bien por iniciativa propia o bien cuando una situación de riesgo o problemática ha sido detectada por servicios sociales o educativos.

a) Cuando se da este tipo de actitud de **"señala"** (por ejemplo, "todo tiene que ver con el problema que tiene mi marido cuando bebe… tiene una reacción que no es él…") no es muy complicado integrar al demandante y comprometerlo activamente; es una postura bastante frecuente.

b) Otra variante más complicada es la del demandante que sobre todo se **queja**, cuando el tono de su queja es muy insistente y bloquea la posibilidad de generar una contribución describiendo adecuadamente las conductas que motivan su queja.

c) **Acusar** es otra variedad en la actitud del demandante, generalmente implica un nivel alto de conflicto y la persona que en la familia es consciente de la necesidad de intervención suele intentar una coalición con los profesionales en contra de alguien que es acusado de ser la causa de todos los problemas.

d) **Victimizarse** es otra variante de la actitud demandante cuando va acompañada de una expresión de desánimo y desamparo, comunicando el daño sufrido y la imposibilidad de hacer ya nada más ("hemos hecho de todo, ya nos han machacado totalmente… que sea lo que tenga que ser, qué desgracia hemos tenido…").

En la familia Hidalgo de nuestro ejemplo, el abuelo presenta esta actitud inicial de demandante victimizado, reconoce que se ven en una situación grave debida al comportamiento de su nieto acogido. En ese ejemplo, el abuelo reconoce y está abrumado por el problema, pero su actitud es "descargarlo" en manos de los profesionales; los abuelos piensan que ellos no pueden hacer nada más, y atribuyen el problema a factores externos (como la droga, o cosas que ocurren en la calle). En ese caso, su actitud de mantenerse fuera del trabajo necesario para solucionar el problema es muy comprensible porque están sencillamente desbordados, no solamente por la situación presente de dificultades de comportamiento en los adolescentes, sino por toda la historia de sufrimiento que acarrean desde la muerte de su hijo y el acogimiento de los nietos. En otras ocasiones, la actitud de demandante tiene que ver con otro tipo de creencias sobre el problema, o con actitudes auto-defensivas ante una dificultad que ha causado sufrimiento a una familia.

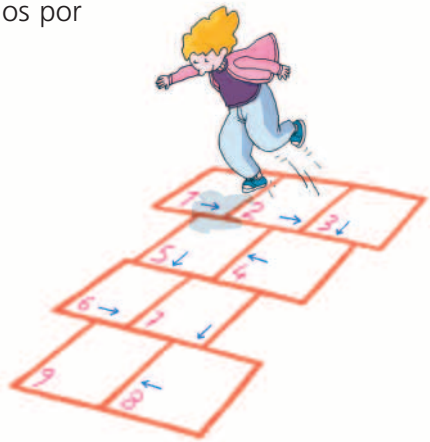
3. Visitante

Sólo están ante nosotros por obligación, por una presión familiar o externa, no reconocen ninguna necesidad de ayuda, esperan pasivamente que las cosas pasen. Es una posición muy frecuente en clientes obligados o presionados, por ejemplo padres enviados a un programa de intervención familiar por el sistema de protección de menores ante riesgos por conducta negligente; también muy frecuente en adolescentes obligados a tratamientos educativos o terapéuticos.

Víctor, el adolescente de nuestro ejemplo, es un claro ejemplo de este tipo de actitud inicial. Se siente obligado, tiene otra visión diferente de lo que le ha pasado a él y de lo que ocurre en la familia, y no ha elaborado una comprensión global del problema. En muchas ocasiones, la actitud de visitante enmascara un temor a afrontar un problema que se intuye complicado; no es raro que debajo de una actitud "pasota" e indiferente de un adolescente como Víctor aflore una intensa ansiedad.

4. "Rehén"

Están ante nosotros por obligación, pero a diferencia de la actitud visitante afirman estar siendo injustamente tratados y su actitud es cerrada y hostil. Muy frecuente en usuarios de programas del sistema de protección de menores. Por ejemplo, padres a los que se les ha retirado la tutela de sus hijos; también muy frecuente en adolescentes, especialmente aquellos obligados a una intervención terapéutica por instancias judiciales, o adolescentes muy presionados por



sus padres. Los padres que han experimentado la intervención del sistema de protección, especialmente si ésta ha supuesto una separación de sus hijos, como un ataque a su dignidad, suelen mostrar una actitud antagónica y de hostilidad ante el ofrecimiento de apoyo psicosocial, educativo o terapéutico. Ese antagonismo y hostilidad es mucho mayor cuando la participación en un programa de apoyo familiar la perciben como "un chantaje": *si no participas en el programa no podrás ver a tus hijos ni conservar la posibilidad de una recuperación de los niños*.

Rubén, el adolescente de nuestro ejemplo, es un "rehén de la entrevista" en su propia casa, algo que tiene que ver con el tipo de problemas que hay en su familia, el nivel alto de conflicto, la ambivalencia de su hermano como "modelo" en ese estadio de la adolescencia, pero también con el hecho de haber sido engañado para acudir a la entrevista con la familia.

5. *"Fugitiva"*

Una instancia profesional prescribe la intervención con la familia y ellos evitan y esquivan el contacto con los profesionales de la intervención. La familia sabe que el equipo de intervención familiar intenta contactar con ellos, y el equipo de intervención *sabe que la familia sabe* que ellos tienen que ponerse en contacto, pero hay una evitación que a veces genera una especie de "persecución" (a través de llamadas, visitas por sorpresa, etc.). Este tipo de "relación" con la familia (paradójica relación de no relación) es bastante común en los servicios sociales con familias en las que se ha detectado un moderado nivel de riesgo para los menores pero sin tomar medidas coercitivas, y sin que la familia esté de acuerdo o conozca adecuadamente el tipo de ayuda que se les ofrece. Un coordinador de un equipo de intervención familiar de los servicios sociales comunitarios nos sugirió este sencillo indicador para identificar cuándo se está produciendo un "bucle de persecución": "cuando un trabajador comienza a hacer cosas como llamar a la familia desde un teléfono desconocido (después de ver que la familia reconoce su número y nunca contesta a sus llamadas)".

No es raro que en el trabajo con una familia te encuentres al mismo tiempo varias de estas actitudes iniciales: una madre responsable, una abuela "demandante víctima", un padre "visitante", y uno (o más) hijos "rehenes". Y tampoco es infrecuente que en el trabajo con una familia tengas que pasar por todas estas actitudes cronológicamente:

1. *dificultades de contacto inicial (¿familia fugitiva?),*
2. *actitudes de visitante y/o rehén en algunos miembros de la familia cuando por fin consigues estructurar un poco tus visitas a la familia,*

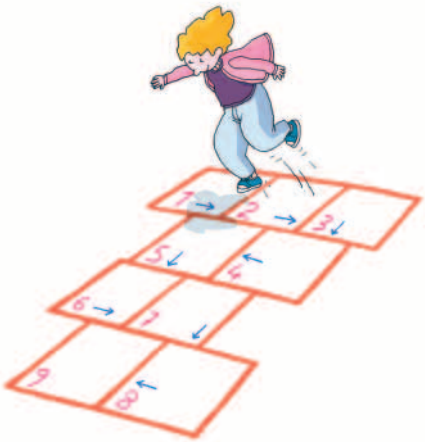
3. *alguna actitud inicial de rehén (o visitante) se torna en demandante, señalando un problema,*
4. *trabajando bien el establecimiento de pequeños compromisos se pasa a transformar la actitud de un demandante en usuario solícito, esto puede generar la implicación gradual de otros miembros de la familia que acuden inicialmente como visitantes y poco a poco se comprometen como usuarios activos de la intervención.*

No es en absoluto preocupante este tipo de evolución, es lo común y esperable en muchos casos. Pero ¿cómo interpretar una trayectoria en dirección contraria?, por ejemplo, una persona que es responsable y activa se torna en actitud visitante que deviene en postura antagónica de rehén… Ese perfil está indicando un importante problema en el proceso de intervención: la intervención está caminado en dirección contraria.

5.2 Factores que influyen en la actitud inicial

Hay varios factores que explican una actitud inicial de no colaboración con la intervención educativa, terapéutica o psicosocial ofrecida a la familia. Las actitudes iniciales de no colaboración y contrariedad o rechazo abierto hacia el apoyo ofrecido por los profesionales pueden estar reflejando alguna de las siguientes situaciones:

- El **conflicto interno** de la familia; esa relación conflictiva se extiende al contexto de ayuda con el profesional; si comienzas a trabajar con una familia que tiene un alto nivel de conflicto que ha desbordado los límites de la familia como parte de su problema es en cierto modo esperable que el conflicto "salpique" las relaciones iniciales con el profesional al igual que ocurre con otros ámbitos (laboral, escolar, etc.).
- Una **desconfianza** basada en sus experiencias del pasado o del presente con otros servicios y programas, bien sean de servicios sociales, de salud o educativos; la historia de desencuentro y frustración de algunas familias con servicios de ayuda institucional abarca en algunos casos varias generaciones; aunque una relación de rechazo o evitación es lógicamente una forma errónea de respuesta y consolida la mala relación, el equipo profesional tiene que tener en cuenta los antecedentes que explican ese tipo de reacciones.
- El **impacto de una medida** de retirada de los hijos o la advertencia, directa o indirecta, de que existe esa posibilidad suele ser un factor que predice una actitud inicial de no colaboración, cuando no de rechazo hostil a la intervención.



Entender el contexto que "explica" actitudes iniciales difíciles es un primer paso imprescindible, especialmente porque significa que no hacemos interpretaciones erróneas fruto de nuestro propio estrés ante las dificultades de comunicación con los usuarios; sobre todo si evitamos interpretaciones que atribuyen a la patología de la familia o a su mala intención esas dificultades iniciales de conseguir colaboración. Pero, más allá de entender la perspectiva de la familia, hemos de trabajar para darle la vuelta a esas actitudes iniciales y ser unos buenos "creadores" de clientes solícitos o al menos responsables en las fases siguientes del proceso de intervención. ¿Cómo hacer esto? Hay unas directrices generales que deben tenerse en cuenta y que comentamos a

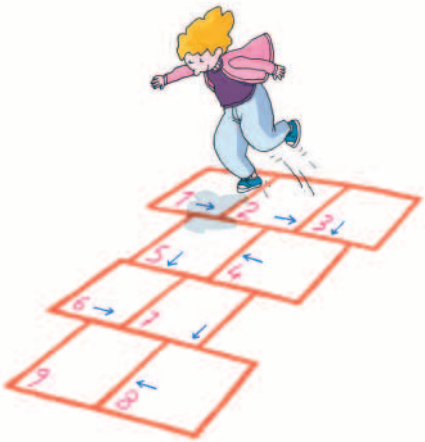
continuación. Pero también hay que ser conscientes de que cada familia tiene peculiaridades que hemos de conocer para conseguir que adopten una actitud más abierta a la colaboración con la intervención. Y, por otra parte, es esencial entender en qué consiste una relación de Alianza de Trabajo (Capítulo 4) con la familia, ya que ése es el horizonte y el hilo conductor de una buena intervención.

5.3 Directrices para la relación inicial

Éstas son las principales directrices generales:

1. **Acepta las posturas iniciales** de "visitante", "demandante", incluso "rehén" de la intervención como una fase normal, en muchos casos esperable, del inicio de la intervención en un contexto social o de protección.
2. **No hagas ninguna intervención que aumente la presión** sobre una persona que se siente obligado y contrariado por la intervención: no intentes avanzar rápido, no intentes llegar rápido a algún compromiso sobre objetivos (Capítulo 6) que sea vivido como una imposición, no intentes convencerle de la necesidad o ventajas de la intervención…
3. **Muéstrate comprensivo con sus emociones, aunque sean negativas** contra tu persona y tu servicio, hazles ver indirectamente que suele ocurrir y que no te desanima, lo vives como algo esperable que es parte de tu trabajo y no te va a influir en tu propósito de serles de ayuda.
4. Busca en la familia (en su pasado, presente, o futuro) **aspectos sobre los que resulte posible conversar** en un tono emocional positivo; lo esencial es que siempre hay algo que les une, alguna experiencia o valor que une a la familia; considera todos los indicadores de creación de alianza de trabajo (Capítulo 4) para construir Seguridad y Conexión emocional en la familia.
5. **Intenta transmitir en tu tono de conversación interés y buena disposición por ayudar,** con todo el respeto posible a la situación conflictiva o embarazosa por la que están pasando, pero mantén un estilo profesional y firme en cuanto a las obligaciones que tiene la familia y tu mismo con el sistema de protección y con el sistema legal.

La aplicación de todas las nociones y directrices que hemos venido comentando en este capítulo se hacen siempre sobre una familia concreta y las intervenciones para cambiar actitudes iniciales problemáticas se han de basar en las características y contexto particular de la vida de esa familia.



Si volvemos a nuestro ejemplo inicial de la Familia Hidalgo, hubo un momento en el que la educadora, en un tono afectuoso y comprensivo, planteó esto en una entrevista:

> *"Alberto, Elisa (abuelos acogedores), ya sé que las cosas están muy mal ahora, pero no puedo evitar imaginarles a ustedes cuando acogieron a sus dos nietos siendo unos niños pequeños… Seguramente les ofrecieron todo el cariño del mundo, y seguramente eran dos niños encantadores y agradecidos del cariño de sus abuelos que desgraciadamente no podían recibir adecuadamente de sus padres".*

La respuesta fue muy significativa por su carga emocional:

> *"¡No se lo imagina, les hemos dado todo el cariño del mundo, dice usted bien! Imagínese cómo habremos tratado a estos niños sabiendo lo que estaban pasando por el problema de sus padres, si eran unos bebés y los llevaban por ahí de noche y de cualquier forma, ¡les hemos dado de todo!".*
>
> *Cuando la educadora les planteó, ante la cara asombrada del adolescente, que seguramente la tragedia de su hijo influye mucho en la reacción que están teniendo ante los problemas de Víctor, el abuelo exclamó: "Yo tengo pánico, a veces me parece que comienza otra vez la misma pesadilla". Para ese adolescente, el hecho de ser testigo (sin duda forzado al principio por las circunstancias) de este tipo de conversación entre la educadora y sus abuelos resultó de gran eficacia. Víctor comenzó a implicarse e interesarse por la vida y los problemas que había tenido su padre, y a entender la vulnerabilidad y las reacciones de miedo de sus abuelos. Esta forma de integrarse en las conversaciones sobre el problema de la familia evitando el tono de acusación y reproche mutuo son un simple ejemplo de cómo transformar una actitud inicial que complicaba el trabajo de los profesionales. En el caso de Víctor que hemos usado como ejemplo, la primera respuesta de "cliente" que dio Víctor fue para contestar a esta pregunta de la psicóloga: "…tú eras muy pequeño cuando fuiste acogido por tus abuelos, no se qué recuerdos puedes tener, pero ¿qué pasa por tu cabeza cuando ves que tu abuelo dice tener pánico por lo que paso con tu padre?". Su respuesta fue: "No tenía ni idea, pero yo soy otra persona, no me va a pasar lo que a mi padre, no sé bien de qué va lo que mató a mi padre… me tendrían que contar algo sobre eso, ¿no?".*

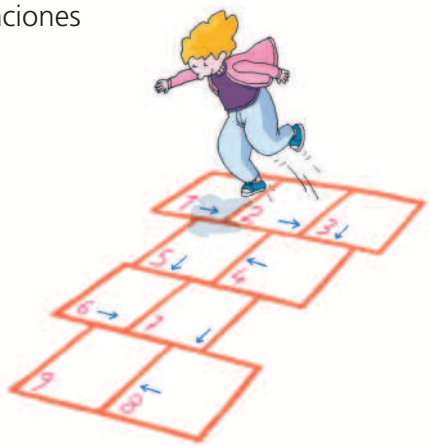
5.4 Profundizando ¿Qué es "no tener conciencia del problema"?

Como hemos visto a lo largo de este capitulo, entender y manejar adecuadamente las actitudes iniciales ante la intervención es un elemento clave para ser eficaces y podemos guiarnos por unas directrices generales. Pero ¿que subyace a las actitudes iniciales? Casi siempre subyace un "posicionamiento" sobre la dificultad que vive la familia y por la cual es objeto de ayuda. ¿Qué entendemos por "posicionamiento"? No es fácil de definir, ya que estamos hablando de un compendio de influencias psicológicas, sociales y comunicativas. Pero básicamente el "posicionamiento" expresa la forma de entender y afrontar las dificultades.

Una de las expresiones más utilizadas en el colectivo de profesionales que hacemos intervención familiar en el marco de los servicios sociales y de protección a la infancia es esta: **"la familia (o un usuario en concreto) no tiene conciencia del problema"**, o bien "no reconoce el problema". Es una forma universal y muy común de expresar que nos encontramos ante un posicionamiento de la familia que **"niega o desconoce" la dificultad**. Es una gran contradicción verse envuelto en un contexto de intervención con profesionales de ayuda y "no ver" o "no reconocer" la dificultad que ha provocado la intervención. Para los que hacemos la intervención, esta contradicción es especialmente inquietante –podríamos también decir que con frecuencia es "irritante", "frustrante", o "incomprensible"– y la vivimos como una dificultad añadida, una gran dificultad. No es difícil darse cuenta de que para la familia esa contradicción es igualmente agobiante –y también podríamos añadir "frustrante", "irritante" o "incomprensible"– ya que se ven afectados o "invadidos" por una intervención sin sean capaces de ver la razón de la misma.

Hay otra expresión que también tiene una gran incidencia y representa otra gran barrera para la intervención: **"no tiene control del problema"** (nos referimos a la familia o a un usuario en particular). Es algo diferente a la "no conciencia del problema" pero igualmente bloquea la intervención: la familia reconoce el problema y quizás la necesidad de ayuda, pero su sentido extremo de falta de control nos impide la mínima colaboración que necesitamos para hacer algo productivo.

Y todavía podemos añadir un tercer "posicionamiento" ante la dificultad que resulta muy especial y complicado, ya que integra los dos anteriores y suele ser difícil de identificar y mucho más difícil de manejar: la persona a la que queremos ayudar se siente mal –amenazada, atemorizada, acusada, en riesgo– por el simple hecho de que nos acerquemos a ayudarla. Se trata de situaciones



en las que hay **una respuesta traumática a la relación de ayuda**; es frecuente en menores –pero también en adultos– que han sufrido daño emocional severo por abusos y violación o maltrato físico y psicológico severo.

Vamos a analizar qué hay debajo de esas respuestas contradictorias ante la dificultad que provoca nuestra intervención de ayuda. Y lo más importante, necesitamos unas directrices claras para diferenciar las causas de ese tipo de posicionamientos ante las dificultades y para orientar nuestra estrategia de intervención. **La figura 5.1** muestra esquemáticamente esas directrices que vamos a explicar en detalle.

Figura 5.1 Entender la posición de la familia ante la ayuda

Posición del usuario ante la dificultad	Tipo	Características	Directriz básica
No problema, negación "No tengo/ tenemos un problema"	No te reconozco, los profesionales sois el problema	Antagonismo relacional, defensividad, confrontación con profesionales	No amplificar el antagonismo, no crear una escalada confrontativa, encajar bien y contextualizar
	No entiendo esa necesidad	Asimilación, limitaciones, cultura de negligencia o maltrato, transmisión intergeneracional	Educar, apoyar, valorar la limitación de la familia
	No consciente, negación	Situaciones traumáticas, enorme dificultad de afrontamiento, mecanismo de defensa psi.	Analizar el nivel inconsciente, desde lo psicológico, contexto de trauma
No control, Ahogarse en el problema. "No podemos hacer nada"	Ya he/mos hecho todo	Impotencia, desamparo aprendido, burn out	Trabajar la auto-eficacia
	Son los otros	Atribución externa dentro de la familia, hacia otras personas, profesionales, instituciones	Trabajar la atribución con tareas y mentalización
Respuesta traumática a la relación de ayuda	Evitativo	Inhibición, escape, temor, rechazo	Medir la distancia emocional para evitar la intrusividad percibida
	Ambivalente	Si no me ayudas estoy mal, cuando me ayudas estoy mal	Constancia y estar ahí
	Desorganizado	Si mejora algo es malo, tengo que boicotear lo que pueda serme de ayuda, te mando o me someto	Trabajar en crisis perseverar

¿Cómo vamos a enfocar la comprensión de esos posicionamientos en la práctica? Además del esquema de trabajo que se describe en la figura 5.1 y que vamos a explicar en los siguientes apartados, es fundamental que siempre exploremos cómo experimentan los usuarios la dificultad que nosotros defini-

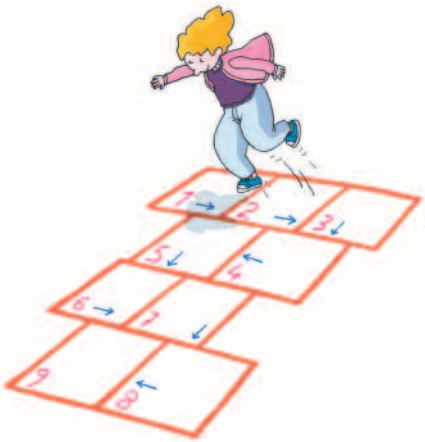
mos como riesgo. Y esa exploración va mucho más allá de lo que nos dicen (contenido) o de la primera respuesta aparente (reacción).

Estas son las preguntas esenciales que pueden guiar tu exploración. No son preguntas para realizarlas directamente a la familia de forma literal, sino más bien preguntas que tú tienes que responder a partir del conocimiento de la experiencia vital de la familia con la que trabajas:

- ¿Cuáles son sus creencias acerca del problema?
- ¿Cuáles son sus creencias acerca de lo que se necesita hacer con el problema?
- ¿Cuáles son sus creencias acerca de quién debe hacer qué cosas en concreto en relación con el problema?
- ¿En qué contexto de la experiencia vital de esta persona "tiene sentido" (es decir, es "razonable" o "legítimo") su actitud negativa hacia la ayuda que le ofrecemos?

Esas preguntas se pueden desglosar en otras más especificas que sí puedes hacer directamente a la familia:

- ¿Ves un problema en esta situación que esta ocurriendo?
- ¿En qué sentido lo consideras un problema?
- ¿Para quién de la familia es un problema y para quién no parece serlo?
- ¿Quién o quiénes es/son las personas preocupadas o las más preocupadas por el problema?
- ¿Cómo piensas que esto ha llegado a convertirse en un problema?
- ¿Cuál es tu idea o tu "teoría" particular acerca de las causas pasadas o presentes del problema?
- ¿En qué medida crees que tienes (o tenéis) control sobre esta situación problemática?
- ¿En qué medida crees que en algún momento del pasado tuvisteis control sobre la situación?
- ¿Piensas que en el presente hay algún ámbito (aunque sea pequeño) algún contexto o momento (aunque sea excepcional) en el que realmente tienes control y puedes manejar el problema?
- ¿Cuáles son para ti/vosotros los significados más importantes respecto a esta situación que nosotros definimos como problema?
- ¿Qué tipo de sentimientos, recuerdos, valores, añoranzas, están asociados en tu vida a la situación que nosotros definimos como problema?



• "No problema", negación o no reconocimiento de la dificultad.

En la práctica hemos aprendido a considerar tres factores que tienden a asociarse con una postura de no problema o negación: (1) antagonismo relacional; (2) no ver o sentir el problema; y (3) mecanismos de defensa inconscientes.

1. Antagonismo relacional, no te reconocen

A menudo, la actitud de «no tengo ningún problema» representa en realidad una indicación de que el usuario rechaza la definición del problema que otros identifican con él o ella. En ocasiones, la persona con la que tenemos que trabajar rechaza todo lo que interpreta como valoraciones negativas o acusatorias que provienen de diversas instancias ajenas (servicios sociales, protección a la infancia, justicia, educación, etc.); por lo tanto, llega a nuestro primer contacto experimentando el proceso de derivación como peyorativo o degradante. También puede ocurrir que lo que rechace sea la autoridad de la persona o sistema que se preocupa por él. Cuando esto ocurre suele estar relacionado con experiencias negativas con la autoridad (muy común en adolescentes pero también en adultos con dificultades sociales crónicas). El antagonismo relacional es especialmente probable cuando un sistema externo a la familia prescribe la intervención como una condición para algún resultado deseado: sustituir un ingreso ordenado por medida judicial por la participación diligente encuentra intervención; o evitar la tutela de los hijos mediante el cumplimiento de nuestro programa de intervención.

2. No ver o no sentir el problema, no entienden la necesidad

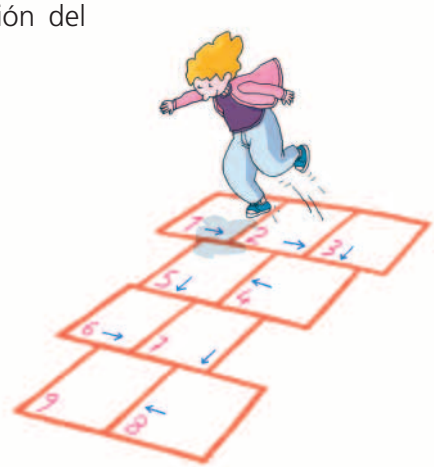
Inevitablemente vamos a trabajar con familias que han estado expuestas a un nivel de negligencia o conflicto tan alto durante tanto tiempo que, legítimamente, no reconocen lo que nosotros (que podemos considerarnos la comunidad "normalizada") consideramos como «comportamientos de riesgo» evidentes. Por ejemplo, es difícil trabajar con familias "infectadas" de conflicto y que están casi siempre al borde de la violencia, que «no ven ningún problema» en ello porque han pasado toda su vida (incluida su infancia) en una especie de microcultura en la que el conflicto era la norma. Si tenemos la oportunidad de explorar la historia de estas familias encontramos que en ellas los conflictos extremos son frecuentes, no solo en las historias personales de los padres, sino también en sus familias de origen o en varias generaciones. Por ello, cuando un caso se complica aún más por la exposición o la participación de niños menores de edad en conductas agresivas, no es de extrañar que los padres no sean capaces de ver los riesgos que nosotros estamos señalando como riesgo moderado o incluso grave.

La negligencia que no la familia no ve es también muy frecuente.Trabajar con familias que viven en comunidades empobrecidas en las que los déficits socioeducativos son la norma nos ha enseñado que casi siempre la familia niega la negligencia como una razón legítima para nuestra intervención. En estas situaciones, el que nosotros presentemos evidencia documentada de que la negligencia se ha producido y ha generado daños no suele mejorar la respuesta de la familia, incluso a veces la empeora. Una forma de acercarse a estas familias es explorar, con empatía, las historias de vida de los padres o cuidadores a fin de comprender la experiencia personal de su infancia. En una mayoría de casos, dicha historia muestra que cuando eran niños, los actuales padres fueron desatendidos, víctimas de abuso o maltratados por sus propios padres. Escuchar las historias de vida de los padres puede ayudarnos a comprender la dificultad que tienen para reconocer la necesidad crítica de ayuda. Y es la vía más eficaz de generar una implicación inicial del usuario de nuestra intervención.

La clave para entender la contradicción en la que se inicia nuestra intervención es esta: la familia, los padres o cuidadores, deben cambiar las conductas calificadas de riesgo o negligencia; pero esas conductas forman parte de su vida habitual, son la norma para ellos. Hemos de partir desde este axioma.

No podemos tampoco generar un estereotipo rígido basado en asociar la negligencia a condiciones sociales desfavorables. La negligencia parental y afectiva se camufla muchas veces en contextos aparentemente positivos. También el abandono se transmite de forma transgeneracional en familias de clase media y adineradas. Cuando los padres, siendo niños, han recibido una atención negligente por parte de sus propios padres (no han pasado tiempo con ellos, no han generado apego, no han compartido afecto) o han vivido en un ambiente crónico de conflicto (discusiones, sarcasmo, descalificaciones como algo habitual) es probable que tengan dificultad para entender que nosotros estamos señalando ese conductas como riesgo en la crianza de sus propios hijos.

La falta de reconocimiento de los problemas también puede constituir un reflejo de la etnia de la familia, ya que las normas basadas en la cultura en cuanto al matrimonio y la crianza de los hijos difieren ampliamente. Por ejemplo, el comportamiento que se considera normativo en algunas culturas, como el castigo corporal de los niños o el matrimonio concertado de jóvenes adolescentes, no s aceptable en la nuestra y de hecho es razón para iniciar una intervención. Nuestra valoración del riesgo no va a variar porque las conductas que la sustentan se produzcan en una cultura que acepta dichas conductas, pero sí hemos de tener en cuenta el contexto cultural a la hora de diseñar la intervención, procurando generar el cambio desde el conocimiento de la visión del mundo de la cultura con la que trabajamos.



3. No consciente, mecanismo psicológico de defensa

En algunos casos, la negación de un problema «evidente», que provocó el inicio de nuestra intervención, tiene sus raíces en un mecanismo de defensa inconsciente. ¿Cómo podemos llevar a esta conclusión? La existencia de acontecimientos traumáticos presentes o futuros que son obviados o minimizados por la familia es una clave importante. También comprobar que el entorno cercano puede reconocer situaciones graves que el usuario pasa por alto a pesar de que sufre sus consecuencias. Por ejemplo, una persona que se encuentra en dificultad desde el fallecimiento de un familiar o cuidador y vive como si es persona fallecida estuviese presente o bien nunca hubiese existido. O bien una persona que está sufriendo la agresividad o el abuso de alguien que quiere o al que necesita mucho y niega o minimiza daño que le hace. También una persona que nos ofrece una "racionalización" absurda, cambiante, inconsistente, para explicar su sufrimiento o sus carencias; especialmente si esa "racionalización" está contaminada de mucha ansiedad o emociones muy fuertes contenidas o no reconocidas.

No tenemos que asociar directamente la "negación" inconsciente con un trastorno psicológico grave. A veces la conducta de negación se activa especialmente ante nuestra presencia, es decir, ante el contexto de intervención porque puede resultar especialmente amenazante o inseguro para el usuario.

El axioma que no debemos olvidar en estos casos es este: No te olvides de que nuestra intervención representa una presión para que la familia o el usuario enfrente situaciones muy dolorosas que pueden exceder su capacidad de afrontamiento. Y por lo tanto, debes evitar crear un círculo vicioso con las familias en negación. Ese círculo vicioso es sencillo de identificar: cuanta más presión ejerces para que los usuarios reconozcan sus problemas, más tienden a aumentar su resistencia —consciente o inconsciente— negando el problema.

En resumen, la posición de "no problema" o negación representa una respuesta natural a la tensión y la presión aplicadas por otros, incluidos nosotros que somos profesionales con la mejor intención. Para evitar quedar atrapado en el círculo vicioso que hemos descrito y ser eficaz, tu intervención debe (1) evitar la confrontación, (2) mostrar mucho interés en conocer la historia de vida que sustenta la perspectiva que tiene la familia sobre el problema, (3) definir el problema desde la perspectiva mas cercana a la cultura de la familia, y (4) no obviar posibles respuestas traumáticas inconscientes que explican la negación o minimización que muestra el usuario.

• Posición de "no control", ahogados en el problema

Con frecuencia tenemos que lidiar con un sentimiento de dependencia o bien de impotencia-desamparo que boquea la colaboración de la familia. Fami-

lias abrumadas que aparentemente han perdido toda fe en su capacidad para sobrellevar y resolver sus problemas. Esta actitud tiene una gran riesgo para los profesionales: es contagiosa y podemos nosotros perder prematuramente la fe en las posibilidades de la familia o incluso en nuestra propias posibilidades de ayudar. Lo importante es entender la posición de la familia, las claves de su perdida de control, y aceptar el desafío de devolverles la capacidad que les corresponde.

1. Desamparo, ya lo hemos hecho todo

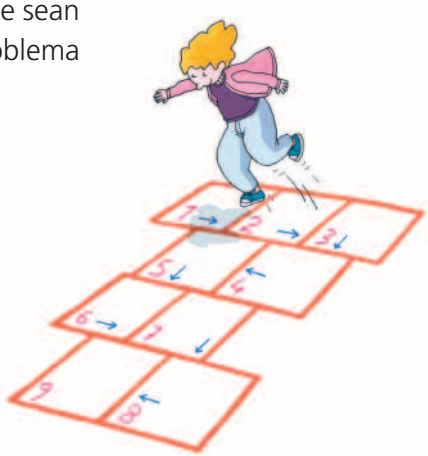
Seguro que has tenido muchas ocasiones de escuchar esto de una familia con la que trabajas: «No podemos hacer nada más», «Ya lo hemos intentado todo», «No importa lo que yo pienso, harán lo que quieran». Pues bien, lo importante es qué respondes tu a esa posición de la familia. Puedes hacer interpretaciones también derrotistas o bien mostrar la energía suficiente para explorar de dónde viene ese desamparo o cansancio extremo.

En muchas ocasiones vas a descubrir con facilidad que otros profesionales ya han hecho todo lo que estaba en su mano para convencerlos de que "pueden y deben" abordar sus problemas; seguramente han tenido mucha presión para aceptar ayudas diversas, quizás de forma insistente o incluso amenazante. Así que la primera directriz que no debes olvidar es: no hagas más presión porque esa vía ya está muerta. Seguramente cuanto más magnifiques la urgencia de sus problemas y más presiones a la familia para que hagan algo al respecto, más responderán ellos con impotencia y desesperanza. Y si llega un momento en el que tu tono de voz está teñido de frustración e impaciencia, la respuesta de la familiar será con toda probabilidad defensiva o evitativa.

¿Qué hacer entonces? Es importante explorar a fondo: (a) lo que no fue útil o resultó frustrante en experiencias previas de intervención profesional, (b) la historia de la búsqueda infructuosa de la familia para encontrar una solución al problema, y (c) la posible existencia de un temor traumático a cualquier situación que pudiera generar más conflictos familiares o violencia, más frustración. A partir e ahí debes centrarte en construir auto-eficacia en la familia, es decir, intervenciones pequeñas y que puedan asumir con éxito, ir despacio, ofrecerles ayuda siempre condicionada a que ellos te ayuden un poco a ti, buscar con la paciencia de un arqueólogo los recursos enterrados de la familia para sacarlos a la luz y rehabilitarlos.

2. Atribución externa, el problema es otro, los otros

En ocasiones, el ahogamiento de la familia no se presenta tanto en forma de desamparo o cansancio sino en una atribución externa rígida sobre los problemas y sus soluciones. La familia siempre tiene una solución a todo: que sean otros los que se ocupan, responsabilizan, hacen cosas. O bien: el problema



existe pero no son ellos sino alguien que no está o no puede hacer nada. Esta atribución externa es, sin duda, un mecanismo evitativo y defensivo. No es razonable y en muchos casos no es racional. Y resulta irritante para los profesionales; en casos muy extremos podemos llegar a sentirnos burlados.

De nuevo, la clave de la eficacia de la intervención estriba en nuestra capacidad para dar una respuesta correcta. No sirve de nada la insistencia y puede crear –al igual que en el caso de la negación– un círculo viciosos en el que cuanto más señalamos nosotros la responsabilidad de la familia, más ésta señala hacia otra parte.

La clave aquí es ayudar a cambiar la atribución externa por atribución interna, es decir, reconocimiento de que el usuario tiene capacidad de modificar las cosas. Es una estrategia similar a la que hemos mencionado de creación de auto-eficacia. Pero en estos casos el foco está en metalizar a los usuarios de su influencia en los cambios positivos que pueden aparecer. Hay mucha investigación sobre como se crea un estilo de atribución externo (las causas son ajenas a mí) o interno (yo tengo influencia significativa en lo que ha pasado y pueda pasar) pero en el ámbito de la intervención tenemos dos vías para ayudar a cambiar de actitud a las personas con las que trabajamos: ayudarles a reconocer su influencia positiva en la vida de la familia y mostrarles lo que pueden hacer a través de ejemplo y tareas cotidianas muy pequeñas que dependen totalmente de ellos.

• Posición de "respuesta traumática a la relación de ayuda"

En el capitulo 10 de esta Guía hablamos de "la enfermedad invisible", es el trauma relacional que condiciona totalmente las respuestas de una persona que hay sufrido maltrato severo, especialmente abusos físicos y psicológicos por parte de un padre o ser querido en el que se había depositado la confianza más esencial. Es importante comprender adecuadamente com afecta el trauma relacional a la persona, en cualquier edad pero muy especialmente en la infancia, para diseñar intervenciones eficaces. Pero aquí queremos adelantar algo que también es de suma importancia: el trauma relacional genera una desconfianza básica ante cualquier relación cercana que implique apertura, confianza y afecto. Y la relación de ayuda profesional de una educadora, psicóloga, terapeuta, o cualquier otra figura de apoyo personal y familiar, pueden vivirse como una amenaza. Es algo paradójico (ya lo hemos comentado en la sección 4.4 de esta Guía) pero constatado tanto en estudios cualitativos como en nuestra práctica trabajando con menores y adultos que han vivido situaciones traumáticas: la simple oferta de ayuda, el acercamiento para tratar de ayudar en las

secuelas o situaciones de riesgo relacionadas con experiencias traumáticas suele desencadenar una respuesta de temor, defensividad, evitación, o rechazo.

Si tienes que trabajar con familias en las que hay un historial traumático grave o un trauma crónico continuo, has de partir de una idea imprescindible: formar una alianza fuerte va ser tan difícil como imprescindible. Estas son dos pautas a seguir que pueden facilitarte el trabajo inicial:

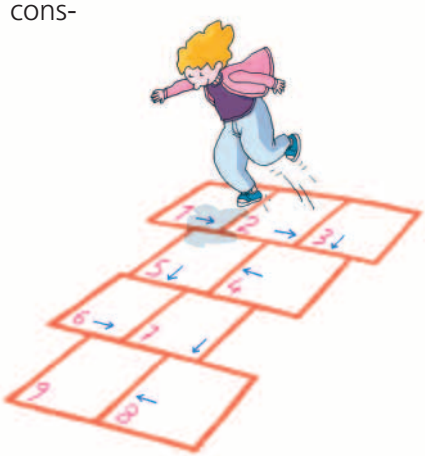
1. Aceptar las contradicciones de la respuesta traumática

Como hemos dicho, la respuesta de un usuario a la relación de ayuda puede parecer contradictoria, es decir, cuando la relación es cercana y apunta a cierto compromiso el usuario puede sentirse amenazado, incluso hasta el punto de «boicotear» la intervención o intentar destruir, en apariencia, la base de la confianza ya establecida contigo. Si eres capaz de reconocer a tiempo la necesidad de distancia o enfriamiento de la relación por parte del usuario, puedes evitarse reacción negativa. Tienes que ir, por lo tanto, muy despacio. Necesitas darte cuenta de su respuesta emocional, estar alerta sobre sus reacciones para así ayudarle a entender que su distanciamiento de la relación de confianza y personal contigo constituye una respuesta "natural" al hecho de haber vivido experiencias traumáticas en la relación con otras personas también cercanas y «afectuosas».

2. Adaptarse al estilo de apego del usuario

En el capitulo 10 (sección 10.5) de esta Guía explicamos cómo puede ayudarnos la teoría del apego en la intervención familiar. Y también planteamos la necesidad de que el profesional e la intervención se adapte al estilo de apego cuando trabajo con usuarios que tienen un trastorno relacionado con el apego. La respuesta más traumática a la relación de ayuda suele ser la de aquellas personas que tienen un estilo de apego desorganizado porque han sufrido abusos extremos. Cuando trabajas con una persona que ha sufrido ese tipo de daño emocional notarás que se siente amenazada por la manera en que evita el contacto visual o responderte cuando muestras empatía y te interesas por su sufrimiento.

No es sencillo adaptarte al estilo de apego de la persona con la que inicias una intervención. En general (como verás en capítulo 10) has de calibrar continuamente la distancia y la intensidad emocional de tu relación de ayuda profesional. En ocasiones debes mantener la distancia por encima de lo que tu impulso de ayuda te dicta. En oros casos tienes que mantener una presencia constante y estable que contrasta con la volatilidad de tu usuario. La clave de una buena intervención es poner una atención especial a la seguridad emocional que necesita una persona vulnerable para establecer una alianza de trabajo contigo. Es decir, tienes que mostrar a la persona traumatizada un nivel constante de atención y preocupación para reducir sus temores.



5.5 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. La tarea de crear colaboración es una parte esencial del proceso de intervención y no debe vivirse como un desajuste del programa de la familia.
2. No es difícil reconocer actitudes iniciales de tipo "demandante" (bien en tono de queja, señalamiento, acusatorio o víctima), "visitante" o "rehén"; también podemos detectar actitudes de "familia fugitiva"; las actitudes iniciales de tipo solícito o responsable son las mejores para una relación de apoyo, pero menos frecuentes.
3. En muchas ocasiones todas las tipologías de actitud inicial aparecen combinadas en diferentes miembros de la familia, componiendo un complejo sistema de interacción.
4. En ocasiones, el proceso de interacción recorre inicialmente tipos de relación inicial desde las menos propicias hasta conseguir una relación adecuada (por ejemplo, comenzando con una actitud fugitiva o de rehén y pasando por actitudes de demandante hasta llegar a una relación de cliente responsable). Lo que ha de considerarse problemático es recorrer esos cambios en la dirección contraria (de más a menos colaboración).
5. Las principales razones que explican actitudes iniciales no colaboradoras son (a) el propio conflicto interno de la familia o su situación desestructurada, (b) la desconfianza basada en sus experiencias pasadas o presentes con otros servicios, y (c) el impacto de las medidas de retirada de los hijos.
6. Las directrices generales ante actitudes iniciales no responsables son: (a) aceptar su postura y no hacer intervenciones que aumenten la presión que genera rechazo, (b) mostrarse comprensivo e interesado en sus emociones negativas, (c) buscar en la familia (pasado, presente o futuro) aspectos sobre los que resulte posible conversar, y (d) combinar una buena disposición de ayudar con firmeza en cuanto a las obligaciones del programa.
7. Entender la posición de la familia ante la situación de riesgo o el problema que trabajamos es un requisito imprescindible para profundizar y clarificar esa expresión tan genérica como improductiva de "la familia no tiene conciencia del problema". Pueden diferenciarse tres tipos de posicionamientos contradictorios del usuario ante las dificultades que motivan nuestra intervención: (1) no tengo un problema –negación–; (2) no tengo control sobre el problema –ahogamiento, desamparo–; y (3) respuesta traumática a la relación de ayuda –cuando la ayuda evoca situaciones vividas de daño emocional–. Sobre el posicionamiento de "no problema" es importante diferenciar

si se trata de una respuesta de tipo (a) antagonismo relacional con los profesionales, o (b) basada en no por ver la necesidad o dificultad por haber vivido siempre en ella, o bien (c) un mecanismo de defensa psicológico asociado a una vivencia traumática.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Escudero, V. y Friedlander, M. (2019). *Empoderando a través de la Alianza: Una formulación práctica*. En Escudero y Friedlander (2019). Alianza Terapéutica con Familias. Editorial Herder.
- Junta de CyL (2000). Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil. Valladolid, Junta de CyL.

5.6 Observa y prueba: "Cómo llegar a Amelia"

Vamos a ofrecerte la descripción de actitudes iniciales que confluyen en una familia ante la intervención. Seguramente las dificultades que se presentan en esta familia pueden ayudarte a evocar situaciones similares que tú conoces con mucha más profundidad y detalle. Así que vamos a pedirte que leas la descripción de la situación de esta familia y después respondas a varias preguntas que verás más abajo:

Componentes y edad de la familia
Hija: Isabel (6)
Madre: Amelia (31)
Padre: Juan (40)
Abuela paterna: Soledad (66)
Tía paterna: Aurelia (38)

Dificultad y antecedentes.

Isabel vive con su madre, Amelia, que tiene la custodia, desde que sus padres se separaron hace 3 años. Sigue teniendo visitas quincenales con su padre, Juan, aunque la relación de éste con su madre es muy conflictiva y siempre discuten (los antecedentes de la separación incluyen una denuncia de Amelia a su marido por agresión). La situación se ha complicado hace un año porque Juan tuvo un accidente de coche: tiene que usar una silla de ruedas y ha tenido dos operaciones en su garganta y apenas puede hablar. El pronóstico médico prevé que tardará dos años en recuperar movilidad y sólo parcialmente el habla. Cuando Isabel visita a su padre, suele estar con su abuela Soledad y con su tía Aurelia, que se ocupan del cuidado de Juan.

En los últimos seis meses, la abuela y la tía informaron a los servicios sociales de la lamentable situación económica de Amelia, y de cómo esto estaba dañando mucho a la vida de Isabel. Informaron que Amelia no tenía desde hace tiempo ningún tipo de ingreso y que "vivía de los hombres", exponiendo a Isabel a ese tipo de vida. También explicaron que Juan quería denunciar esta situación para que se apartase a Isabel de su madre.

El expediente del caso acumula mucha información sobre los riesgos para Isabel por el tipo de vida de la madre: amistad con dos hombres, que en su entorno vecinal se interpretaba como una forma de prostitución aunque no hay en realidad evidencias y la información es bastante confusa, desorden en la casa y en los horarios de la niña, y una actitud defensiva y evasiva con los profesionales de los servicios sociales. La conducta de Isabel también indica un nivel alto de tensión y en la escuela, además de encontrarla últimamente más cansada y alterara, han tenido que corregir en ella una manía de auto-frotamientos con objetos que parecen de tipo sexual.

Observaciones de las entrevistas iniciales (una con Amelia e Isabel y otra con Juan, Soledad y Aurelia):

La relación de Isabel con su madre parece que se caracteriza por un vínculo muy fuerte. Isabel se niega a hablar de aspectos que atañen a su madre o al tipo de cosas que hace o deja de hacer su madre. Es llamativo que a su edad tenga esa actitud tan evidente de proteger a su madre, y no hay signos de que lo haga por temor, parece lealtad. Le ofrecemos elegir unos juguetes o cuentos para entretenerse mientras hablamos a solas con su madre pero se muestra reacia y no coge nada hasta que su madre lo hace por ella.

Hablamos con la madre, Amelia, sin Isabel presente y reconoce que está pasando por dificultades y echa la culpa a Juan y a todas los desprecios que este le hizo cuando vivían juntos y a la falta de apoyo desde que se separaron. Niega muy enfadada las acusaciones de usar las relaciones con hombres para ganarse la vida, pero reconoce que necesitaría ayuda económica para dedicarle más tiempo a su hija, y también para poder estar más feliz con ella. Afirma que su hija es lo más importante en su vida y que no podría vivir sin ella, todo lo hace por su hija. Le parece injusto que tenga que dar explicaciones, se siente acusada por la familia de Juan y dice que quieren simplemente quitarle a su hija a pesar de que ella nunca les ha negado ver a Isabel. Nos dice que no necesita ninguna ayuda y cuando le preguntamos acerca de su situación económica responde que "es cosa mía y me las arreglare como siempre he hecho". Terminamos la vista intentando poner una cita en su casa, pero no quiere y aduce muchas excusas en tono impaciente y con na hostilidad contenida.

Juan tiene una dificultad grande para comunicarse por las secuelas del accidente, y sus reacciones emocionales también son muy volubles. Su madre y hermana no le han contado mucho sobre los problemas de Isabel porque cree que le puede afectar negativamente.

La abuela y la tía de Isabel minimizan todo el conflicto que tuvieron los padres de Isabel antes de la separación y cómo pudo y puede afectarle ese conflicto tanto a Isabel como a Amelia. "Amelia exagera mucho porque le interesa", "Isabel es una niña feliz cuando está con nosotros", afirman. También minimizan las dificultades de comportamiento de Isabel que se han detectado en la escuela, dicen que habría que cambiarla a una escuela en la que no le afecte la mala fama de su madre. Nos cuesta mucho que ellas se centren en las necesidades de Isabel porque están furiosas por "la maldad de la madre" y nos preguntan por la urgencia de impedir que Isabel siga con su madre hasta que ésta "cambie de vida". Ellas quieren colaborar "en lo que haga falta para que la niña no tenga que pasar por lo que está pasando con su madre".

1. Clasifica la actitud inicial ante la intervención de los miembros de la familia según los tipos descritos en este capítulo. Traza una línea desde cada nombre al tipo de actitud que le corresponde y anota los indicadores claros por los que tomas la decisión.

Familiares	Actitud	Indicadores de la actitud
Isabel Amelia Juan Soledad y Aurelia	Solicita Demandante Visitante Rehén Fugitiva	

2. ¿Qué tipo de posicionamiento ante el problema tienen Amelia y Soledad/Aurelia? Traza una línea para elegir el tipo de posicionamiento y anota en qué observaciones de apoyas para hacer esa interpretación.

Familiares	Posicionamiento	Tipo	En qué observaciones me apoyo
AMELIA	No problema, negación "No tengo/tenemos un problema"	No te reconozco, los profesionales sois el problema	
		No entiendo esa necesidad	
		No consciente, negación como mecanismo de defensa	
SOLEDAD Y AURELIA	No control, Ahogarse en el problema "No podemos hacer nada"	Ya he/mos hecho todo	
		Son los otros	
	Respuesta traumática a la relación de ayuda	Evitativo	
		Ambivalente	
		Desorganizado	

3. Vamos a centrarnos en Amelia. Intenta describir en qué contexto de vida, en qué tipo de experiencia acumulada por Amelia resulta "razonable" (queremos decir entendible, que le da sentido, que la hace explicable) su posicionamiento y actitud inicial. Es decir, se trata de que escribas una hipótesis acerca de qué ha llevado a Amelia a reaccionar de este modo ante la intervención. Pero ha de ser una hipótesis que no la culpabilice sino que resulte comprensiva.

4. Escribe y después ensaya cómo le dirías a Amelia que comprendes su actitud y que esperas que la pueda superar para que la ayuda que le ofreces a ella e Isabel sea realmente útil. Por lo tanto, tienes que escribir una intervención verbal que podrías dirigir a Amelia para ayudar superar la dificultad inicial.

6 Construir metas y objetivos

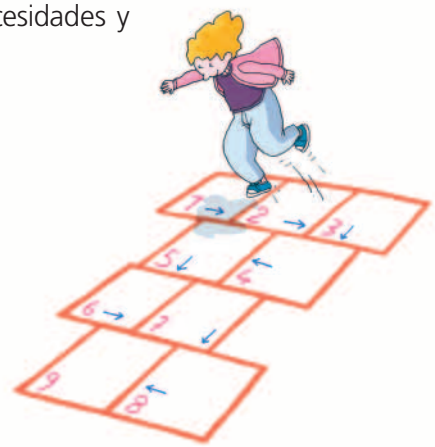
Guía práctica para
la intervención
familiar

Obviamente una de las tareas fundamentales del proceso de intervención consiste en establecer metas y objetivos. Esta tarea marca los cambios y transformaciones imprescindibles para conseguir y estabilizar un ambiente familiar adecuado para el desarrollo social y afectivo de los menores. El establecimiento de objetivos se basa en un buen conocimiento y desarrollo del proceso (Capítulo 8), en la creación de un contexto de alianza de trabajo (Capítulo 4) y en la valoración adecuada de la estructura que mantiene el problema (Capítulo 3).

En este capítulo vamos a describir una forma sencilla de proceder con los objetivos de intervención en la práctica. Es una formulación que se basa en un instrumento denominado Escalas de Consecución de Metas (ver Cuadro-resumen) adaptado al contexto de intervención familiar en servicios sociales y de protección a la infancia. Hay otros tipos de procedimientos que siguen una filosofía similar; la definición de objetivos se plasma siempre en los procedimientos del plan de intervención. Lo que pretendemos en esta Guía es ofrecer una herramienta flexible y sobre todo las directrices que han de guiar esta tarea.

6.1 ¿Quién define el problema?

No obstante, hemos de abordar previamente la principal dificultad que nos encontramos en el trabajo de definición de objetivos en el contexto de la intervención en servicios sociales. Las metas y objetivos concretos de cambio en la intervención se basan en un reconocimiento –explicito o implícito– de necesidades y



dificultades por parte de la familia. El problema estriba en que en muchas ocasiones la definición que hace la familia de la situación que ha dado lugar a la intervención, incluso cuando la relación con los profesionales del equipo no es mala, dificulta la definición de objetivos.

Éste es un ejemplo de cómo se percibe y se expresa esta dificultad por parte del profesional cuando bloquea el trabajo técnico:

> *La dificultad de establecer objetivos con las familias puede llegar a crear una sensación de estancamiento en nuestro trabajo. Cuando intentamos definir objetivos nos encontramos con familias que parece que no deberían estar allí, que no*

pueden beneficiarse de nuestro servicio. No es sólo que algunos miembros de la familia tengan una posición de "visitantes", estamos preparados para trabajar la demanda en ese sentido, es que según ellos ***no tienen ningún problema****. Y obviamente nuestro equipo tiene en ocasiones un expediente repleto de valoraciones de riesgo que indican claramente la existencia de problemas.*

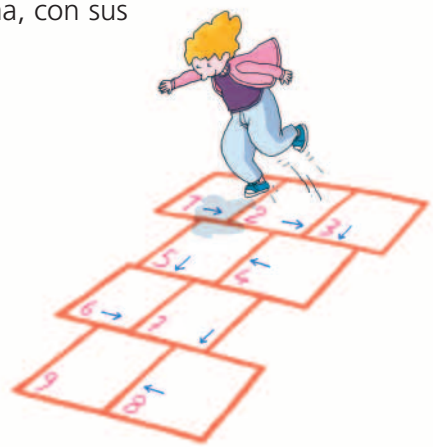
Esta dificultad choca aparentemente con un modelo de trabajo orientado a conseguir alianzas con los usuarios y con la idea de considerar a la familia como el cliente de la intervención. La paradoja del profesional es que en estos casos se encuentra en un contexto en el que sus "clientes" no responden como tales.

La postura que muestran los teóricos receptores de nuestros servicios, por ejemplo una actitud de visitante o de rehén (Capítulo 5), está relacionada con las creencias que tienen sobre el problema y estas creencias pueden en ocasiones bloquear el trabajo sobre objetivos.

Creencias y conductas conforman un matrimonio estable y muy unido: incluso cuando se llevan muy mal no dejan de machacarse pero no se disuelven. ¿Qué piensan sobre el problema? ¿Es un problema? ¿De qué tipo? ¿Quién lo define? ¿Cuándo, para ellos, el problema es un problema? ¿Y cuándo deja de serlo? ¿Quién tiene el derecho o el deber de decidir si hay que hacer algo y qué hay que hacer?

Lo esencial ante este tipo de dificultades es que hay que construir un marco nuevo de trabajo con la familia, pero no descalificar frontalmente la creencia o posición inicial de la familia. Mucho se ha hablado de la importancia del "reconocimiento del problema" en los usuarios de los programas de ayuda psicológica o educativa en el marco de los servicios sociales. Pero si nos atenemos a esa expresión, *reconocer el problema*, debemos ser prudentes, ya que parece indicar que el problema es uno absolutamente unívoco, objetivo y medido, que no hay otras visiones o versiones alternativas del problema, y que lo que el receptor de nuestra intervención tiene que hacer es simplemente aceptar que nosotros definimos el problema y que nuestra definición no tiene discusión alguna. De ahí a pensar que la solución también la tenemos nosotros y que la familia no tiene mucho que decir y debe someterse sin más a nuestra decisión sólo hay un paso.

No cabe duda de que cuando se ha detectado una situación de riesgo y hay que asumir una responsabilidad social esto tiene que ser así, es el sentido de las políticas sociales y de protección. Pero si ofrecemos ayuda a la familia para que cambie, tenemos que contar con ella, con su visión del problema, con sus



recursos, con sus reacciones emocionales ante el sufrimiento y con sus reacciones ante nuestra propia intervención. ¿Qué hacer entonces? ¿Qué directrices pueden ser útiles? Hay varias pautas que pueden ser útiles y que nos permiten desbloquear un trabajo orientado a la definición de objetivos con la familia, pero es necesario aclarar previamente quién es el "cliente" en los programas de intervención familiar en el marco de los servicios de protección al menor.

Los equipos técnicos de intervención familiar, incluso cuando son entidades o fundaciones independientes que trabajan para los departamentos oficiales de protección, tienen a la dirección de esos departamentos como "clientes". Las instancias oficiales, que tienen los atributos legales y la responsabilidad de aplicar medidas de protección, son las que ejecutan las políticas sociales y de protección que se materializan en programas de intervención particulares. Un equipo de intervención que trabaja directamente con los niños y las familias tiene a esas **instancias oficiales como cliente, y a las familias como usuarios o receptores** de la intervención. Eso hace que en muchos aspectos, sobre todo al principio del trabajo con cada familia, sea interesante tomar en cuenta que hay un elemento de "mediación" en el trabajo de un profesional de este tipo.

Al equipo profesional en el que trabajas le ha pedido tu cliente (la dirección de los servicios de protección) que ayudes a solventar dificultades serias a esta familia (potencial usuarios de tu servicio). Esta oferta es perfecta cuando la familia está de acuerdo en que necesita de ese tipo de ayuda, pero requiere un trabajo inicial, una negociación de condiciones y términos de trabajo cuando no hay una acuerdo por parte de la familia. La **figura 6.1** representa esta definición de la condición de usuario y cliente.

Figura 6.1 Posición de "intermediación" de los equipos en las fases iniciales del trabajo con algunas familias

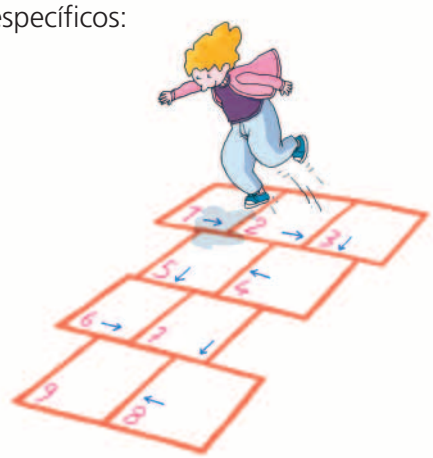
6.2 Construir el problema con la familia

El objetivo de un trabajo eficaz pasa por convertir a las familias en auténticos clientes una vez que el contexto de lealtad hacia las exigencias legales del sistema de protección se han clarificado y no crean recelos entre la familia y los profesionales encargados de la intervención familiar. Estas son algunas directrices para orientar el trabajo con familias o personas que al inicio de la intervención presentan una posición de "no tenemos un problema" o "tenemos un problema, pero no podemos hacer nada":

Si la familia parte del paradigma de **"no tenemos un problema"** o bien **"nuestro problema es otro"**:

- Lo más importante es **no reforzar o amplificar** ese planteamiento, por ejemplo, insistiendo en si lo tienen, presentando pruebas. Pon mucha atención a no crear patrones que consigan lo contrario de lo que pretenden, es decir, patrones que mantienen o amplifican el problema; no insistas en lo que otros profesionales han hecho ya sin éxito.
- **Conectar con las personas**, céntrate en conocer su forma de vida, **su historia**, el cómo han sucedido las cosas para que se vean en una situación de intervención por parte de los servicios de protección (Capítulo 4 creación de Seguridad y Conexión Emocional).
- Esto es lo más difícil: tienes que **"Crear" un problema**, conectando las demandas de Protección con alguna necesidad o preocupación de la familia, es la mejor forma de empezar. Tienes que encontrar algo que "preocupa" a la familia y que es significativo y coherente con el análisis de factores de riesgo y protección que estáis haciendo (Capítulo 3). No son aceptables preocupaciones intrascendentes pero tampoco tiene sentido comenzar imponiendo objetivos que son rechazados por la familia.
- No te "enredes" demasiado en el pasado, en lo que se hizo o se dejó de hacer, trabaja dibujando un cambio para la familia basado en la **proyección al futuro y en objetivos escalonados** (explicado más abajo en este capítulo).

Si en la forma de expresarse la familia en relación al problema que suscitó la **intervención** se transmite que la familia está más bien dentro del paradigma de creencias que hemos denominado **"no se puede remediar"**, las directrices tienen algunos aspectos comunes y otros específicos:



- También en este caso, como en casi todas la situaciones de inicio, lo más importante es **no reforzar o amplificar** ese planteamiento, por ejemplo, **insistiendo** en que si quieren se puede hacer mucho, en qué deben hacerlo, etc.
- Conectar con las personas, y en este caso tienes que **escuchar con respeto e interés su historia de resignación y desamparo**, pero sin dejar por un momento de hacerles ver que "es normal que ellos se sientan así, es la respuesta lógica después de tantos (o tan graves) problemas, pero nosotros estamos acostumbrados a remontar ese tipo de situaciones".
- Si la persona o familia se siente "víctima" (por ejemplo, los padres de un adolescente muy problemático que les ha generado muchos conflictos), debes **intentar que se sientan ya como "pacientes" o "convalencientes"** (dejarse cuidar, hacer caso de las indicaciones y consejos, etc.) como paso previo a que se comprometan poco a poco como "clientes" (participación activa en el cambio).
- Cuando sea posible **asume una parte de responsabilidad y a cambio pídeles otra pequeña responsabilidad y compromiso** a ellos. Por ejemplo, "*nosotros (el equipo profesional) vamos a mediar en que Juan (el adolescente) entre en un recurso que alivie a la familia (un curso de capacitación, un centro de día, etc.), pero necesitamos que vosotros (la familia, la madre, etc.) acudáis a las citas que programemos (o participéis en un grupo de familiares, llevéis a los niños, etc.)*". **Es muy importante que el tono de esta "transacción"** sea de establecer un compromiso de ayuda y que por lo tanto no sea interpretado por la familia como un tono de "chantaje".
- También en estas situaciones hay que centrarse más en el futuro que en rememorar el sufrimiento pasado o presente, generar **optimismo trabajando hacia el futuro y con cambios escalonados**.

Cuando nos encontramos en la situación de mayor antagonismo y conflicto, aquella en la que la familia se presenta bajo el paradigma de **"vosotros** –los servicios sociales y de protección– **sois nuestro problema"**, éstas son algunas directrices de utilidad:

- **Evita a toda costa entrar en escaladas** de conflicto con la familia, pon atención al trabajo que debes hacer con clientes que tienen una actitud inicial de "rehenes" o familias "fugitivas" (ver estas directrices en el Capítulo 5).
- **Explora cuáles pueden ser las causas del antagonismo** mostrado: el conflicto y desestructuración que sufre la familia, su experiencia

negativa con otros servicios, el impacto de medidas coercitivas de separación; habla de esto si es posible con la familia.

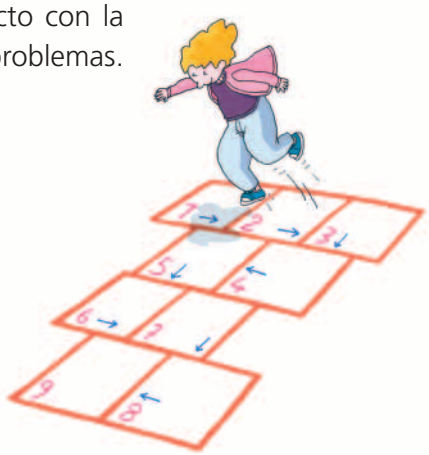
- Tienes que mantenerte en **buena disposición de ayuda haciendo ver que "es frecuente" y "entendible" su postura**, aunque no debes permitir faltas de respeto y tu compromiso con las medidas de protección no debe dejar dudas.
- Tienes que **"crear" un problema o un "dilema"** que dé comienzo a la intervención; por ejemplo: ofrecer ayuda a la familia **para demostrar** que en realidad sí pueden hacer las cosas bien (mediar entre ellos y las denuncias), o hacerles ver que pueden hacer compatible el defenderse del trato injusto (mediante reclamaciones legales o administrativas, etc.) con una aprovechamiento de nuestros servicios para mejorar la situación (siempre que no nos utilicen como argumento en otro tipo de reclamaciones).
- El aspecto de la conexión emocional con el usuario, **que se sientan emocionalmente entendidos** en la expresión de rabia e impotencia, es un elemento crucial.
- También en estas situaciones hay que centrarse más en **el futuro** que en rememorar o juzgar lo que la familia puede considerar injusto o erróneo.

6.3 Técnicas para definir metas de la intervención

Bajo la guía de las directrices señaladas para aquellas situaciones en las que las creencias sobre el problema complican la definición de metas de la intervención se pueden abrir posibilidades de definición de objetivos. La forma de proceder con los objetivos prácticos de la intervención, aquellos que van a guiar las actuaciones técnicas, es muy importante. Una forma eficaz de proceder consiste en identificar los problemas o necesidades de cada familia y trabajar con ella para consensuar los cambios y logros necesarios y deseables.

Es muy importante que la definición de metas no sea una imposición, y es fundamental que sea algo que se hace para y con la familia. Por esta razón, el proceso de identificación de problemas y necesidades y el establecimiento de una escala para evaluar la consecución de metas no es en absoluto una tarea "técnica" o "ajena" a la familia, más bien es una parte fundamental del proceso de cambio que se ha de dar en la familia.

¿Cómo se deben definir los objetivos de trabajo con la familia y cuándo hay condiciones para hacerlo? Lo ideal es comenzar el trabajo de definir objetivos de cambio después de un tiempo breve de contacto con la familia, al menos el tiempo necesario para conocer la familia y sus problemas.



El trabajo de valoración del sistema familiar (ver Capítulo 3, ecuación de balance del sistema), la creación de condiciones mínimas de alianza de trabajo (ver Capítulo 4) y la definición de objetivos suelen solaparse en el tiempo. Sin embargo, hay que ser conscientes de que los objetivos de la intervención no deben ser el foco central cuando las condiciones de relación con el sistema familia (alianza de trabajo) no son buenas y las actitudes iniciales (Capítulo 5) indican dificultades para establecer colaboración.

Aunque podríamos decir que en general para ser eficaces la regla a seguir es: "la creación de una alianza de trabajo con la familia es prioritaria", no hay que olvidar que el trabajo de definir metas en forma de sencillas escalas tal y como lo explicamos más bajo puede servir también para crear esa alianza, ya que las familias ven que los objetivos no se les imponen de manera coercitiva y están escalados de forma que se aprecien los primeros esfuerzos y los pequeños cambios.

Las metas que se definen en las escalas de consecución que definimos más abajo van a ser contrastadas varios meses después con los logros que realmente se han conseguido. Cuando se define una meta a conseguir hay que indicar también el tiempo que se pone como límite para conseguirla. Este tiempo depende de la situación particular de cada familia, de la naturaleza de los factores de riesgo y del nivel de riesgo. No obstante, se ha de intentar que como norma general el tiempo de consecución de avances parciales no sea superior a 2 ó 3 meses.

Lo ideal, cuando esto es posible, es que las familias entiendan que en un periodo de semanas se va a evaluar la consecución de las metas definidas, y que esa evaluación va a ser analizada por un supervisor del equipo de intervención con el que están trabajando (el psicólogo cuando la actuación técnica recae en el educador) o por el equipo conjuntamente en reuniones periódicas, de manera que es importante que muestren claramente que entienden y aceptan el proceso de evaluar la consecución de metas.

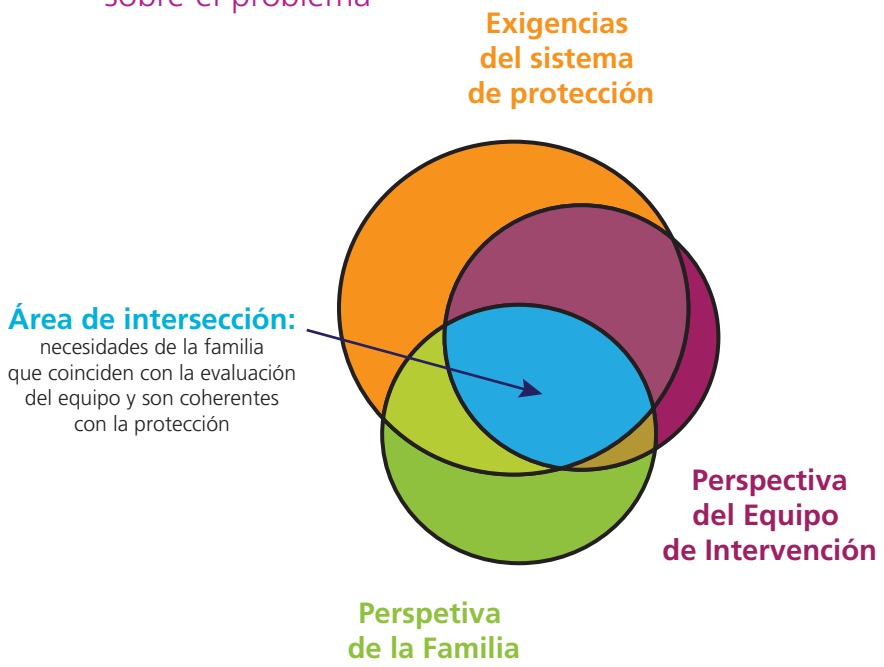
6.4 Cómo definir los objetivos en 9 pasos

1. Identificar y discutir sin restricciones

Discutir con la familia cualquier problema o necesidad del que pueda esperarse un cambio o mejoría con la intervención y/o apoyo del equipo profesional. El profesional debe transmitir aquella información que considere significativa que procede de valoraciones externas (equipos de protección, educación, etc.) pero evitando un tono impositivo y dando protagonismo en lo posible a la perspectiva de la familia. Conviene dejar fuera aquellas cosas que sólo pueden conseguirse en otras instancias (por ejemplo, una resolución judicial). Darle mucha importancia a metas que la familia vive como demandas de otros servicios

(Escuelas, judiciales, etc.) pero que acepta conseguir. Tal y como se representa en la **figura 6.2**, hay que esforzarse por encontrar un denominador común (área de intersección) entre la perspectiva de la familia y las obligaciones del sistema de protección. Es decir, comienza por trabajar aquellos aspectos que preocupan o conforman necesidades aceptadas de la familia y que (sin ser en absoluto todo lo que puede considerarse necesario desde la perspectiva del equipo de intervención) es coherente con el mandato del sistema de protección.

Figura 6.2 Búsqueda de un área de acuerdo en la perspectiva sobre el problema



2. *Poner Etiquetas positivas*

Traducir esos problemas o necesidades habladas con la familia en metas. Para ello hay que ayudar a que la familia defina qué espera conseguir en relación con cada uno de los problemas/necesidades identificados. Lógicamente el profesional tiene que ayudar a modular las expectativas de la familia. Es importante dar un título o "etiqueta" breve y claro a cada meta, por ejemplo, "Tiempo de los dos (padres) con los niños", o "Discutir como una pareja normal" (en un caso de conflicto-agresividad de pareja), y escribirlo (ver **figura 6.3**). Cuando se pretende que la familia o uno de sus miembros deje de hacer algo, es casi siempre posible formular el tipo de comportamiento positivo que es incompatible con el que se quiere hacer desaparecer (como "jugar una hora cada día con el niño" en lugar de "que deje de molestarle estar con el niño").

3. Identificar Indicadores de logro

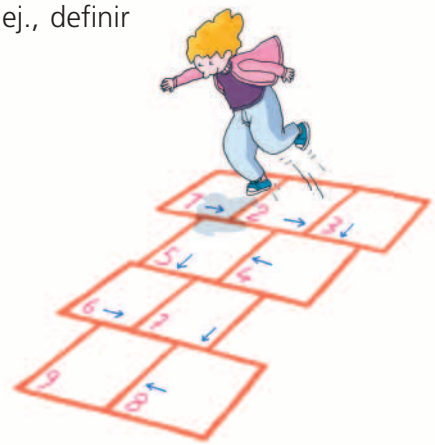
Seleccionar un 'indicador' de consecución de cada meta. El indicador es la conducta, la habilidad, o la situación concreta que mejor representa la meta. Por ejemplo, para una meta que hemos etiquetado como "Discutir como una pareja normal" en el caso de una pareja que tiene discusiones violentas, algunos posibles indicadores serían: "hemos pasado 2 meses sin discutir", "hemos hablado de todo sin que los niños noten que discutíamos", etc. Es importante entender qué es un indicador, no se trata de hacer un inventario amplio y detallado de todas las conductas posibles, hay que seleccionar los indicadores claves. Los indicadores se extraen de las respuestas de la familia a este tipo de pregunta: *"si nos vemos dentro de tres meses y estáis seguros de que ya os podéis definir como una pareja que discute 'como una pareja normal' (usando una etiqueta previamente pactada con la familia), en que se notaría? ¿En qué lo notarían vuestros hijos (o ¿en que lo notaríais vosotros? –dirigiéndose a los hijos si están presentes–), ¿en qué lo notarían vuestro vecinos?"*.

Una formulación útil para la elaboración de indicadores de consecución de metas es usar preguntas del tipo "milagro": *"Supongamos que si sucede un milagro mientras estáis durmiendo y todo vuestro problema, lo que os hace discutir tan violentamente, se resuelve milagrosamente; como ocurre cuando estáis durmiendo y nadie os lo anuncia, ¿cómo y en qué momento, en qué cosas concretas os daríais cuenta de que ese milagro ha sucedido?"*. Este tipo de formulación obliga a la pareja y a los hijos a encontrar indicios, indicadores, por tanto, de que las discusiones ya no son problemáticas.

4. Escalar los avances

Resulta más fácil y más accesible una meta en la que sabemos qué tipo de recorrido vamos a tener y por lo tanto en qué momento estamos del proceso de avance. Desde el punto de vista de la evaluación del proceso de cambio también es muy recomendable tener objetivos escalonados, ya que nos permiten hacer una valoración de progreso. ¿Cómo escalonar los avances? Un procedimiento sencillo es partir de una descripción de la situación actual del problema y después comenzar por definir indicadores con la familia de lo que supondría un avance mínimo y rápido (que podemos llamar "primer paso"; ver **figura 6.3**).

Suele resultar útil que la descripción de la situación actual del problema/necesidad sea definida en términos cuantitativos (días en que ocurre algo, tiempo en que se hace algo, porcentajes, nivel de intensidad, etc.), incluyendo una puntuación de un cuestionario (como una escala de bienestar familiar o infantil). Pero también puede hacerse en términos cualitativos (por ej., definir



en qué medida –mucho, poco, nada, en sólo un aspecto…– consiguieron hacer algo que se habían propuesto o que otros profesionales les propusieron). Son de gran utilidad las **preguntas de escala** para definir este tipo de graduaciones: "si tuvieses que puntuar en una escala entre 1 y 10, siendo 10 la mejor puntuación, la que significa que ya hemos alcanzado X (nombrar aquí la etiqueta de la meta), ¿en que puntuación estamos ahora?". Si la respuesta es, por ejemplo, 3, la pregunta consiguiente es: "qué tendría que pasar (búsqueda de indicador) para que en unos días pudieses decir que estás en un 4?". "Hemos terminado la discusión cuando empiezan los gritos, ningún vecino lo ha notado", "nos hemos ido a discutir a casa de mi hermano para que la cosa no se desborde", serían ejemplos de indicadores de "primer paso".

A partir de un indicador que represente un primer paso, puede considerarse la exploración de otro "paso intermedio" que signifique un avance significativo para llegar a la situación final que representa la consecución de la meta. Este paso final se define por los indicadores que hemos trabajado con la familia para la definición y "etiquetaje" de la meta. El paso final representa el mejor nivel de consecución de la meta que puede esperarse desde una perspectiva realista y práctica en un periodo de tiempo no muy superior a 6 u 8 meses. Ese nivel no tiene obligatoriamente que representar el logro total o final de una meta, pero sí un estadio muy importante y estable de su consecución.

Los profesionales tienen que usar su experiencia sobre lo que puede conseguirse, sobre los recursos de la familia y sobre las habilidades y recursos que van a necesitarse en el proceso (Capítulo 3), y con esa perspectiva de su experiencia ayudar a la familia a establecer el nivel de consecución óptimo adecuadamente. Los otros niveles, el "primer paso" y "paso intermedio", tienen que representar "peldaños claros y bien medidos en la escalera hacia el objetivo realista establecido como meta". Como el cambio suele ser un proceso gradual, hay que dar mucha importancia a los primeros pasos, de forma que una buena definición de los pasos inmediatos e intermedios es fundamental.

Figura 6.3 Ejemplo de formato de elaboración y consecución de metas

	META		
	"Recuperar la confianza para convivir"	***Tiempo***	***Actuaciones Técnicas***
Indicadores de que lo hemos conseguido	Juan y Jennifer pueden compartir con el resto de la familia (la madre y otros dos hijos pequeños) las comidas y cenas sin discutir agresivamente. Juan le da personalmente el dinero a Jennifer para salir con sus amigos.	Valorar en 3 meses, seguimiento 8 meses.	Valoración en el equipo y con la familia. Si se avanza adecuadamente se harán visitas domiciliarias mensuales de seguimiento.
"otro paso" (intermedio)	Juan y Jennifer participarán en cuatro sesiones con la psicóloga para hablar de los problemas e intentar buscar una nueva forma de convivencia.	4 semanas posteriores al "primer paso".	La psicóloga se encargará de estas sesiones. Se verá el resultado en la sesión conjunta dentro de 4 semanas. Se decidirá cómo seguir la intervención para consolidar los avances.
Indicadores del "primer paso"	Juan dejará en manos de la madre (Rosa) la vigilancia del cumplimiento de las salidas y horarios de Jennifer, usando un código de "llamada perdida" para recordar cumplir horarios. Juan y Jennifer evitarán el contacto pero los tres van a comer juntos al menos dos días de la semana.	4 semanas.	El educador tendrá contacto semanal con la familia. Se ha producido un compromiso claro por parte de todos y la madre se ha comprometido especialmente a llamar al educador ante cualquier atisbo de tensión grande entre hija y padre. Reunión dentro de 4 semanas de Jennifer y sus padres con el educador y la psicóloga para evaluar cómo ha ido.
Situación actual	Acaba de producirse una denuncia por parte de Jennifer (14) sobre su padre Juan (42) por agredirla cuando la encontró después de que ella se fugase de casa. Hay un clima de tensión después de varios meses de conflicto.	Desde hace 6 meses hay situaciones de agresividad con 3 incidentes de agresión física y dos fugas de casa de la menor.	(Denuncia legal cursada que deriva en un expediente de protección y una resolución administrativa de intervención). Se ha realizado una entrevista de toda la familia con la psicóloga y el educador. Dos entrevistas de Jennifer con el educador. Una entrevista de ambos padres con la psicóloga.
Bajar	Cualquier nueva fuga de casa por parte de Jennifer o cualquier incidente de agresividad por parte de Juan.	Compromiso de 12 meses de seguimiento.	Compromiso de la familia (durante los 12 meses de intervención y seguimiento) de tener visitas periódicas del educador. Jennifer verá a la psicóloga cada 15 días.

5. *Señalar el retroceso*

Aunque el objetivo de este procedimiento es planificar y empujar la consecución de metas necesarias y prácticas, en algunos casos es importante reconocer la posibilidad de un empeoramiento de la situación y sus consecuencias. En estos casos puede definirse también con la familia algún indicador de que se está retrocediendo. Es importante valorar la utilidad de este aspecto, ya que puede generar negatividad o interpretarse como una amenaza. En cualquier caso, hay muchas ocasiones en las que la familia tiene que saber por ejemplo que no conseguir un cambio determinado en una situación de urgencia en unas semanas hará imposible continuar el trabajo. Por ejemplo: "es importante que sepáis que si los niños volviesen a faltar al colegio en las próximas semanas estamos obligados a realizar un informe de urgencia y tendremos que replantearnos todo".

6. *Metas múltiples*

Pueden trabajarse diferentes metas que se correspondan con necesidades valoradas en la "ecuación de balance del sistema" (Capítulo 3), pero es importante que la familia participe al menos activamente en alguna meta que sea experimentada como una necesidad propia. También es importante definir metas que tengan un enfoque interpersonal o sistémico, es decir, que impliquen a todos o varios miembros de la familia; es recomendable evitar la creación de múltiples metas de carácter individual para los diferentes miembros de la familia (aunque a veces esto se hace necesario). Lo ideal en términos prácticos es que se establezcan al menos 2 metas y no más de 4 para trabajarlas al mismo tiempo. Pero dependiendo de la situación de cada familia puede ser necesario establecer un número algo mayor o menor de metas.

7. *Definir actuaciones técnicas ligadas a metas*

Como se muestra en la figura 6.3, la definición de metas puede incluir la planificación de algún tipo de actuación técnica (educativa, psico-social, mediación, acompañamiento, terapia, etc.) ligada directamente al trabajo sobre una meta determinada. El trabajo de definición de metas, indicadores y escalamiento de objetivos debe compartirse como trabajo de equipo (ver puntos siguientes) y es muy conveniente decidir en equipo el tipo de actuación técnica que se va a llevar a cabo para cada meta. Esta definición de actuaciones de intervención tiene que dejar claro **"Qué, Quién, Cómo, Dónde, y Cuándo",** es decir, **Qué** actuación se va a realizar, **Quién** se responsabiliza de su ejecución

(en algunos casos la actuación puede implicar una solicitud de intervención por parte de otro profesional de la red, pero se establecerá un responsable del equipo para el seguimiento de esa actuación externa), **Cómo** se va realizar (con qué medios, con qué participación…), **Dónde** (en el domicilio, en un dispositivo público, etc.), **Cuándo** se va a comenzar y con qué periodicidad (por ejemplo, se hará una hora semanal desde el próximo lunes y durante dos meses). La aceptación de la familia de esta parte del plan es importante, así como escuchar sus ideas y sugerencias sobre la mejor manera de hacer las cosas.

8. Buscar Refrendo Externo al Equipo de Intervención

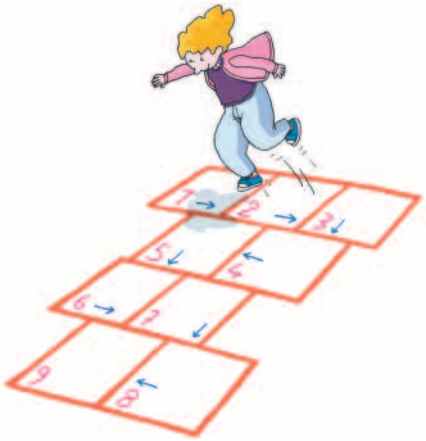
En la medida en que las familias atendidas en el programa son derivadas por otras instituciones o programas que continúan teniendo una responsabilidad legal o administrativa sobre su situación (protección de menores, juzgado de familia, fiscalía del menor, etc.), es conveniente que las metas definidas con la familia sean refrendadas por los técnicos externos responsables de las familias. Para ello, puede contemplarse la posibilidad que una vez cubierta una tabla como la de la figura 6.3 se remita una copia a la entidad derivante con un apartado reservado para que hagan observaciones o confirmen el nivel de adecuación de las metas definidas con la familia y el tiempo de consecución de las mismas. En el caso de no usar un procedimiento escrito de este tipo, siempre se debe realizar una reunión o contacto verbal para contrastar con las otras instituciones o entidades implicadas las metas y objetivos que se van a trabajar con la familia. Si los técnicos externos responsables de la familia evalúan negativamente la definición de objetivos, se abren dos tipos de acciones:

a) trabajar con los técnicos para contrastar las diferentes perspectivas sobre la familia; y

b) trabajar posteriormente con la familia para hacerles ver la demanda que se hace desde la institución que les derivó a nuestro equipo y ajustar los objetivos.

9. Supervisión y evaluación de la consecución de metas

La mejor forma de evaluar la definición de metas y su consecución es trabajando con un supervisor o coordinador externo, pero en cualquier caso el equipo debe atender a dos funciones esenciales para garantizar una buena valoración de los resultados sobre las metas para cada familia:



a) Revisar el trabajo de elaboración de metas plasmado en algún tipo de documento como el que se presenta en la **figura 6.3**; para esta revisión puede utilizarse el *Formulario de Revisión* que ves en la **figura 6.4** (al final de este Capítulo).

b) Evaluar la consecución de las metas en el periodo señalado; esta evaluación puede basarse en observaciones o informes externos (de la escuela, de un servicio de drogodependencias, etc.) o en datos que provienen de visitas domiciliarias, pero es muy importante hacer una valoración con la familia. Esto se puede hacer mediante una entrevista en la que un miembro del equipo que ha trabajado con la familia hace balance con la propia familia de las metas conseguidas.

6.5 Guía de revisión de la definición de metas

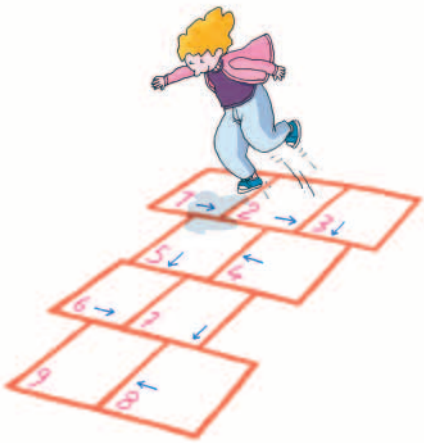
De forma global, las preguntas claves para la revisión de la definición de metas son las siguientes:

1. ¿Cada una de las metas definidas es **relevante-significativa** (no cae en lo banal y está bien relacionada con la definición del problema)?
2. ¿Cada una de las metas definidas es **realista** para esta familia (no cae en lo utópico)?
3. ¿Se ha definido alguna meta para la que no haya **recursos o mecanismos disponibles** que ayuden a alcanzarla (como mudarse a vivir a una vivienda que no pueden pagar o aprender un oficio para el que no hay cursos, etc.)?
4. ¿Se han **dejado fuera metas** que son fundamentales para conseguir un resultado positivo en esta familia (análisis de la estructura que mantiene el problema)?
5. ¿Hay alguna meta que **no se ha escalado bien** (no hay pasos intermedios definidos)?
6. ¿Hay algunos niveles de avance (pasos) que tienen descripciones que **se solapan** demasiado?
7. ¿Hay **saltos** muy grandes entre los pasos de avance que hacen pensar que podríamos encontrar una situación intermedia no contemplada? (por ejemplo, el salto entre la situación actual y el "primer paso" es muy grande y puede que haya un paso importante entre ambas situaciones).

Figura 6.4 Ejemplo de formato para la Revisión de objetivos

REVISIÓN DE OBJETVOS. META:			
¿Bien diseñada?	Sí ☐	No ☐	Revisar: _____

A. La meta se define como una imposición no negociada	☐
B. No es relevante, no afecta a la EMP	☐
C. Es utópica	☐
D. No hay recursos y/o tiempo para lograrlo	☐
B. La meta no tiene etiqueta o es muy ambigua	☐
C. Esta meta se entremezcla mucho con: _____	
D. No queda claro el tiempo de consecución	☐
E. No es posible comprobar la consecución de algún paso	☐
F. Hay niveles que no se definen	☐
G. Indicadores definidos de forma ambigua/incomprensible	☐
H. Hay saltos muy grandes entre niveles	☐
I. Hay "pasos" que se solapan entre ellos	☐
J. Otro: _____	



6.6 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. El trabajo con metas y objetivos de cambio esta condicionado a la percepción que las familias tienen del problema y cómo lo definen. Hay tres tipos de postura ente el problema que hay que trabajar y re-encuadrar cuando aparecen: "no tenemos un problema", "el problema es otro", "no tiene remedio", "el problema sois vosotros".
2. El proceso de identificar y definir en una escala una meta tiene que hacerse con la familia, a través de un proceso de negociación colaborativa en el que se mantenga la alianza de trabajo del equipo con la familia y también la alianza intra-familiar.
3. Es importante que las metas sean realistas, relevantes, que su consecución pueda ser claramente evaluada, y que puedan escalarse.
4. Las metas deben ir asociadas a una actuación técnica bien definida: Qué, Quién, Cómo, Dónde, y Cuándo se hará la intervención. En ocasiones los objetivos de trabajo deben estar consensuados y apoyados por otros profesionales que tienen responsabilidad sobre la situación de la familia.
5. Es mejor definir la consecución de metas en términos positivos (por ejemplo "discutir como una pareja normal" –esto es, negociar constructivamente los desacuerdos–) que negativos (como por ej., "dejar de pelearse", "dejar de beber", etc.).
6. Son muy importantes los indicadores de avance escalonado: no pretenden ser un plan detallado de todo lo que va a cambiar sino un símbolo potente del cambio; han de reflejar bien los cambios claves para que se consiga la meta; lo esencial es que la descripción sea clara y relevante para la evaluación de la consecución de la meta.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Kiresuk, J., y otros (1994). *Goal Attainment Scaling*. Laurence Erlbaum Associates.
- Junta de CyL (2000). *Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil*. Valladolid, Junta de CyL.

6.7 Observa y prueba: "Escalando objetivos"

Como se ha explicado en este capítulo, escalar los objetivos es esencial para conseguir implicación de las familias y cambios. Lo cierto es que requiere práctica y hacerlo no es fácil para los profesionales ni tampoco para las familias. Por lo general, tendemos a visualizar y definir lo que queremos conseguir de forma ideal, muchas veces incluso idealizando la meta a la que quisiéramos llegar. Pero no nos es tan fácil definir con claridad un primer paso y otros pasos intermedios. Aquí te proponemos varios ejercicios para que puedas ejercitarte en una habilidad técnica que es esencial.

Ejercicio 1. A continuación tienes varios ejemplos de objetivos escalados en los cuales faltan algunos de los pasos. Tienes que completar esos objetivos escribiendo todos los indicadores que están en blanco.

Adolescente de 15 años y sus padres. Se está trabajando una reunificación familiar, el adolescente está en acogimiento residencial

Niveles a conseguir	Fortalecer nuestra familia Creando normas que funcionen	Decidir yo, libre de mis colegas-amigos	Estancia en el Centro como entrenamiento para cuando salga
Consecución óptima +3	Los padres están más unidos y llegan a acuerdos en las cosas más importantes. El chico nota esto y le es más fácil respetar lo que le mandan	Se responsabiliza y confía en la ayuda de la terapia para mejorar su capacidad de tomardecisiones	Todos muestran compromiso de aprovechar el Fempo en el centro para cambiar. Ponen en práctica los aprendizajes durante las visitas de fin de semana
Indicadores paso intermedio +2	Hay más compromiso y unión entre los padres. Se comprometen a mejorar su relación. El chico lo nota y eso le da seguridad y le anima a cambiar		Todos muestran compromiso de aprovechar el Fempo en el centro para cambiar pero temen que la larga duración de la sentencia sea obstáculo
Indicadores primer paso +1			
Situación inicial 0 (ausencia de cambio)	Límites débiles. Hay falta de acuerdo y unión entre los padres. La relación con los hijos está marcada por el estrés y el miedo	Se deja llevar por sus amigos como vía de escape con conductas de riesgo cuando se siente estresado o con desesperanza	Ven la medida de internamiento como un fracaso. Hay sensación de desesperanza e impotencia
Empeora -1		Se enzarza en conductas de riesgo con los amigos (escapar, fumar porros), aunque muestra consciencia después de que está mal.	El sentimiento de fracaso e indefensión prevalece. Hay poca motivación y esperanza a poder asumir responsabilidad de cambio

Adolescente de 17 años

Niveles a conseguir	Manejo de la agresividad	Consumo de cannabis	Proyecto de futuro
Consecución óptima +3	Es capaz de regular su enojo y no muestra agresividad contra objetos o personas	Ha dejado de fumar cannabis. Sigue tratamiento de desintoxicación en un centro para drogodependencias	Se plantea presentarse a selecFvidad en el futuro y considerar las opciones a conFnuación
Indicadores paso intermedio +2			Aumenta su compromiso, va a todas las clases y se propone aprobar todas las asignaturas que pueda
Indicadores primer paso +1		Es consciente de los efectos nocivos del cannabis. No fuma en casa y sólo ocasionalmente con amigos y sólo.	
Situación inicial 0 (ausencia de cambio)	Tiene arrebatos de ira en casa contra objetos y en ocasiones amenaza a sus padres. A la madre ha llegado a empujarla y agarrarla de los brazos	Fuma cannabis a diario, tanto con amigos como en solitario. Fuma en casa a escondidas	Muestra indiferencia por su futuro aunque reconoce que es por la situación de conflicto. Tiene deseo de recuperar el ritmo de estudios
Empeora -1	Los arrebatos conFnúan y ha aumentado su agresividad hacia su madre y su padre	Fuma a diario con amigos y en solitario. Fuma en casa a escondidas y ha aumentado la frecuencia	

Adolescente de 15 años en un inicio de acogimiento familiar

Niveles a conseguir	Un hogar con mis acogedores	Expreso emociones
Consecución óptima +3	Está acogido y se siente seguro, contento de estar con ellos (muestra afecto, se siente relajado). Los acogedores muestran afecto y son capaces de crear una estructura. Respeta normas fundamentales	Expresa emociones de rabia y tristeza por su pasado y esperanza y moFvación por su futuro. Habla de ello en terapia individual y de grupo, haciendo comentarios por a sus compañeros de estos temas
Indicadores paso intermedio +2		
Indicadores primer paso +1		
Situación inicial 0 (ausencia de cambio)	Se encuentra en el centro de protección y recientemente comenzó visitas esporádicas con una pareja acogedora (un fin de semana al mes). Muestra indiferencia al respecto	No muestra emociones, se muestra indiferente ante temas importantes y no habla con nadie de temas importantes ni expresa emociones al respecto
Empeora -1	Vuelve a mostrar indiferencia o resistencia a conFnuar con el acogimiento. No valora la convivencia con sus abuelos, no se siente seguro o Fene dificultad para comprometerse a respetar normas	

Adolescente de 15 años en proceso de acogimiento con familia extensa

Niveles a conseguir	Expresar emociones, expresar el dolor por las pérdidas y su historia de vida	Relación y acogimiento con los Yos, crear un apego seguro	Interés por los estudios y construir alternaFvas de futuro
Consecución óptima +3	Expresa emociones de rabia y tristeza por su pasado. Habla de ello en terapia individual y de grupo, haciendo comentarios y abriéndose a los demás	Compromiso de los Yos en el acogimiento. Los Yos muestran afecto y cariño, son capaces de crear una estructura. El menor se siente seguro, contento de estar con ellos (muestra afecto, se siente relajado)	
Indicadores paso intermedio +2	Muestra algo más de emociones, no sólo rabia sino también tristeza por las pérdidas que ha vivido. Aún le es difícil hablar por sí mismo, pero es capaz de responder a las preguntas en terapia individual y de grupo		
Indicadores primer paso +1			Responde a preguntas y participa algo más en las sesiones. Se muestra tranquilo al hablar de los estudios y su futuro, sin estar a la defensiva
Situación inicial 0 (ausencia de cambio)	Se muestra indiferente ante temas importantes y no habla con nadie de temas importantes ni expresa emociones al respecto. En el centro tiene comportamientos impulsivos y de ira	Los tíos muestran poca disponibilidad como acogedores, pero quieren mantener cierta relación con el menor. No hay conexión emocional, por parte de los tíos, con la situación del menor. Sentimiento de inseguridad por la falta de un compromiso genuino de sus tíos	Se encuentra en el centro de protección con visitas esporádicas con los Yos. Fracaso en el último intento de acogimiento. Aunque los profesores y el centro muestran posibilidades del menor frente los estudios, él presenta poca motivación por los resultados académicos
Empeora -1	Tiene dificultad para expresar emociones. Se siente inseguro e incómodo con la gente. Muestra indiferencia/resistencia a confiar en nadie.		No muestra objeFvos de futuro. Se siente inseguro con las alternaFvas de acogimiento. Muestra indiferencia y desinterés por los resultados académicos

Menor de 15 años

Niveles a conseguir	Aprender a enfadarme bien	Hacerme un plan de vida a distancia de mi madre	Afirmar mi forma de ser
Consecución óptima +3	Han cesado completamente los arranques de ira. ConFnúa sinFendo enfado hacia algún cuidador del centro, pero es capaz de hablar de ello y expresarlo adecuadamente	Dispone de una idea relaFvamente clara de un proyecto de vida sin la madre, aunque manteniendo una relación con ella. Comprende que le quiere a pesar de sus limitaciones	Es capaz de hablar con seguridad de sí misma, de lo que le gusta, de sus cualidades y valores. Tiene un proyecto de vida futura muy saludable (vivir en pareja, con trabajo, ayudar a mi madre y hermanos
Indicadores paso intermedio +2			En el contexto del grupo define un rol de modelo/mentor para los demás. Ofrece gran nivel de madurez y reflexividad que los demás en el grupo valoran.
Indicadores primer paso +1	Aún tiene arranques de vez en cuando. Es capaz de reconocer las circunstancias en las que suceden y observarse a sí misma. Se acuerda de cómo suceden, quiere probar estrategias para controlarse		
Situación inicial 0 (ausencia de cambio)	Tiene fuertes arranques de ira, sobre todo con el personal del centro. Dice no recordar después las cosas que ha dicho durante el arranque. Tiene moFvación para cambiar.	Gran incertidumbre acerca del futuro con su madre. Siente que le quiere pero duda de su capacidad para recuperarle. Tiene un fuerte sentimiento de protección. Se preocupa por ella.	Tiene una actitud muy insegura, tratando de mostrar una buena imagen para complacer. No Fene respuestas claras acerca de su identidad, sus cualidades.
Empeora -1		Continúa sin comprender la situación de la madre. Alterna entre sentirse muy responsable y preocupada por ella y muy enfadada.	La inseguridad le hace sentir mal. Sigue tratando de complacer y esto le dificulta senFrse cómoda con otros chicos de su edad y adultos

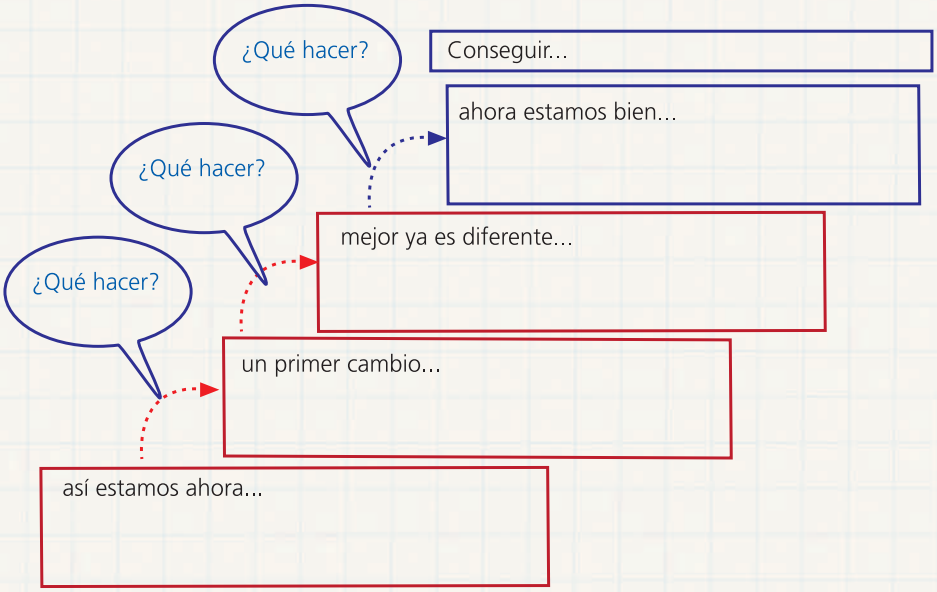
Ejercicio 2. Te proponemos aplicar el procedimiento de definición de objetivos con una familia con la que estés trabajando y tengas una relación de colaboración fluida (más adelante puedes probar con familias en las que el contexto de trabajo sea más complicado). Para ello, te propones el siguiente procedimiento:

1. Reproduce la figura de abajo de forma que puedas usarla en la sala en la que atendrás a la familia o llevarla con facilidad a su domicilio si vas a trabajar allí. Puedes, por ejemplo, reproducir el esquema en una cartulina grande y escribir con rotuladores, o bien hacerlo en una pizarra siempre que puedas conservar todas las anotaciones durante varias entrevistas.
2. Has de comenzar por hablar de la familia acerca de qué "conseguir" en relación con alguna dificultad que sea aceptada por la familia y sobre la que haya consenso en cuanto a la necesidad de cambiar las cosas. Busca con la familia una forma de escribir en positivo los que se quiere conseguir (en el rectángulo superior, donde dice "conseguir…")
3. Una vez que has conseguido una buena etiqueta para lo que se quiere conseguir, tienes que trabajar con la familia el principio de la escala, es decir, indicadores para rellenar el rectángulo "así estamos ahora…". Es importante que no olvides que no es necesaria una descripción exhaustiva y compleja de cómo está la familia ahora en relación con esa dificultad o necesidad, lo que debes conseguir es definir un indicador (una conducta, una interacción) que sea muy significativa y que represente bien lo que quieren cambiar.
4. El siguiente paso es trabajar con la familia un indicador de lo que sería "un primer cambio", y escribirlo en el rectángulo que dice "un primer cambio… "
5. Ya has conseguido tener una definición del objetivo a "conseguir", los indicadores de "así estamos ahora" y de "un primer cambio". Es el momento de hablar con la familia de ideas para conseguir es primer cambio. Tienes que hacer que salgan todo tipo de ideas acerca qué se puede hacer en general y qué puede hacer cada miembro de la familia en particular, para conseguir ese primer cambio. Cuando haya ideas concretas, factibles y realistas, de qué pueden intentar, escribes en el globo que dice "¿qué hacer?". Recuerda que es un primer cambio! No debes de tener indicadores muy ambiciosos, ha de ser algo realmente significativo pero sencillo que se pueda conseguir.
6. En la siguiente sesión de trabajo con la familia puedes valorar si se ha conseguido es primer avance y cómo se ha hecho. Puedes anotar o corregir lo que se había escrito en la sesión inicial si en la realidad el indicador de cam-

bio se ha modificado un poco o si en el globo "¡qué hacer?" resulta que han hecho cosas algo diferentes de lo que se planificó.

7. Cuando se ha conseguido el "primer cambio" trabajas con la familia de forma similar el paso "mejor, ya es diferente…" Y cuando este paso intermedio se haya conseguido trabajas de la misma forma el paso final "ahora estamos bien…"

8. La clave de este ejercicio es que puedas hacerlo con la familia visualizando desde el principio el cambio como algo escalado que hay que conseguir paso a paso. Definir indicadores de cada paso ayuda a conseguir hacer cambios. Buscar con la familia "¿qué hacer" para dar esos pasos resulta muy educativo para ellos y muy eficiente para conseguir resultados.



7 El manejo adecuado de la intervención en el domicilio

Trabajar en tu propio lugar de trabajo, en un contexto profesional como puede ser tu centro, tu despacho, o cualquier dependencia municipal, reporta por lo general más control de todo lo que pasa en el transcurso de una entrevista con una familia. El trabajo en el domicilio de la familia tiene sin duda aspectos impredecibles que no son fáciles de manejar. A veces pueden incluir cierto riesgo si el trabajador no es prudente y precavido. Pero el trabajo en el domicilio de las familias es una característica muy común y necesaria de los programas de intervención familiar en el contexto de los servicios sociales y protección a la infancia. ¿Puede realizarse una intervención eficiente de tipo educativo o psicológica en el domicilio de las familias? ¿Puede realizarse un trabajo educativo y/o psicológico eficaz con sesiones en el domicilio de la familia? Sin duda esto es posible y hay estudios que certifican una eficacia de la intervención tan buena como la realizada en locales de los dispositivos profesionales (ver cuadro-resumen). Pero hay que saber crear un contexto adecuado para realizar ese tipo de intervención en el domicilio de las familias con las que trabajas.

Como profesional debes tener una cierta "autoridad" para estructurar el tiempo, el espacio y el contenido de las entrevistas con la familia; pero estás en SU casa, ¿cuál debe ser entonces tu actitud? Efectivamente, hay una cierta paradoja, eres un invitado y en cierta medida tienes que mostrarte como tal, ser amable, elogiar aspectos concretos de la casa que visitas, algunos detalles de la decoración, algunas cosas que encuentras útiles o convenientes, objetos

o utilidades que desconocías, etc. Si consigues comportarte como un buen invitado, y la relación que estableces con la familia es positiva, seguramente tendrás muestras claras de aceptación y acomodación a tus visitas por parte de la familia (por ejemplo, ofrecerte un café).

Pero tu visita no es de cortesía, es un acuerdo para hacer un trabajo en el domicilio de las familias. Las dos ventajas de que ese trabajo de intervención se haga en casa de la familia son:

a) ellos se van a sentir más cómodos y seguros, de forma que, si se establece una buena relación de trabajo, ellos se van a mostrar más abiertos y naturales; y

b) en muy poco tiempo vas a conocer cómo funciona la familia, cómo los padres ejercen la disciplina, cómo se organiza el tiempo y el espacio, cuál es el clima emocional y qué tipo de actividades tienen los niños, etc.

La desventaja fundamental es que te va a costar tiempo definir tu relación con ellos de forma que quede clara la función profesional de las visitas y el objetivo de las mismas. El exceso de familiaridad puede llegar a ser un problema, que te puede hacer sentir cohibido y rígido.

En la siguiente narración en primera persona, a modo de "diario personal" de una educadora en un contexto de visita domiciliaria, seguramente puedas encontrar el reflejo de cogniciones y emociones muy familiares por haberlas experimentado en situaciones semejantes:

> *Ya he dejado la autovía y, después de un tramo de carretera que cruza la arteria principal del pueblo, animada por algunos pequeños comercios, pero sobre todo por bares que acogen a trabajadores en paro y abuelos que leen el periódico con lentitud y concentración, me desvío por una carretera secundaria hasta un taller que en mis anotaciones es el lugar en el que tengo que tomar una carretera "o camino" que después de unos dos kilómetros me ha de llevar a un grupo de tres o cuatro casas aisladas en las que está la familia que voy a visitar. Es la última hora de la tarde, pero la lluvia y el cielo cerrado no dejan apenas sentir ninguna transición entre la tarde y la noche. Cuando me acerco al "grupo de casas" que tengo anotado en mi libreta como indicación del destino final, me encuentro con una desagradable sorpresa: no creo que se puedan llamar "casas", son unas construcciones hechas con todo tipo de material reciclado en el entorno de las ruinas de un edificio alto que debió de ser un taller o una nave industrial no muy grande.*

Con este día de perros, y a esta hora de la tarde, no sé qué hacer, mi mente comienza a urdir sin mi permiso excusas para dejar la visita para otro día; sobre todo me asalta la idea de que no tenía que haber venido sola. He conocido hace un par de días, en nuestro centro de trabajo, a la madre de la familia que voy a visitar, María, una mujer que me gustó desde el primer momento, y que tiene 5 hijos; el aspecto y algunas conductas de los más pequeños han dado lugar a denuncias tanto por parte del colegio como por la trabajadora social del centro de salud. Los tres niños más pequeños son hijos del actual compañero de María, al que debería conocer esta tarde, y los dos mayores son fruto de otras relaciones anteriores. Me preocupa cómo va a reaccionar el compañero de María, Manuel es su nombre según las notas de mi libreta, pero lo que más me preocupa es que el hijo mayor, de unos 19 años, está enganchado a las drogas y tiene un juicio pendiente por una pelea en la creo que se constató una agresión con navaja. Veo dos niños jugando en la entrada de la "casa" que está en la parte derecha del grupo de viviendas, un pequeño saliente del tejado de chapa metálica les cobija de la lluvia, pero están sentados sobre tierra húmeda, si sigue lloviendo de esta manera todo eso será auténtico barro en una hora. Me asalta la desagradable sensación de que me voy a encontrar con unas condiciones de vivienda inadmisibles para los niños, lo que me obligaría a hacer un informe negativo de urgencia, y quizás variar u olvidar mi plan de trabajo con esta familia; o sea, mi plan y mis expectativas convertidas en "papel mojado", buena expresión para un día como éste. Es algo que me saca de quicio, se supone que he concertado una visita para hacer una intervención de apoyo familiar, pero no teníamos este tipo de información en el expediente que nos han pasado de esta familia, y cuando ocurre algo así mi trabajo se me hace intragable; bueno, vamos a ver qué pasa, ¿o será mejor hacer una visita de unos minutos y decirle a la madre que otro día…? Ah, veo que María está en la puerta, me ha visto, me hace un gesto, la verdad es que tiene una sonrisa preciosa, debió de ser una mujer muy guapa de joven, incluso ahora bien arreglada estaría increíble con ese aspecto étnico… Bueno, veo que me esperan; Manuel (espero que tenga bien anotado el nombre del padre y el de los niños, siempre meto la pata con los nombres) está detrás, buena señal, no tiene mala pinta… Parece más joven de lo que yo me imaginaba. Tengo que aparcar, supongo que lo más seguro es aparcar muy cerca de su

puerta; qué raro, no se ve nadie en el otro lado del grupo de construcciones. Bueno, con esta lluvia supongo que estarán dentro. Tengo que acordarme de preguntar por la gente que vive por aquí, qué tipo de vecindad es ésta. Apago el motor, los niños se acercan curiosos a la puerta, se van a mojar; salgamos y ver qué pasa.

Como se refleja en algunos fragmentos de pensamiento en esta narración en primera persona, la seguridad y eficiencia de la visita a domicilio tiene que ver con una buena **planificación previa** ["me encuentro con una desagradable sorpresa", "no teníamos este tipo de información en el expediente", me preocupa cómo va a reaccionar el compañero de María"]. Son esenciales las **garantías de seguridad** de todo el sistema familiar y hay que prever los riesgos y potencialidades de trabajar en el hogar de una familia ["tres o cuatro casas aisladas", "última hora de la tarde", "se constató una agresión con navaja","lo más seguro es aparcar muy cerca de la puerta", "informe negativo de urgencia"]. Hay también elementos que tienen que ver con las sensaciones subjetivas del profesional y con su experiencia ["me asalta la idea de que no tenía que haber venido sola", "así mi trabajo se me hace intragable", "tiene una sonrisa preciosa", "buena señal, no tiene mala pinta… parece más joven","salgamos y a ver qué pasa"], además de los aspectos logísticos de toda visita (transporte, cansancio, conocimiento de la zona y del vecindario, etc.).

Pero ¿qué elementos técnicos manejamos para hacer eficaz la entrevista domiciliaria en sí misma? En general podemos organizar en cuatro aspectos las tareas o facetas fundamentales que hay que tomar en cuenta para un buen trabajo reintervención familiar en el domicilio (**figura 7.1**):

1. manejo del tiempo,
2. manejo del espacio,
3. reglas de control de las conductas, y
4. forma de cierre y ritual de terminación.

Figura 7.1 Facetas contextuales fundamentales de la entrevista en el domicilio

7.1 Manejo adecuado del tiempo

En general, el manejo del tiempo es muy difícil en el ámbito de intervención en los servicios sociales. Cuando hablamos del manejo del tiempo nos referimos sobre todo al cumplimiento de las citas en día y hora, y también a la puntualidad de usuarios y profesionales de los servicios, lo cual implica no solamente el comienzo en la hora determinada con antelación sino también el terminar de acuerdo con una previsión razonable. Cuando hablamos de la visita domiciliaria todo esto se hace más difícil debido al efecto de la familiaridad del contexto. ¿Cómo hacer que las familias estén (no sólo su presencia, sino preparadas para la tarea) listas a la hora en que se ha concertado la visita? Insistiendo mucho en la importancia de la hora, repitiéndolo y asegurándote de que ellos no solamente asienten sino que te describen por qué es una buena hora; has de **preguntarles qué hacen a esa hora**, qué es lo que habitualmente acontece en la casa, si hay alguien que suele llegar o partir, si hay alguna tarea doméstica importante que suelen hacer a esa hora, etc. En lo posible es bueno **dar una tarjeta** o papelito que indique la hora y quiénes han de estar presentes, y

siempre hay que insistir en que si hay algún cambio (por ejemplo, ha venido a casa un familiar que requiere cuidados por unos días, a esa hora acaban de informarles de que un operario va a realizar algún trabajo, etc.) te llamen para evaluar si es conveniente cambiar la cita.

No olvides que es muy importante **que los profesionales cumplan** bien con los tiempos, llegar a tiempo, avisar de retrasos o cancelaciones con antelación y terminar en el tiempo previsto en la medida de lo posible. A veces una persona se acerca por el centro en el que trabaja un equipo de atención familiar y dice que "quiere ver a Rosa, la psicóloga", y lo más apropiado es evaluar si realmente es una urgencia y en caso positivo hacer un hueco breve en tu agenda, pero siempre que sea posible hay que desviar los contactos a un horario programado.

Quizás lo más difícil sea cumplir con el tiempo estipulado para una visita. Cuando se prevé que la entrevista tendrá una duración de una hora, hay que remarcar esta información con la familia, y después hacer todo lo que esté en tu mano por cumplir con esa previsión de tiempo. Si esto no se hace bien, lo que suele pasar es que a los 10 ó 15 minutos te encuentras con que algún miembro de la familia, o todos ellos, se preparan para marcharse como algo natural: tienen algo que hacer. **Ritualizar la importancia del tiempo**, ésa es la clave para un buen funcionamiento de la intervención en el domicilio.

¿Cómo encajar en este empeño por respetar y ritualizar los tiempos la necesidad de una "visita sin aviso"? Ese tipo de visita inesperada o "por sorpresa" es muy contraproducente para establecer una buena relación de trabajo con la familia (Capítulo 4) y se enmarca siempre en un contexto de control y no de apoyo (Capítulo 2), por lo que deberían ser absolutamente excepcionales cuando se está intentando realizar un trabajo educativo o terapéutico con la familia. En ese contexto la familia se sentirá vigilada y reaccionará con desconfianza. A nadie le gusta recibir una visita inesperada sin que dé tiempo a "arreglar un poco" la casa, especialmente a determinadas horas. Cuando se trata de una fase de evaluación o "investigación" de la familia podría tener más sentido que la visita se establezca sin demasiado tiempo de aviso, pero en general hay que contar con un efecto de antagonismo y defensividad que enturbiará la relación con la familia; es algo natural que así sea. Generalmente cuando la familia incurre en situaciones de negligencia no es difícil detectarlo en vistas programadas y plenas de confianza con la propia familia. La ventaja de hacerlo así (sin crear un clima de vigilancia y persecución) es que será más fácil intervenir educativa y psicológicamente en esa familia.

7.2 Manejo del espacio

¿Dónde hacer la entrevista? ¿Qué hacer si la familia te da a entender que puedes hablar con ellos en la cocina pero sin dejar de atender a algún puchero en el fuego? ¿Y si eligen una sala de estar pero la televisión está emitiendo un partido de fútbol o un concurso? ¿Si hay niños pequeños, estaremos en un lugar en el que habitualmente juegan con sus juguetes? Dentro de la amabilidad del que no está en su casa hay que ser muy **asertivo para elegir el lugar** más tranquilo y cómodo para la entrevista con la familia, hay que luchar contra el efecto de la familiaridad que impulsa a los miembros de la familia a comportarse de manera cotidiana e informal. Puedes sugerir que una habitación determinada de la casa es el mejor sitio, puedes pedir que un niño traiga un juguete, o que esté en una habitación contigua si es conveniente, puedes pedir que se apague un televisor, que se traigan un par de sillas de otra habitación, etc. Si el manejo del espacio funciona, en la próxima entrevista con la familia seguramente reproducirán el mismo escenario, y si no lo hacen tú debes insistir.

Debes ser muy observador, **los detalles cuentan historias** muy interesantes, las pequeñas cosas describen a veces grandes verdades. Una conducta de observación de los elementos del espacio y la posibilidad de conversar sobre objetos y estancias de la casa se suele considerar amable y normal, especialmente si el tono es de curiosidad respetuosa e interés por los aspectos positivos. Al contrario, una conducta de "inspección" va a generar tensión y desconfianza entre la familia y el profesional; debes evitar una actitud de vigilancia e inspección de la casa. Al igual que las "visitas por sorpresa", la "inspección" son conductas contrarias a la creación de una alianza de trabajo con la familia y se interpretan automáticamente como "control" provocando una natural reacción negativa.

En ocasiones, la casa apenas tiene un lugar apropiado, porque las condiciones de la vivienda son muy limitadas, o porque sólo hay un lugar (generalmente la cocina) que tiene el suficiente calor para desarrollar la entrevista con un mínimo de confort. Cuando la situación no tenga apenas posibilidades, hay que buscar un **local alternativo** (del ayuntamiento, social, de algún familiar…) y dar a las visitas domiciliarias un papel diferente y más breve, dejando las entrevistas para ese local alternativo.

7.3 Control de las conductas

Obviamente, si estás en casa ajena no puedes tomarte libertades como apagar un fuego de la cocina, o el televisor, o cerrar una ventana, o bajar a un niño de una escalera, o contestar a una vecina que acaba de llamar a la puerta que

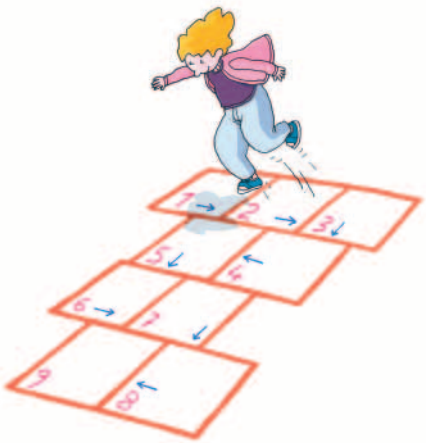
"venga más tarde". Pero tienes que **hablar de todas esas conductas** que pueden interferir con la entrevista que tienes que realizar y **solicitar** que se establezcan unas reglas para que tus visitas puedan ser productivas. No se trata solamente de decir con amabilidad algo como "podemos apagar por favor la tele y sentarnos mas cerca, y quizás abrir la ventana si José no puede aguantar sin fumar", sino intentar que esto sea una regla: *"¿os parece que cuando nos veamos aquí, para poder hablar y no malgastar el tiempo, lo hagamos así sin tele y en estas sillas? No sé si podría ser sin fumar? Pero con abrir la ventana… ?"*.

Cuando la entrevista se hace en un local profesional, el control del contexto por parte del psicólogo o educador es más fácil, las salas de entrevistan pueden acondicionarse para ese fin, eliminando interferencias y aportando elementos de confort y utensilios para los niños. Sin embargo, a veces también el contexto profesional genera inconvenientes para crear un clima adecuado para una entrevista familiar: suena el teléfono, acaba de llegar un fax y alguien entra a cogerlo, otro trabajador entra a por un expediente, etc. En cualquier contexto, es importante que la entrevista tenga un local adecuado, y que se respeten unas normas de conducta que no bloqueen el buen transcurrir de la entrevista.

Diferenciar un tiempo social (para ver algo de la casa que te quieren enseñar, probar un dulce, etc.) del tiempo de entrevista formal es muy importante, intenta que estos **tipos de interacción** (social versus profesional) estén en lo posible **diferenciados en tiempo y espacio**.

7.4 Forma de cierre, ritual de terminación

Cuando se hace una primera entrevista en un contexto profesional, como una sala de terapia o específicamente acondicionada para entrevistar clientes, es recomendable no introducir muchos elementos que cohíban el confort y la naturalidad de la familia; por ejemplo, no usar muchas anotaciones, no rellenar formularios, no crear grandes diferencias entre el profesional y la familia (como la barrera que supone una mesa de despacho entre el profesional y la familia) sino acercarse e igualarse lo más posible; incluso darle a la sala un color cálido que no recuerde los ambientes administrativos o sanitarios. Sin embargo, cuando la entrevista se hace en el domicilio, es conveniente usar **elementos que marquen la función formal y profesional** del encuentro, para luchar de esta forma contra el efecto de la excesiva **familiaridad**. Tomar notas, marcar claramente el rol de entrevistador y moderador, evidenciar las reglas del proceso de entrevista, usar una grabadora de audio, etc., son ejemplos de esos elementos que crean un contexto formal.



El cierre es muy importante para darle a la entrevista en el domicilio un carácter profesional y optimizar su eficacia. Si haces la entrevista con otra compañera/o y las condiciones del espacio lo permiten, puedes incluso tomarte un tiempo para consultar "en equipo" las conclusiones y prescripciones finales de la entrevista. En cualquier caso, es muy recomendable ritualizar el cierre **escribiendo y leyendo a todos los participantes** la conclusión de la entrevista y los compromisos, tareas o sugerencias, que de ella se han derivado; es muy importante la concisión y usar un lenguaje sencillo accesible a la familia. Hay muchas maneras de hacer esto, cada profesional que hace una entrevista sabe medir la necesidad de ese tipo de procedimiento en función de la actitud de la familia, la función de la entrevista, la frecuencia de visitas a ese domicilio, pero cuando consideres que es necesario o apropiado puedes usar un "acta-resumen" sencillo y rápido como el que se muestra en la **figura 7.2**, apenas lleva 5 minutos su elaboración y otros tantos minutos su lectura a la familia. En algunas culturas resulta adecuado incluso pedir que los participantes firmen ese documento en el que has escrito el resumen y conclusiones-prescripciones de la entrevista; pero en otras culturas –como la nuestra– esto resulta demasiado formal e incluso intrusivo: se asocia a procedimientos legales y coercitivos.

Cuando la entrevista se hace en el local del profesional, hay un cambio de contexto ambiental y un tiempo de transición entre el cierre de la entrevista y la vuelta de la familia a su casa (o lugares de destino después de la entrevista). Esto no es así en la intervención domiciliaria, **no hay esos elementos de transición**, por eso hay que asegurarse de que el cierre se hace bien y la familia no va a seguir discutiendo; y también asegurarse de que **el clima final de la entrevista no es conflictivo** y no hay riesgo de agresividad por parte de nadie. Si es necesario se les puede pedir a los miembros de la familia el **compromiso** de dejar el tema de discusión que se ha tenido en la entrevista y no tocarlo de nuevo hasta la próxima cita.

Vamos a finalizar este capítulo de la Guía con una "segunda parte" del ejemplo narrativo en primera persona. En este nuevo fragmento del diario, en el que la educadora narra el final de la visita, seguramente puedes encontrar y señalar elementos reconocibles en tu propia experiencia y sobre los que puedes reflexionar: ¿Cómo manejo la información? ¿Cómo manejo el tiempo? ¿Cómo manejo las emociones? ¿Cómo uso la planificación a partir de lo que recogemos en la visita domiciliaria? Puede resultarte útil subrayar aspectos de la narración que asocies con estas preguntas previas y añadir experiencias propias.

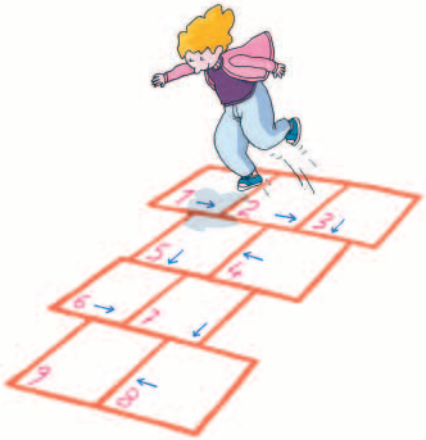


Figura 7.2 Ejemplo de formato para registrar el contenido y compromisos de la entrevista en domicilio

"Acta-resumen" de la entrevista en el domicilio
(para ser leída al final)

Acta-resumen de la entrevista en Casa de María y Manuel

Fecha: jueves 17 de enero
Hora de comienzo: 19:20
Hora de finalización: 20:30
Entrevista: **Primera con todos**
Han estado presentes: María (37), Manuel (39), Raúl (18), Rosa (16), Rocío (9) y Cristian (5)

Qué se ha tratado

Hemos hablado de qué podemos hacer en nuestro servicio para ayudar a la familia, qué somos y qué hacemos. De lo que ha pasado en la escuela, las quejas que ha habido y de los problemas del transporte y del material escolar. También hemos hablado del daño que Raúl se puede hacer a él y a los demás con sus "líos" y lo que le podría pasar (María le ha contado lo que les sucedió a sus tíos por las drogas).

La conclusión ha sido

Que entienden lo que podemos y lo que no podemos hacer desde nuestro equipo. Que Manuel y María aceptan que hay cosas que les vienen muy bien y que vamos a ver si algunas cosas "se aclaran" con la escuela. Que hasta Raúl se da cuenta de que "lo tiene mal" y que necesita alguna ayuda.

Qué vamos a hacer

María va a probar a venir al grupo de mujeres en el centro social la próxima semana.

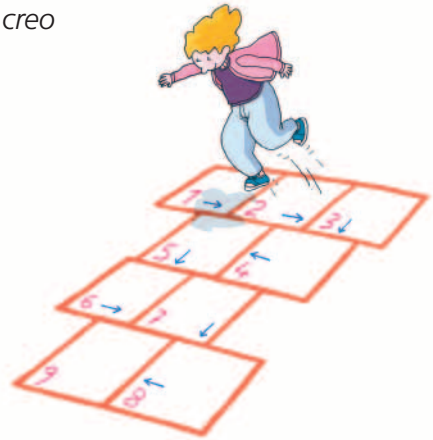
Los niños no faltarán a clase y María nos llamará si hay algún otro problema con el transporte; nosotros hablaremos con la escuela por el asunto del material.

Manuel y María van a controlar el "vicio" que tiene Rocío de tele por la noche.

Tendremos una entrevista sólo con María y Manuel dentro de 9 días.

Los educadores: ***Dolores y Carmen***

Arranco el motor del coche y veo la cara de María y sus dos pequeños saludándome desde la puerta de su casa; el más pequeño ondea el dibujo que ha estado haciendo con mis rotuladores como si fuese una bandera… Ambos se parecen mucho a Manuel, pero con ese halo de belleza que tiene María; deben ser los ojos negros. Levanto la mano para decir adiós al tiempo que meto la marcha atrás del coche; bueno, ha estado bien para ser la primera vez y considerando que quizás no preparé demasiado la visita. No veo a nadie por aquí, se me olvidó preguntar por la familia que vive en la otra parte y que mencionaron al principio; su tono me dio a entender que es buena gente, pero debí preguntar por ellos, tengo que anotarlo. El coche gira y ya saliendo hacia el camino puedo ver por el espejo retrovisor que los tres entran en la casa. Ha dejado de llover, pero todo está muy oscuro, no parece que el tiempo vaya a mejorar. Veo la parada del autobús en la que María me ha dicho que para el transporte escolar, espero haber dejado suficientemente claro la importancia de que los niños no pierdan ni un día más de clase. Noto que la calefacción del coche empieza a dejarse sentir un poco; menos mal, necesito que suba un poco la temperatura. En la casa no hacía frío, o al menos no lo sentí, estábamos cerca de la cocina de carbón. Creo que María pone mucho de su parte, y Manuel seguramente también considerando lo que es tradicional en su cultura, pero las condiciones de la vivienda distan de ser buenas para los niños. Me sorprende ver tanta actividad en la carretera a esta hora, ¡no me puedo creer que ya sean las nueve!, me he alargado demasiado, siempre me pasa lo mismo. Y además he tomado demasiado café, no pude negarme ante la insistencia de la niña mayor; veremos si soy capaz de dormir bien esta noche. La visita fue mejor de lo esperado, los pequeños se portaron muy bien, y una vez comenzamos a hablar en serio tanto los padres como el hijo mayor y la niña adolescente participaron bastante; hubo un momento que me preocupó cuando vi a Raúl tecleando en su móvil. Pero creo que mi mirada y la de su padre fueron un mensaje claro y fue suficiente. Este chico tiene un serio problema y da la impresión de que se está dando cuenta de que tiene las cosas complicadas a no ser que se ponga a trabajar con sus tíos; hablaré de esta opción en la reunión de equipo –tengo que acordarme de explorar más sobre los tíos y esa parte de la familia–, y también del asunto de la vivienda, un tema complicado. Hemos quedado en que María vendrá al grupo de mujeres, y creo



que al menos esta visita ha servido para que Manuel lo acepte, ¡espero que no se vuelva atrás! Entiendo que es algo extraño y difícil para él que ha tenido una educación tradicional en su comunidad, pero me ha gustado su expresión cuando dijo "bueno, todo cambia, no se puede uno quedar parado". Sería bueno que Raúl comenzase una terapia, al menos que encontrase un lugar para hablar del tema droga y de sus planes; creo que el chico es bastante sensible, intentaré citarle. Parece que la autovía no llega nunca, de noche siempre se me hacen más largos los trayectos, o quizás sea el cansancio, y todavía es martes. Necesito desconectar, me he emocionado un poco cuando María ha llorado hablando de cómo murió su hermano pequeño mientras miraba a su hijo. El caso es que yo estaba atenta a ver si era algún tipo de chantaje emocional, y atenta a la reacción de Raúl, pero sin querer me vi con los ojos húmedos... Se ve que no me endurezco tanto como se dice. Pongo la radio y escucho las señales horarias; pienso que debería ya estar en casa y cambio rápidamente de emisora para evitar escuchar las noticias. Encuentro algo de música aceptable, y ya entrando en la autovía me imagino qué estará pasando ahora en la casa de María. Espero que sea verdad que los niños pequeños se acuestan pronto y que no ven la tele; sus camas y armarios estaban bastante bien; como siempre que me enseñan la casa en una visita me siento una especie de policía… pero no puedo evitar mirarlo todo con atención; supongo que a Manuel todo esto no le gusta demasiado, pero los niños parecían comportarse de forma muy natural. Debería pensar en mi casa, ya no son horas de trabajo, podría llamar a casa con el cacharro este del "manos libres", ¡vaya nombre!, pero creo que en unos 20 minutos habré llegado. Vaya, otra vez se pone a llover.

7.5 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. Hay datos que confirman que la intervención especializada (educativa, psicológica) en domicilio es eficaz.
2. Lo esencial es "construir" un contexto adecuado combinando una actitud amable de "invitado" con una acción asertiva y segura como profesional.
3. La naturalidad y seguridad de la familia y la rapidez con que el profesional puede conocer las pautas y la dinámica relacional de la familia son las principales ventajas de la intervención en el domicilio.
4. El exceso de familiaridad –no diferenciar bien lo social de lo profesional– y ciertos riesgos cuando se trabaja en contextos de conflicto o violencia son las principales dificultades de la intervención en el domicilio.
5. En algunos casos extremos, las condiciones del hogar aconsejan buscar un lugar alternativo al domicilio para citar a la familia.
6. La "ritualización" del tiempo –fecha, hora, duración, terminación, etc.– es un aspecto clave.
7. La elección y fijación del espacio concreto de la casa para la entrevista es muy importante.
8. Establecer con la familia (no imponer) unas reglas de conducta durante la entrevista es algo imprescindible para marcar el contexto formal y profesional de la misma; hay que dejar clara la transición de lo social a lo profesional.
9. Un ejemplo de "ritual de cierre" puede ser la realización de un *acta-resumen.* En el cierre siempre hay que asegurarse de no abandonar el domicilio dejando un clima de conflicto entre los miembros de la familia.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Johnson, L.N., Wright, D.W. & Ketring, S.A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy, 28,* 93-102.
- Junta de CyL (2000). Programa de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil. Valladolid, Junta de CyL.

7.6 Observa y prueba: "Cómo me siento en tu casa"

Para los ejercicios que te proponemos en este capítulo vamos a basarnos en las dos narraciones que se han incluido en el mismo. Al leerlas puedes comprobar que son narraciones que recogen los pensamientos y emociones de una profesional de la intervención familiar justo antes y después de una intervención en el domicilio de María y Manuel con sus hijos. Esos dos breves textos intentan ilustrar la subjetividad de una persona que se enfrenta al trabajo de una visita domiciliaria.

Primer Ejercicio. Re-lee las narraciones y en la siguiente tabla anota los pensamientos y las emociones que te resultan significativas. Hay un espacio para que anotes también si reconoces haber tenido esos mismos pensamientos y emociones (o similares); intentar recordar la situación en que sentiste algo similar.

Pensamientos	Emociones-sentimientos	He pensado/sentido algo similar en una visita	¿Cuándo/dónde/cómo fue exactamente? ¿Qué recuerdas?

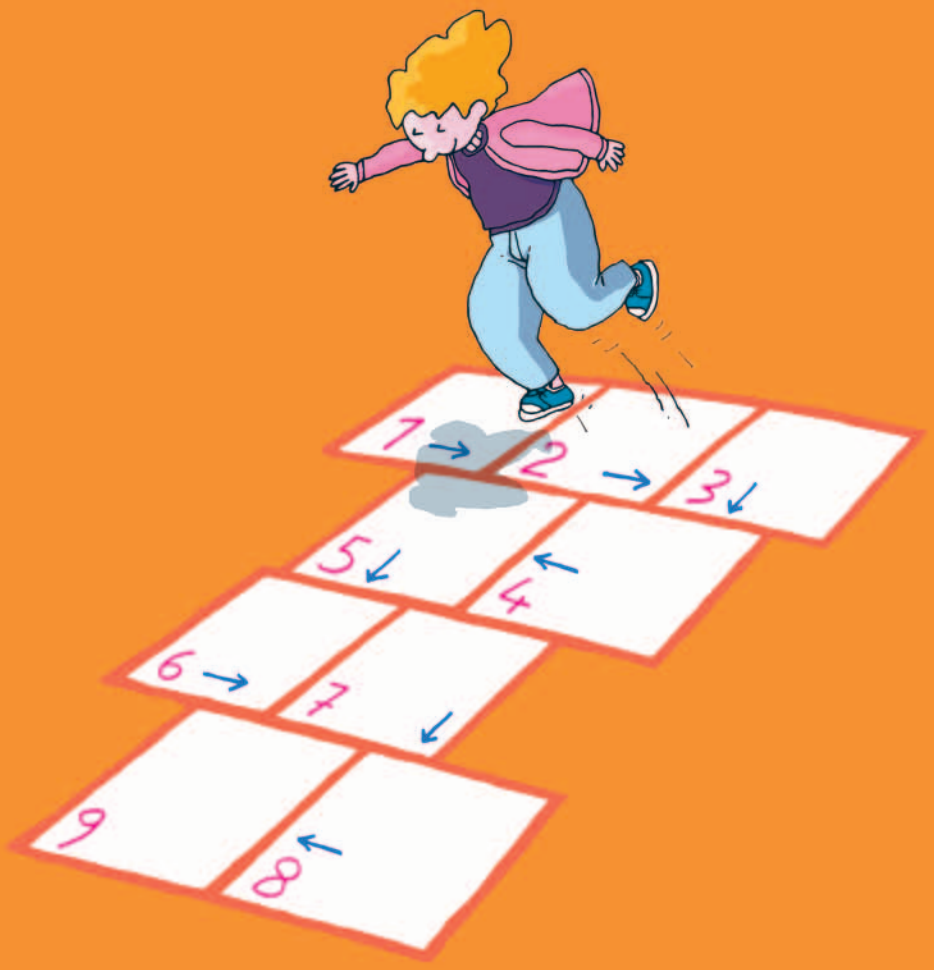
Segundo ejercicio. A partir de las narraciones, anota en la tabla siguiente los aspectos técnicos positivos y memorables de la visita a la casa de María y Manuel.

Observa todos los aspectos técnicos que se describen en el ejemplo de la intervención en el domicilio de María y Manuel (prdomicilio de María y Manuel (preparación, documentación, horario, preparación, documentación, horario, precauciones de seguridad, objetivos, manejo de la situación, olvidos o negligencias de la técnico, etc.objetivos, manejo de la situación, olvidos o negligencias de la técnico, etc.

Aspectos técnicos positivos del ejemplo	Aspectos técnicos negativos del ejemplo

Tercer Ejercicio. Haz una grabación de tus pensamientos y sentimientos antes y después de una visita domiciliaria (puedes utilizar una aplicación de grabación voz de tu teléfono móvil o una grabadora). Escucha un día después tu grabación y anota lo que te resulta más significativo.

Contextos de especial dificultad



Guía práctica para
la intervención familiar

8 Cuando la intervención no funciona porque el problema es crónico... y viceversa

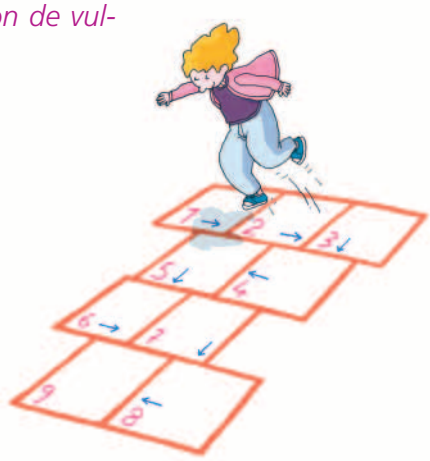
Una de las circunstancias que pueden considerarse más complicadas y que provocan más desazón y preocupación en los equipos de intervención familiar suele ser el trabajo con aquellas familias que llevan mucho tiempo en una situación de riesgo sin que se produzcan avances, o bien en una situación de avance insuficiente y cíclico. Estas situaciones generan un perfil de cronicidad. En este capítulo vamos a tratar de definir los indicadores fundamentales de cronicidad en el contexto de riesgo y dificultad de la familia del menor. También vamos a intentar describir los principales perfiles de cronicidad en función de cuáles son los factores fundamentales que afectan a la situación de la familia y cuál es la trayectoria que a lo largo del tiempo tienen las dificultades de la familia. Todo ello nos ayuda a establecer unas estrategias adecuadas para la intervención en circunstancias que podrían ser calificadas dentro de un status de cronificación.

8.1 ¿Qué se hace crónico? ¿El contexto de riesgo, la familia, o el caso?

Hay tres aspectos fundamentales en este análisis de la cronicidad relacionados con la intervención:

- Los factores y circunstancias de la familia que pueden asociarse a una cronificación de las dificultades.
- El análisis de las reacciones negativas que se producen en el profesional, en el trabajador.
- Y, de forma más global, el contexto de pesimismo, e incluso de estigmatización que en ocasiones se produce en el marco amplio de la red de atención.

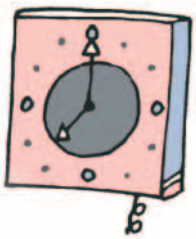
Una de las primeras cuestiones importantes para el análisis de la cronicidad es responder a la pregunta *¿Qué mantiene el problema en esta familia de forma cronificada?* o bien, *¿Cuáles son los factores que están teniendo una incidencia específica que cronifica la situación de riesgo o la situación de vulnerabilidad para el menor?*



Vamos a tener en cuenta en primer lugar todos aquellos **factores de carácter biológico** que con frecuencia están relacionados con una situación de cronicidad. Suele tratarse de factores que en sí mismos tienen un componente de cronicidad o al menos de larga duración en el proceso de su tratamiento. Dentro de esos factores biológicos hay que considerar todos los elementos que tienen que ver con discapacidad o enfermedad en los progenitores. En muchas ocasiones la propia enfermedad o trastorno es crónica o va a requerir mucho tiempo de atención y esto ha generado una situación de cronicidad en la dificultad de la familia dentro del sistema de protección. La clave en estos casos es que esa disfunción o trastorno ha de estar bien llevada, bien atendida, para que no genere una situación de riesgo o desprotección en el menor. Dentro de este ámbito de lo biológico, las adicciones y los problemas severos de salud mental suelen ser factores que comúnmente están presentes en los contextos que podemos denominar de cronicidad en la familia. Las adicciones, en sí mismas, suelen tener un proceso prolongado; suelen ser un problema que requiere mucho tiempo con fases diferentes: detección, reconocimiento de la situación de adicción, interpretación y respuesta del entorno social y familiar de la persona o personas adictas dentro de la familia. Y por lo tanto suelen generar un contexto de cronicidad dentro del tratamiento de la familia. Por otro lado, las patologías relacionadas con dificultades severas de salud mental suelen formar, de manera especial, parte del perfil de familias que analizamos dentro del marco de cronificación.

Otro segundo tipo de factores que suelen estar asociados al contexto de cronicidad tienen que ver con **situaciones de carácter psicológico** que han resultado perdurables en el tiempo o cuyas características tienen en sí mismas una naturaleza de larga duración o de ciertos elementos de cronicidad. Especialmente situaciones traumáticas vividas en los progenitores o vividas en el menor que tienen que ver con experiencias tempranas. Experiencias de abusos, secuencias de pérdidas muy dolorosas y difíciles de sobrellevar, trastornos relacionados con el apego y la vinculación dentro de la familia, y circunstancias que tienen que ver con algunos trastornos y características de personalidad. Son en general experiencias que tienen una perseverancia en el tiempo y cuando están asociadas a una situación de desprotección en el menor generan, con mucha frecuencia, un contexto de cronificación del caso.

También en el ámbito de las relaciones interpersonales hay **estructuras y estilos de funcionamiento familiar** que suelen ser característicos de familias con un contexto de desprotección o de riesgo cronificado. Generalmente este tipo de funcionamiento familiar, esta estructura dentro de la familia, suele haberse asentado a lo largo del tiempo (a veces de generaciones) y la



transmisión de las dificultades está muy enraizada y forma parte de la personalidad de la familia.

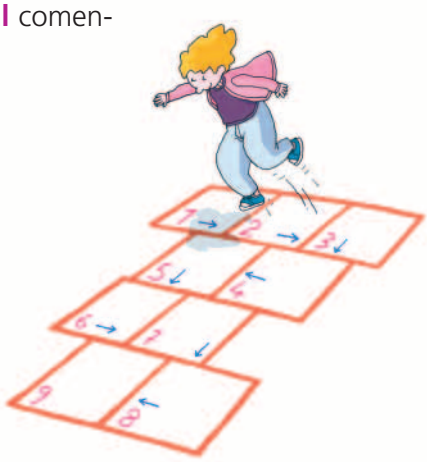
Podríamos añadir, en este nivel interpersonal o relacional, factores que se asientan en el marco de lo social, en **el nivel social**. Generalmente en las familias cronificadas nos encontramos con mucha frecuencia una situación de pobreza, de exclusión, a veces de gran aislamiento de la familia dentro de su entorno social, de su comunidad. Y en muchas ocasiones también la cronificación está asociada a estilos de vida, creencias de la familia que resultan disfuncionales dentro de su entorno porque generan bloqueos o barreras para una buena integración de los menores en la comunidad, entre iguales, y en el entorno socio-educativo.

Es muy importante diferenciar, cuando estamos analizando la cronicidad, todas esas circunstancias que mantienen el problema. Mantienen la situación de riesgo, la situación de vulnerabilidad de la familia, y por otro lado, la dificultad a lo largo del tiempo que se ha generado en el tratamiento o en la relación de ayuda que se ha intentado establecer con la familias. Es decir, tenemos que diferenciar la cronificación desde el punto de vista de la dificultad o estructura de mantenimiento del problema de la familia (que tiene que ver fundamentalmente con características de la familia, de su entorno, y con los factores bio-psico-sociales), y por otro lado, aquella cronificación que se vive dentro de la red profesional porque las intervenciones fallidas han sido reiteradas y la falta de éxito en los procesos de intervención es evidente. En ocasiones, las familias han pasado por una **larga historia de recursos de intervención**, por una larga historia de entradas y salidas dentro de diversos programas en el ámbito de los servicios sociales, hasta el punto que llegan a ser reconocidas y a veces catalogadas como "familias difíciles", o "familias irrecuperables".

8.2 ¿Qué hemos de tener en cuenta?

Por lo general esa interpretación ("familias difíciles o irrecuperables") provoca un enfoque pesimista y negativo en la intervención. Por ello, es muy importante que en nuestro análisis de la cronificación introduzcamos una perspectiva sobre lo que hemos hecho en los equipos de intervención con estas familias. Al igual que vamos a analizar cuáles son los factores que han influido en la cronificación desde el punto de vista de las características e historia particular de esta familia, haremos un análisis de cuáles han sido los factores del sistema profesional que pueden haber influido en la cronificación de la familia.

Para guiar este **análisis de los aspectos del sistema profesional** comenzamos por hacernos una serie de preguntas básicas:



¿Se han producido errores en la creación de alianzas y en la creación de una relación de colaboración con esta familia?

La respuesta a esta pregunta es fundamental porque hemos observado casos en los que la cronificación está mantenida por una relación antagónica y difícil con todos los ámbitos profesionales de ayuda dentro de los servicios sociales. Especialmente cuando se genera una relación antagónica y negativa con profesionales del sistema de protección. Esta evaluación del tipo de relaciones de ayuda establecida entre la familia y el sistema profesional ha de ser el primer punto de análisis para un intento de resolución de los casos cronificados.

¿Detectamos errores en la activación de los recursos de protección que se han intentado con esta familia?

Esta pregunta es clave porque nos remite a un análisis de la adecuación de los recursos que se han intentado poner en marcha con las familias. Muchas veces el hecho de que la activación de un recurso determinado se haya vivido de forma negativa genera no solamente el fracaso de ese recurso sino también una actitud evitativa y defensiva que aumenta la situación de vulnerabilidad de la familia.

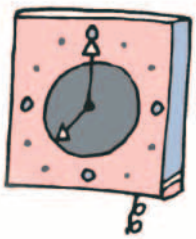
¿Analizando toda la historia de intervención con una familia que ha sido catalogada como cronificada, detectamos intervenciones fallidas?

Esta pregunta nos obliga a valorar no sólo los recursos que de forma general se hayan activado en el proceso de intervención, sino intervenciones particulares, incidentes que se hayan producido en el trabajo, en las actuaciones del educador o psicólogo y que hayan tenido un resultado experimentado por la familia como negativo, desafortunado, humillante, equivocado, desafiante, etcétera.

Es importante entender qué efecto han tenido algunas intervenciones particulares porque la primera estrategia que se ha de tomar en cuenta, a la hora de atender e intentar cambiar la situación de cronicidad en una familia, es no repetir aquellas intervenciones que han sido vividas como fallidas y negativas por parte de la familia.

¿Detectamos errores en el manejo de los tiempos?

Con esta pregunta lo que queremos analizar es la oportunidad de los momentos temporales de la intervención. Intervenciones que podrían haber tenido un efecto fundamental, la activación de recursos que podrían haber sido esenciales para la recuperación de un caso, se demoraron excesivamente



en el tiempo y cuando llegó su aplicación, su efecto fue no significativo, ineficaz o incluso desafortunado, porque el contexto temporal ya no era adecuado para ese tipo de actuación. Igualmente hay casos en los que no se han activado durante el tiempo necesario recursos que estaban funcionando. Casos en los que la gestión del tiempo en la intervención, a pesar de estar bien planificada no ha tenido una ejecución puntual, ajustada a la planificación temporal, por ello las expectativas generadas en la familia e incluso en la red profesional han sido defraudadas.

¿Hay excepciones positivas dentro del curso de funcionamiento de esta familia que han sido olvidadas o abandonadas?

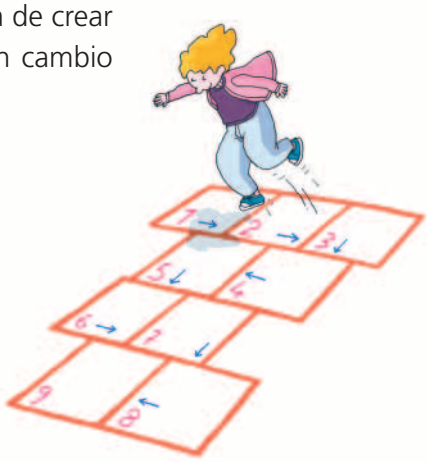
Esta última pregunta del análisis parece muy importante porque en bastantes casos nos hemos encontrado curiosamente con periodos de tiempo en los que determinadas intervenciones estaban funcionando adecuadamente. Incluso aunque no hubiesen tenido un resultado y un impacto muy grande o muy visible, visto retrospectivamente constituían un inicio de cambio en la familia y sin embargo estas intervenciones no fueron amplificadas o rentabilizadas de forma adecuada. Cara a un trabajo con las familias en situación de cronicidad, es especialmente importante poner una atención detallada, colocar nuestra visión con una lupa de aumento máximo en todas aquellas cosas que han funcionado y en todos aquellos periodos o actuaciones de intervención que dieron algún resultado esperanzador. En esas pequeñas situaciones positivas, se encuentra muchas veces una puerta de salida a la situación de vulnerabilidad y dificultad cronificada y un desbloqueo de la intervención con la familia.

8.3 La cronicidad como objetivo de intervención

Un aspecto central del trabajo con familias en contextos de cronificación es tener en cuenta, precisamente, esta característica de cronicidad como parte central de la intervención. Es importante que una vez analizada la trayectoria de intervención y la trayectoria de dificultad de la familia, y llegados a la conclusión de que estamos trabajando con menores que viven en un contexto de vulnerabilidad o de riesgo cronificado, pongamos esta característica de cronicidad como foco central en nuestra estrategia.

¿Qué significa diseñar una estrategia orientada a combatir el contexto de cronicidad?

En primer lugar hay que plantearse la importancia y la urgencia de crear alternativas para estas familias que no cambian, o que tienen un cambio

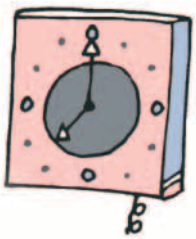


cíclico que finalmente revierte el problema o el nivel de riesgo a su nivel inicial. Dentro de esas alternativas hemos de considerar por un lado la posibilidad de imponer intervenciones y crear, a través de mecanismos de presión sobre la familia, una situación nueva que nos pueda llevar a la solución de la cronicidad. Es decir, nuestro primer análisis debe ser acerca de **las medidas coercitivas**, de presión sobre la familia para implementar un nivel de protección mejor en los menores cuando su situación de riesgo lo sugiere. Analizaremos las medidas de este tipo que se han tomado, la eficacia de dichas medidas y los fallos potenciales que se han cometido cuando se han tomado esas medidas. Analizaremos también la falta de medidas de ese tipo, observando si en ese caso se ha producido en ocasiones una falta de toma de medidas o no se ha tenido la oportunidad, en el momento adecuado, de crear intervenciones obligadas con la familia.

Por otro lado, nos plantearemos el estudio de **las crisis como un posible contrapunto** a las situaciones de cronicidad. Las crisis, en muchas ocasiones funcionan como una oportunidad para crear cambios significativos, y con suerte estables, en la situación cronificada de la familia. De forma que a veces las intervenciones coercitivas están o pueden estar orientadas precisamente a crear una crisis en la familia. En este sentido, tomar medidas estrictas puede ser no sólo una responsabilidad inevitable sino también una línea de creación de una crisis que ponga a prueba la capacidad de la familia de reaccionar generando cambios no solo circunstanciales, sino cambios significativos y profundos en los factores o en la estructura que mantiene el problema.

Uno de los elementos centrales del trabajo con familias en contextos de riesgo cronificado tiene que ver con **nuestra propia disposición y nuestra propia preparación para intervenir** en estos contextos. Es fundamental considerar la cronicidad como el objetivo de la intervención, y cuando hacemos esto estamos poniendo a prueba nuestras propias expectativas sobre la posibilidad de cambio de estas familias. Es bastante común que el trabajo con estas familias nos haya generado expectativas negativas no sólo personalmente al trabajador encargado del caso y al equipo de intervención, sino de forma más amplia en la red de Servicios Sociales, por ejemplo en la red profesional de los CEAS (centros de acción social).

Será, por lo tanto, muy importante hacer un análisis previo de cuál es la expectativa, cuál es la percepción global que se tiene sobre estas familias que llevan mucho tiempo dentro del sistema de servicios sociales y a veces dentro del sistema de protección. **Nuestras propias expectativas y las que tiene el sistema profesional** sobre la familia van a ser fundamentales y deberán ser en muchas ocasiones un objetivo de nuestra intervención. Es decir, nos



debemos preocupar por cambiar, inicialmente, nuestras propias expectativas para generar expectativas positivas de cambio.

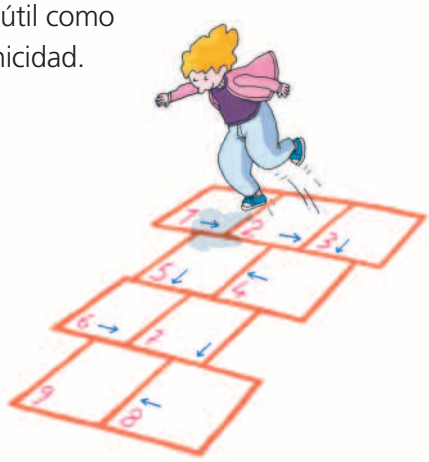
Igualmente son muy importantes las expectativas que tiene el entorno profesional sobre nuestra propia intervención. Seguramente nos vamos a enfrentar en muchas ocasiones con expectativas distorsionadas, bien por ser éstas negativas, (dicho coloquialmente, casos que son derivados para ver "cómo se las arregla este equipo con esta familia") o bien expectativas excesivamente altas (considerando que otros servicios y otras intervenciones previas no han conseguido gran cosa) generando un peso de responsabilidad sobre el equipo al que ahora le toca trabajar con la familia.

Por lo tanto, **trabajar la cronicidad como objetivo de cambio empieza por hacer un análisis y un intento de cambio (de ajuste o de calibración) en nuestras propias expectativas y en las del entorno profesional sobre nuestra intervención**. Es muy importante, que tengamos la capacidad de detectar, lo antes posible, síntomas de estar "quemados" en el trabajo con una familia determinada. Saber detectar y afrontar síntomas de desgaste, expectativas y reacciones negativas y pesimistas, es uno de los elementos fundamentales del trabajo con las situaciones cronificadas. Detectar y tener una estrategia para afrontar estos síntomas, signos de desgaste y pesimismo, no sólo en nuestro propio trabajo personal sino también en nuestro equipo. Es igualmente importante tener claro un axioma fundamental en el trabajo con familias que percibimos cronificadas dentro del sistema de protección o de servicios sociales: **Siempre hemos de compartir la responsabilidad**; ver el trabajo en equipo como la única forma de tratar y resolver adecuadamente las situaciones cronificadas.

El primer efecto que se produce automáticamente cuando ponemos la cronicidad como diagnóstico y objetivo fundamental es que lo que vamos a esperar, lo que vamos a planificar y lo que vamos a comunicar sobre el trabajo con estas familias va a ser diferente. Vamos a tener un marco de pensamiento que nos va a liberar de la sensación de fracaso porque la cronicidad ya no es una consecuencia o un fallo de nuestro trabajo sino precisamente una característica que estamos combatiendo y que se ha convertido en objetivo central.

8.4 Diagnosticar los perfiles de cronicidad

El estudio de casos analizados como representativos de contextos de riesgo y vulnerabilidad cronificada nos sugiere una tipología que puede resultar útil como "mapa" para entender y planificar el trabajo de intervención en la cronicidad.



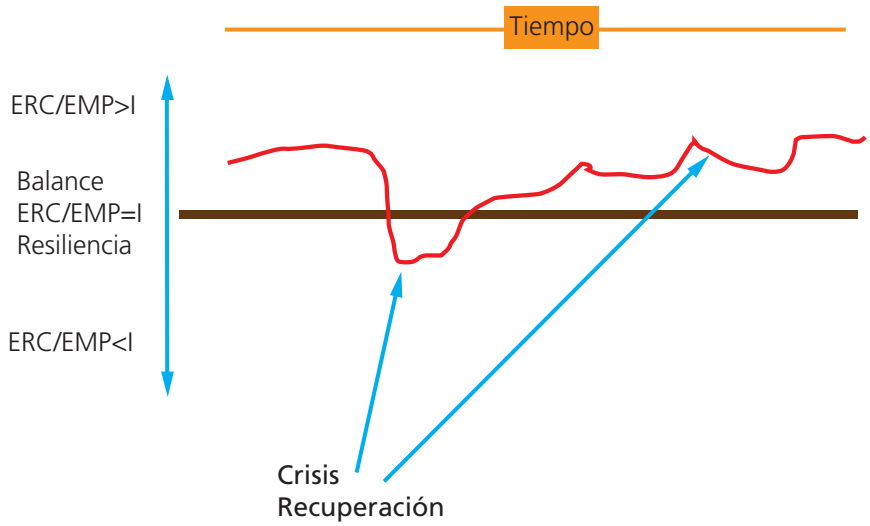
De forma resumida podemos definir tres patrones de cronicidad:

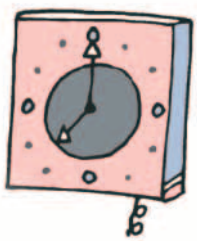
- **Cíclico** en el que hay cambios no sostenibles en el tiempo.
- Patrón de cronicidad **esquivo, oculto, de gran deterioro** a lo largo del tiempo.
- Patrón de cronicidad claramente **asociado a un trastorno** o enfermedad crónica.

En la **figura 8.1** se muestra como a lo largo del tiempo se producen oscilaciones absolutamente normales en el equilibrio que tiene una familia en el balance entre su estructura de recursos para el cambio (ERC, la potencialidad de resiliencia y de afrontamiento de la familia) y la estructura que mantiene el problema (EMP, es decir, las situaciones o factores de riesgo y dificultad que ponen a la familia en una condición de vulnerabilidad). En esa metáfora de la ecuación de balance entre la ERC y la EMP (véase capítulo 3 de la guía I) el punto o la línea central (valor = 1) representa el nivel mínimo de estabilidad, es decir, ese punto en el que los recursos de la familia, los factores protectores y su capacidad de afrontamiento, igualan las dificultades y factores de riesgo y vulnerabilidad a los que la familia está sometida. Es el punto de equilibrio o estabilidad.

En esa **figura 8.1** vemos una situación de intervención en la que se produce en un momento temporal ***una crisis***, una bajada de la familia del nivel de afrontamiento y estabilidad por debajo de esa línea. Una crisis que en ocasiones puede llegar a elicitar la necesidad de una intervención profesional. Es una intervención puntual, que de una u otra manera consigue ayudar a generar un balance más positivo y recuperar a la familia sobre ese nivel de estabilidad.

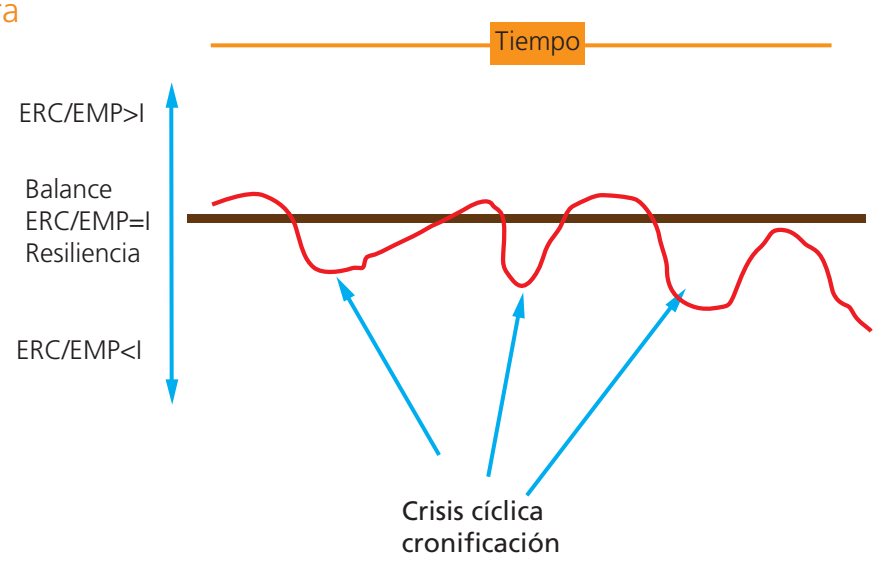
Figura 8.1



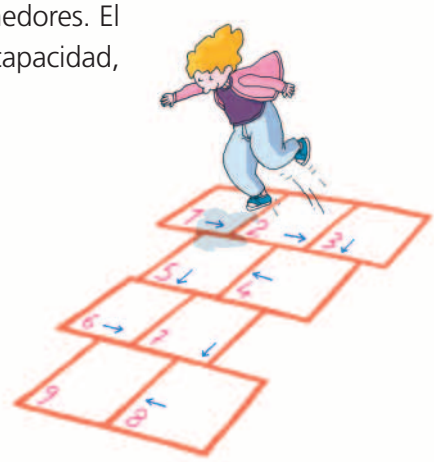


En la **figura 8.2** se representa uno de los perfiles más comunes de cronicidad, al que llamamos ***"cronificación por crisis cíclica"***. Lo que vemos en esta representación es que a lo largo del tiempo la situación de intervención en crisis que veíamos en la figura 8.1, se reproduce repetidamente y empieza a ser cada vez más profunda y más extendida en el tiempo la situación de vulnerabilidad y de crisis. Y cada vez es más tenue y más insegura la recuperación de la familia. Cuando esta situación se reproduce y se reitera a lo largo del tiempo, suele llegar un momento en que la familia no supera un umbral aceptable de afrontamiento y de protección. Lo complicado en estos casos es que con frecuencia el umbral de la intervención profesional se va desgastando, se va diluyendo, y el propio pesimismo sobre la capacidad de cambiar este perfil hace que la intervención termine formando parte de esta crisis cíclica. Y que las intervenciones se hagan puntualmente como una necesidad de parchear de alguna forma la situación, sin llegar a tener como objetivo central analizar cuáles son los factores que mantienen este perfil de cronificación y cuál es la estrategia más adecuada para romper este patrón.

Figura

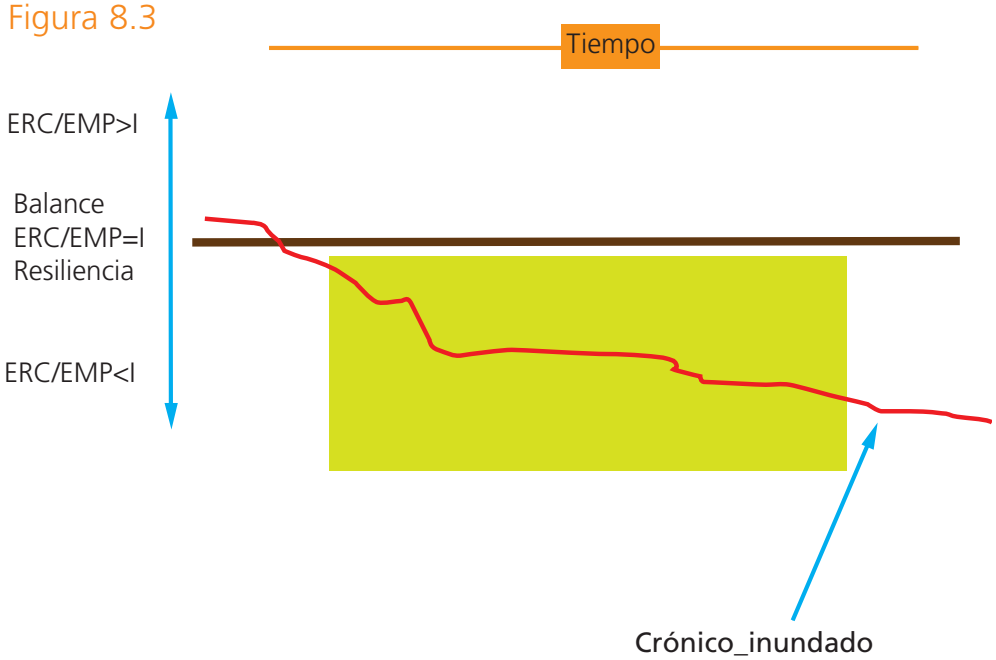


El patrón de cronicidad ***"esquivo u oculto de gran deterioro"*** está representado en la **figura 8.3**. A pesar de que el deterioro de la situación de la familia es dramático y se ha producido a lo largo del tiempo en una clara línea de riesgo, la situación de intervención se produce muy tarde, con unas circunstancias de desequilibrio negativo que exigen por lo general medidas urgentes. Llamamos esquivo u oculto a este perfil porque suele darse en relación con problemas que tienen la ocultación o el aislamiento como uno de sus factores mantenedores. El abuso, algunas adicciones, el maltrato físico, la ocultación de una discapacidad,



son algunos de estos problemas. También situaciones de gran negligencia asociadas a la exclusión social y el aislamiento.

Figura 8.3

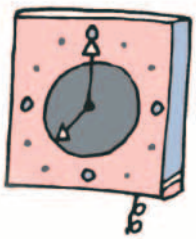


Un último perfil de cronicidad, que en cierta forma puede solaparse con alguno de los anteriores es aquel que está ***claramente asociado a un trastorno o enfermedad a su vez de tipo crónico***. Por ejemplo, una trayectoria familiar con ciclos de dificultad muy similares a los ciclos del curso de la enfermedad. El capítulo 3 de esta guía, dedicado a la intervención con familias en las que hay trastornos mentales , alcoholismo y otras adicciones, profundiza en los factores esenciales que permiten entender esos tipos de perfil de cronificación del contexto de riesgo.

La cronificación es una descripción de un proceso en el que las dificultades se mantienen en el tiempo. Cuando ese proceso está asociado a una situación de intervención familar, la cronificación puede ser evaluada en virtud de las siguientes dimensiones:

- *La severidad del problema y de la situación de riesgo.*
- *La existencia de algún nivel de cambio propiciado por la intervención.*
- *El tipo de intervención que se requiere (estable y duradera o urgente e intensa).*

La **figura 8.4** muestra una caracterización del marco de intervención en función de esas dimensiones. El proceso del problema cuando no hay cambios y



está estancado en el tiempo puede ser crónico o crónico-crítico en función del nivel (bajo versus alto) de severidad y/o riesgo que conlleva. Cuando hay avances y recuperación, el proceso de intervención puede implicar un apoyo adaptado a ese tipo de cambio o una intervención intensiva (incluso de emergencia) adecuada para una situación crítica. Este esquema puede servirnos de mapa para diagnosticar un proceso de cronicidad y definir los niveles y perfiles de la intervención que realizamos.

Figura 8.4

		proceso de cambio	
		estancado en el tiempo	avanza y recupera
nivel de riesgo/severidad	bajo	crónico	de apoyo
	alto	crónico-crítico	crítico

8.5 Factores que explican y mantienen la cronicidad

El estudio de los contextos familiares cronificados que hemos realizado a través del programa de análisis y supervisión de casos, en el que hemos analizado y trabajado con más de cien profesionales y más de cincuenta estudios de casos, nos ha llevado a plantear tres tipos de factores definitorios de los contextos cronificados, esos tres aspectos están resumidos en la **figura 8.5** y son:

- **Las características contextuales.**
- **Las características familiares.**
- **Las actitudes o posiciones ante los problemas**; en este último apartado incluimos tanto la posición de los usuarios de los servicios ante el problema como la posición de los proveedores de esos servicios ante los problemas.

Continúa

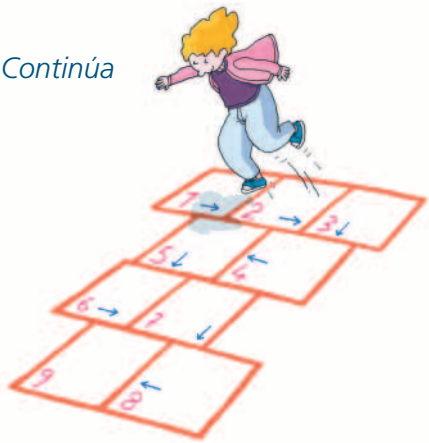
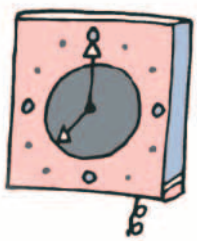


Figura 8.5

Características contextuales	Características familiares	Posicionamiento ante los problemas
Historia de intervención reiterada y múltiple	Historia de desprotección en los progenitores	Expectativas negativas de los profesionales sobre la familia
Dependencia de los servicios sociales	Secuencia intergeneacional de contextos de riesgo	Acomodación o victimización
Existencia de trastornos de larga duración	Adicciones en dos o tres generaciones	Expectativas negativas de la familia sobre los profesionales
Secuencia reiterada de acontecimientos vitales negativos	Secuencia intergeneracional de roles familiares cambiados	No colaboración familia-profesionales
Pobreza y aislamiento social	Trastornos de apego en más de una generación	Insistencia en intervenciones de control ineficaces
Intervenciones fallidas repetidas	Extensión de síntomas a varios miembros de la familia	Ocultación o minimización de los problemas
Historia de conflicto	Conflicto de pareja no afrontado	Dilución de responsabilidades
Descoordinación en el sistema de ayuda	Estructura familiar aglutinada-caótica	
Judicialización del contexto de intervención		

Las características contextuales

1. **La historia de intervención es prolongada, reiterada y múltiple**. Una de las formas de constatar y caracterizar la cronicidad es, precisamente, a través de un análisis de las intervenciones recibidas por la familia dentro del marco de los servicios sociales y sanitarios. La historia de intervención es prolongada, algunos servicios han trabajado de forma reiterada y repetidamente a lo largo del tiempo con la familia. También la intervención ha sido múltiple, es decir, los usuarios han recibido atención por diferentes equipos o servicios, alternativamente a lo largo del tiempo y también simultáneamente. El análisis realizado con diagramas



sobre la historia de intervención suele aportarnos un dibujo ilustrativo de la complejidad, de la reiteración y de la multiplicidad de servicios.

2. **Dependencia de los servicios sociales**. "Dependencia" es una característica central de los casos cronificados. Destacamos aquí la relación de dependencia con los servicios sociales establecida a lo largo del tiempo y que llega en ocasiones al riesgo de convertirse en parte de la estructura que mantiene el problema, en lugar de ser una herramienta de afrontamiento y solución. Esta dependencia de los Servicios Sociales es una característica contextual; la presentamos así, no como algo que emana de la familia únicamente sino como, algo que al margen de su causa, en un momento determinado llega a asumirse, tanto por la familia, como por los servicios sociales. Llega a convertirse en un aspecto muy asentado en el contexto en el que se produce el trabajo de intervención con las familias. La dependencia se expresa en una actitud mutua. De desamparo y búsqueda (siempre externa) de la solución de los problemas a través de los servicios sociales por parte de la familia. Y por parte de los servicios profesionales, incurrir en una actitud paternalista que refuerza este círculo de dependencia o falta de autonomía de la familia para afrontar sus dificultades.

3. **La existencia de algunos trastornos o disfunciones**, que por su propia naturaleza producen una necesidad de tratamiento y de atención prolongada y reiterada en el tiempo. Especialmente la existencia de trastornos severos de salud mental, la existencia de adicciones y la discapacidad.

4. **Secuencia reiterada de acontecimientos vitales negativos**, o bien acontecimientos traumáticos que han aparecido de forma encadenada en el tiempo. Suele resultar llamativo en estas familias que su historia nos ofrece un encadenamiento de acontecimientos vitales negativos como fallecimientos, encarcelamientos, pérdidas de trabajo, desahucios, necesidad de moverse de una población, de un barrio, de una vivienda a otra. En ocasiones estos acontecimientos vitales negativos podrían definirse como auténticas situaciones traumáticas encadenadas en el tiempo a través de dos o incluso tres generaciones.

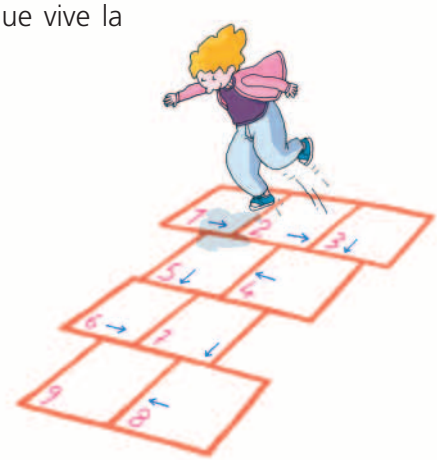
5. **La pobreza y el aislamiento social** son características comunes en el contexto de cronificación. Obviamente la pobreza, la privación socioeconómica y educativa, no siempre está asociada al aislamiento o a la exclusión, pero resulta muy común que el contexto de las familias con una situación de vulnerabilidad cronificada esté caracterizado por

una asociación entre pobreza y aislamiento social. En algunos casos aislamiento de la familia respecto de la comunidad, en otros casos de la propia comunidad como un contexto cerrado al entorno social.

6. La constatación de **intervenciones reiteradas que han resultado fallidas y por lo tanto frustrantes**, tanto para la familia como para los profesionales. A pesar de que la intervención (prolongada en el tiempo, reiterada y múltiple) no ha producido avances, es bastante común que nos encontremos con que se repite. Esta reiteración produce, lógicamente, la creación de un contexto teñido por la frustración y el pesimismo sobre la capacidad de recuperación de la familia.

7. **Una larga historia de conflicto**. Quizás este sea un perfil particular de algunos casos, en los que el conflicto de pareja, el conflicto entre subsistemas familiares, el conflicto a través de dos o incluso tres generaciones, se ha perpetuado y sus efectos de riesgo para los menores y las implicaciones psicológicas y sociales que tiene se han insertado de una forma estable y perniciosa dentro de la familia. En algunos casos de cronificación, el conflicto de pareja se ha prolongado en el tiempo con un perfil cíclico, con períodos en los que asoma una situación de violencia psicológica o física y este patrón no ha tenido resolución, convirtiéndose en un contexto habitual de la familia. Los menores corren el riesgo de estar viviendo y asimilando los modelos y las estrategias más perniciosas asociadas al conflicto.

8. **Descoordinación en el sistema profesional de ayuda**. Es esta una característica que hemos detectado en el estudio de los casos cronificados, sin que podamos indicar en realidad que sea causa o efecto de la cronificación. En muchos casos llega a convertirse en parte de la estructura que mantiene el problema: un estado de descoordinación dentro de los equipos, de los profesionales y de los dispositivos de ayuda en el marco de los servicios sociales (y en ocasiones también de los servicios educativos y sanitarios). Seguramente esto es consecuencia de las dificultades en el trabajo con estos casos. Esta descoordinación se refleja con frecuencia en medidas que se toman en un servicio y que no son adecuadamente complementadas en otro ámbito del trabajo con la familia; o en medidas que se deciden y cuya implantación o implementación no se produce en el tiempo oportuno por parte de otros equipos, de otros servicios. Esta descoordinación puede parecer un cierto contagio de la situación de descoordinación y frustración que vive la propia familia.

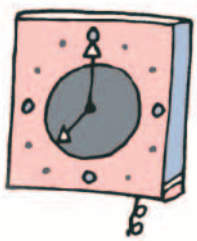


9. **Judicialización del contexto de intervención**. En algunas de las familias que hemos estudiado como ejemplos de contextos de intervención cronificados, nos hemos encontrado que se produce una implicación de la justicia en el marco de la intervención. Esta judicialización aumenta el nivel de tensión, las dificultades en la toma de decisiones y, en muchas ocasiones, el antagonismo y la mala relación entre los equipos de intervención y la familia. La judicialización tiene que ver con las denuncias que se producen dentro de la familia (por ejemplo, casos de conflicto entre parejas) pero de especial dificultad son los casos en los que la familia realiza denuncias judiciales sobre la intervención de los equipos de los servicios sociales, o de protección a la infancia.

Las características familiares

1. **Historia de desprotección en los padres**. Hay casos considerados cronificados dentro del contexto de nuestra intervención en los que nos encontramos la evidencia de una historia de desprotección y desamparo en los padres de los menores que ahora son objeto central de nuestra intervención. Incluso nos encontramos actualmente con que los padres de algunos menores, que están dentro de nuestros programas de protección fueron, a su vez, usuarios de servicios de protección a la infancia, incluso de servicios de acogimiento residencial. En general, esta característica de haber vivido los padres una historia de desprotección, unos modelos negativos de apego, de cuidado y de crianza, va a ser una característica familiar esencial a tomar en cuenta cuando se crean objetivos orientados al cambio de conducta de los progenitores. Nos vamos a encontrar en muchas ocasiones con unos padres que no tuvieron la ayuda adecuada, o bien el éxito esperable en la ayuda que pudieron haber recibido. Las secuelas de haber carecido de apego seguro y un contexto de cuidado adecuado pueden ser muy notables en estos padres.

2. **Secuencia intergeneracional de contextos de riesgo**. Algunos contextos de riesgo, como son entornos familiares con situaciones de adicción o alcoholismo, entornos familiares con una exposición muy alta a actividades delictivas, o entornos familiares muy tolerantes a conductas abusivas o de violencia, aparecen (especialmente cuando realizamos un detallado genograma) de forma estable o reiterada en tres generaciones. Esto nos hace ver la importancia de una potencial transmisión intergeneracional de estas características del entorno de la familia, bien como valores, bien como costumbres, bien como formas de vida.

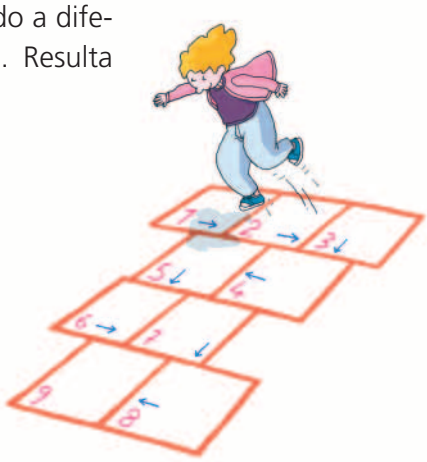


3. **Adicciones en dos o incluso tres generaciones**. Esta particular secuencia intergeneracional resulta muy común dentro de los casos estudiados como contextos cronificados. Es una particularidad del punto anterior, pero reseñable porque resulta muy complejo en ocasiones entender la transmisión de las adicciones entre las generaciones: hay aspectos educativos, aspectos sociales y posiblemente aspectos genéticos que pueden formar parte de esta característica de algunas familias asociadas a un perfil de cronicidad.

4. **Secuencia de roles familiares cambiados o invertidos en dos o tres generaciones**. Es llamativo que con frecuencia, al hacer un estudio amplio y detallado del genograma de la familia, nos encontremos con una secuencia de roles cambiados o invertidos de forma reiterada en varias generaciones. Por ejemplo, estilos de crianza y de apego en los que los hijos tienen que tomar roles de protección y de cuidado de otros miembros de la familia (como hermanos más pequeños, abuelos, o incluso de sus propios padres) en un momento de su vida en el que correspondería y sería más funcional que ellos ocuparan el rol de ser protegidos y cuidados. Secuencias como hijas adolescentes que se convierten, precozmente, en madres y dejan sus bebés al cuidado y crianza de sus propias madres, las abuelas de estos bebés. Estas adolescentes, más adelante en el tiempo repiten este patrón convirtiéndose en las encargadas del cuidado y crianza maternal de sus nietos, es decir, de los hijos de sus hijas concebidos de forma también temprana en la adolescencia.

5. **Dificultades relacionadas con un trastorno del apego en más de una generación**. Nos referimos a aquellos casos en los que en la exploración de las relaciones de la familia se hace evidente que las dificultades del apego (ver capítulo 2 de esta guía) no sólo se da en la relación del adolescente con sus padres, sino que los progenitores han tenido una experiencia de apego como hijos igualmente problemática. Este trastorno en los padres casi siempre está muy relacionado con la dificultad actual de crianza del menor.

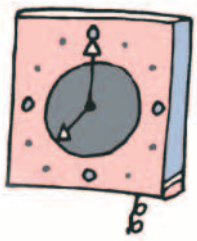
6. **Extensión de los síntomas o de las dificultades severas a varios miembros de la familia**. En el análisis realizado de casos considerados contextos cronificados en la intervención, llama la atención que nos encontramos con familias en las que un mismo tipo de problema (que a veces es somático, a veces una adicción, o un síntoma psicológico, o una conducta de riesgo muy señalada) se ha extendido a diferentes miembros de la familia en más de una generación. Resulta



llamativo encontrarse, por ejemplo, que la abuela, madre e hijos tienen una dependencia muy similar ante algún tipo de situación. Es difícil en estos casos discriminar si esta extensión de un tipo de síntoma o dificultad a una amplitud de la familia se debe a algún componente genético, a la propia socialización de conductas dentro de la familia, o se debe a un encadenamiento de acontecimientos y pautas que han compartido dentro de la familia.

7. **Conflicto de pareja no afrontado**. Una característica muy común es la existencia de un conflicto de pareja prolongado y no resuelto, con fases activas de disputas o bien con una actitud de no afrontamiento y de no búsqueda de soluciones durante mucho tiempo. Parece que el conflicto de pareja en algunas familias se haya convertido en casi un estilo de vida, en el que la intensidad del conflicto deja el cuidado de los menores en un segundo plano y por lo tanto la prioridad fundamental de protección baja a un nivel inaceptable. Aunque el afecto a los menores pueda en algunas ocasiones ser positivo, sin embargo el poder de absorción del conflicto en la pareja genera una situación de inestabilidad y de desprotección continuada para los menores.

8. **Estilo familiar aglutinado-caótico**. Sin tener un análisis riguroso y cuantitativo del funcionamiento y estructura de las familias no podemos afirmar con seguridad que este estilo familiar esté asociado, de alguna manera, a la cronificación. No obstante, sí puede servir como indicación valorativa el hecho de que en los grupos de trabajo de análisis de casos, hemos encontrado que las familias con estructura aglutinada-caótica eran las más comunes. Esta característica de familia "aglutinada" hace referencia a la dimensión de cohesión de la familia que puede describirse en este extremo: funcionan "como una piña" y hay un insignificante espacio autónomo para los miembros de la familia; se comparte mucho el tiempo, los espacios de convivencia, las actividades, la red social; y prima, por tanto, la pertenencia al grupo muy por encima de un nivel saludable de autonomía y espacio personal. En cuanto a la característica de "caóticos", hace referencia a que en estas familias su tendencia a generar cambios exagerados en el funcionamiento de la familia ante cualquier situación nueva es extrema. La adaptabilidad de una familia puede describirse entre dos polos. A uno de ellos lo denominamos "rigidez" cuando la familia carece de la capacidad de adaptarse ante cambios originados por el propio ciclo de vida o ante cambios originados por el ambiente externo a la familia (acontecimientos vitales, sociales, de trabajo, de convivencia, etc).



Las familias en un extremo de adaptabilidad rígida, se cierran ante toda esta necesidad de cambios y mantienen obsoletas sus normas y sus rutinas, sus roles y su estructura. En el otro extremo, el que denominamos "caótico", las familias tienen una "adaptabilidad excesiva" en el sentido de que continuamente están realizando cambios que deterioran la necesaria estabilidad y predictibilidad de las rutinas que necesitan los menores. Son, por lo tanto, familias en las que apenas hay una semana parecida a la anterior, que cualquier pequeño acontecimiento (la entrada o salida de una persona en la familia, la llegada de un hermano, un cambio en una situación de trabajo) hace que los roles familiares (quién se ocupa de qué dentro de la familia) cambien, de manera que un menor se pueda encontrar con facilidad en una situación en la que no sabe quién se va a ocupar de una necesidad básica; o no sabe cuál puede ser la respuesta ante una regla o norma que él ha incumplido.

Actitudes o posicionamiento ante los problemas

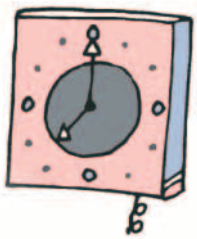
1. **Expectativas negativas de los profesionales sobre la familia**. Es fácil de entender que, a partir de todas las características comentadas previamente de los contextos cronificados, se puedan generar en los profesionales expectativas negativas sobre las soluciones y también acerca del pronóstico de recuperación de la familia. El efecto que producen en los profesionales las expectativas negativas, que con facilidad pueden convertirse en una profecía auto-cumplida, es muy importante. Por ello nuestra intervención debe ir dirigida a veces a trabajar dentro del grupo profesional, dentro de los equipos, para buscar una preparación positiva y una posibilidad de expectativa positiva. Se necesita una semilla de optimismo para poder hacer una intervención (o al menos intentarlo) convincente que lleve a la familia a variar la situación de cronicidad y emprender un perfil de afrontamiento nuevo dentro de sus dificultades.

2. **Acomodación o victimización**. En ocasiones la dificultad parece vivirse dentro de la familia con un altísimo nivel de acomodación, es decir, tenemos la impresión de que para la familia el contexto de riesgo y dificultad ha pasado a convertirse en un contexto cómodo porque es un ambiente que conoce, es un contexto en el que han aprendido a desenvolverse y es el único contexto de socialización de los menores. De forma que integran con facilidad algunos de los factores de riesgo fundamentales, las dificultades o carencias que han caracterizado la

cronicidad de esa familia. En algunos casos nos encontramos con que esta situación de acomodación tiene un cariz de "victimización", se presenta como un contexto en que la familia aparece como víctima de las dificultades y el discurso ante la intervención consiste en presentarse como las personas que reconocen las dificultades y simplemente las sufren bajo ese supuesto que hemos denominado: "tenemos un problema pero no podemos hacer nada"(ver guía I, capítulo 6). Lo importante de esta victimización, que en ocasiones se asienta en una realidad vivida (la familia tiene derecho a presentarse como víctima por haber tenido que sufrir situaciones de deprivación, de carencias injustas o de conflictos no causados por ellos), es que genera una" micro-cultura" asociada a ese estilo de "atribución externa": la causa de los problemas es externa y también las soluciones sólo pueden venir de fuera. Cuando este esquema interpretativo de "victimización" se convierte en una parte importante de la estructura que mantiene el problema debemos considerarlo como algo a cambiar en la intervención, como un objetivo con valor propio para la intervención; es importante desactivar su capacidad de bloquear el cambio en la familia.

3. **Expectativas negativas de la familia sobre los profesionales**. Este elemento es simplemente una particularidad de la acomodación, victimización y pesimismo que se puede generar en las familias. En concreto se exterioriza por descalificar o haber perdido la fe en la posibilidad de que los profesionales sean un recurso de ayuda. No nos referimos aquí a los profesionales en un sentido genérico, sino de forma especial a la expectativa negativa que transmite la familia sobre las personas que establecen la relación de ayuda con ellos. Las expectativas negativas de la familia sobre los profesionales a veces se alimentan de las expectativas negativas que los profesionales transmiten hacia ellos y viceversa. El círculo de expectativas negativas puede producir una interacción muy perniciosa entre el sistema profesional y el sistema familiar creando un bucle de negatividad y atribución de cada sistema hacia el otro en lo más negativo.

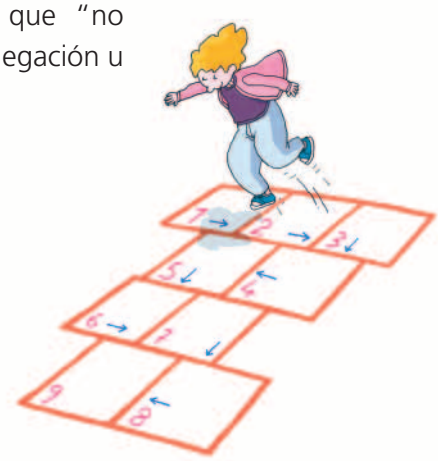
4. **Historia de mala relación entre la familia y los servicios sociales, dificultades de colaboración muy arraigadas**. La cronicidad del problema se ha generalizado en una cronificación de la mala relación entre la familia y los servicios sociales. En ocasiones nos encontramos con que las dificultades de colaboración se han convertido en un antagonismo que aparece como un valor en la autoimagen de la familia basado en la contrariedad, el victimismo, la rebeldía acerca de las inter-



venciones de los servicios sociales, y de protección a la infancia. Dentro de este contexto es esencial comenzar por un cambio en el marco de colaboración y por tener como objeto previo o inicial de la intervención un cambio en esta relación negativa.

5. Se ha trabajado por **mucho tiempo con la familia bajo una relación esencialmente coercitiva o de control sin grandes resultados**. En ocasiones una historia de intervención prolongada y reiterada bajo un modelo de exigencia coercitiva ha generado una "micro-cultura" en el sistema de intervención. Es decir, ha generado un contexto de control ineficaz que no se ha cambiado y que quizá se ha perpetuado tanto en el sistema profesional como en el sistema familiar del usuario sin que nos hayamos planteado otras alternativas.

6. **Ocultación y/o minimización de problemas y de síntomas**. Algunos de los casos analizados y estudiados a través del programa de supervisión nos han enseñado la importancia de esta actitud por parte de la familia: minimizar e incluso ocultar las dificultades. Esto se ha expresado comúnmente a través de una actitud de minimización o negación de síntomas y problemas en el contexto de evaluación inicial por parte de los profesionales. Obviamente, en algunos casos la ocultación o minimización (especialmente si es consciente e intencionada) debemos interpretarla en primer lugar como una falta de confianza y una expresión de inseguridad por parte de la familia. Pero en otros casos descubrimos que esas actitudes están relacionadas con un mecanismo (generalmente inconsciente) de defensa, y por lo tanto con un mecanismo psicológico orientado a negar o minimizar las dificultades como una forma de evitarlas o como la búsqueda de una salida ante esas propias dificultades. Sabemos por ejemplo que el alcoholismo conlleva, de acuerdo con los expertos, en muchas ocasiones un síntoma consistente en la negación de la propia conducta de dependencia del alcohol. Hemos de considerar esta respuesta de minimización, negación, ocultación, etc. como un obstaculo para lograr la necesaria confianza de alianza de trabajo con el usuario, o bien como una faceta importante de la dificultad de la familia. En este sentido, siempre que se detecta con claridad esta posición o actitud ante los problemas debemos tomarla como uno de los objetivos para los que hemos de definir estrategias de intervención específicas. ¿Cómo podemos trabajar la minimización que observamos en este usuario? Es muy importante hacernos esta pregunta y ser conscientes de lo que "no debemos hacer": responder a la posición de minimización, negación u



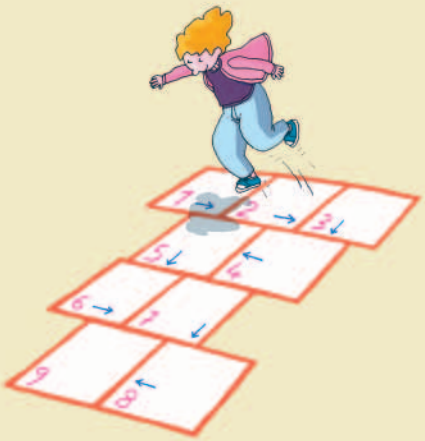
ocultación, como si fuera un ataque a nuestro trabajo de intervención, como si fuera una conducta deshonesta o de engaño personal hacia nosotros; o como si fuera una lucha en la que está en juego nuestra capacidad o reputación profesional al intentar no vernos engañados o descalificados por parte del usuario. Es obvio que cuando se entra por parte del profesional en esta espiral negativa y se genera una interpretación personal, las probabilidades de generar una intervención eficaz suelen ser menores.

7. **Dilución de responsabilidades entre los profesionales**. Ésta es una de las características extraídas del análisis colectivo de casos entre los profesionales, de manera que podemos considerarlo como una autocrítica o como una reflexión honesta (aunque también en ocasiones dolorosa) sobre un aspecto de la red profesional que, con facilidad, puede convertirse en un factor mantenedor de los problemas y de cronificación de la dificultad. Sin duda la complejidad de los diversos factores de riesgo y de los diversos factores bio-psico-sociales que mantienen la vulnerabilidad en una familia puede explicar esta dilución de responsabilidades entre diferentes profesionales o diferentes ámbitos profesionales. No vamos a negar que cuando una familia requiere un trabajo desde ámbitos diferentes y por lo tanto en el sistema de intervención entran a jugar un papel importante otros técnicos (sistema sanitario, toxicomanías, sistema educativo, etcétera) y se requieren decisiones difíciles por parte de los técnicos de protección a la infancia, la complejidad facilita que en ocasiones se cree un contexto ambivalente o desorganizado desde la perspectiva de la intervención y se diluyan las responsabilidades de unos profesionales en otros. Varios de los casos estudiados como situaciones cronificadas demuestran que un factor fundamental en la dilución de responsabilidades es la falta de asunción de liderazgo en la intervención. Y en ocasiones la indecisión sobre medidas, o simplemente la no ejecución adecuada en tiempo y espacio de la intervención decidida.

8.6 Cuadro-resumen

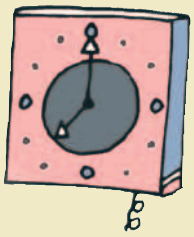
IDEAS PRINCIPALES

1. Los contextos de riesgo y vulnerabilidad de la familia se cronifican cuando llevan mucho tiempo sin cambios a pesar de que hayamos realizado intervenciones reiteradas y/o prolongadas. Esa cronicidad toma diferentes formas en función de la severidad del riesgo y de sus consecuencias.
2. Para entender bien el contexto de cronicidad hemos de explorar y evaluar aquellos factores Bio-Psico-Sociales asociados directamente a la familia que pueden explicar esa situación de estancamiento; pero también los factores asociados a nuestro propio Sistema Profesional, como expectativas muy negativas o estereotipos pesimistas.
3. Para intervenir en una situación de vulnerabilidad familiar crónica hemos de examinar toda la historia y todo proceso de intervención previo y a partir de ahí es imprescindible poner la cronicidad como objetivo fundamental del trabajo posterior.
4. Definir adecuadamente el perfil de cronicidad nos ayuda a tener un diagnóstico de cómo se ha estancado el problema de la familia. Fundamentalmente nos encontramos con estos tres tipos de perfiles: "Cíclico", "Esquivo-oculto", y "Asociado a un trastorno crónico".
5. Los factores que explican la formación de un contexto de vulnerabilidad familiar cronificado se enmarcan en tres grupos: Contextuales, Familiares, y de Actitud o posición general ante los problemas.
6. Entre los factores Contextuales se encuentran la "Dependencia de los servicios", la "Pobreza y aislamiento", la "Des-coordinación" o "Judicialización" de la intervención, o la "Secuencia reiterada de acontecimientos vitales negativos".
7. Entre los factores Familiares destacan "La historia de desprotección en los progenitores", "Adicciones", "Trastornos del apego" y otros contextos de riesgo en varias generaciones, "Extensión de síntomas" en varios miembros de una familia, y el "Conflicto persistente no afrontado".
8. Entre los factores relativos a las Actitudes que contribuyen a la cronificación se encuentran las "Expectativas negativas" de los profesionales sobre la familia y de la familia sobre los profesionales, también las actitudes de "Acomodación" y la "Ocultación o minimización" de las dificultades.



QUÉ MÁS CONSULTAR

- JUNTA DE CYL (2000). *Programa de Intervención familiar en situaciones de desprotección infantil*. Valladolid, Junta de CyL.
- MINUCHIN, P. , COLAPINTO, J.A. y MINUCHIN, S. (2000). *Pobreza, institución, familia.* Editorial Amorrortu.
- WALSH, F. (2005). *Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento*. Editorial Amorrortu.



8.7 Observa y prueba

1. Aplica el esquema de Diagnóstico de Perfiles de Cronicidad (sección 8.4 de esta Guía) al caso de una familia con la que hayas trabajado por mucho tiempo.
2. Compara tu diagnóstico de cronicidad para ese caso con el que haga independientemente tu compañero/a de equipo para ese mismo caso. Discutir en equipo las coincidencias y/o divergencias en ese diagnóstico.
3. Señala qué factores de la figura 5 (Sección 8.5 de esta Guía) son claramente identificables en el caso de esa familia que conoces bien. Comprueba si tus compañeros de equipo coinciden en tu valoración.

9

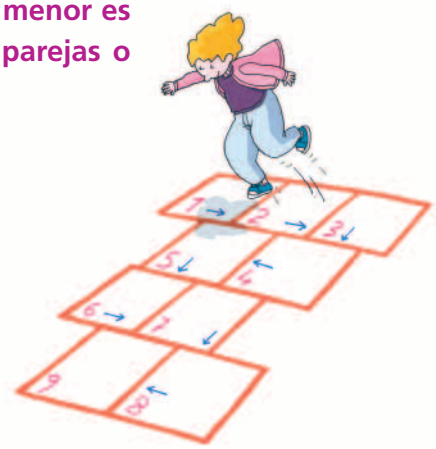
Ineficacia Parental ¿Dónde está la avería?

Guía práctica para
la intervención
familiar

La co-parentalidad eficaz es la clave del proceso de bienestar familiar y lo más esencial para el desarrollo psicosocial del niño desde su nacimiento hasta su emancipación. **La parentalidad es el mecanismo de transmisión de la seguridad emocional que posibilita un ciclo evolutivo adecuado en el ser humano. La parentalidad eficaz es el primer y principal ámbito de protección, cuando funciona adecuadamente no somos necesarios los profesionales.** El ser humano requiere muchos años de cuidado y tutela para conseguir un desarrollo independiente adecuado. A pesar de los nueve meses de gestación, el nivel de dependencia de sus progenitores que muestra el recién nacido no tiene parangón con ninguna otra especie conocida. Si bien las conductas de crianza y apego (tratadas en el capitulo 10) están biológicamente pre-programadas, la labor de crianza, educación y tutela es lenta, intensa, y prolongada. Cuando esa labor falla clamorosamente en algún aspecto esencial, o bien en algún momento clave del ciclo evolutivo, la intervención externa se hace necesaria al tiempo que complicada. Vamos a intentar comprender "cómo localizar la avería, cómo entender el fallo del sistema".

9.1 Buenas personas, malos padres

El sistema parental es muy diverso y cada vez lo puede ser más; esto es así debido a la diversidad de modelos de familia y también a la creciente diversidad de formas de inseminación que aporta la ciencia. También el sistema de protección aporta recursos, como el acogimiento permanente o la adopción abierta, que generan sistemas parentelas complejos en los que diversos adultos (con relaciones diferentes y diversas entre ellos) se encargan de la labor parental. Por lo tanto, vamos a entender el sistema co-parental desde una perspectiva muy amplia y diversa. **Uno de los aspectos importantes del sistema parental es la relación y coordinación que existe entre los adultos que lo componen. Si bien en algunos casos el sistema de crianza y apego de un menor es una sola persona, por lo general se trata de un sistema de parejas o**



varios adultos que conforman el sistema de referencia y de apego del menor. Pueden ser dos progenitores en pareja, o una madre y una abuela, o un padre y una tía, o bien un adulto acogedor y un adulto madre/padre biológico (por ejemplo, en los casos de acogimiento permanente en los que el menor mantiene relación pautada con alguno o ambos padres biológicos). Este aspecto es importante para analizar la ineficacia parental, ya que las relaciones dentro del sistema de adultos que cuidan y educan al menor es una de las claves de la eficacia.

Sin duda existen "buenas personas" que son, de facto, "malos padres". Podemos matizar esto de una forma más técnica diciendo que hay buenas personas que a pesar de sus buenas intenciones no son capaces de afrontar las labores parentelas de manera eficaz. Vamos a analizar qué tipo de impedimentos confluyen para que ese bloqueo llegue a ser un problema serio; tan serio que puede requerir de la separación temporal o permanente de los padres y el menor. Por supuesto, también se podría decir que hay malas personas que por ello son malos padres, pero cabría igualmente pensar en malas personas que son buenos padres… no es nuestra labor hacer juicios de valor o morales, simplemente constatar que la parentalidad puede analizase como un producto de un sistema parental independientemente de las características de los individuos que configuran dicho sistema. De la misma forma que dos personas independientes, capaces y exitosas pueden establecer entre ellas una relación de pareja ineficaz e insatisfactoria.

Cuando el sistema parental ofrece indicadores de crisis o ineficacia debes considerar varios factores que influyen en la falta de eficacia de los padres (u otros cuidadores). Dicho coloquialmente, necesitamos un mapa para "encontrar dónde está la avería y cuál es su gravedad". **Las estrategias de intervención que vas a diseñar para trabajar con una familia dependen en gran medida de que reconozcas un patrón de dificultad y en qué parte del sistema se ubica.**

Una idea sencilla e intuitiva es **trabajar por capas del sistema, definiendo al sistema en tres niveles que representan elementos que lo configuran.** Diferenciamos en el sistema tres estratos o niveles de profundidad. **La figura 9.1** representa esos tres niveles de dificultad en el sistema parental, los tres niveles diferenciados de profundidad en relación con las dificultades de los padres o cuidadores. Por lo general –no es una regla estricta sino aproximada– cuando la dificultad se encuentra en un nivel profundo, las capas o niveles externos se verán afectados en su funcionamiento.

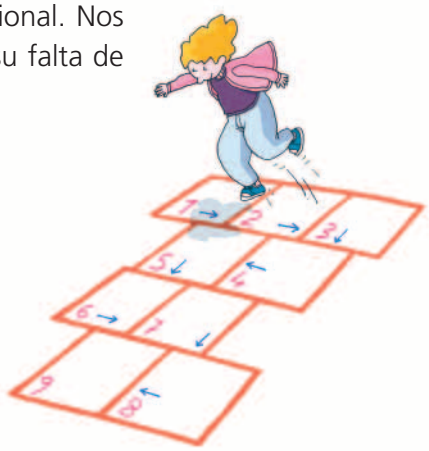
Figura 9.1 Esquema de análisis del sistema parental o de cuidado

Niveles del sistema parental	Función de cada nivel	Dificultad de cada nivel	Tipo de intervención que se requiere	Objetivo de la intervención
Nivel externo	Acordar y ejecutar adecuadamente todas las acciones que requiere la parentalidad	Fallos en el Consenso y/o en la Coordinación dentro del sistema parental	Educación, monitorización, apoyo en la parentalidad	Recuperar y afianzar el Consenso y la Coordinación
Interme-dio	La relación afectiva dentro del sistema parental, ser un sistema de apego seguro para el menor	Conflicto relacional afectivo entre los elementos del sistema parental. Triangulación del menor	Terapia familiar, terapia de pareja, terapia y mediación en el conflicto entre figuras de apego	Deshacer la triangulación. Clarificar y reparar el conflicto relacional que atrapa al menor
Profundo	Seguridad emocional y salud mental personal e individual de cada progenitor o cuidador	Existe un trastorno del vínculo u otro trastorno emocional en uno o ambos progenitores/ cuidadores	Análisis de la dificultad intrapersonal, psicoterapia individual, valoración de salud mental	Valorar cómo la dificultad psicológica individual afecta a la parentalidad. Tratar y reparar el trastorno

9.2 La co-parentalidad extraviada

Las dificultades en el sistema parental a menudo provienen del manejo ineficaz o inadecuado de los cambios que tienen lugar durante las transiciones mas importantes del ciclo de vida, especialmente durante la adolescencia de los hijos. Por lo general, **los padres no han ajustado sus prioridades y estrategias a los cambios que están ocurriendo a medida que sus hijos cambian de estadio evolutivo (por ejemplo, cuando se acercan a la adolescencia). A veces otros factores inciden en esta ineficacia: situaciones de estrés profesional como la pérdida de empleo, atención a otros hijos menores o a los propios padres si son mayores y requieren atención especial, ajustes dentro de la vida de pareja marcados por la edad, etc.**

Es comprensible que los padres intenten utilizar con sus hijos las mismas estrategias educativas que han sido eficaces en etapas previas; incluso puede entenderse que quieran mantener ahora con sus hijos el mismo tipo de relación y rutinas familiares que funcionaban cuando eran más pequeños o las que les resultan más cómodas en una situación de estrés o sobrecarga. Pero cuando todas esas estrategias, rutinas, estilos educativos, etc., comienzan a no funcionar e incluso a convertirse en un problema, aparecen señales de alarma que en ocasiones abocan a la familia a un contexto de intervención profesional. Nos encontramos con padres "extraviados", confusos o frustrados con su falta de



eficacia. No es extraño que los padres o cuidadores en estos casos atribuyan las dificultades al menor (especialmente si es un adolescente) y tenga dificultades para ver su propia ineficacia. Por ello, nuestra ayuda tiene que basarse en la construcción de una alianza con ellos para producir cambios en el sistema parental; una alianza para devolver o instaurar eficacia en el sistema de los padres o cuidadores.

La intervención en este nivel es sencilla; se trata de ayudarlos a revisar estos dos aspectos específicos de la co-parentalidad:

- **si en el presente tienen un auténtico CONSENSO sobre cómo manejar las dificultades** que se presentan en el menor a su cargo (por ejemplo, si están de acuerdo ente ellos acerca de los horarios, las amistades y actividades, las restricciones en conductas de riesgo, lo que consideran correcto sobre la iniciación en la sexualidad, etc.).
- **si en el presente tienen una buena COORDINACIÓN cuando ejecutan todas esas ideas, normas, estrategias educativas,** etc., sobre las que dicen tener un buen acuerdo (si, por ejemplo, cuando están de acuerdo en que una indisciplina conlleva un castigo, o una restricción, son capaces de ponerlo y mantenerlo de forma oportuna, sin contradecirse, y mostrando un claro apoyo mutuo).

Las intervenciones en torno a este esquema sencillo e intuitivo se centran en revisar actuaciones significativas y ayudarles a detectar inconsistencias en el nivel de CONSENSO y en el nivel de su EJECUCIÓN COORDINADA. Los dos obstáculos principales para estas intervenciones de carácter educativo son: (1) los sentimientos de frustración que suelen aflorar en los padres, y (2) la recriminación mutua entre ellos sobre errores en el pasado. Las directrices esenciales para tu intervención son por tanto: (1) minimizar y gestionar adecuadamente la frustración y recriminaciones que pueden surgir, y (2) no inundar a los padres con sugerencias o consejos, ya que podrían desbaratar su motivación o capacidad de cambio.

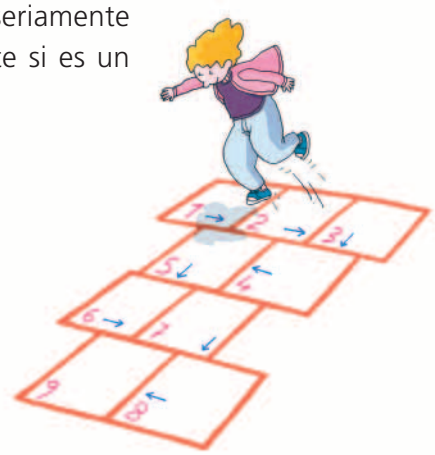
Es habitual que los padres o cuidadores afirmen al inicio de tu intervención que «están muy de acuerdo» en lo fundamental respecto de a hijo y que sin embargo que en pocos minutos les hagas ver que no hay tal consenso. Simplemente revisando algunos ejemplos de su conducta parental puedes encontrarte con inconsistencias y desacuerdos de los que no son conscientes; por ejemplo, pueden darse cuenta de que uno de ellos deja entrever de modo sutil delante de su hijo que una reprimenda del otro adulto por haberse escapado para ir a un concierto de su grupo musical favorito no es importante. Llega con que admitan que han hecho, en tono de complicidad con el menor, un comentario

elogiando el grupo o el concierto para romper el efecto de la reprimenda hecha previamente.

El primer paso para los padres consiste en hacer, con tu ayuda, una valoración respecto a su nivel de consenso. Pero fortalecer el consenso en los temas fundamentales de la parentalidad no es suficiente. Obviamente, sin un nivel de consenso claro difícilmente se producirá una buena coordinación que permita a los padres funcionar como un buen equipo en su labor parental. Pero podrás comprobar que en muchas ocasiones, a pesar de haber un buen consenso, hay fallos serios en la ejecución de medidas disciplinarias, o de cuidado, o simplemente de acompañamiento afectivo y/o educativo. La coordinación es el siguiente elemento de la intervención. Hay que analizar cómo se coordinan y qué rutinas, estresores, obstáculos, etc., impiden que se coordinen bien a la hora de poner en marcha las estrategias parentelas que han consensuado. Y hay que ayudarles a encontrar pequeños cambios que permitan mejorar su coordinación. Es importante tener en cuenta que la falta de coordinación no siempre tiene efectos negativos inmediatos, en muchos casos la falta de coordinación genera problemas diferidos en el tiempo, o discusiones entre los padres o cuidadores que tienen su origen en una descoordinación de la que no han sido conscientes en su momento.

9.3 Los triángulos maléficos

El nivel intermedio tiene que ver con la relación entre los padres o cuidadores (madre-abuela que ejercen de figuras de apego, padre biológico y madre acogedora que ejercen de sistema parental, etc.). Cuando exploramos o intervenimos en el nivel más externo (consenso y coordinación parental) podemos caer en la cuenta de que el sistema parental requiere intervención a un nivel más profundo cuando la relación de la pareja (o entre los cuidadores) está en crisis o cuando ha sufrido una tensión o ruptura durante un período prolongado de tiempo. ¿Cómo detectamos este cambio de nivel? Generalmente cuando comprobamos que nuestros usuarios no pueden beneficiarse de la educación sobre pautas en consenso y coordinación porque ente ellos hay una grieta relacional que lo impide. **En muchos casos nos damos cuenta de que la ayuda no va a ser productiva a menos que la orientemos a una intervención terapéutica sobre la relación de pareja (o sobre el conflicto relacional de los cuidadores). Estamos por tanto en el ámbito de la mediación en el conflicto relacional o bien en la necesidad de terapia de pareja.** Pero en la medida en que esa ruptura emocional influya seriamente —o esté influenciada por— la conducta del menor (especialmente si es un



adolescente), puede requerirse también una intervención específica de terapia familiar (es decir, con la participación conjunta de los padres y el menor).

Es obvio que hay innumerables ejemplos de madres y padres separados que ejercen de manera coordinada y eficaz su labor parental, a veces con la participación positiva de sus nuevas parejas. Sin embargo, en ocasiones encontramos que se presenta un problema (que puede incluso identificarse inicialmente como problema del menor y no de ellos) intrincadamente relacionado con una disputa, un conflicto o una crisis, no resuelta en la relación que tuvieron los padres cuando eran pareja.

Cuando trabajamos inicialmente con una familia que tiene el foco puesto en las conductas problemáticas de un hijo, generalmente adolescente, y queremos pasar al nivel intermedio que se centra en la relación de pareja, solemos encontrarnos con un obstáculo ineludible: en la mayoría de los casos los padres quieren que te centres en el adolescente y no en sus dificultades de pareja, que consideran privadas o no relacionadas con su eficacia parental. Sería muy razonable aceptar su objeción a nuestra intervención, pero cuando se hace patente que el conflicto de la pareja está afectando negativamente al comportamiento y la vida de los hijos, no podemos aceptar obviarlo. En general, cuando la pareja está en crisis –aunque sea de forma soterrada– es poco probable que los hijos no se vean afectados de algún modo. Y esta afirmación es extensible a cualquier otro sistema de co-parentalidad en conflicto. Es importante que tengamos argumentos sólidos para convencer a los padres o cuidadores de la necesidad de analizar cómo influyen sus problemas en la vida de sus hijos.

La influencia negativa del conflicto de pareja en la co-parentalidad puede ser indirecta, porque la mala relación de pareja merma seriamente su capacidad para ejercer de manera coordinada su rol parental. Incluso cuando los padres son eficientes a la hora de ocultar sus conflictos de pareja a los niños, es probable que el consenso y la coordinación (nivel externo) se vea afectado en alguna medida.

Pero la influencia puede ser directa informa de "triangulación". El proceso de triangulación se produce cuando los padres o cuidadores enfocan de manera indebida los problemas del niño para evitar su propia angustia o tensión relacional. Puede que la triangulación no sea intencional o incluso consciente, pero resulta muy nociva. En la triangulación un padre (o una parte del sistema co-parental) descalifica, confronta o socava la influencia del otro con respecto al menor. Para un menor, en cualquier edad, resulta terriblemente nocivo verse sometido a la tensión relacional y psicológica de la triangulación por parte del conflicto de las personas a las que ama y de las que depende.

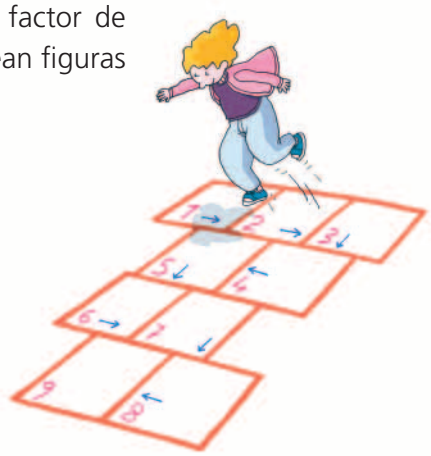
9.4 El daño más profundo

Una dificultad en el nivel más profundo del sistema parental es seguramente el desafío más complejo que nos puedes encontrar, sin duda es un contexto de especial dificultad: el hecho de que **las dificultades en el sistema parental estén a su vez conectadas con dificultades en la infancia y/o adolescencia de uno (o ambos) progenitores (o cuidadores)**. Por lo general, esto configura un patrón intergeneracional en el que nos encontramos con un un menor en riesgo o emocionalmente dañado por la ineficacia parental de sus padres o cuidadores, que a su vez experimentaron un trastorno del vínculo en su infancia.

Determinar si existe un trastorno del vínculo u otro trastorno emocional en uno o ambos progenitores/cuidadores no siempre es una tarea sencilla. En muchas ocasiones, el conflicto dentro de la pareja o las crisis que se presentan en relación con los hijos (especialmente si son adolescentes y hay un alto nivel de conflicto) enmascara las dificultades de seguridad emocional y salud mental que pueda haber en los miembros del sistema parental. Por ello, es muy importante que cuando la dificultad de los padres o cuidadores para tener respuestas adecuadas de apego con sus hijos nos parecen muy evidentes o relevantes, pasemos a explorar su historia de vida. En esas situaciones hemos de explorar a los padres actuales "como hijos", es decir, indagar en cómo fue su infancia y si tuvieron adversidades importantes que arrojen luz sobre las dificultades que observamos en ellos como padres.

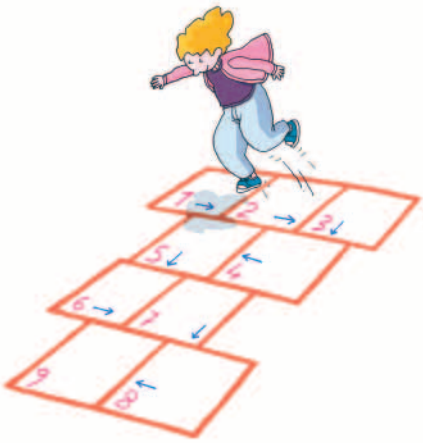
Cuando las habilidades en el nivel mas externo (conductas de consenso y coordinación parental) están seriamente deterioradas y en el nivel intermedio nos encontramos un conflicto relacional cronificado (en ocasiones alguno o ambos padres han tenido problemas similares con parejas previas) y nuestra intervención no ofrece resultados positivos, podemos plantearnos la hipótesis de que el problema sea de tipo intrapsíquico y que haya un dificultad de salud mental que afecta de forma grave a la capacidad de amar y cuidar. Esa dificultad puede estar asociada, como hemos dicho, a un trastorno del apego del progenitor o con experiencias traumáticas previas; pero también puede estar asociado a otros problemas que tratamos en capítulos posteriores de esa Guía, como adicciones o enfermedad mental.

El riesgo de desprotección en estos casos es muy alto y por ello se requiere de una valoración cuidadosa de las dificultades y también de todos los recursos de la familia y profesionales que se puedan movilizar. Una quiebra severa de la seguridad y estabilidad emocional en un cuidador principal es un factor de riesgo muy importante, especialmente si no hay otros adultos que sean figuras



de apego seguro y puedan asumir la protección necesaria. Estas situaciones suelen requerir la colaboración de servicios de psicoterapia o de salud mental y decisiones claras del sistema de protección a la infancia.

¿Qué se puede hacer desde el ámbito de la intervención familiar? Aunque es fácil que este tipo de dificultades en el nivel más profundo del sistema parental nos provoquen una sensación de impotencia, la respuesta a esta pregunta es que podemos hacer mucho. Nuestra evaluación es de gran valor y además podemos provocar otras valoraciones especializadas en otros servicios. No es infrecuente que una madre que desvela abusos en su infancia en el contexto de nuestra intervención centrada en las dificultades de su hija, termine siendo consciente de cómo esos abusos han marcado su vida negativamente, bloqueando su capacidad parental. Esto puede ser una oportunidad para iniciar un tratamiento y un cambio positivo, nunca es tarde para este tipo de dificultades. Aunque nosotros no podemos ocuparnos de tratamientos especializados (como psicoterapia para la reparación del trauma) si podemos promoverlos y hacer un acompañamiento adecuado y muy útil. Es cierto que con mucha frecuencia nos vamos a encontrar con actitudes iniciales complicadas y adversas, como la "negación" que hemos tratado en el capítulo 5 de esta Guía, pero tenemos herramientas para entender la dificultad y solamente necesitamos energía y perseverancia para afrontar el trabajo técnico necesario. **El simple hecho de valorar que el problema de la ineficacia parental está en este nivel profundo del sistema parental ya es un gran avance desde el punto de vista de la protección de los hijos porque clarifica la intervención y sirve para desculpabilzarles y ofrecerles una nueva perspectiva.** Puede que no sea una perspectiva fácil pero es más saludable y ofrece soluciones y protección.



9.5 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. La co-parentalidad eficaz es la clave del proceso de bienestar familiar y lo más esencial para el desarrollo psicosocial del niño desde su nacimiento hasta su emancipación. La parentalidad es el mecanismo de transmisión de la seguridad emocional que posibilita un ciclo evolutivo adecuado en el ser humano. La parentalidad eficaz es el primer y principal ámbito de protección y cuando falla clamorosamente en algún aspecto esencial, o bien en algún momento clave del ciclo evolutivo, la intervención profesional se hace necesaria al tiempo que complicada.

2. En la intervención familiar centrada en la eficacia parental podemos trabajar por capas del sistema, definiendo al sistema en tres niveles que representan elementos que lo configuran. Diferenciamos en el sistema tres estratos o niveles de profundidad diferenciados en relación con las dificultades de los padres o cuidadores. El nivel más externo tiene que ver con la eficacia en el consenso y coordinación de la co-parentalidad; el nivel intermedio afecta la relación de pareja (o de los cuidadores) y su efecto sobre el apego y la seguridad emocional de los hijos; el nivel más profundo tiene que ver con trastornos en uno o ambos progenitores (o cuidadores) que afectan de forma severa a su respuesta de apego.Por lo general cuando la dificultad se encuentra en un nivel profundo, las capas o niveles externos se verán afectados en su funcionamiento.

3. El nivel externo representa la función de acordar y ejecutar adecuadamente todas las acciones que requiere la co-parentalidad. Cuando se producen fallos en el Consenso y/o en la Coordinación dentro del sistema parental nuestra intervención consiste en educación, monitorización y apoyo de la parentalidad. El objetivo es recuperar y afianzar la capacidad de consenso y coordinación parental.

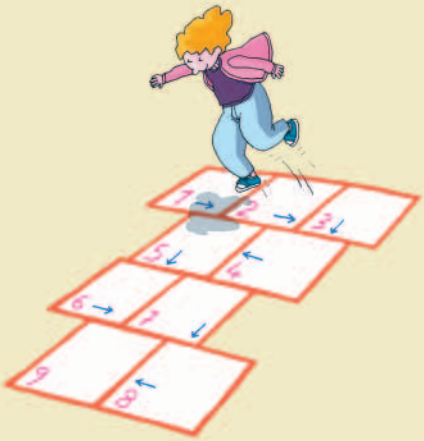
4. El nivel intermedio representa la relación afectiva dentro del sistema parental, ser un sistema de apego seguro para el menor. Cuando existe un conflicto relacional afectivo entre los elementos del sistema parental se produce una Triangulación del menor que requiere terapia de pareja, terapia familiar y mediación en el conflicto entre las figuras de apego. El objetivo es deshacer la triangulación, clarificar y reparar el conflicto relacional que atrapa al menor.

5. El nivel más profundo del sistema afecta a la seguridad emocional y salud mental personal e individual de cada progenitor o cuidador. Si la ineficacia

parental está asociada a que existe un trastorno del vínculo u otro trastorno emocional en uno o ambos progenitores/cuidadores, se requiere un análisis especializado de la dificultad intrapersonal, psicoterapia individual y/o valoración de salud mental. En estos casos es imprescindible valorar cómo la dificultad psicológica individual afecta a la parentalidad y buscar tratamientos para reparar el trastorno.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Cirillo, E y Zardini, R. (2013). *Malos padres: Modelos de intervención para recuperar la capacidad de ser madre y padre*. Editorial Gedisa.
- Escudero, V. y Friedlander, M. (2019). *Alianza Terapéutica con Familias. Como Empoderar al Cliente en los Casos Difíciles.* Editoral Herder.



9.6 Observa y Prueba: "Navegando hacia la profundidad"

1. ¿Podrías, después de leer este capítulo, clasificar las dificultades de parentalidad de diferentes familias con las que has trabajado? Te proponemos que analices varias familias de las que tengas mucha información por haber trabajado intensamente con ellas

1.1. ¿Cuáles tenían dificultades en el nivel de consenso y coordinación? ¿cómo se resolvieron? ¿cuál fue la intervención más eficaz?

1.2. ¿Cuáles tenían una dificultad de pareja (nivel intermedio)? ¿crees que se producía una "triangulación" del hijo o hijos? ¿recuerdas algún patrón concreto de triangulación? ¿qué tipo de intervención se realizó? ¿fue positivo el resultado? ¿fue necesaria la realización de terapia de pareja o familiar? ¿cómo llegaste a plantear al sistema parental que "sus" problemas tenían una incidencia grande en las dificultades de la familia en conjunto o de algún hijo en particular?

1.3. ¿Qué familia o familias crees que tenían un problema en el nivel profundo mostrando dificultades individuales serias uno o varios miembros del sistema parental? ¿de qué tipo de dificultades se trataba? ¿eran conscientes las personas afectadas de su trastorno o dificultad? ¿cómo conseguiste que se pusiese el foco en el problema personal que afectaba a la ineficacia parental? ¿en qué consistió la intervención? ¿necesitase de otros servicios especializados? ¿fue eficaz la colaboración, si la hubo, de otros servicios especializados? ¿se tomaron medidas de protección con los menores? ¿qué aprendizaje destacas de estos casos?

2. Te proponemos ahora en este ejercicio trabajar con un supuesto de caso y ensayar algunas intervenciones en diferentes niveles.

Iris era una adolescente de 16 años diagnosticada de trastorno de conducta oposicional desafiante que había sido tratada en salud mental durante un año cuando tenía 14 años, pero sin mucha mejoría. Había abandonado el tratamiento y su comportamiento había empeorado. Iris vivía con su madre, Laura, y con la pareja de ésta desde hacía 4 años, Marcos. Laura se había separado de Agustín, el padre biológico de Iris, cuando Iris tenía 9 años y el proceso de separación estuvo plagado de conflictos que Iris había presenciado. La relación de Iris con su padre era inexistente desde que cumplir 12 años, antes de romper el contacto hubo mucho conflicto entre ellos y el padre decidió cortar radicalmente el contacto. En cuanto a Marcos, la actual pareja de Laura, había intentado implicarse educativa y afectivamente con Iris pero en los últimos meses ponía mucha distancia porque los conflictos

en la convivencia terminaban afectando a su relación con Laura (incluso habían tenido una separación de un mes por esa razón)

La convivencia en casa se tornó tan conflictiva que había llegado al límite de la violencia y se produjeron notificaciones a los servicios sociales que llegaron finalmente al sistema de protección. El rendimiento de iris en el instituto dar muy irregular, aunque siempre se había elogiado su capacidad (llegaron a proponerle con 13 años una prueba para valorar altas capacidades, pero iris rehusó hacerla), pero su comportamiento no era conflictivo. La intervención familiar comenzó con una actitud de gran rechazo por parte de iris porque se veía "acusada injustamente" por su madre y porque Iris decía "estar harta" de gente que se metía en sus vidas y que no resolvía nada. Laura, sin embargo, estaba muy preocupada y con una disposición positiva para colaborar para "que Iris cambie".

La madre de Iris había tenido una relación de pareja anterior a Agustín, una relación muy conflictiva que comenzó cuando ella era tenía 19 años; fruto de esa relación tenía un hijo de 21 años, Robert, aunque apenas mantenía contacto con él porque vivía en otra ciudad con sus abuelos paternos desde que tenía un año. En el transcurso de la intervención Laura nos cuenta afligidamente que cuando Robert era pequeño no pudo ocuparse de él porque estaba deprimida y que posteriormente cuando Robert fue adolescente habían tenido muy mala relación y que por la oposición y hostilidad de la familia paterna de Robert hacia ella, Laura había abandonado cualquier esperanza de relación con su hijo.

La primera fase de la intervención se planteó con Laura y Marcos, orientada a fortalecer este sistema parental y aprender a gestionar adecuadamente el comportamiento difícil de Iris. El trabajo con Iris, a su vez, fue muy intermitente y deficiente porque la adolescente tenía un rechazo muy intenso a implicarse en la intervención.

Las entrevistas de intervención dedicadas a la pareja crearon una ruptura en la alianza terapéutica porque Laura se sentía continuamente atacada por su Marcos y no suficientemente apoyada por la educadora. Llego a afirmar que godos los profesionales se ponían en su contra y veían a Marcos y a Iris como víctimas cuando en realidad era ella la que hacia todo el trabajo. Marcos, por su parte, hacía intentos de implicarse y coordinarse con Laura pero terminaba reconociendo que era imposible y mostraba su temor de que la relación de pareja también fracasase. Ambos confesaron que su relación había sido muy conflictiva e inestable incluso cuando Iris tenía un buen comportamiento al inicio de su relación y antes de que decidieran vivir juntos.

Aquí surge una primera intervención que parece necesaria, una intervención sobre la relación de pareja.

- ¿Cómo plantearías a Laura y Marcos que su relación era muy frágil y estaba plagada de conflictos que muchas veces involucraban directa o indirectamente a Iris?
- ¿Cómo les harías conscientes de que esa inestabilidad en la pareja podía ser un factor de gran inseguridad para Iris, habida cuenta de los antecedentes que había vivido en la relación con su padre biológico?

Escribe aquí las claves de tu intervención

- ¿cómo lo harías?
- ¿con quién presente?
- ¿qué les propondrías como recurso?

En el proceso de intervención con Laura y Marcos se programaron una serie de entrevistas individuales en las que Laura se sintió más apoyada y "protagonista". En esas entrevistas fue describiendo de manera emotiva y sincera una complicada historia familiar. Básicamente su vida parecía haber estado muy afectada por el alcoholismo de su padre y el abuso sexual que ella misma sufrió en su adolescencia por parte de un tío materno. Todas esas experiencias no habían sido nunca tratadas y Laura no se las había contado a Marcos ni a ninguna otra persona. Reconocía que todavía tenia "secuelas" que la condicionaban en su relación sexual y también en la relación con Iris (por ejemplo, reaccionaba con pánico cuando Iris bebida una cerveza o ante la idea de que fuese a hacer "botellón" con sus amigos).

En este punto del proceso aparece algo que nos lleva a la hipótesis de que esas experiencias traumáticas de Laura estén en la base de sus dificultades o limitaciones para ejercer tanto su parentalidad como para mantener una satisfactoria relación de pareja. Podrían haber afectado y a su vez estar afectadas también por la relación negativa con el padre de Robert y la sensación de abandono que tenía con su hijo.

- ¿Cómo integrarlas todo esto en la intervención?
- ¿Qué propondrías a Laura, Marcos e Iris?
- ¿Cómo procedería para reconducir la intervención a la vista de esta nueva perspectiva?
- ¿Qué recursos propondrías para la intervención y cómo lo harías?
- Escribe y ensaya a verbalizar lo que dirías a la Laura para re-encuadrar el trabajo con ella.

10 Cuando la enfermedad es invisible: trastornos del apego y trauma relacional

Una característica esencial para una relación de crianza adecuada es la seguridad afectiva y emocional. La seguridad emocional garantiza una base segura para el desarrollo de la socialización adecuada del menor y por ello es central en nuestro trabajo. El trastorno en la relación de apego, las relaciones traumáticas que provienen de haber vivido condiciones de maltrato, de abuso, de negligencia continuada, está en la base de muchos de los casos que generan más dificultad en nuestra intervención.

La ruptura traumática de las condiciones de apego en muchas ocasiones provocan conductas disfuncionales de agresividad, evitación, conflicto, etcétera. Tanto en los progenitores como en los menores, especialmente en los adolescentes cuyas dificultades de apego frecuentemente provienen de los primeros años de vida. Como hemos visto al tratar los factores de la cronificación, no es extraño que estas experiencias negativas en la relación de apego entre padres (o cuidadores) y los niños se reiteren y se reproduzcan a través de varias generaciones.

Nos referimos a esta situación con el término de "la enfermedad invisible" porque una característica de las consecuencias del trastorno del apego es que genera reacciones disfuncionales complejas que en ocasiones se solapan o se confunden con síntomas diversos, por ejemplo, con la conducta desafiante en los adolescentes, trastornos de atención, hiperactividad, conducta antisocial, etcétera. También nos referimos al contexto de estos casos como "la enfermedad invisible" porque las secuelas de esta carencia de una relación de crianza segura y coherente tienen un curso en el desarrollo de los menores que no es fácilmente visible. Sin embargo, con un mapa técnico apropiado, podemos decir que es relativamente fácil de reconocer. Intencionalmente usamos este término de "enfermedad invisible" para ayudar a entender mejor un conjunto de conductas problemáticas, a veces erráticas y casi siempre conflictivas, del menor.

10.1 La teoría del apego como un mapa para orientar la intervención

Un conocimiento somero y esquemático a la teoría del apego puede orientarnos, no para convertirla en un modelo teórico al que debamos seguir de forma ortodoxa sino más bien como un mapa bien asentado desde el punto de vista teórico que, y esto es lo fundamental, encaja por lo general muy bien con nuestra percepción intuitiva y con nuestra experiencia en el trabajo práctico con las familias.

La teoría del apego está desarrollada, fundamentalmente, por dos autores pioneros; Marie Ainsworth (1913-1999) y John Bowlby (1907-1990), que establecieron una serie de fundamentos que posteriormente han dado lugar a diferentes líneas de investigación y a múltiples grupos de investigación en el estudio del desarrollo evolutivo y las relaciones interpersonales en la infancia y también a lo largo de todo el ciclo de vida. En los años 50, Bowlby elaboró una teoría basada fundamentalmente en observaciones sistemáticas y cualitativas, que él relacionaba con los cuidados maternos y con la salud mental, exponiendo un modelo de la influencia de las relaciones maternas de los primeros momentos de la vida de un niño en la estabilidad emocional a lo largo del desarrollo del niño.

En la "teoría del apego", en realidad, se describen comportamientos de apego, es decir, **comportamientos asociados a la necesidad de cuidado y de protección que tiene el bebé como una estrategia evolutiva de supervivencia y de protección**. Uno de los desarrollos importantes de la "teoría del apego" fue la vertiente práctica que Marie Ainsworth aportó al describir tres estilos de apego que han sido apoyados en diferentes experimentos en contextos de observación en laboratorio. El apego se definió como **la orientación o disposición del bebé a buscar la proximidad y el contacto** con una determinada figura en unas determinadas circunstancias específicas. En general se entiende el apego como un atributo persistente, estable y natural, que no se ve afectado por una situación muy puntual sino que es prácticamente una disposición y orientación universal del bebé, que busca ese vínculo de proximidad y contacto con una figura determinada, generalmente parental y que no es extensible a muchos individuos sino más bien se circunscribe a unas pocas personas, habitualmente los padres o el entorno más familiar de cuidado del bebé.

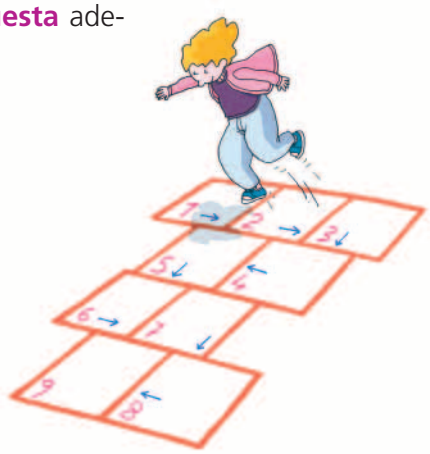
El vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para su desarrollo es el producto, el resultado, de la conducta de apego. Por lo tanto, desde la perspectiva del trabajo en la intervención familiar para la protección a la infancia,

podríamos establecer tentativamente este axioma: "**el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado, en gran medida, por la accesibilidad y capacidad de respuesta que tiene su principal figura de afecto**" (persona con la que se establece el vínculo). Este axioma nos hace entender que la función del apego es la protección y que ésta está asociada de forma tan natural a este tipo de conducta de cuidado y de conducta maternal y parental que, en el plano teórico, se considera básicamente una función biológica.

La conducta del apego y su funcionalidad en la protección es universal, aparece en diferentes culturas y a lo largo del estudio histórico de diferentes momentos de la historia de la socialización humana. Puede decirse que se sustenta en una base biológica. El vínculo del niño y la madre es el resultado de un conjunto de pautas de conducta que parecen ser pre-programadas en el ser humano porque se desarrollan durante los primeros meses de vida y cuyo efecto, cuando no hay distorsión de estas conductas, es **mantener al niño en proximidad con su madre (o cuidador) creando un contexto seguro, una base segura**.

Es interesante ver cómo el apego se ha estudiado también en la etología, observando las relaciones en otras especies animales. Son muy conocidos, en este sentido, los estudios de Konrad Lorenz o los experimentos de Harlow con monos a finales de los años 50. La conducta del apego en un bebé es observable y se activa de forma especial con situaciones como el dolor, la fatiga, o la aparición de cualquier estímulo atemorizante o desafiante por ser desconocido. Es especialmente interesante lo fácil que es observar cómo la conducta de apego en un bebé se activa en el momento en que la figura de cuidado maternal desaparece o es temporalmente inaccesible para el bebé.

Desde el punto de vista práctico de la intervención, lo que más nos interesa es esta perspectiva de la conducta del apego: las formas en las que el individuo busca la proximidad de la figura de apego. Esta conducta de búsqueda de apego y de proximidad aparece en los bebés en comportamientos que se han denominado **"señales"**, como el llanto, las sonrisas o el balbuceo; y también en los comportamientos que se han denominado de "acercamiento", como aferrarse físicamente o con las manos, el acercamiento dirigido de su cuerpo para crear proximidad, o la succión del pecho sin un fin alimenticio. La conducta tiene expresiones similares en niños más mayores y podemos observar conductas de apego también en los adolescentes. Por otra parte, está la conducta del cuidador, la conducta parental o maternal que es la otra cara de la moneda. Esencialmente es una **conducta de atención y de respuesta** adecuada, inmediata y natural, al comportamiento de apego del menor.



Un aspecto teórico importante sobre el apego es la explicación de los mecanismos de funcionamiento de estas conductas; los teóricos que se han ocupado de esto nos hablan de **"modelos internos activos"** y nos explican que el sistema de apego requiere la conformación de representaciones mentales de la figura de apego. También de una representación mental de sí mismo por parte del menor y de una representación del contexto. Todos estos modelos que crean una representación cognitiva e interna en nuestra mente sin duda son fruto de las experiencias concretas que vive en su crianza el menor.

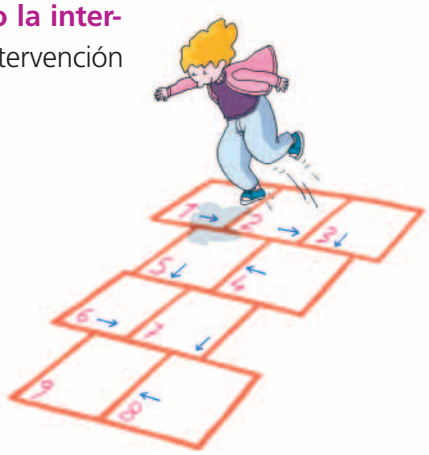
Todas las experiencias pasadas que ha tenido un menor en su relación de apego con el cuidador podrían, si aceptamos lo que los expertos dicen al respecto, organizarse en unos sistemas de representación mental, en unos modelos internos que son activos y son los que dirigen la interpretación que los menores (y posiblemente todas las personas a lo largo de su vida) hacen de las relaciones interpersonales, especialmente de las relaciones afectivas más cercanas. Es decir, podemos pensar que estos modelos internos de nosotros mismos, y de los que tenemos cerca como figuras afectivas, **nos proveen de un prototipo, de una lente para interpretar todas las relaciones ulteriores de nuestra vida**. Y seguramente son modelos relativamente estables puesto que hay estudios que demuestran una gran correspondencia y una gran consistencia entre cómo se ha clasificado en una persona el tipo de apego que tuvo en la infancia y el tipo de apego que tiene en sus relaciones adultas. Los estilos de apego nos dan unas directrices para entender las respuestas a las relaciones interpersonales en la transición de la niñez o infancia a la adolescencia e incluso posteriormente al ser adulto.

Un aspecto interesante de los estudios que han hecho observaciones de los bebés y sus madres en contextos de laboratorio es que la angustia y la conducta de búsqueda de cercanía de la figura de apego cesa en función de determinadas pautas y condiciones, y también en función de la intensidad de esa angustia de separación que se ha producido. A baja intensidad de separación en estos experimentos, con que los bebés simplemente puedan ver u oír un poco a su madre es suficiente y la angustia de la leve separación no tiene demasiada importancia. En cambio, cuando estos bebés tienen una intensidad más alta en su separación y se les deja más tiempo solos, suelen necesitar que la figura de cuidado, generalmente la madre, les toque o les deje aferrarse a ellas para poder calmar y aliviar su angustia. Un grado alto de intensidad, es decir, crear una conducta ya relativamente significativa de separación, por lo general, requiere de un abrazo prolongado, de un consuelo intenso a través de la voz, la cercanía o el tacto, para volver a recomponer a ese bebé a su situación de tranquilidad y seguridad inicial.

Los menores con los que trabajamos, en muchas ocasiones han tenido una historia prolongada y recurrente de situaciones de separación angustiosas, cuando no traumáticas, por la negligencia o maltrato de sus progenitores. Bastantes de estos progenitores con los que trabajamos en la intervención familiar a su vez han tenido historias de crianza similares. Por lo tanto entender las secuelas de estas experiencias fácilmente reconocibles nos va a dar claves importantes para la atención familiar. **La adolescencia es definida como una etapa de transición y en esta etapa, sin duda, la conducta del apego y la experiencia del apego que ha tenido y tiene el adolescente nos puede ayudar a entender sus dificultades**. El adolescente en esa etapa busca lograr una mayor independencia y autonomía de sus cuidadores fundamentales, habitualmente de sus padres, con el fin de adquirir mayores niveles de diferenciación, de sentido de control propio de su vida. De este modo los vínculos de apego se trasforman y por lo general son transferidos gradualmente de sus padres al grupo de iguales y posteriormente a la pareja. Esta transición puede resultar problemática y puede ser incluso la primera expresión clara y evidente de haber tenido una experiencia de apego inseguro o traumático.

Actualmente hay instrumentos y modelos para estudiar retrospectivamente cómo fue la experiencia de apego de las personas adultas y relacionarla con sus dificultades en las relaciones de pareja y en las relaciones de familia. La conducta de apego, como ya hemos dicho, parece tener una cierta base biológica o un componente pre-programado, ya que es una conducta preparada para desarrollarse siempre que hay una carencia, siempre que las condiciones la requieren. Pero también sabemos que es una conducta que tiene un componente aprendido muy importante, es decir, que se desarrolla a través de la interacción de los cuidadores con el bebé, a través de la observación de otros padres y de otras figuras de cuidado. Se desarrolla como un aprendizaje al observar y reflexionar sobre el modo en que tus padres te han tratado, sobre los recuerdos que tienes y el contraste con otras relaciones de cuidado de las que has podido ser testigo o incluso partícipe. **Por lo tanto la intervención sobre estas conductas es posible**. De hecho, existen modelos específicos de terapia familiar basada en el apego (modelo *ABFT, Attachment Based Family Therapy*) que incluyen la idea de recuperar la relación de apego, de restaurar la relación de apego dañada por experiencias negativas. Estos modelos nos inspiran y nos ofrece estrategias y alternativas de indudable utilidad en el contexto de la intervención familiar en protección a la infancia.

Obviamente la intervención ideal es la más temprana, la que ocurre en los primeros meses de vida de un bebé, e incluso mejor cuando la intervención es preventiva y se realiza durante el embarazo. La intervención



ideal es aquella en la que se dan las condiciones psicológicas y sociales más apropiadas para motivar una conducta de respuesta de apego apropiada. Como veremos más adelante (sección 2.6) hay un consenso entre los investigadores en este campo acerca de que el embarazo puede ser el momento óptimo para influir en la conducta de apego que se ha de producir una vez que nazca el niño. Desde una perspectiva pragmática asociada a nuestra eficacia en la intervención con menores y familias, la conducta del apego deberíamos enmarcarla en un grupo de comportamientos que son la base de nuestro trabajo en el día a día de la relación con los usuarios. Esa función protectora de la conducta de apego está ligada también a las habilidades de crianza que son fundamentales en lo que tiene que ver con la supervivencia del menor y con la salud para el desarrollo adecuado. También con la conducta exploratoria y de alimentación adecuada de los bebés, es decir, conductas motrices y de nutrición.

Podemos tomar en cuenta que el apego, cuando lo contemplamos solo desde la tradición de los experimentos entre bebés y sus padres, no nos debe hacer olvidar la importancia del rol de otros cuidadores como abuelos, hermanos mayores o incluso personas adultas con un rol de cuidado que no pertenecen a la familia. Las pautas de apego en todas esas figuras se parecen a las mostradas con las madres, y es sabido que un niño puede desarrollar una enorme seguridad a través de figuras de apego diferentes a las de la madre, de hecho un mismo niño puede desarrollar distintos tipos de conductas de apego y cercanía con varias personas, por ejemplo con el padre y la madre.

Lo fundamental respecto a la respuesta adecuada de apego de los progenitores es:

- ***Ser accesible.***
- ***Estar preparado para responder cuando se le pide ayuda o consuelo.***
- ***Tener una intervención de consuelo y de apego en su justa medida, sin generar sobre-reacción o sobre-protección y por el otro extremo sin dejar desamparado al bebé.***

Desde el plano de la intervención familiar es fundamental entender la **transmisión intergeneracional que se produce en la conducta de apego y de afectividad segura**. Las experiencias infantiles que han tenido los padres, en cuanto a la seguridad afectiva y al apego, sabemos que van a determinar en gran medida su capacidad de proporcionar una base segura a sus hijos. Por lo tanto, el trabajo de recuperación y de restauración de la relación problemática o deficiente del apego va a ser más eficaz cuando lo enfocamos tanto en las

respuestas del menor como en las experiencias que ha vivido y las respuestas que le proporciona el progenitor. En definitiva, el apego se expresa en una relación interpersonal, habitualmente dentro del contexto familiar, y la relación ha de ser el foco de nuestro análisis en aquellos casos de especial dificultad.

10.2 Tipos de conducta de apego

Las clasificaciones de los tipos de conducta de apego pueden resultarnos útiles porque pueden orientarnos en la intervención al ayudarnos a entender o describir la relación de apego que vemos en los usuarios. Aunque como toda clasificación, hemos de tomarla como un marco de referencia sin más. Hay cuatro tipos de apego descritos en la literatura, los tres primeros se corresponden con la clasificación tradicional de Marie Ainsworth y el cuarto es una tipología desarrollada posteriormente.

- ***Apego seguro.***
- ***Apego ansioso-evitativo.***
- ***Apego ansioso-ambivalente.***
- ***Apego desorganizado.***

Apego seguro

Representa las condiciones adecuadas de apego. **Se trata de madres, padres, o cuidadores sensibles y que responden a las llamadas del bebé mostrándose disponibles en cualquier momento en que éstos necesitan la conducta de cercanía, momentos en los que el niño requiere el cobijo de la seguridad y la presencia de la madre**. Seguridad que se transmite a través de la voz, de la conducta no verbal, del abrazo cuando es necesario, y consigue sin dificultad generar la tranquilidad y el alivio necesario para el niño ante cualquier estímulo que haya provocado su conducta de apego, o ante cualquier situación de separación circunstancial.

Apego ansioso-evitativo

Esta categoría viene de las condiciones de observación experimental en las que se encontraron niños que se mostraban inseguros ante situaciones provocadas de separación de la madre, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre. Situaciones en las que se hacía evidente que **la respuesta de la madre, después de la separación del bebé, no generaba una recomposición del ánimo del niño, que lloraba, incluso en los**

brazos de la madre, y mantenía una actitud pasiva y preocupada. La investigación indica que esta respuesta está asociada a madres que se muestran insensibles, en diferente medida, a las peticiones del niño, a sus necesidades. Madres que incluso pueden llegar a rechazar la llamada y las señales de apego del niño. Las conductas más características de niños que han vivido o viven ese contexto de relación de apego ansioso-evitativo son de indiferencia, de evitación, y también de excesiva autonomía. **Son niños que parecen haber abandonado la posibilidad de la ayuda y de la plataforma afectiva de sus cuidadores para hacer las cosas**. El afecto que se muestra en estos niños se describe como muy inhibido, con una falta notable de expresividad de emociones negativas y positivas.

Las relaciones que establecen están caracterizadas por una tendencia al alejamiento físico, a la distancia. De ahí esta apariencia de autonomía que puede entenderse mejor como un cierto aislamiento evitativo. En general la evolución de las relaciones afectivas tienden al distanciamiento y a la incomodidad ante los acercamientos afectivos. En este tipo de apego los investigadores han descrito un **estilo de crianza caracterizado por padres indiferentes con tendencia a utilizar formalmente el castigo o estrategias punitivas, y sobre todo a desviar las conductas de cualquier expresión de apego, ignorando con frecuencia expresiones afectivas de estrés o de angustia por parte del niño**. Estilos de crianza caracterizados por una evidente dificultad en la intimidad afectiva con el niño. Estos padres dejan que los niños hagan las cosas por ellos mismos de forma precoz, los lanzan con facilidad a una situación de autonomía sin que haya una base y por lo tanto propiciando conductas de riesgo. Cuando se dan respuestas parentales a situaciones de estrés o de angustia o a búsquedas explícitas del apego, estas respuestas parentales suelen darse de una forma muy retrasada y ambigua. El desarrollo evolutivo de los niños en este contexto de apego ansioso-evitativo muestra una trayectoria hacia la adolescencia caracterizada por la inhibición y por ser niños complacientes en la infancia, que va tornándose en descontrol y agresividad dentro del contexto escolar a medida que el niño avanza hacia la adolescencia. La investigación nos describe niños con dificultad a la hora de expresarse, en la comunicación interpersonal, en el ámbito de las relaciones cercanas e íntimas, y en general para empatizar con los demás.

Los estudios realizados sobre la conducta en el marco de la escuela en la adolescencia, nos dicen **que el estilo de apego ansioso-evitativo está asociado a una tendencia a mostrarse a la defensiva ante las relaciones y a minimizar y evitar toda la parte afectiva de la relación, tanto con los padres como con los iguales**.

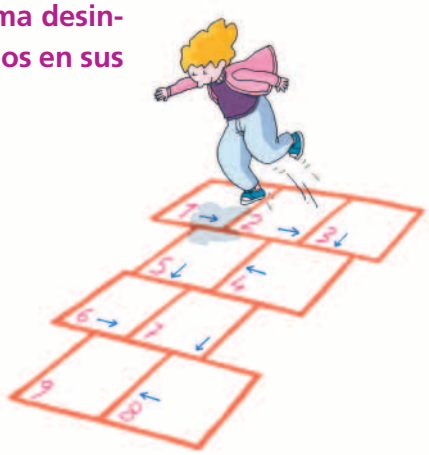
Todas estas características obviamente van a tener una influencia importante en la relación que establecemos con los menores y con los progenitores en la intervención. Hemos de estar preparados para interpretar adecuadamente la relación que el menor y sus padres van a establecer con nosotros y que va a ser coherente con el tipo de posición general que tienen en las relaciones, y especialmente en las relaciones que se presentan como un intento de ayudarles.

Apego ansioso-ambivalente

Esta tipología de apego proviene de los estudios tradicionales en los que a través de observaciones experimentales de madres y sus bebés de describían niños que ante una leve separación de sus madres se mostraban muy preocupados, pasándolo muy mal en el momento de la separación, con claras expresiones de ansiedad. Y ante el regreso de las madres mostraban una conducta todavía ansiosa y ambivalente, **los niños vacilaban ante el regreso de la madre entre conductas de irritación y enfado que les llevaba a mostrarse resistentes e incluso de rechazo al contacto, pero también mostrando necesidad de acercamiento y conductas reconocibles de mantenimiento del contacto**. Es decir, se observaban niños ambivalentes en su respuesta ante el regreso y el contacto de sus madres.

Esos estudios asociaban esa conducta ansiosa-ambivalente de los niños a **madres que tenían también un estilo inconsistente porque se mostraban sensibles y cálidas en su respuesta en algunas ocasiones, pero en otras su respuesta era fría e insensible sin que hubiera una pauta clara para entender estas variaciones por parte del niño**. La teoría del apego interpreta que estas pautas inconsistentes en el comportamiento afectivo y protector de la madre o de los cuidadores llevan al niño a un nivel de inseguridad muy alto acerca de la disponibilidad de su madre o cuidados en el momento en que la necesiten. Es obvio que en nuestra práctica de intervención familiar nos encontramos con progenitores cuya situación, estilo de vida, o bien alguna patología o adicción, provocan esta inconsistencia en la conducta de apego con sus hijos.

Las descripciones micro-analíticas de estos niños en contextos naturales dicen que es característica su conducta de aferramiento cuando son bebés, su conducta de irritabilidad y falta de alivio ante la presencia de los cuidadores y una escasa capacidad de exploración y de curiosidad por el entorno. Parecen más bien estar bloqueados por la ambivalencia entre la necesidad y la irritabilidad. **En el nivel afectivo se describen como niños que muestran de forma desinhibida su ansiedad y su rabia, pareciendo desde fuera exagerados en sus**



afectos negativos, y que tienen una gran dificultad en lograr una autorregulación de su estado emocional. No es raro que usen a otros niños o a otras personas para calmar su rabia y su ansiedad. Por ello, el tipo de relaciones que se han descrito en este contexto de apego ansioso-ambivalente se caracterizan por ser coercitivas, por un alto nivel de demanda y exigencia y por conductas de relación desinhibidas y externalizadoras.

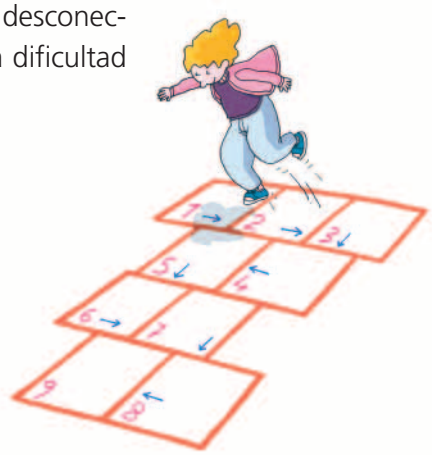
El estilo de crianza asociado a esta clasificación de apego ansioso y ambivalente se caracteriza como un **patrón inconsistente** en el que nos encontramos rasgos claros de sobreprotección combinados con conductas de crianza que **oscilan previsiblemente entre la intrusividad y una involucración excesiva, y la indiferencia y la frialdad**. De forma que es llamativa la escasa capacidad de los padres para ocuparse de manera adecuada y estable de las necesidades del niño y responden más bien por un impulso generado en los propios padres.

Desde el punto de vista de los estilos educativos se han descrito padres con pautas muy inconsistentes entre lo que dicen a los niños y lo que ellos mismos hacen; o entre lo que muestran ante los demás en el ámbito social, sus descripciones del niño y de sus comportamientos, y después lo que realmente transmiten al niño en privado, generalmente más negativo y más descalificante.

El desarrollo evolutivo de niños que han sido descritos con este tipo de apego ansioso-ambivalente ha sido objeto de diversos estudios que los describen como niños ansiosos, hipersensibles, con respuestas excesivas y con muchas dificultades para enfrentar adecuadamente sus problemas y las situaciones de estrés. En la edad escolar y hacia la adolescencia los estudios nos hablan de niños con tendencia a establecer relaciones coercitivas, a ejercer una alta demanda sobre sus compañeros y a ser percibidos como niños que manipulan las relaciones. Algunos estudios describen adolescentes excesivamente preocupados, un tanto atormentados y ansiosos, que tienen respuestas exageradas sobre lo afectivo, muy vulnerables y volátiles o con una gran necesidad de controlar las relaciones íntimas y personales, y con tendencia a sentirse traicionados con mucha facilidad.

Apego desorganizado

A las tres categorías tradicionales, desarrolladas a partir de los experimentos de M. Ainsworth, se añade una descripción propuesta en estudios posteriores en la que la relación de apego aparece de una manera desorganizada, llena de contradicciones, de situaciones rígidas, incluso paradójicas. En definitiva, unas conductas de respuesta a las necesidades de apego del menor difícilmente predecibles y en muchos casos bizarra. En el plano afectivo este tipo de apego se describe marcado por respuestas afectivas descontextualizadas, con mucha labilidad emocional, afectos hiperactivados o hipoactivados. De forma global, esta descripción del apego está asociada a un tipo de relaciones de crianza desconectadas del contexto con una apariencia paradójica y que generan una dificultad



enorme para establecer una relación de apego. Se definen dos tipos de pautas de crianza dentro de este contexto del apego desorganizado:

a) ***Tipo atemorizante-autorreferente***. Se trata de un tipo también denominado apego *desorganizado activo*. Esta tipología proviene de las observaciones de **padres intrusivos, con un nivel alto de agresividad, incapaces de ver y calmar el estrés del niño, y que responden más en función de ellos mismos que de la necesidad del niño** mediante pautas intrusivas y demandantes. Este tipo de crianza genera una representación negativa y agresiva del niño, que es calificado como "insoportable", "llorón", "se porta mal para fastidiarnos", etcétera.

b) ***Tipo atemorizado-inversión de roles***. Esta crianza se denomina también apego desorganizado pasivo y se refiere a **padres que depositan la responsabilidad y la labor de crianza en el propio niño, es decir, desplazan la responsabilidad al niño.** Se han descrito conductas parentales de crianza con una tendencia a evitar la respuesta de apego y no asumir el rol parental de adulto que le corresponde. En algunos casos incluso se proyecta una imagen adulta y sexualizada de los niños, cuando por su edad esto no tiene sentido. Esta pasividad está expresada en conductas desorientadas, quizá asustadas y evitativas por parte de los padres.

¿Cómo es la trayectoria evolutiva hacia la adolescencia y el perfil de conducta de los niños con apego desorganizado?

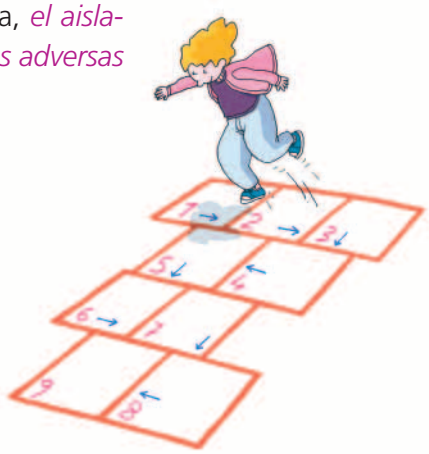
En el tipo de desarrollo *desorganizado activo* se describen niños que se muestran agresivos, extremadamente manipuladores, acusados de "disimular", y con una tendencia a castigar a sus iguales o más pequeños. Niños con reacciones que no se ajustan bien al contexto o a la situación en la que se producen y que parecen con frecuencia sobre-reaccionar ante situaciones que para ellos son impredecibles o atemorizantes. En general son perfiles con una tendencia a la agresividad; estas historias de crianza con un apego desorganizado activo se han asociado en algunos estudios a una probabilidad de crear situaciones de maltrato familiar y también de conducta antisocial y delictiva.

Cuando el contexto es *desorganizado pasivo*, los expertos describen niños complacientes, pero que toman un rol de cuidadores de sus padres y al mismo tiempo muestran una tendencia a la soledad y una alta inhibición en algunas relaciones interpersonales. Una "sobreadaptación" que en realidad no es adaptativa. Psicológicamente, vivir una situación de apego desorganizado de este tipo parece producir una dificultad notable

en los niños cuando van haciéndose adolescentes y jóvenes, tanto en el ámbito de las convicciones como a nivel emocional, es decir, dificultad en sentir y en pensar.

La teoría del apego y sus tipologías sin duda pueden ayudarnos a entender las situaciones de intervención que nosotros afrontamos cuando podemos deducir que se han dado unas experiencias adversas y problemáticas de apego en la infancia. No obstante, cada uno de los perfiles definidos los debemos tomar siempre como un marco de referencia y no como una categoría diagnóstica rígida. Tenemos que considerar estos cuatro aspectos prácticos:

1. Si bien la teoría del apego ha mostrado, incluso desde diferentes modelos teóricos, que en los primeros años de vida (especialmente entre los seis meses y los 3 años) las experiencias de apego pueden ser especialmente importantes, investigaciones recientes demuestran que esas experiencias *se extienden a través de las relaciones con iguales, de la elección de pareja y de la relación con los propios hijos*. Es más vulnerable la persona que ha sufrido experiencias adversas de apego en todos estos procesos de relación.
2. Ese tipo de experiencias negativas en la infancia generan un tipo de respuesta y de expectativas que en ocasiones *crean un círculo vicioso y hacen que sea más probable tener que enfrentarse con experiencias de apego en la adolescencia y en la edad adulta*.
3. En la infancia y en la adolescencia nos encontramos con situaciones de soledad, de ansiedad y angustia, que aparecen como un sentimiento desagradable y prolongado que *para un niño o adolescente son vividas como algo involuntario, difícil de entender y difícil de gestionar puesto que choca con la imposibilidad de sentirse seguro y confiado con cualquier otra persona*. Esta es una experiencia subjetiva con consecuencias emocionales y conductuales muy importantes.
4. A veces los trastornos en la experiencia vivida de apego pueden asociarse a condiciones de aislamiento, es decir, falta objetiva de otras personas con las que se pueda establecer una relación adecuada (muchos cambios en el contexto de vida, continua necesidad de crear ambientes nuevos, etcétera). Todo esto que se da en muchos de los menores atendidos en los servicios de protección a la infancia tiene un reflejo en su comportamiento, y todos esos cambios se producen no sólo en su historia de inestabilidad familiar sino a veces en el recorrido que han hecho dentro del sistema de protección (diferentes dispositivos de acogimiento, diferentes educadores o diferentes profesionales ofreciendo atención). De esta manera, *el aislamiento o bloqueo emocional que se produce por las experiencias adversas*



del apego y que se asocia a dificultades de relación y conductas disfuncionales de tipo antisocial o agresividad, termina asociado también a un cierto aislamiento social porque se pierden los vínculos con un grupo cohesionado de pertenencia. Esto lo vemos en adolescentes que no terminar de tener una red social estable, un contexto de familia extensa estable o una comunidad a la que se sientan ligados.

10.3 Trauma relacional

Cuando consideramos las experiencias negativas en el establecimiento de la relación de crianza como una base segura, hemos de pensar que nos podemos encontrar con dos tipos de carencias.

En primer lugar, situaciones en las que se ha dado **una privación, una carencia del apego como base segura**. Situaciones de soledad, de aislamiento, de carencias en la respuesta de apego en los padres, negligencia continuada, condiciones de vida en las que se ha carecido de un contexto adecuado, casos de institucionalización en condiciones negativas, etcétera. El efecto de esa privación puede ser muy dramático en un menor.

La segunda posibilidad es una situación de **deprivación o de retirada, es decir, un contexto en que la situación de apego se ve rota o deteriorada** por las conductas inconsistentes, por las experiencias negativas, por cambios, por pérdidas que van a originar algunas de las pautas que hemos descrito en el apartado anterior sobre las diferentes clasificaciones de apego inseguro. Dentro de este marco de deprivación, es decir, de inconsistencias o rupturas en la relación de apego, nos encontramos con algunas situaciones en las que el sentido de seguridad emocional se ha roto de una manera drástica, a veces dramática, por las conductas de los propios familiares o cuidadores que eran el referente de figura de apego del menor. Son situaciones en las que ese sentido de seguridad emocional, a veces incluso la integridad física, se ha roto o se ha violado por una conducta de abuso o de maltrato por parte de una figura en la que el menor estaba depositando su necesidad de seguridad. En estos casos hablamos de **"trauma relacional" como una forma de caracterizar la ruptura de la seguridad y estabilidad del menor de una forma traumática**.

Las situaciones de abuso sexual dentro de la familia, de maltrato, de humillación física por parte de las figuras de confianza del menor, son los casos más claros en los que encontramos una respuesta de trauma relacional por parte del menor. La utilización de este concepto de trauma dentro de la relación puede sernos útil si la usamos para entender que las experiencias vividas por una persona, sea el menor o un progenitor, amenazan profundamente su

bienestar, su sentido de seguridad, generando una respuesta inestable emocionalmente caracterizada por el temor.

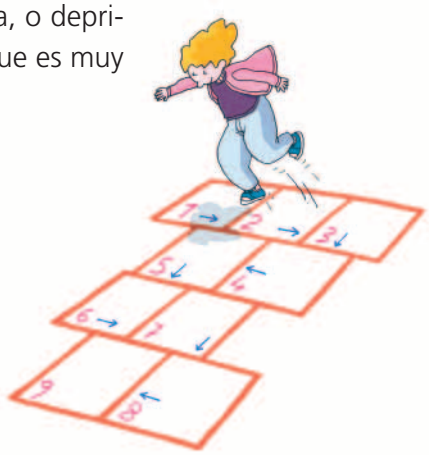
En general, cuando hablamos de un trauma en el ámbito de lo psicológico, nos referimos a ***la exposición de la persona a un suceso que implica una amenaza real o potencial a su vida o a su integridad psicológica o física, o bien una exposición a algo que envuelve la muerte o un serio daño o una amenaza muy importante a la integridad de otra persona, especialmente con personas con las que tienes una identificación afectiva muy importante***. Consideramos que hay una respuesta traumática cuando esa experiencia ha generado miedo y un sentido de incapacidad de ejercer un control. Normalmente en el caso de los menores hay expresiones de comportamiento desorganizadas, explosivas, y oscilaciones entre el temor y las respuestas evasivas y agresivas.

La situación de abusos sexuales, de maltrato y de humillación, representan perfectamente el contexto propicio para una situación de trauma relacional: el menor se encuentra con que las personas en las que ha depositado su confianza, en las que busca la seguridad, en muchos casos en las que ha ido encontrando una respuesta de apego, le producen un daño que resulta inexplicable, incontrolable, y que dinamita los cimientos de su estabilidad y de su seguridad.

En la práctica de la intervención familiar nos encontramos a veces con personas en las que descubrimos que su conducta parental con sus hijos podría estar asociada a experiencias traumáticas sufridas cuando ellas eran menores. Por lo tanto, hemos de estar abiertos a la posibilidad de que **los efectos de experiencias de este tipo generen distorsiones en las conductas de cuidado y crianza durante mucho tiempo de la vida de una persona cuando no ha habido un trabajo reparador, cuando no ha habido una atención adecuada sobre esa experiencia**.

Hay otras situaciones en las que la deprivación drástica, inesperada e inexplicable de la conducta de apego genera una respuesta que podríamos caracterizar de trauma relacional: cuando fallece esa figura de apego, el deterioro sintomático de una madre (o un padre o cuidador) que sufre una adicción, los síntomas por deterioro de alcoholismo; también cuando el menor es testigo y por lo tanto víctima de violencia doméstica perdiendo el sentido de seguridad tanto con la figura materna como con el perpetrador de la violencia.

Hay una asociación clara entre el trauma relacional y las descripciones de patrones de apego inseguro: en el trauma relacional hay una ruptura, o deprivación, inexplicable de la relación de apego. Son situaciones en las que es muy



importante explorar todos los episodios de esa ruptura, que a veces son secretos, provocan vergüenza y se han escondido a lo largo del tiempo, y que son los que crean una barrera para nuestra intervención que es similar a la barrera que se produce en la conexión emocional entre los miembros de la familia. Un primer síntoma de las dificultades graves de relación, en cualquiera de los usuarios de nuestro trabajo, es que nosotros percibiremos la inestabilidad y la desconfianza en el establecimiento de la relación de ayuda que pretendemos.

Cuando trabajamos con contextos familiares en los que ha habido padres inconsistentes, con un alto nivel de frustración, episodios de violencia o abuso o intrusividad prolongada, hemos de evaluar si se dan estas características:

- El entorno familiar de la comunidad de las personas cercanas **no proporciona alivio** al menor.
- El menor muestra una **gran dificultad para regular adecuadamente sus emociones**.
- El menor tiene una **gran falta de confianza en sus propias sensaciones**, en lo que siente, e intenta evadirse de sus propios sentimientos.
- Es notable la **falta de confianza generalizada en otras personas, tanto iguales como adultos** y esto se va a transmitir a la relación con nosotros como profesionales.
- Detectamos una fuerte **ansiedad, que muchas veces es expresada como rabia, a través de conductas destructivas** o autodestructivas y conductas disociadas.

Con todas estas señales podemos encuadrar las experiencias vitales de ese menor y de su familia en **el marco de un trauma relacional**. Es posible que nos encontremos con más de un evento o acontecimiento traumático, normalmente dentro de la familia, que incluya abuso, abandono físico o emocional, o situaciones de maltrato. Es común que el trauma relacional sea una fuente de dificultades severas en varias áreas de funcionamiento: procesamiento de la información, gestión de emociones, relaciones interpersonales, memoria, dificultades de afrontamiento de pequeñas frustraciones, etcétera.

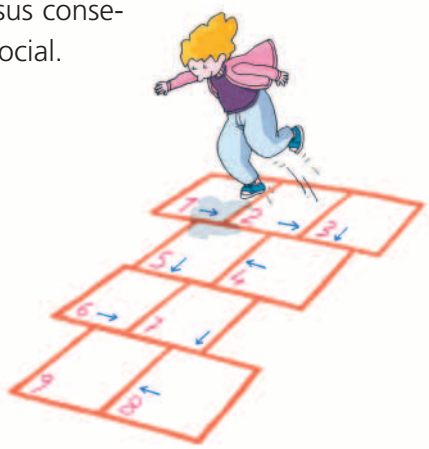
10.4 Trastorno traumático del desarrollo: una propuesta de diagnóstico

Los efectos perniciosos del trauma relacional en la infancia son de gran calado tanto en cuanto a su impacto psicológico y emocional como en cuanto

al desarrollo psicosocial de menor a lo largo de su infancia y adolescencia. Las consecuencias de esos efectos emocionales y del desarrollo en la vida adulta son igualmente negativos y se constituyen en un riesgo de "trasmisión intergeneracional" del trauma relacional cuando la persona que ha sufrido una situación traumática en la infancia se ve en series dificultades para generar un apego seguro con sus hijos.

Sin embargo, no resulta fácil detectar e interpretar adecuadamente el amplio espectro de consecuencias emocionales y conductuales que genera la experiencia del trauma relacional. Eso lleva a que nos encontremos con menores en el sistema de protección que acumulan diversos diagnósticos. Algún estudio ha llegado a estar que los niños que se crean en un contexto de maltrato están siendo diagnosticados con una media de 3 a 8 trastornos (por ejemplo, trastorno de hiperactividad y atención, trastorno emocional, un trastorno de aprendizaje determinado, trastorno conductual, etc., de forma concomitante en una misma o en varias valoraciones diagnósticas) . Esa práctica de múltiples diagnósticos comórbidos en niños que han sufrido trauma crea una identidad muy negativa en ellos, además de confusión y erróneas atribuciones de las causas de sus dificultades. Y, lo que es peor, tiende a focalizar la intervención en determinadas expresiones de psicopatología en lugar de promover un tratamiento global e integral de la dificultad psicológica, relaciona y educativa del niño o adolescente. La última versión de uno de los sistemas de diagnóstico más reconocidos y utilizados en el mundo, el DSM-V (por sus siglas en ingles de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que se publicó en en 2013 no facilita demasiado las cosas. Sigue ofreciendo múltiples etiquetas diagnósticas para problemas estrechamente asociados con traumas graves en la infancia (como por ejemplo, "trastorno de desregulación disyuntiva del estado de ánimo", "autolesión no suicida", "trastorno explosivo intermitente", "trastorno de interacción social desregulada", "trastorno de control disyuntivo de los impulsos", entre otros muchos que pueden ser aplicados puntualmente ante crisis comportamentales de un niño que sufre trauma relacional.

Quizás la iniciativa mejor elaborada y más consensuada entre profesionales, para resolver esta dificultad es la propuesta liderada por el Dr. Van der Kolk en 2005 y que se denomina «Trastorno Traumático del Desarrollo». El término "trastorno" se refiere al hecho de que la exposición crónica al trauma tiene efectos predecibles en muchos aspectos del funcionamiento del niño. En concreto al funcionamiento emocional y conductual, al desarrollo evolutivo normal a lo largo de la infancia y adolescencia, y a la conducta de apego y sus consecuencias de inseguridad severa ante contextos de relación íntima y social.



¿De qué puede servirnos, en nuestro contexto de intervención familiar, una clasificación integral y estructurada de todos los ámbitos que pueden verse dañados en el menor que sufre trauma relacional? Seguramente nos ofrece, cuando menos, una guía para:

- Entender y explicar, tanto a la familia como a cuidadores profesionales, de forma global y conectada, las dificultades diversas que muestra un menor en ámbitos tan diferentes como la escuela, las relaciones con iguales, la digestión o el sueño.
- Tomar distancia cuando nos encontramos con un niño o adolescente que acumula diversos diagnósticos, de forma que podemos centrar nuestra intervención en el trauma relacional con más convicción y seguridad
- detectar el trauma relacional a partir de diversos indicadores de conductas problemáticas que inicialmente podrían hacernos pensar en otras patologías y desviarnos de explorar la exposición del menor a situaciones de maltrato.

De forma esquemática esta es la propuesta de elementos que configuran el Trastorno Traumático del Desarrollo:

A. Exposición. El menor ha experimentado o ha sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos a lo largo de un período de por lo menos un año comenzando en la infancia o adolescencia temprana, incluyendo:

A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal, y

A.2. Disrupciones significativas en los cuidados básicos como resultado de cambios repetidos de cuidador primario, separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

B. Desregulación afectiva y fisiológica. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con la regulación de la activación (arousal), incluyendo por los menos dos de los siguientes ítems:

B.1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de estados afectivos extremos (miedo, enojo, vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos o inmovilización.

B.2. Perturbaciones en la regulación de funciones corporales (perturbaciones persistentes en el sueño, alimentación y control esfinteriano; híper o hipo-reactividad al tacto y a los sonidos; desorganización durante la transición entre rutinas).

B.3. Reconocimiento disminuido/disociación de sensaciones, emociones y estados corporales [despersonalización, discontinuidad en los estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad para el reconocimiento de emociones].

B.4. Dificultad en la descripción de emociones y estados corporales [dificultad para describir estados internos o para comunicar necesidades tales como hambre o la evacuación y eliminación].

C. Desregulación Atencional y Conductual. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con el mantenimiento de la atención, el aprendizaje o el afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:

C.1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo una mala interpretación de las señales de seguridad y peligro.

C.2. Deterioro en la capacidad de auto protegerse, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda de emociones violentas [conductas sexuales de riesgo, descontrol impulsivo, subestimación del riesgo, dificultad para comprender las reglas, para planificar la conducta y anticipar las consecuencias].

C.3. Intentos desajustados de auto-calma (movimientos rítmicos , masturbación compulsiva) [incluye consumo de sustancias]

C.4. Auto-lesión habitual (intencional o automática) o reactiva [cortarse, golpearse la cabeza, quemarse, pellizcarse].

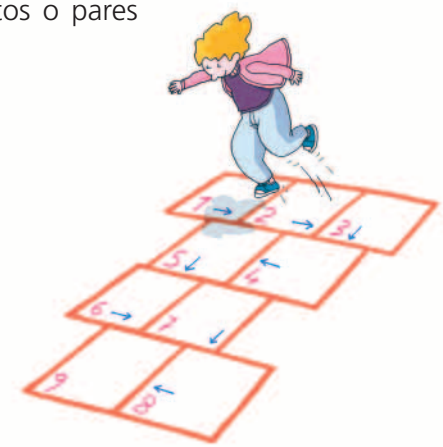
C.5. Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a un objetivo [falta de curiosidad, dificultades para planificar o completar tareas, abulia].

D. Desregulación del Self (sí mismo) y Relacional. El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con su sentido de identidad personal e involucración en las relaciones, incluyendo por lo menos tres de los siguientes ítems:

D.1. Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos (incluyendo una actitud temprana de cuidado hacia otros)

D.2. Persistente sentido negativo de sí mismo, incluyendo odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.

D.3. Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en las relaciones cercanas con adultos o pares [incluye expectativa de ser victimizado por otros].



D.4. Reactividad física o agresión verbal [impulsiva, no intencionalmente coercitiva o manipuladora] hacia pares, cuidadores u otros adultos.

D.5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de tener contacto íntimo (incluyendo –pero sin limitarse a- la intimidad sexual o física) o dependencia excesiva en pares o adultos en busca de seguridad o reaseguro.

D.6. Deterioro en la capacidad de regular la activación empática (empathic arousal) evidenciado por una falta de empatía por, o intolerancia a, las expresiones de estrés de los otros, excesiva respuesta al distrés/perturbación de los otros.

Criterios importantes de trauma:

- El Niño o adolescente muestra al menos un síntoma de al menos de las tres categorías previas B, C y D
- La duración de la alteración es de un mínimo de seis meses
- Dificultades funcionales, la alteración del niño o adolescente provoca una disminución significativa de al menos dos de las siguientes áreas de funcionamiento:
    - I. Escolar: bajo rendimiento, inasistencia, problemas disciplinarios, deserción, fallas para completar el grado/ciclo, conflictos con el personal escolar, trastornos de aprendizaje y dificultades intelectuales que no pueden ser explicadas por trastorno neurológico u otros factores.
    - II. Familiar: conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego y búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física o emocionalmente a miembros de la familia, incumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.
    - III. Grupo de Pares: aislamiento, afiliaciones desajustadas, conflicto físico o emocional persistente, involucración en violencia o actos inseguros, estilos de interacción o afiliación inadecuados para la edad.
    - IV. Legal: arrestos/reincidencia, detención, condenas, cárcel, violación de libertad condicional o de otras órdenes legales, aumento en la gravedad de los delitos, delitos contra otras personas, desinterés por la ley o las convenciones morales estándar.
    - V. Salud: Enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo los sistemas

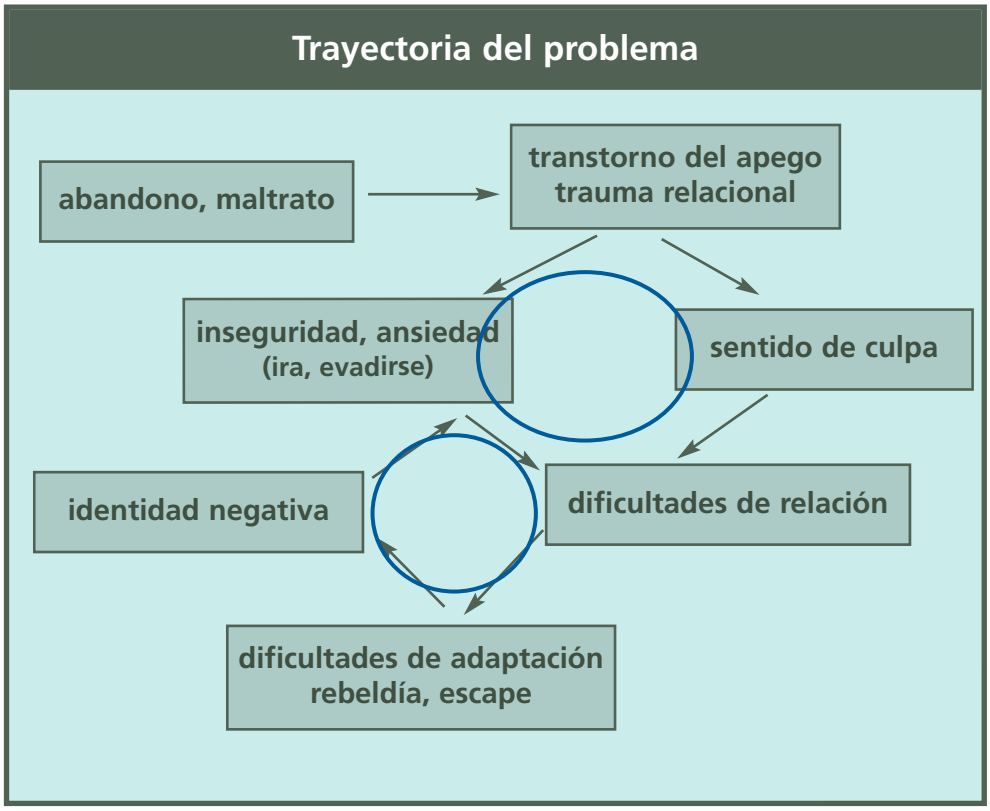
digestivo, neurológico (incluyendo síntomas conversivos y analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo, o sensorial, o dolores de cabeza severos (incluyendo migrañas) o dolor crónico o fatiga.

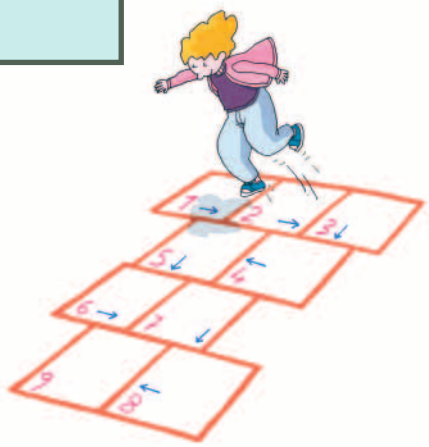
VI. Vocacional: desinterés en el trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, sub- empleo en relación con las capacidades que posee, fallas en el logro de avances esperables.

10.5 La "enfermedad invisible" y su trayectoria evolutiva

El trastorno del apego y especialmente cuando toma la forma de un trauma de relación, puede ser el núcleo, o un eslabón de partida, de una trayectoria que desafortunadamente es muy común en los adolescentes y preadolescentes que vemos en la intervención familiar. Si analizamos las diferentes descripciones de esas situaciones de trastorno del apego vemos unas líneas comunes en sus efectos. **La figura 10.1** muestra un esquema global de la trayectoria evolutiva.

Figura 10.1





El elemento común es el **sentimiento de inseguridad y la ansiedad** del menor ante ese tipo de experiencias negativas de crianza. Esa dificultad está relacionada con la carencia de la seguridad necesaria para realizar un buen reconocimiento de lo que siente, un buen reconocimiento de las emociones que le permita gestionarlas de una forma adecuada. **Cuando decimos gestionar una emoción nos estamos refiriendo a identificarla y a expresarla, a saber compartirla**, requisitos necesarios para tener conductas de afrontamiento adecuadas ante nuestra propia respuesta emocional. El desarrollo de esta capacidad de gestión de las emociones obviamente necesita la figura de cuidadores que tengan a su vez la capacidad de detección, de reconocimiento y respuesta adecuada a la emoción del menor. Es la forma en que se puede producir un aprendizaje, desde esa base segura de los cuidadores, de la capacidad de encontrar el alivio necesario cuando esas emociones generan un cierto nivel de ansiedad, de impredicibilidad, de desconcierto o de temor.

¿Qué pasa cuando un menor, cuyo desarrollo cerebral está aún en proceso de maduración, se topa con situaciones de abandono, de confusión, de pérdida en las relaciones afectivas más básicas? No es difícil mediante un ejercicio sencillo de observación encontrar cuáles son las formas más inmediatas, más naturales, quizá las más fáciles, de resolver ese bloqueo que se produce ante la dificultad de gestionar este tipo de emociones negativas. Fundamentalmente nos encontramos con dos tipos de "salidas" o estrategias de pseudoalivio ante esa dificultad. Por un lado, **la ira o la rabia**, que se muestra a través de la agresividad, a veces en forma explosiva, otras en forma demandante y manipulativa. Y por otro lado, cabe la posibilidad de **evadirse, de intentar escapar de la situación**, de buscar cualquier forma que dé a nuestro cuerpo y a nuestra mente un alivio, aunque tenga unas connotaciones fundamentalmente paliativas aplazando o desplazando la angustia que no sabemos gestionar. Por lo tanto, estos dos tipos de respuesta sirven para dar salida a un contexto emocional opresivo cuando no tenemos un referente cognitivo o conductual que nos permita afrontarlo de manera adecuada y tranquilizadora.

La ira y la evasión

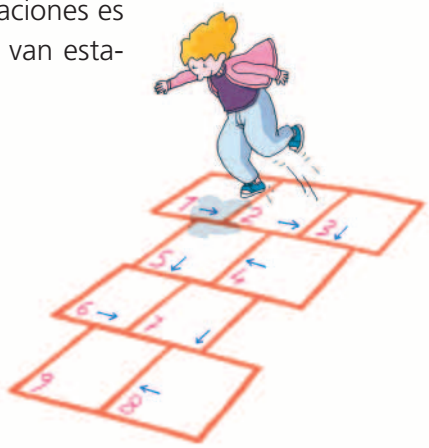
Desde un punto de vista psicobiológico y también desde un punto de vista antropológico, los expertos nos hacen ver que es una respuesta biológica muy básica que compartimos con otras especies y por tanto, en un cierto nivel, es adaptativa: Tanto la respuesta de escapar cuando sentimos que somos atacados o sentimos un alto nivel de inseguridad como la respuesta de defendernos mediante el despliegue de una actitud hostil. Así que las situaciones sobre las que tenemos que trabajar, clasificadas de conflictivas y disfuncionales, son en

realidad la respuesta adaptativa de un menor que ha vivido las relaciones interpersonales como algo amenazante, frustrante o decepcionante.

Paradójicamente con frecuencia el menor que ha experimentado relaciones de apego inseguras o experiencias traumáticas de abandono y maltrato, desarrolla un **sentido de culpa** sobre esas experiencias. Podría resultar enigmático a primera vista el hecho de que los niños víctimas de estas situaciones generen un sentido de culpa, carguen ellos mismo con la responsabilidad de lo que no ha funcionado. Sin embargo, tiene sentido desde la perspectiva emocional de un niño el desarrollar un sentido de culpa, que viene asociado a una percepción negativa de uno mismo cuando la realidad de sus relaciones más cercanas y necesarias le dice que no ha conseguido convertirse en la prioridad de sus padres. La experiencia del niño puede traducirse de esta manera*: "Si no recabo la atención, el cariño (la respuesta de apego) que necesito y hay otras cosas más importantes para mis padres, quiere decir que mi valor y mi cualidad son escasos".*

Posiblemente haya una necesidad en el menor de ser protegido, una necesidad de ser querido, como base de su conducta de convertirse en el protector de sus padres y cuidadores cuando éstos no están cumpliendo adecuadamente su función. Eso explica las conductas continuamente justificativas que puede tener un menor respecto de algunos desmanes e inconsistencias de sus padres, incluso en casos en que están sufriendo daño. La conducta de justificar, de echarse la culpa, está trasmitida en cierta forma por el tipo de relación autorreferencial que han creado los padres o cuidadores con esos niños. Pero también tiene una lógica desde la perspectiva del niño, que sabe que necesita ese contexto de cuidado de sus padres y que no encuentra en su entorno ninguna relación de apego que supla esa necesidad y que le genere la seguridad emocional y el alivio a la angustia de separación o pérdida. Por eso, y por sorprendente que parezca, la clínica terapéutica de casos de abuso de menores se encuentra a veces con la descorazonadora situación en la que una niña se culpa a sí misma de haber sufrido un abuso.

La consecuencia más evidente de este proceso que se produce cuando no hay una reparación adecuada de una situación del trastorno del apego o de trauma relacional, es que es muy alta la probabilidad de que el menor, durante su desarrollo evolutivo, desde la infancia hasta la adolescencia, vaya mostrando dificultades en el establecimiento de las relaciones interpersonales. Es lógico que esto sea así puesto que la capacidad fundamental que necesitamos para establecer relaciones interpersonales tiene que ver con saber entender los mensajes afectivos y sociales de los otros y responder adecuadamente a esos mensajes para definir un tipo de relación determinada. La base de las relaciones es fundamentalmente emocional y afectiva aunque sobre esta base se van esta-



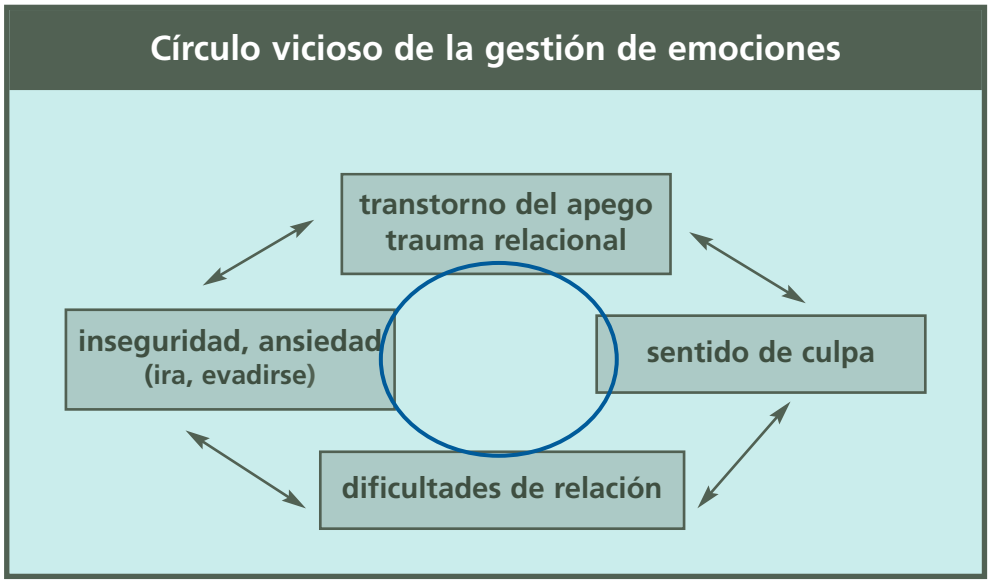
bleciendo, con el aprendizaje y la experiencia, una serie de habilidades comunicativas y de intercambio social.

Círculo vicioso de la gestión de emociones

La figura 10.2 muestra como estos elementos que hemos descrito, la inseguridad y ansiedad y sus respuestas más inmediatas de ira y evasión, al igual que el sentido de culpa y la autopercepción negativa, están asociadas a dificultades de relación que a su vez refuerzan e incrementan el sentido de culpa, de frustración y de inseguridad. Llamamos a este patrón el "círculo vicioso" de la gestión de emociones. La idea de que este proceso tiene un funcionamiento de retroalimentación y que conforma un círculo vicioso es esencialmente una idea evolutiva, y refleja la trayectoria negativa que nos lleva a apreciar cómo se complica o se cronifica la consecuencia de una dificultad del apego. Especialmente cuando la seguridad emocional se ha roto de forma traumática.

Este círculo vicioso de la gestión de emociones puede servirnos de "diagnóstico" cuando representa bien la evolución que ha tenido un niño desde la edad más temprana: sus experiencias de crianza y las carencias que ha tenido por la situación de maltrato o negligencia en su trayectoria hacia la adolescencia. Generalmente, lo que suscita la atención profesional sobre estos menores es que hay un momento que en el contexto escolar (pre-adolescencia) se detectan dificultades de relación y se observa que la respuesta emocional y afectiva, en ese marco de las relaciones sociales, es disfuncional o inadecuada.

Figura 10.2

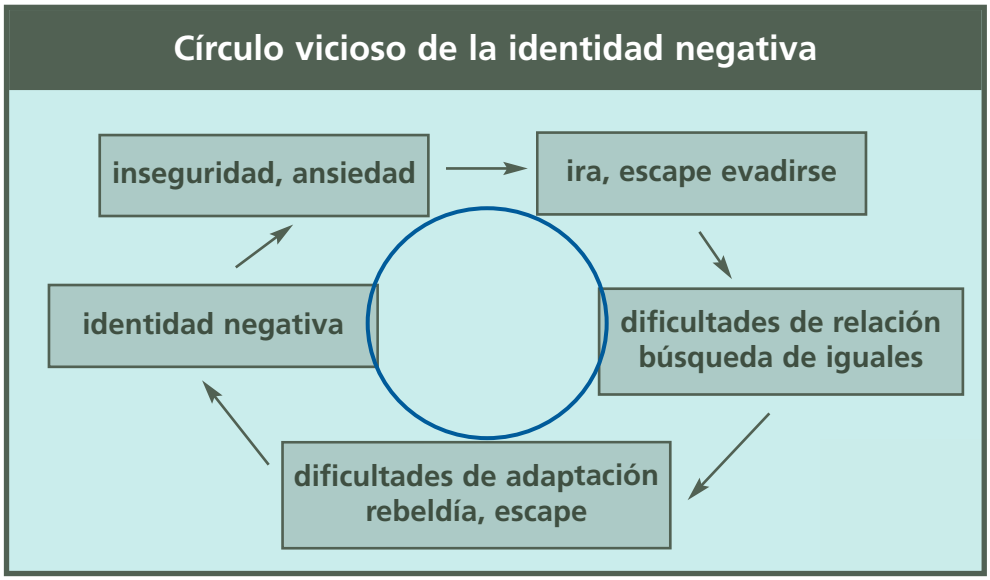


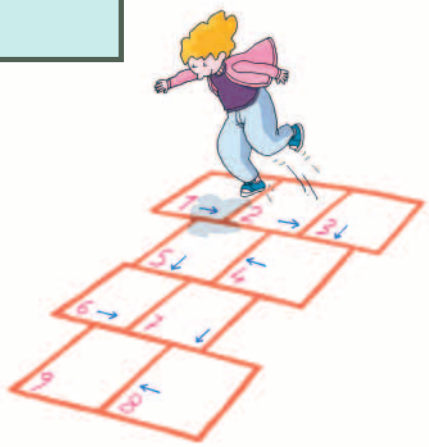
Círculo vicioso de la identidad negativa

Si amplificamos un poco el foco de observación que estamos usando para describir el "círculo vicioso de la gestión de emociones", nos encontramos un plano más general, más social, relacionado con la construcción de la personalidad y la identidad del menor. El factor de inseguridad y ansiedad que no se gestiona adecuadamente produce un bloqueo emocional cuya salida es fundamentalmente la ira o formas de evadirse, escaparse. Estrategias, en general, evitativas de todo aquello que es vivido como una amenaza en el plano afectivo y emocional. Hemos dicho que un paso muy frecuente, casi inevitable cuando la severidad del trastorno del apego es significativa, es la dificultad en el establecimiento de relaciones. Hay un momento en el que esta dificultad empieza a ser un gran obstáculo porque las relaciones se convierten en el vehículo fundamental para la creación de una identidad social: las dificultades de relación en el marco educativo, entre iguales, y relaciones de acercamiento romántico de pareja.

La socialización es fundamental en la creación de la identidad del menor, de forma significativa en la adolescencia, porque es un momento de transición en el que el entorno de los iguales pasa a un primerísimo plano y el adolescente tiene que poner en juego los esquemas o modelos internos de relación que se ha ido construyendo en su experiencia afectiva en el entorno de la familia desde sus primeros años de vida. La búsqueda de compañeros tiene una gran importancia, porque es en ese ámbito donde el adolescente quiere encontrar el sentido de pertenencia, el vínculo de dependencia y de lealtad, el

Figura 10.3





sentido de compartir, de sentirse acompañado y ser parte de algo más allá de su individualidad. Los primeros ensayos de la relación de pareja también son fundamentales en esta etapa y ahí el adolescente inevitablemente despliega su seguridad o inseguridad, sus temores ante la intimidad, sus fortalezas y sus carencias en el plano de la afectividad, de la confianza en la relación romántica con otras personas.

Cuando las dificultades en su gestión emocional empiezan a generarle barreras importantes en el establecimiento de relaciones resulta comprensible, podríamos decir que adaptativo, la búsqueda de otros adolescentes con los que comparta algunos de esos rasgos o al menos las consecuencias de esas dificultades, cierta marginalidad, rebeldía, o aislamiento. De forma que las dificultades de relación se tornan de manera natural, en este proceso evolutivo, en dificultades de adaptación. Esto se expresa en el conflicto de integración en la escuela, ya que es la tarea principal a esa edad, con expresiones como el fracaso escolar, problemas de conducta, conducta antisocial, el acercamiento a conductas prohibidas, y el inicio en consumo de drogas.

Las consecuencias de todas estas dificultades de adaptación van encerrando al adolescente en una posición difícil en la que el paso del tiempo, tan importante y trascendente en la trayectoria desde la infancia hasta la adolescencia, va construyendo un espacio en el que el adolescente puede sentirse atrapado. Perder medio año, un año, o dos años, de integración escolar, de adquisición de habilidades, de integración en actividades con iguales, no es fácil de recuperar en ese momento del ciclo de vida. De forma que puede ocurrir que el sentido de pertenencia de un menor con estas dificultades de adaptación se vaya construyendo en torno a otros compañeros, que se ven en una situación similar, y por tanto reforzados por un enfrentamiento hacia el sistema que los rodea.

En muchas ocasiones nos encontramos que precisamente todas estas dificultades en las que se encuentra el adolescente en su desarrollo vital son a su vez dificultades que él está reproduciendo en su entorno escolar, familiar y social, cuando se inician conductas de riesgo. Esto se convierte con facilidad en una justificación para amplificar sus dificultades de relación. Se convierte, por ejemplo, en una justificación para los padres, ya que les permite no asumir su responsabilidad en cuanto a pautas de parentalidad que no han funcionado, en cuanto a conductas de negligencia tanto afectivas como en el ámbito de los límites y de la disciplina. La dificultad que tiene y las que crea el adolescente se convierten en una justificación o explicación de las dificultades que tienen y han tenido históricamente sus padres.

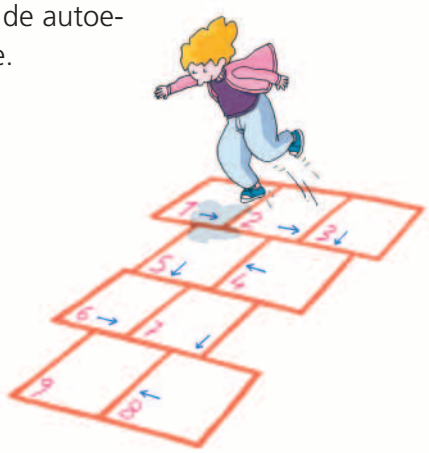
Este proceso desencadena con mucha facilidad la creación de una identidad negativa: **el adolescente ha de construir un personaje que le sea adaptativo dentro de este marco de dificultad**, puede presentarse como el malo, el poderoso, el que no tiene miedo al riesgo, el que causa cierto temor o respeto; puede presentarse como la persona libre que no necesita a nadie, que desafía la autoridad y las normas; también puede construirse un personaje vulnerable, victimizado o débil, sin esperanza; o bien un personaje aislado, frio, distante y desentendido de las necesidades que otros tienen y que a él no le afectan.

Esta identidad negativa la podemos ver como una expresión de una gran necesidad interna del adolescente. En el contexto de una historia de vida marcada por el abandono o por el maltrato, con experiencias adversas de apego, nos debería resultar entendible que estas conductas disfuncionales (que se convierten en las "quejas" fundamentales sobre el adolescente en la intervención familiar) son "adaptativas" para el adolescente. Son lo que él puede o sabe hacer y lo que de manera más inmediata ha ido creando como identidad. No son conductas funcionales ni adaptativas para nosotros porque las vemos desde un contexto diferente y las analizamos desde la perspectiva de lo que el adolescente podría conseguir o desde las expectativas que creamos cuando olvidamos las experiencias que el adolescente ha tenido en su vida. Lo cierto es que esta identidad negativa, por lo general, es fuente de más problemas y no resuelve las dificultades de relación. Por ello el círculo de inseguridad y de ansiedad se va cerrando y creando así una dinámica en que la dificultad para conseguir una situación emocional segura y las dificultades de relación y de adaptación producen esta retroalimentación de la identidad negativa. A veces en el trabajo con adolescentes resulta fácil hablar con ellos del personaje que han creado y del aprecio que tienen hacia ese personaje, aun reconociendo todas sus carencias y la valoración negativa que se hace de él desde fuera. La asimilación paulatina de ese personaje va perpetuando el círculo vicioso de la identidad negativa **(figura 10.3)**.

10.6 El apego en la relación de ayuda

El mapa que hemos ido construyendo sobre la trayectoria de los trastornos del apego en un menor nos señala dos niveles de intervención muy claros:

1. **La reparación del apego** como una base segura y el trabajo importantísimo de propiciar la ayuda en **el aprendizaje de la gestión de emociones**.
2. **El desarrollo de identidad**, el sentido de pertenencia, la integración en una red social variada y positiva que permita unas expectativas de autoeficacia y una proyección al futuro optimista para el adolescente.

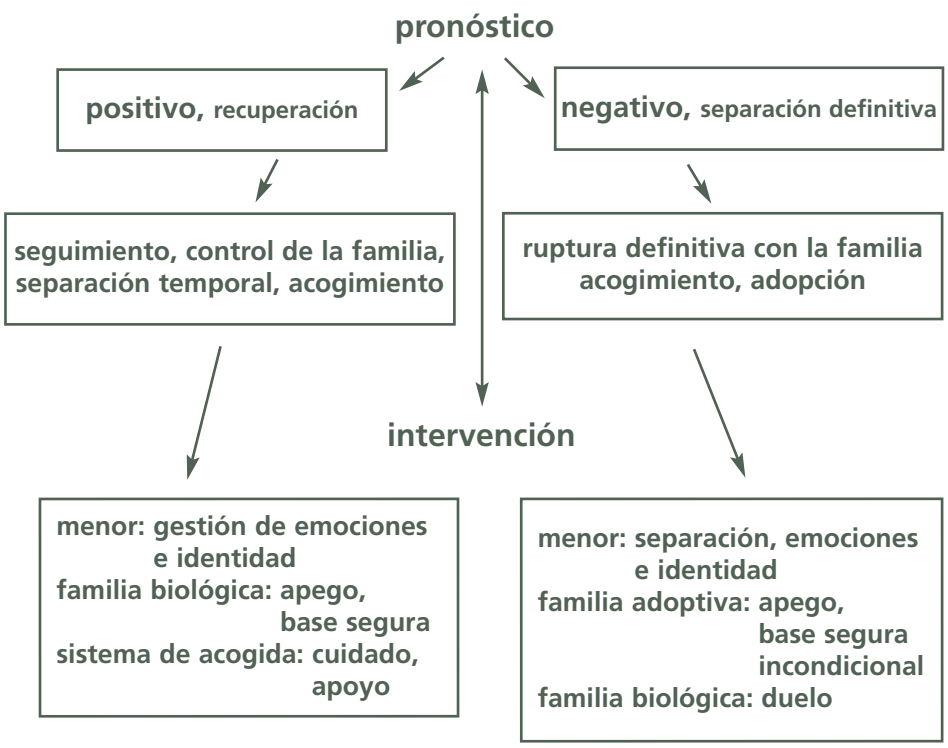


Este mapa podemos interpretarlo también desde la óptica de la **trasmisión intergeneracional de las dificultades de apego y del establecimiento de relaciones emocionales seguras**. Cuando definimos esta trayectoria de lo que hemos denominado la "enfermedad invisible" debemos también hacer el esfuerzo de evaluar qué papel juega en cada momento y en cada uno de estos eslabones o transiciones, la familia en sus diferentes subsistemas y en sus diferentes funciones.

El trabajo sobre el apego en el marco de la protección al menor que ha sufrido situaciones de trauma relacional ha de estar bien orientado. La **figura 10.4** ofrece un esquema general orientativo en función de la "hoja de ruta" que se ha ido marcando en todo el proceso de intervención en función del pronóstico del caso, es decir, en función de la evaluación de la posible reunificación o no de la familia con el menor. Es esencial diferenciar bien cuál es la expectativa que se tiene sobre el apego hacia el menor en cada uno de los agentes de la intervención y en los familiares y figuras de cuidado.

Figura 10.4

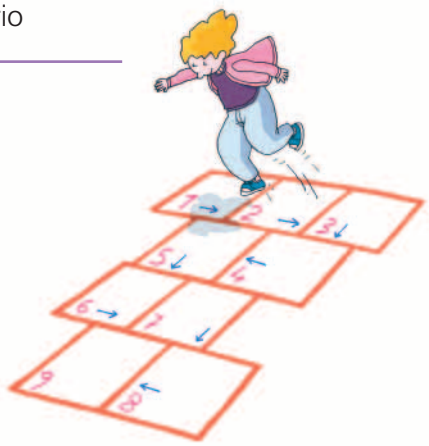
Trabajo sobre el apego en función del pronóstico del caso



Otra de las enseñanzas prácticas que nos ofrece el conocimiento de la teoría del apego para nuestra intervención se refiere al tipo de relación de ayuda que podremos establecer con usuarios que pueden haber sufrido un trastorno del apego. No se puede obviar nunca que sus dificultades de relación van a afectar también al establecimiento de nuestra relación de ayuda con ellos. Si olvidamos esta posibilidad será muy probable que sucumbamos a interpretaciones muy negativas sobre ellos. La **figura 10.5** representa un esquema sencillo que puede orientarnos sobre cómo debe ser nuestra propia actitud ante el establecimiento de la relación con un usuario que haya tenido dificultades de apego severas. La idea esencial es que el terapeuta no debe perder su convicción y optimismo, pero debe rebajar y ajustar sus expectativas sobre la respuesta del adolescente en función de las conductas de apego de éste.

Figura 10.5

Tipo de apego que observamos en el usuario	Orientación de nuestra actitud a la hora de crear una relación de ayuda
Apego inseguro evitativo	
Su pauta para afrontar el fallo en el apego es retraerse y evitar situaciones de apego	Intentos muy intensos de acercarnos y con expectativas altas sobre la respuesta del menor se convierten en una amenaza. Mantendremos una postura afectuosa pero respetando su distancia
Apego inseguro ansioso ambivalente	
Su patrón suele ser maximizar las acciones encaminadas a provocar una respuesta por parte de acogedores, educadores y terapeutas, pero con poca capacidad de que le produzca alivio	Todo lo que haga un profesional muy volcado y muy motivado con grandes expectativas resultará insuficiente, lo que genera frustración y ansiedad en el usuario y en el profesional. Tenemos que anticipar la frustración del usuario y mostrar una gran estabilidad y constancia ante los altibajos de la relación.
Apego inseguro caótico	
Quizás la peor condición para la relación de ayuda profesional; suelen ser personas que han interiorizado que quien los tiene que cuidar es quien los daña y se aprovecha	El usuario responde con esa pauta (falta de pauta, o muy incoherente) también ante la relación de ayuda, así que el profesional puede frustrarse con facilidad. Lo esencial por lo tanto es no mostrar frustración y tener una perseverancia que genere seguridad en el usuario



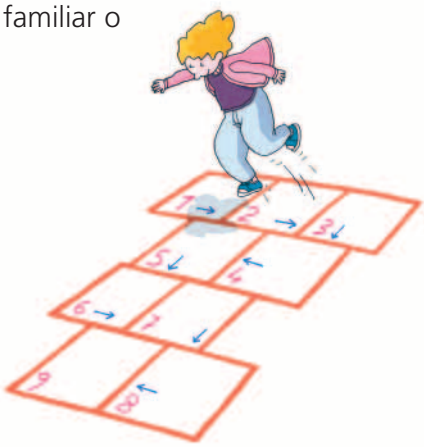
10.7 Comenzar desde el embarazo es la mejor opción

La relación de apego seguro es un factor primordial para garantizar la relación adecuada de protección de los menores, y el desarrollo de esa relación de apego comienza muy temprano, en las primeras semanas de vida del niño. **Por ello las condiciones favorables para establecer esa relación son esenciales y necesarias desde el momento del embarazo**. El corolario práctico de este hecho es muy obvio: el desarrollo de un embarazo positivo, tanto en el plano emocional y psicológico como en el ámbito de la de salud y del entorno social de los padres, puede ser un factor predictor de una crianza segura y protegida. Desde la perspectiva de la intervención en el ámbito de la protección a la infancia, la constatación de esta realidad, apoyada por el conocimiento científico, nos aboca a planificar intervenciones de apoyo temprano para tener eficacia, conjugar la intervención con la prevención, y evitar la cronificación de situaciones de desprotección.

Las conductas de riesgo durante el embarazo, al igual que las pautas de cuidado disfuncional hacia los bebés, generalmente asociadas a dificultades psicológicas y sociales en las madres y a condiciones ambientales estresantes, tienen unas consecuencias nefastas para la protección a la infancia. Esas consecuencias están asociadas, por ejemplo, a problemas como la mortalidad infantil, partos prematuros, bajo peso y otras complicaciones en el recién nacido, abusos y negligencia con los niños, malos tratos, embarazos continuados, aislamiento social, pobreza o marginalidad. La investigación reciente nos indica que, incluso determinadas dificultades de comportamiento social de los menores (como violencia y otras conductas antisociales), pueden estar relacionadas con las conductas de riesgo y maltrato sufridas por el menor durante el embarazo y su primera infancia.

Las dificultades en el establecimiento de una relación adecuada que garantice la seguridad y confianza del menor en el periodo prenatal y de primera infancia son más comunes en familias en situación de carencia económica, social y afectiva, mujeres jóvenes solas, madres adolescentes y sin apoyo familiar o social, madres con hijos institucionalizados o con otras medidas de protección, pertenecientes a minorías étnicas y sin apoyo del entorno, o con estilos de vida claramente incompatibles con el adecuado cuidado de los hijos. También **las dificultades sufridas por las madres en su propia historia de crianza como hijas, así como las secuelas de historias vitales marcadas por el maltrato y la negligencia, son factores psicológicos asociados a la dificultad de una relación de cuidado y apego adecuados con sus bebés**. Su capacidad de autocuidado y de cuidado de sus hijos está, con frecuencia, condicionada por su pasado de maltrato, inmadurez psicológica o falta de apoyo interpersonal o social.

Todas estas condiciones negativas señaladas contribuyen de forma notable a que en estas familias de riesgo los padres actúen de forma inadecuada durante el embarazo y las primeras etapas de la vida del niño, lo que puede tener desastrosas consecuencias si se marginan de los servicios de salud o crean una relación negativa, bien de evitación o bien de dependencia, con los servicios sociales. En esas situaciones se incrementa el riesgo de violencia familiar o negligencia en el cuidado de los niños.



La investigación ha aportado evidencias en los últimos años sobre el impacto y resultados que tiene la intervención preventiva en el marco de la atención prenatal y de primera infancia. Esencialmente, la **constatación de que la intervención en un estadio tan temprano como el periodo de embarazo y los primeros meses de cuidado y relación con el bebé, tiene una influencia muy positiva a medio y largo plazo sobre el comportamiento del menor (tanto psicológico como social), al igual que sobre el ajuste emocional y social de la madre**. Este tipo de intervención temprana puede tener un efecto preventivo en conductas de abuso y negligencia parental y también en conductas de riesgo de los menores.

Cambios en las conductas de riesgo para la salud prenatal

La exposición prenatal al tabaco, alcohol, y otras drogas tiene un efecto comprobado de riesgo para al crecimiento fetal y también, en una medida menor, de riesgo de parto prematuro y problemas de desarrollo neurológico, como déficits de atención o un desarrollo cognitivo y de lenguaje deficiente. En diversos programas de intervención prenatal se ha trabajado con éxito la reducción por parte de las madres del consumo de sustancias de este tipo. Igualmente, en dichos programas se han realizado intervenciones sobre otros factores conductuales de riesgo prenatal: una ganancia inadecuada de peso por parte de la madre, dieta inapropiada; detección y tratamiento temprano de complicaciones en obstetricia (como infecciones o disfunciones de la tensión arterial).

Cuidado competente y apego como prevención del abuso y la negligencia

Cuando los padres tienen empatía con sus bebés y son capaces de entender y responder a sus primeras señales comunicativas, es mucho menos probable que se produzcan situaciones de abuso o negligencia. Los padres aprenden con más facilidad las competencias evolutivas que los niños han de mostrar en cada periodo evolutivo y esto previene lesiones y daños. Resulta fundamental, por lo tanto, ayudar a que los padres desarrollen esas habilidades de cuidado competente. Dichas habilidades están influenciadas por características de los padres y también por algunos factores ambientales o contextuales. Los padres que crecieron en un hogar con estilos de crianza caracterizados por el rechazo, el abuso, o la negligencia pueden tener más dificultades para un trato adecuado de sus bebés. Por otro lado, los padres que tiene problemas de salud mental, inmadurez

psicológica, u otro tipo de discapacidades pueden tener también dificultades para el cuidado de sus bebés. Aunque estos factores (tanto la historia de vida de los padres como sus problemas de inmadurez o salud mental) no pueden apenas cambiarse, sí es factible reducir o mitigar sus efectos negativos en la crianza de sus hijos, como han demostrado diversos programas de intervención prenatal.

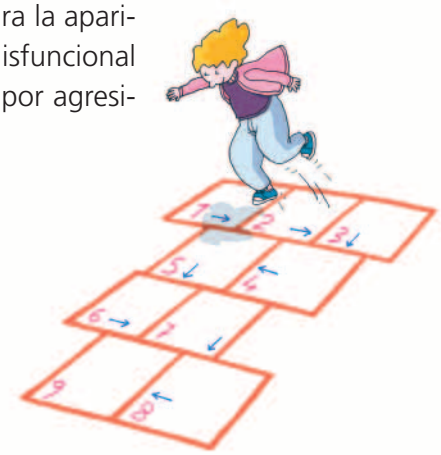
Hay otros factores de tipo social, como el aislamiento social y la falta de apoyo familiar, que también están asociados a tasas más altas de abuso y negligencia, ya que propician situaciones de vida estresante que pueden interferir en el cuidado del embarazo y del bebé. También hay evidencias de la investigación que sugieren que algunas características psicobiológicas de los hijos pueden afectar al grado en que los padres son competentes en su cuidado durante los primeros meses. Cuando los niños nacen con algún tipo de perturbación neurológica producto de un mal cuidado prenatal (como el consumo de drogas por parte de la madre), se produce una ansiedad y estrés mayor en los padres que pueden llegar a constituir un factor de riesgo. Igualmente, algunas investigaciones han mostrado que niños con un problema severo de hiperactividad por un déficit de atención pueden tener más probabilidades de lesiones, en parte debido a las dificultades de los padres para entender y regular las conductas del niño. Por todo ello, las intervenciones orientadas a conseguir conductas de cuidado parental más apropiadas tienen en cuenta que el nivel de madurez y apoyo social de los padres, así como un entorno no estresante, incrementan la probabilidad de un cuidado protector y la reducción de conductas de abuso o negligencia.

Cambios en el perfil de vida parental

Uno de los factores de riesgo más importantes que bloquean la capacidad de una buena experiencia de maternidad, con un nivel apropiado de educación en la madre y preservando su autonomía y su capacidad de participar en la vida laboral, es tener embarazos muy seguidos y sin preparación adecuada, especialmente en madres sin una pareja estable. Los programas de intervención prenatal han conseguido buenos resultados para este tipo de situaciones, constatando que cuando se produce un cambio en el perfil de maternidad hay una mejoría sostenida en el tiempo tanto para la madre como para los hijos.

Cambios en el riesgo de conductas antisociales en los niños

Las dificultades en relación con el cuidado adecuado durante el embarazo y primeros meses de vida pueden convertirse en factores de riesgo para la aparición de conductas antisociales en los niños. Este tipo de conducta disfuncional es frecuente en niños que muestran en su adolescencia problemas por agresi-



vidad o violencia. Algunos estudios han encontrado que algunos niños con este tipo de conducta problemática tienen déficits de desarrollo neuronal o madurativos, asociados a unas condiciones prenatales claramente inadecuadas, y a un rechazo del cuidado del bebé en sus primeros meses de vida por una falta de regulación en la agresividad. Los programas de intervención prenatal se orientan a modificar este perfil de riesgo para las conductas antisociales en los niños: nacer en un hogar con padres adictos, sin apoyo social, con un entorno conflictivo y tolerante a la violencia y con embarazos muy seguidos sin un contexto adecuado para el cuidado maternal.

Los resultados en programas de intervención prenatal y de primera infancia

Una de las fuentes de evidencia empírica sobre resultados de programas de intervención prenatal y de primera infancia son los estudios de resultados del grupo de Olds y colegas. Esos estudios norteamericanos han evaluado grandes muestras y con grupos de control o comparación. Una característica muy interesante de dichos estudios es que han hecho seguimientos de más de 15 años para los niños que han nacido en el contexto de la intervención prenatal del programa. De forma sintética pueden destacarse estos resultados asociados a la intervención prenatal y de primera infancia en comparación con las muestras no intervenidas:

- 79% menos de casos comprobados de abuso de niños o negligencia.
- Una media de 39 meses menos de percepción de ayuda social.
- 44% menos de problemas de conducta en la madre por abuso de alcohol o drogas.
- 69% menos de arrestos de la madre.
- Durante el embarazo, las mujeres mejoraron la calidad de sus dietas.
- Durante y Después del embarazado tuvieron menos número de infecciones renales y problemas de hipertensión.
- Uso más adecuado de los servicios sociales.
- Reducción en un 25% del consumo de tabaco o 75% menos de partos prematuros.
- Cuando los niños llegan a la adolescencia:
    - > 56% menos de arrestos policiales de los niño.
    - > Menos consumo de alcohol y drogas.
    - > 60% menos de huida del hogar.

10.8 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. El trastorno del apego, especialmente cuando se asocia a situaciones traumáticas de abuso, maltrato o pérdida, genera con frecuencia conductas disfuncionales complejas difíciles de identificar y de tratar. El término "enfermedad invisible" representa esa dificultad.

2. La Teoría del Apego nos ofrece un interesante mapa para orientar algunas intervenciones. Desde esa teoría se describen diferentes tipos de apego inseguro (Evitativo, Ambivalente, y Desorganizado) asociados a diferentes estilos y circunstancias de crianza y que pueden ayudarnos a entender algunos patrones problemáticos en las relaciones interpersonales y sociales de nuestros usuarios.

3. Cuando las rupturas en la relación de apego se producen de forma traumática (abuso intrafamiliar, maltrato infantil por parte de los cuidadores, grave abandono, etc.) se quiebra de forma importante la seguridad y la estabilidad emocional de un menor. La sensación persistente de ser incapaz de tener control sobre lo que le ocurre en la vida es una característica del trauma. Las consecuencias de esa experiencia vital pueden prolongarse en el ciclo de vida de esa persona.

4. Las claves relacionales para detectar una dificultad severa en el vínculo de apego son estas: el entorno de relaciones familiares no proporciona alivio al menor, lo cual le provoca una gran dificultad para regular adecuadamente sus emociones y falta de confianza en sus propias sensaciones y en todo lo que le rodea. Es frecuente que todo este desequilibrio emocional y relacional provoque conductas agresivas, auto-destructivas, o disociadas.

5. El "trauma relacional" genera inseguridad, desconfianza y sentido de culpa; lo que a su vez propicia que se produzcan importantes dificultades de relación interpersonal. A este proceso le llamamos "el círculo vicioso de la gestión emocional".

6. Debemos comprender que algunas conductas disfuncionales de un menor, como la ira y las conductas de evasión o escape, son esperables cuando hay un trastorno del apego. Para ayudar a cambiar esas conductas necesitamos primero entender la función que tienen dentro de ese marco de trastorno del apego.

7. Las dificultades de relación devienen con facilidad en problemas de adaptación (escolar, social, familiar), especialmente en la adolescencia. Estos problemas de adaptación con frecuencia van generando la creación de una

"identidad" negativa en el menor (el menor se identifica con rasgos negativos de su comportamiento social) que a su vez propicia más situaciones de inseguridad y ansiedad. A este proceso le llamamos "círculo viciosos de la identidad negativa".

8. La intervención familiar puede trabajar en la reparación del apego y de la seguridad emocional. Esto se puede hacer a través de intervenir en el círculo viciosos de la gestión de emociones (enseñando a mejorar dicha gestión en los menores) y en el círculo vicioso de la identidad negativa (propiciando, mediante actuaciones educativas, la construcción de una identidad positiva e integrada socialmente).

9. El programa de intervención prenatal y de primera infancia es una estrategia eficaz de intervención temprana. Durante el periodo de embarazo y primeros meses de vida se dan las circunstancias más favorables para establecer la relación de apego y modificar las adversidades que pudieran incidir negativamente en dicha relación.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Editorial Paidós.
- Escudero, V. y Friedlander, M. (2919). Maltrato infantil: creando alianzas terapéuticas en el trauma relacional. En el libro *Alianza terapeutica con familias*, Editorial Herder.
- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual.* Editorial Prismática.
- Junta de Castilla y León. *Pograma de atención prenatal y de la primera infancia para familias en dificultad social*:http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100DetalleFeed/1246991411473/Publicacion/1284316187264/Redaccion
- Van Der Kolk, B. A. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.* E Barcelona: Eleftheria, 2017].

10.9 Observa y prueba: "Perspectivas del apego"

Todas las personas que formamos parte del sistema de intervención, tanto los familiares como los profesionales, partimos de la misma condición humana y tenemos una experiencia personal e intransferible de apego que nos influye a la hora de relacionarnos. En los siguientes ejercicios te proponemos reflexionar sobre las diferentes perspectivas de apego que confluyen en una relación. Y te sugerimos además una auto-evaluación de tu forma de relacionarte con los demás. También te invitamos a realizar un ejercicio concreto para recorrer todos los ámbitos de la persona que pueden estar afectados por el trauma relacional.

1. Primer Ejercicio: El apego en hijos y padres.

1.1. Realiza una entrevista con un adolescente desde la perspectiva del apego: explora cómo ha sido su historia de crianza y las respuestas de apego de sus padres o personas que lo cuidaron; intenta detectar las adversidades que pudo experimentar y cómo las recuerda; explora su estilo comunicativo en la actualidad y la forma de relacionarse que tiene con iguales y adultos. Intenta definir un tipo de apego.

1.2. Realiza la misma entrevista desde la perspectiva del apego pero ahora con la madre o padre del adolescente que has entrevistado previamente. Centrando la entrevista en la experiencia como hijo que tuvo esa madre o padre cuando era un niño. Intenta definir el tipo de apego que tuvo.

2. Segundo Ejercicio: Valora cómo te sientes más seguro en las relaciones.

Este ejercicio tiene como objetivo ayudarte a valorar tu forma de relacionarte en contextos interpersonales. Es una exploración personal importante para cualquier profesional que necesita establecer relaciones seguras con los usuarios. Y especialmente si trabajas, como es nuestro caso, con usuarios que pueden no sentirse seguros en una relación de ayuda.

El ejercicio es una adaptación del procedimiento Relationship Questionaire (RQ) creado por Bartholomew y Horowitz (1991).

Vamos a realizarlo en 3 pasos:

PRIMER PASO:

A continuación tienes 4 descripciones que representan diferentes estilos en la relación con los demás. Es recomendable que leas estas cuatro descripciones con mucha atención, incluso subrayando aspectos concretos que aparecen diferenciados dentro de cada uno de esos estilos.

A. Estilo A. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómoda/o tanto en las situaciones en las que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. No me preocupa estar sola/o o que haya personas que no me acepten.

B. Estilo B. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones cercanas y afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que me hagan daño si me abro demasiado y no guardo las distancias con los demás.

C. Estilo C. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancia de lo que a mí me gustaría. Me siento perdida/o cuando estoy sin una buena relación afectiva o de mucha confianza, pero a veces me preocupa que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.

D. Estilo D. Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros no dependan de mí.

Ahora vas a puntuar cada uno de esos cuatro estilos de relacionarse para indicar lo mucho o lo poco que cada uno de ellos se corresponde con tu manera de ser. Tienes que elegir una puntuación en cada estilo (marcar un número en cada fila de la tabla). Port ejemplo, si el estilo A no te representa de manera perfecta pero se acerca bastante, pondrías una puntuación de 6 o un 5. Si, por ejemplo, el estilo D no te representa en absoluto o bien muy poco, pondrías una puntuación de 1 o bien 2 para dicho estilo en la fila correspondiente de la tabla. Si uno de esos cuatro estilos te representa de manera perfecta, debes poner un 7 para esa fila de la tabla. Has de dar una puntuación a cada uno de los cuatro estilos, ya que no son excluyentes y puede haber características concretas de diferentes estilos que sean aplicables a una sola persona.

Tipo de estilo	No me representa nada o poco			Quizás me representa en alguna cosa o lo veo neutral			Me describe muy bien
Estilo A	1	2	3	4	5	6	7
Estilo B	1	2	3	4	5	6	7
Estilo C	1	2	3	4	5	6	7
Estilo D	1	2	3	4	5	6	7

SEGUNDO PASO:

Utiliza estas dos fórmulas con las cuatro puntuaciones que has puesto en la tabla del paso anterior. Vas a obtener dos valores que te explicamos al final del ejercico.

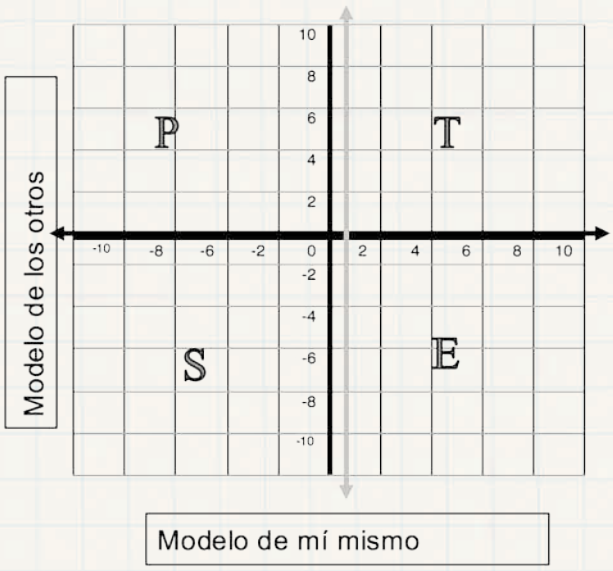
Modelo de mí mismo = (punt. Estilo D) + (punt. Estilo C) MENOS-restar (punt. Estilo A)+ (punt. Estilo B)

Modelo de los otros = (punt. Estilo D) + (punt. Estilo B) MENOS-restar (punt. Estilo A)+ (punt. Estilo C)

TERCER PASO:

Sitúa el esta gráfica la puntuación que ha resultado de aplicar cada una de las dos formulas anteriores. Procede de esta manera:

1. Encuentra tu puntuación obtenida para el Modelo de ti mismo en la escala vertical de la Gráfica y marca el punto de esa puntuación
2. Encuentra tu puntuación obtenida para del Modelo de los otros en la escala horizonbtal de la Gráfica y marca el punto de esa puntuación
3. Busca el punto en el que se encuentran tus dos puntaciones. Marca ese punto en la gráfica con un circulo bien visible en el cuadrante en el que corresponda.



EXPLICACIÓN DEL RESULTADO

Sobre el primer paso:

Los cuatro estilos descritos para que puntuases en qué medida te representa casa uno de ello se corresponden con estas definiciones:

Estilo A: ***Seguro,*** personas que poseen una visión positiva de sí mismos y una visión positiva de los demás y demuestran un estilo de apego seguro.

Estilo B: ***Evitativo-Despectivo***, personas que poseen una visión positiva de sí mismos y una visión más negativas de los demás.

Estilo C: ***Preocupado***, personas que poseen una visión más negativa de sí mismos y una visión positiva de los demás.

Estilo C: ***Temeroso/no resuelto***, personas que poseen una visión fluctuante/ inestable de uno mismo y de los demás.

Sobe el segundo paso:

Para interpretar las puntuaciones que salen de ambas formulas (que pueden ser de valencia positiva o negativa) debes considerar esto:

Modelo de mí mismo: cuanta mayor es la puntuación que resulta de esta formula, mayor es la ansiedad y más negativo el modelo que tienes de ti misma.

Modelo de los otros: Una puntuación alta representa un alto nivel de Evitación y un modelo negativo de los otros, te generan ansiedad.

Sobre el tercer paso:

Un modelo negativo de ti misma está muy ligado a ansiedad e inseguridad personal en contextos de relación cercana.

Un modelo negativo de los otros está muy asociado con conductas relacionales evitativas (evitar o rechazar las relaciones cercanas con otras personas).

La combinación de estas dimensiones de Ansiedad y Evitación resulta en cuatro zonas o categorías, esas zonas están representadas en cada uno de los cuatro cuadrantes de la gráfica:

Seguro: Si tus puntuaciones tanto en el vector de Ansiedad como de Evitación son bajas (números negativos en ambas dimensiones) tiendes a sentirte bien expresando emociones y no te agobia que los otros puedan rechazarte.

Preocupado: Si tus puntaciones en el vector de Ansiedad son altas (números positivos) y bajas en el vector de Evitación (números negativos) sugiere que tiendes a preocuparte sobre la disponibilidad, reciprocidad, respuesta positiva del otro para apoyarte, o sientes miedo al rechazo.

Evitativo-despectivo: Si tu puntación es alta (número positivo) en la escala de Evitación y resultó baja (número negativo) en el vector de Ansiedad, expresa que por lo general prefieres no relacionarte con los demás o tiendes a evitar la cercanía de los otros.

Temeroso: Si tus puntuaciones han resultado altas (números positivos) en las dos dimensiones (Evitación y Ansiedad) seguramente te agobias ante la posibilidad de depender de otra persona y también ante la posibilidad de tener que apoyar y ofrecer una respuesta de apego a otra persona.

3. Tercer Ejercicio. Trastorno traumático del desarrollo.

Realiza una exploración a partir de la propuesta de diagnóstico de "Trastorno traumático del desarrollo" que se incluye en la sección 10.4 del capítulo. Po puedes hacer con la información de algún menor que hayas atendido y que haya recibido diversos diagnósticos a lo largo de su vida, además de haber sido expuesto a una situación de maltrato, negligencia severa, o sufrido abusos. Recorre todos los criterios que configuran el "Trastorno traumático del desarrollo" y pon atención a (a) confirmar si en ese caso se cumplen los criterios del trastorno y (b) si encuentras aspectos que no se exploraron suficientemente en ese caso y que podrían ser interesantes para la valoración o intervención.

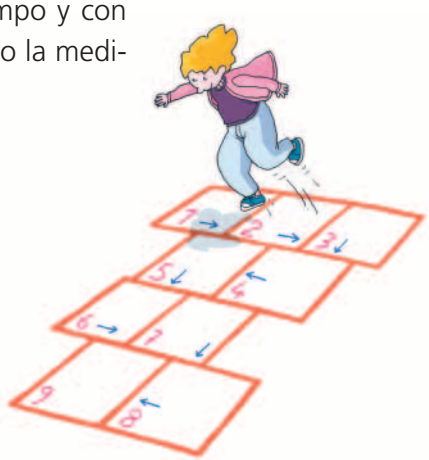
11 Cuando se trata de transtorno y enfermedad mental

Una de las razones más habituales por las que la intervención con una familia se torna complicada o se cronifica es la existencia de una dificultad o una patología que requiere un tratamiento intensivo o especializado. Con frecuencia se trata de dificultades o patologías relacionadas con la salud mental o adicciones. En el análisis de la **ecuación de balance del sistema familiar** es importante que, cuando estudiemos la estructura que mantiene el problema (véase **figura 11.1**), valoremos y ponderemos adecuadamente los condicionantes biológicos que tienen que ver con una patología o dificultad que requiere un tratamiento especializado. Son casos en los que la primera idea que debe figurar en la intervención como un axioma fundamental es ***"no podemos hacerlo solos"***. Todo el trabajo de intervención familiar en el marco de los servicios sociales se debe hacer en un contexto de colaboración dentro de la red profesional, pero en estos casos esta exigencia se convierte en un elemento central del análisis y la intervención en el caso.

Figura 11.1

$$\left(\frac{\mathbf{erc}}{\mathbf{emp}}\right)^{\mathbf{t}} \geqslant 1$$

De especial importancia, por su frecuencia, por sus características específicas, y por la constatación que tenemos de la dificultad que entraña, es el trabajo con familias en las que hay una persona con un trastorno de salud mental o una persona con una adicción, especialmente los casos de alcoholismo y toxicomanías. Son situaciones que en el análisis de los casos que se cronifican dentro del marco de nuestro trabajo son muy frecuentes, esto quiere decir que es un factor muy ligado a la cronificación. La razón, en parte, es que ese tipo de dificultades o patologías suelen tener un curso largo, a veces inevitablemente crónico, y que requiere un trabajo de atención durante mucho tiempo y con fases en las que es imprescindible la intervención especializada (como la medi-



cación psiquiátrica, la desintoxicación, el seguimiento a través de analíticas, etcétera).

Una primera advertencia que hemos de considerar en el trabajo con estos casos es que se va a producir con frecuencia la tentación de asumir una gran responsabilidad, cuando no la idea explícita o implícita de que podemos responsabilizarnos totalmente de la intervención. Bien por un entusiasmo relacionado con una falta de experiencia por parte del profesional, bien por una expectativa de autoeficacia basada en que el profesional o equipo tiene formación sobre la patología o dificultad que conlleva el caso, nos podemos encontrar con una estrategia valiente y comprometida de asumir la intervención pensando que sólo necesitaremos algunas ayudas puntuales de servicios especializados. Hay ocasiones en que esto se hace y sale bien, por lo tanto caeríamos en una postura muy radical si descartamos esta posibilidad; por ejemplo, hay casos en los que existiendo un problema de salud mental o de alcoholismo, un buen trabajo del equipo de atención familiar consigue un cambio significativo y una situación estable de seguridad para la familia, incluidos los menores. Pero si consideramos la ecuación de balance entre la estructura que mantiene el problema y la estructura de recursos para el cambio, seguramente en esas experiencias de intervención exitosa estábamos trabajando con casos en los que el balance era bastante equilibrado y los recursos de la familia han permitido generar una gran capacidad de cambio.

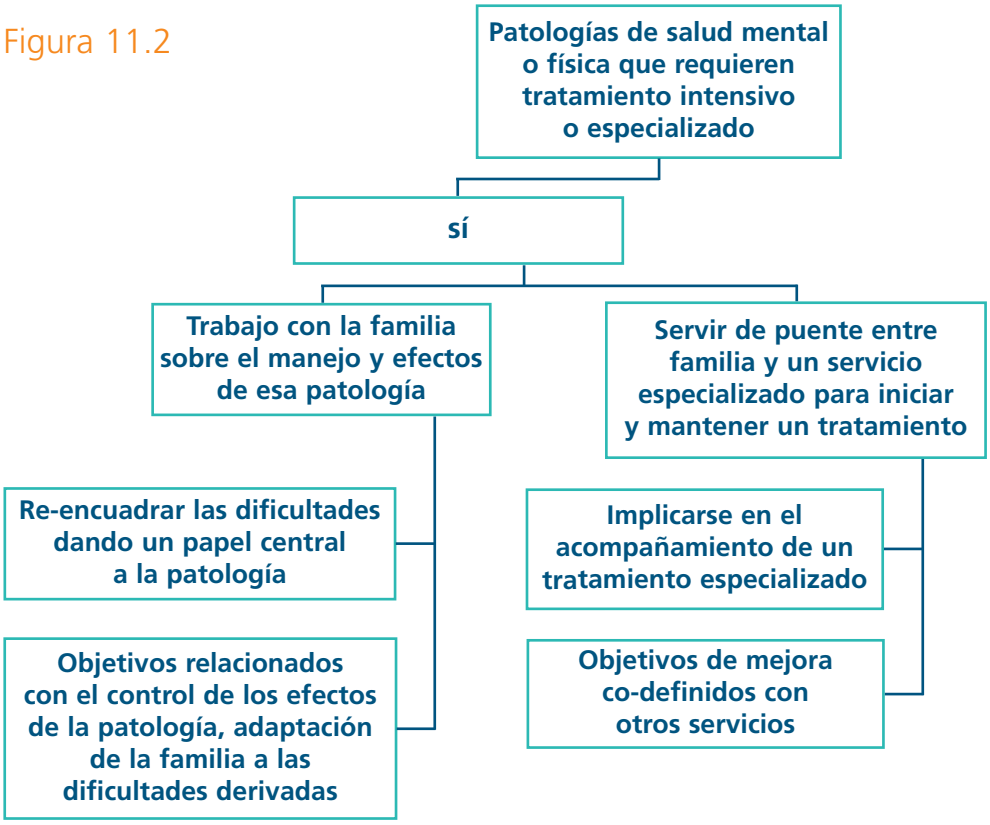
11.1 Trabajar con una buena hoja de ruta

Esta es la directriz principal en este tipo de situaciones: hay que crear una" hoja de ruta" adecuada desde el momento en que la valoración del caso nos indica la incidencia de un factor que vamos a llamar "especial", léase trastorno de salud mental, alcoholismo u otras toxicomanías.

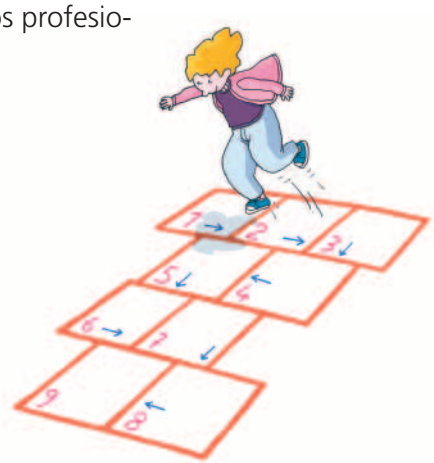
Esta "hoja de ruta" tiene que considerar la capacidad y sensibilidad de la familia para entender la incidencia de ese factor, sus implicaciones y la forma de crear condiciones y cambios adecuados. Pero cuando la valoración del caso nos dice que hay un nivel de dificultad grande, que no se producen avances y que estamos en el contexto de cronificación o riesgo de cronificación, no deberíamos derrochar más tiempo, y nuestra "hoja de ruta" para el proceso de intervención debería basarse en el esquema que se representa en la **figura 11.2**. La trayectoria de intervención se bifurca en dos líneas de actuación que han de seguirse en paralelo. Por un lado, **la línea orientada a trabajar como mediadores, como un servicio de puente o conexión entre la familia y el dispositivo de atención especializado que el caso requiera** (psiquiatría,

salud mental, centro especializado en toxicomanías, servicio especializado de alcoholismo, etcétera). En esa línea empezaremos por valorar cuál es la situación, el diagnóstico, antecedentes, gravedad, curso de la enfermedad, etcétera de la patología. La otra línea de actuación que seguiremos en paralelo **está centrada en nuestro trabajo psicoeducativo con la familia sobre el manejo adecuado de esa patología y el conocimiento de sus orígenes, de sus circunstancias, de los efectos que tiene y de los efectos que se pueden proyectar en el futuro**.

Figura 11.2



Volviendo a la línea de actuación en la que nos definimos como un sistema "puente" (entre la familia y los servicios especializados), va ser muy importante nuestra capacidad de acceso y comunicación con esos servicios especializados. Lógicamente, esta capacidad depende no sólo de nosotros sino de la disposición al trabajo en red y del conocimiento de nuestro trabajo por parte del servicio especializado que tiene responsabilidad en este caso. Es fundamental trabajar siempre y a todos los niveles, desde las estructuras directivas hasta el contacto más de campo, para crear una situación de alianza entre los profesionales en todo este trabajo.



Es importante **que conozcamos, sin necesidad de ser unos especialistas o eruditos en la materia, lo más fundamental de ese tipo de dificultades o de patologías**. Este conocimiento es esencial no sólo para su transmisión didáctica a la familia, sino también para la comunicación adecuada con los profesionales de los servicios especializados y para nuestra propia seguridad cuando trabajamos con estos casos, seguridad que transmitiremos a la familia.

La directriz fundamental en esta línea de actuación es **implicarse en el acompañamiento de ese tratamiento especializado**. ¿Qué queremos decir con implicarse? Es más que hacer una derivación y esperar simplemente a un seguimiento puntual para saber qué ha pasado. Y no es asumir el peso de la intervención, algo imposible cuando ha de ser especializada o intensiva, lo cual supondría absorber desproporcionadamente nuestra capacidad de trabajo en una familia. Ese nivel de implicación no puede definirse de una manera exacta puesto que cada familia requerirá unas actuaciones particulares muy determinadas. En algunos casos puede incluir el acompañamiento del paciente o de algún familiar a un centro de salud, a una unidad de desintoxicación, siempre y cuando este acompañamiento provoque una actitud activa y no dependiente o pasiva de la familia. Lógicamente, no podemos convertirnos en la persona que se ocupa del paciente, de llevarlo o traerlo a un servicio, supervisar su medicación, etcétera puesto que nuestro trabajo es conseguir que eso sea una actitud estable y sostenible de la estructura familiar.

Dentro de esta línea de actuación, estableceremos unos objetivos adecuados y realistas de lo que es esperable como mejoría o tratamiento de la patología, de lo que son los mínimos y de lo que sería un resultado óptimo. Estos objetivos han de estar sustentados en un buen conocimiento del curso de ese tipo de patología o problema, y obviamente de lo que el servicio especializado nos indique (óptimamente a través de informes claros y específicos).

En cuanto a la segunda línea de actuación, en la que nos centramos en el trabajo educativo con la familia sobre el **manejo adecuado de las circunstancias y los efectos de la patología específica,** lo esencial consiste en dos intervenciones que organizan y centran nuestro trabajo. Es importante enfatizar que tener claras y estructuradas estas intervenciones es crucial en un proceso de intervención que generalmente está plagado de crisis, recaídas, situaciones que producen conflictos, dudas, etcétera.

La primera de esas intervenciones es reencuadrar la experiencia de dificultad, de crisis o de desamparo, que puede existir en la familia. A veces incluso la experiencia de conflicto entre los miembros de la familia, o de la familia con

el paciente que sufre la patología. **El reencuadre consiste fundamentalmente en intentar organizar y explicar a la familia las dificultades que sufre, y las experiencias negativas que hubo en el pasado y que están ocurriendo en el presente, poniendo como centro de las mismas la enfermedad o la patología**.

Es común que en la familia haya un desconocimiento de la etiología y de las consecuencias de esa enfermedad, o incluso interpretaciones plagadas de sentido de culpa o de acusaciones de maldad o irresponsabilidad sobre la persona alcohólica o sobre aquella con un diagnóstico de salud mental. Es probable que nos encontremos con una perspectiva de la familia en la que esa enfermedad o dificultad grave no ocupe el lugar que le corresponde y, por ello, genere un alto nivel de desestructuración y bloquee el curso natural del desarrollo del ciclo de vida, lo cual tiene especial incidencia negativa cuando hay menores que se vean arrastrados en sus rutinas por esa desestructuración. Esta labor de reencuadre es complicada y a veces hay que hacer intervenciones educativas sólo con alguna parte de la familia que tiene más capacidad de entender o cuyas experiencias les pueden ayudar a comprender y enmarcar adecuadamente la influencia de esa enfermedad en la familia. Existen muchas experiencias de intervención familiar y de grupos familiares (incluyendo o no al paciente) en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia y otras patologías de salud mental; igualmente hay muchas experiencias de intervención grupal en el marco del alcoholismo y las adicciones, y todas ellas nos pueden servir como base o al menos ofrecernos algunas directrices útiles a la hora de crear este reencuadre en que le damos el papel adecuado a la enfermedad o dificultad especial. Se trata de "poner a la enfermedad en su lugar".

La segunda intervención fundamental es **crear objetivos concretos con la familia en los que se plasmen formas de controlar y contener los efectos de esa enfermedad o dificultad en la vida de la familia**. Dicho de otra forma, objetivos pequeños y progresivos orientados a que la familia se capacite para adaptarse a todas las dificultades derivadas de la enfermedad. En esta línea de actuación no se trata tanto de ayudar a la curación de la persona o personas de la familia que son los pacientes identificados con un diagnóstico, se trata de que la familia pueda convertirse en la mejor familia de un padre o una madre con esa enfermedad o la mejor familia para convivir con una persona que tiene un problema de alcoholismo, o la mejor familia para preservar a los menores de los síntomas y fases negativas de un familiar con un trastorno severo de salud mental.

Es importante diferenciar estos objetivos de aquellos que tenemos en la línea paralela de actuación y que sí van encaminados a facilitar, promover, apoyar (e

incluso empujar en algunos momentos creando condiciones coercitivas o de presión) al paciente, para que bien pueda recuperarse de su enfermedad (si se contempla la posibilidad de recuperación total) o bien se mantenga en las mejores condiciones para ser el paciente óptimo de una enfermedad crónica.

11.2 El caso de la enfermedad mental

No resulta fácil definir algunos términos que se entremezclan en relación con la salud mental, como son "problemas de salud mental", "enfermedad mental", "enfermedad psiquiátrica" o "trastorno mental". Dentro de lo que puede resultarnos de más utilidad en el contexto de la intervención en el marco de los servicios sociales, podríamos decir que el término dificultad o "problema" de salud mental se usa de una forma más general para aquellas situaciones que se relacionan con problemas no muy severos y que por lo tanto no llegan a cumplir los criterios de un diagnóstico psiquiátrico. La enfermedad mental es un término que sí se utiliza para casos en los que existe un trastorno mental diagnosticable. Si bien hay muchos usuarios de la intervención familiar que viven en condiciones de estrés y dificultad, y que tienen problemas de salud mental que pueden requerir algún tipo ayuda especializada de manera puntual, cuando nos referimos a enfermedad mental estamos calificando una situación más grave y crónica.

Una enfermedad mental es un trastorno que tiene un diagnóstico clínico y cuyas consecuencias interfieren con la capacidad social, emocional y cognitiva de una persona. Los diagnósticos de este tipo, generalmente, se hacen sobre la base de algunas clasificaciones muy aceptadas dentro de la comunidad médica y científica (como el DSM o el ICD10) y de forma general requieren la presencia de alguno de estos síntomas: alucinaciones, desorden del pensamiento, distorsión severa del humor; conducta irracional sostenida (que indica la presencia de delirios o alucinaciones).

Precisamente por la complejidad de los diagnósticos, por la dificultad de diferenciar lo que puede ser una dificultad o problema de salud mental como algo diferenciado de un diagnóstico clínico de enfermedad mental, es difícil saber con mucha exactitud la prevalencia de la enfermedad mental en el marco de la atención familiar desde los servicios sociales. Al margen del número de familias afectadas, sí hay una serie de conclusiones importantes que están consensuadas en muchos estudios:

- ***Los problemas de salud mental de los padres son una razón relevante y significativa por la que muchos menores son remitidos a los servicios de protección a la infancia.***

Sacyl

- ***Hay bastantes evidencias de que existe un vínculo entre la enfermedad mental en los padres y la negligencia con los hijos.***
- ***Los niños cuyos padres tienen una enfermedad mental tienen estadísticamente un riesgo mayor de sufrir consecuencias adversas diferentes al maltrato****, como por ejemplo la capacidad de desarrollar dificultades o problemas de salud mental cuando se hacen mayores, sufrir complicaciones perinatales u otros problemas de salud en los primeros años de vida, mostrar problemas de conducta en la infancia y en la adolescencia, sufrir las consecuencias asociadas al estrés de tenerse que ocupar del cuidado de aquel padre que tiene la enfermedad mental.*

No obstante, es importante no caer en la visión tremendista que, a veces, los estudios epidemiológicos nos ofrecen con la mejor intención, queriendo sensibilizar a los profesionales de la intervención de las consecuencias de la enfermedad. **Hay que considerar que hay algunos factores específicos de las familias con enfermedad mental que van a influir en la capacidad de resiliencia de las familias afectadas**. Factores que van a determinar el nivel de vulnerabilidad pero también el nivel de resiliencia. Fundamentalmente esos factores son:

- ***El nivel de conciencia de los padres sobre la enfermedad mental y el reconocimiento de los efectos que la enfermedad tiene en ellos mismos y en especial en los hijos.***
- ***La severidad y la cronicidad de la enfermedad mental y la edad que tienen los hijos cuando la enfermedad mental aparece en el padre que la sufre. Por cronicidad estamos refiriéndonos sobre todo a la serie de episodios de recaída que se reiteran en el tiempo, especialmente cuando estas recaídas requieren hospitalización.***
- ***El hecho de que la enfermedad mental haya sido diagnóstica y se haya puesto en marcha un tratamiento apropiado y que sea seguido y apoyado por el paciente y la familia.***

En definitiva para entender bien cómo la enfermedad mental o los problemas serios de salud mental van a marcar el trabajo de intervención familiar, hemos de considerar una serie de aspectos que vamos a revisar de forma esquemática:

- ***¿Qué evidencias tenemos de que la enfermedad mental puede ser un factor de riesgo o de negligencia infantil?, y especialmente,***

¿en qué condiciones la enfermedad mental se convierte en un factor de riesgo y en qué condiciones es una circunstancia bien asumida y afrontada por la familia?

- ***¿Cuál es el impacto y las dificultades de salud mental en el desarrollo de los hijos?***
- ***¿Cuáles son los factores condicionantes que reducen la probabilidad de consecuencias adversas para los niños respecto a la enfermedad mental de sus padres?***
- ***¿Qué debemos de tomar en cuenta cuando realizamos una evaluación de riesgo generado por los problemas o la enfermedad de salud mental de los padres?***

Obviamente hemos de considerar cuáles son las claves de las estrategias de intervención que van a garantizar la seguridad de los menores y el apoyo que es necesario proporcionarles cuando sus padres tienen problemas severos de salud mental. Igualmente hemos de tener claves a cerca del tipo de apoyo que requiere en estos casos la familia en general: esposos, hermanos, padres, etcétera, del progenitor que tiene una enfermedad mental.

Los estudios que se ocupan de todas estas cuestiones normalmente se refieren a unas cuantas formas de enfermedad mental severa como son la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno bipolar, la combinación de abuso de drogas y enfermedad mental y algunos trastornos de personalidad severos que distorsionan mucho la capacidad de relación y de vida social del paciente. Si tuviésemos que destacar las principales conclusiones negativas de la investigación sobre esos perfiles de enfermedad, podemos afirmar que:

- La esquizofrenia está correlacionada estadísticamente con una probabilidad alta de perder la tutela de los hijos y, en general, con consecuencias adversas en la vida de estos hijos.
- Cuando las situaciones de depresión severa se dan en periodos de maternidad con niños pequeños, los estudios encuentran una cierta probabilidad de que se produzcan trastornos del apego que, a su vez, están asociados con dificultades posteriores en la adolescencia.
- Hay evidencias estadísticas de que la enfermedad mental combinada con abuso de drogas, está significativamente correlacionada, en términos estadísticos, con el maltrato infantil.

Si consideramos todo ese tipo de trastornos conjuntamente, su prevalencia es variable dependiendo de los diferentes estudios epidemiológicos que a lo largo de las últimas cuatro o cinco décadas se han venido realizando, pero

generalmente se asume que la incidencia de problemas severos de salud mental está en torno al 20% de la población (entre el 14% y el 24% en España). Esto suscita algunas preguntas importantes.

¿Qué porcentaje de la población con dificultades severas de salud mental tienen niños que dependen de su cuidado parental? Dentro del marco del tratamiento de la salud mental adulta no ha habido hasta hace poco una atención adecuada para registrar las edades, la situación y las condiciones de vida de los hijos de los enfermos, y por ello esta pregunta sigue estando abierta y tiene gran trascendencia.

¿Existen evidencias de que los padres con problemas de salud mental tienen una mayor probabilidad de ser negligentes o cometer abuso con sus hijos? La respuesta a esta pregunta, si nos basamos en la evidencia de la investigación, no es tan sencilla como podría parecer inicialmente. Existe un estereotipo que nos hace pensar que hace falta un problema de salud mental para ser capaz de hacer un daño grave a un hijo, especialmente cuando es pequeño. Es cierto que se han encontrado evidencias en los estudios y en los registro de prevalencia del maltrato, de la existencia de problemas diversos de salud mental en los padres. Por ejemplo, se ha encontrado que las lesiones serias producidas por el maltrato físico en niños menores de dos años están asociadas a padres que tienen claramente una muy pobre salud mental (aunque la existencia de un diagnóstico formal de evidencia de enfermedad mental no era frecuente). En función de la severidad de la situación de maltrato o negligencia y de las medidas que se han necesitado tomar en los menores, los estudios tienden a indicar que cuanto mayor es la gravedad del problema más fácil es encontrarse con claras evidencias de problemas de salud mental o enfermedad mental en los padres. La enfermedad mental aparece, según algunos estudios internacionales, en un porcentaje cercano al 10% en los casos de atención de menores por situación de riesgo y el 20% de esos casos muestran una incidencia de abuso de drogas. Sin embargo, cuando se han analizado casos que han requerido medidas de protección como el acogimiento residencial o familiar, el porcentaje de dificultades serias de salud mental y abuso de drogas (o ambos problemas combinados en los padres) parece ser mayor.

Se puede concluir que los padres de un número considerable de casos que han requerido alguna atención por parte de los servicios de protección a la infancia, tienen algún tipo de dificultad de salud mental y sin embargo **pueden ser dificultades que no son evidentes sobre la base de los problemas o situaciones de riesgo que inicialmente generan la notificación a los equipos de intervención familiar**. Comúnmente no son problemas que hayan tenido previamente un diagnóstico o un tratamiento adecuado. Podemos decir

que hay estadísticas acerca de la enfermedad mental en personas adultas que son padres y también estadísticas acerca de los menores que necesitan protección porque tienen padres con problemas de salud mental, sin embargo ambas estadísticas no son equivalentes y ambas muestras no se corresponden de forma automática.

¿Cuál es el impacto a corto plazo y a largo plazo de los niños que tienen padres con algún trastorno o dificultad grave de salud mental? Lo primero a tener en cuenta para entender adecuadamente las respuestas a esta pregunta es que la enfermedad mental de los padres no constituye necesariamente un riesgo que requiera una atención de los servicios de protección a la infancia. Sin embargo, hay evidencias en la investigación de que los niños que se crían en familias con esas dificultades tienden, desde una perspectiva estadística, a tener un riesgo mayor de sufrir algunas adversidades o problemas. Es un asunto complicado el concluir sobre el impacto de la enfermedad mental de los padres en los menores por la heterogeneidad que hemos señalado más arriba de la valoración y diagnóstico de lo que pueden considerarse enfermedades de salud mental y enfermedad mental diagnosticada. Por otro lado, **es frecuente que se dé una coexistencia de otros factores estresantes y de riesgo familiares que complican definir cuál es en concreto la contribución de una enfermedad mental en la situación de riesgo o desprotección de los menores**.

También el debate acerca del nivel que hay en factores de riesgo genéticos que interaccionan con los factores ambientales para producir dificultades o resultados negativos de salud mental en los menores aporta otro elemento de complejidad. Sin embargo, podemos establecer algunas directrices a tomar en cuenta que sí pueden ayudar a entender la respuesta a esta pregunta del impacto sobre la enfermedad mental de los padres en sus hijos.

- La exposición fetal a condiciones adversas y estresantes en las madres embarazadas, junto con los efectos de la medicación asociada a las dificultades de salud mental, incrementan el riesgo de complicaciones perinatales, así como de problemas de conducta, como la irritabilidad y las respuestas negativas durante los primeros meses de vida de un niño. También hay evidencias de la aparición de disfunciones neurológicas en niños que han nacido de madres que han usado fuerte medicación antidepresiva durante el embarazo, aunque no está claro que esos efectos se prolonguen a largo plazo.
- La investigación ha sido muy consistente en mostrar que existe una incidencia mayor de problemas emocionales de desarrollo y conductuales en niños cuyos padres tienen un trastorno mental en comparación con

la población general. Pero ésta es una asociación estadística y modulada por otros factores de la familia, por lo tanto no deben crear ningún prejuicio en nuestro trabajo de intervención.

- Algunos niños con padres con problemas de enfermedad mental, especialmente en familias uniparentales, asumen el rol de cuidador del padre. Esto no pasa únicamente en niños que podemos considerar adolescentes sino incluso, según algunos estudios, en niños con edades en torno a los cuatro y cinco años. Se ha utilizado el término de **"niños invisibles"** para estos menores que asumen roles de cuidados de sus padres con enfermedad mental porque los profesionales que atienden los dispositivos de salud mental de adultos, a veces no han tenido una conciencia suficientemente clara de que sus pacientes eran padres. Y porque en la atención general a las familias y a los menores no ha habido conciencia suficiente de la importancia que tiene el hecho de que los padres de los menores no reciban un tratamiento adecuado para su enfermedad mental.

El asumir responsabilidades en el cuidado de sus padres no hay por qué asociarlo de forma automática a consecuencias negativas, puesto que hay algunos aspectos positivos que pueden estar asociados a la situación de esos menores. Sin embargo, la investigación nos ofrece sobre todo una imagen de claras consecuencias negativas: estos niños se han descrito como menos felices que sus compañeros en la escuela, más deprimidos, con menor autoestima y con una mayor probabilidad de querer abandonar el hogar familiar pronto.

Los niños que viven solos con padres con una enfermedad mental como la esquizofrenia han sido descritos como especialmente aislados en algunos estudios sobre la evolución vital de los adolescentes. El término "parentalización" se refiere a niños que dejan de lado las necesidades de su edad y comienzan de forma precoz a tomar un papel de esposo, o un papel de cuidado parental. Ellos quieren que sus padres estén bien, toman esto como una función importante y además suelen mostrarse frustrados cuando se les ignora durante los procesos de evaluación de las necesidades o dificultades de salud mental de sus padres. Hay que considerar que estos menores, a veces, no dejan ver su estrés y el impacto negativo de esta actitud de parentalización porque tienen miedo, bien por vergüenza o bien por la propia lealtad a sus padres.

Algunos estudios indican que el estrés y la conducta disfuncional de estos menores pueden aparecer de forma disociada y mostrar una cara hacia fuera de chicos tranquilos y maduros. Pero cuando muestran conductas antisociales, dificultades de comportamiento, es frecuente que el foco de atención se

centre precisamente en estas dificultades y su diagnóstico, obviando la relación entre su conducta y su función respecto a la enfermedad mental de sus padres.

A pesar de todos los aspectos anteriores, es importante dejar claro que los estudios sugieren que estos menores no están en un riesgo inevitable de sufrir negligencia o retrasos en el desarrollo simplemente sobre la base de que sus padres tienen una enfermedad mental. Ni esta enfermedad va a tener automáticamente un impacto negativo sobre la relación padres/hijos. El grado en el que se va a producir un impacto en los menores está relacionado con la severidad de la enfermedad mental y con la frecuencia de los episodios o recaídas de dicha enfermedad. **Cuando los padres tienen un reconocimiento adecuado de su condición de enfermos es muy común que los dispositivos de atención de salud hagan un trabajo muy exitoso con esas familias**. Así mismo, es importante reconocer que las consecuencias negativas que hemos esquematizado más arriba para los hijos asociadas a los padres con problemas severos de salud mental no necesariamente llevan a la ocurrencia de negligencia. Hay otros factores de riesgo que están implicados en ese proceso y que influyen en la probabilidad de que se den unas conductas de cuidado parental disfuncionales y que, además, puedan transmitirse de una generación a otra. No debemos confundirlos y estigmatizar la enfermedad mental.

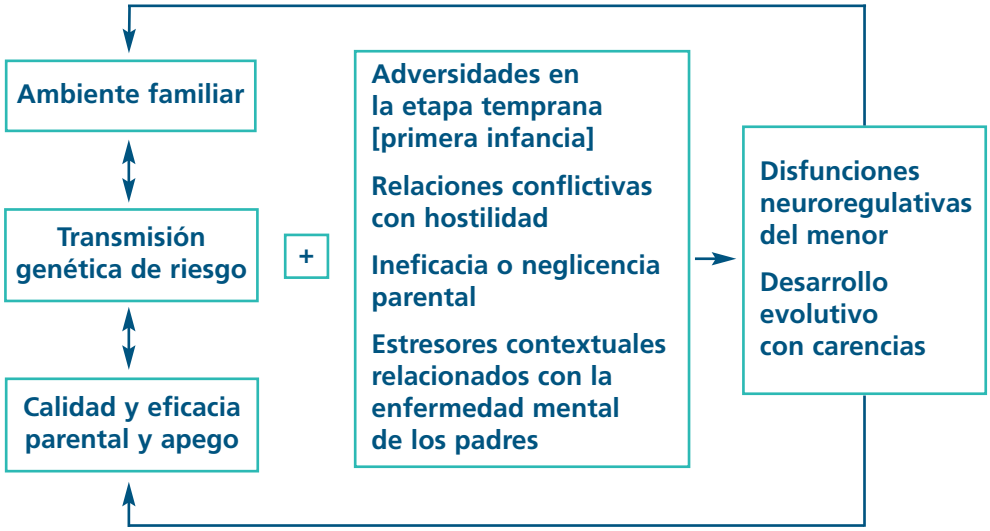
11.3 Qué determina el efecto que tienen en los menores los problemas de salud mental de sus padres

¿Cuáles son los mecanismos que explican que padres con problemas severos de salud mental puedan tener un impacto adverso en el desarrollo evolutivo y en la estabilidad afectiva de sus hijos? Ésta seguramente es la pregunta fundamental y cuya respuesta nos va a dar las directrices más importantes para la intervención familiar en los casos en los que hay una incidencia de enfermedad mental en los progenitores o cuidadores.

La **figura 11.3** muestra el proceso que explica el mecanismo de influencia adversa de enfermedad mental de los padres sobre los problemas de desarrollo y estabilidad afectiva de los hijos. La transmisión genética de la vulnerabilidad a padecer dificultades de salud mental puede ser un riesgo evidente según la investigación, pero es igualmente evidente que el ambiente familiar, la parentalidad y el estrés que se produce en ambos padres, es un factor al menos tan potente como el efecto de la genética. Hay algunos estudios internacionales que han comparado hijos de padres con esquizofrenia que fueron dados en adopción con otros niños similares que fueron dados también en adopción sin tener un antecedente de esquizofrenia en sus padres; y esos estudios encontraron que

entre ambos grupos solo había diferencias cuando se trataba de familias adoptivas con características disfuncionales. Es decir, el efecto genético sólo se manifestaba cuando el niño vivía en un ambiente familiar disfuncional y no así cuando se criaba en una familia estructurada y funcional. Este tipo de estudios y otros similares han ido consolidando la idea de que **un ambiente familiar adecuado puede tener un efecto protector eficaz para aquellos trastornos mentales que tengan una cierta predisposición genética**.

Figura 11.3



Por otro lado, tampoco la estructura genética de la transmisión de padres a hijos está plenamente clarificada desde el punto de vista de la investigación. Para los profesionales de la intervención familiar, en el marco de los servicios sociales es de gran importancia entender la relevancia que tienen otros factores que contribuyen a la vulnerabilidad parental, como son las experiencias negativas y adversas en la infancia o el funcionamiento interpersonal pobre asociado a una baja autoestima en los padres que tienen problemas de salud mental. Esta combinación de factores de vulnerabilidad hacen que sea probable tener unas relaciones familiares caracterizadas por la hostilidad y el conflicto, además de tener unas habilidades parentales muy pobres. Los menores en estas familias disfuncionales se exponen con mucha probabilidad a una afectividad insuficiente o incoherente por parte de sus padres, así como a conductas y condiciones negativas en la crianza.

La consecuencia más clara y relevante para nuestro trabajo es la dificultad de que se produzca una situación de apego seguro para los niños en esas familias. Hay que considerar también lo frecuente que es **la aparición de otro tipo**

de factores estresores contextuales de tipo social como son la pobreza, la falta de apoyo social y un ambiente tolerante al conflicto y a la violencia. No es difícil que en esa combinación de factores se produzcan mecanismos neuro-reguladores disfuncionales en el desarrollo de los niños y, por lo tanto, nos podemos encontrar con expresiones de falta de adaptación adecuada en los menores.

Esta descripción de la complejidad de la interacción entre factores ambientales y biológicos nos lleva sin duda a la conclusión práctica más importante: **el sentido emocional y cognitivo de falta de seguridad de los menores proviene, por lo general, de la dificultad de las relaciones de apego que no han construido una base segura para el menor**. Un corolario de esta conclusión es que muchos de estos mecanismos descritos en la **figura 11.3** son los mismos que operan en el caso de otros menores en familias vulnerables o de riesgo. Por lo tanto, hemos de tener en cuenta cuál es la parte específica asociada al problema o enfermedad mental y cuáles son los factores más generales que no son específicos de la enfermedad mental.

Cuando analizamos el círculo vicioso de los diferentes mecanismos o procesos que conectan las dificultades de salud mental con las dificultades de desarrollo y crianza de los niños se suscita la siguiente pregunta: ¿Hay una evidencia de que se produzcan consecuencias adversas para los niños asociadas a **trastornos de salud mental específicos**? Hay una considerable cantidad de estudios sobre los efectos de trastornos de tipo psiquiátrico en la parentalidad, especialmente sobre la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar; también se podría considerar la importancia de algunos subtipos dentro de los diagnósticos psiquiátricos (por ejemplo la esquizofrenia paranoide o desorganizada, o el trastorno bipolar tipo 1 o tipo 2), pero la realidad es que la investigación apenas ofrece resultados que diferencien de manera específica los efectos de los trastornos de salud mental en las dificultades de crianza y protección de los niños.

Lo más probable es que el grado en el que las habilidades parentales están distorsionadas por un trastorno psiquiátrico se asociarán con peores situaciones y resultados para los menores. Por ello aspectos como la severidad del trastorno, por ejemplo si incluye episodios psicóticos o no así como la frecuencia de episodios y recaídas de enfermedad mental, van a ser aspectos determinantes del impacto que tenga la enfermedad en la protección de los menores. En la investigación sobre dificultades severas de salud mental tradicionalmente ha prevalecido el centrarse en el paciente como un ser adulto y en sus dificultades adaptativas en relación con el curso de la enfermedad, y no tanto en el paciente como padre o como madre. Por otro lado, la atención sobre los hijos

de los pacientes de este tipo de enfermedades ha sido escasa, así como la consideración del sistema global de la familia. No obstante se pueden definir algunos aspectos asociados a trastornos específicos:

Esquizofrenia

Los expertos dicen que los hijos de mujeres con esquizofrenia representan un grupo particularmente vulnerable. Algunos estudios norteamericanos indican que, aproximadamente, la mitad de las mujeres con esquizofrenia que se han estudiado dentro de dispositivos de tratamiento indican que han sido madres y que, aproximadamente, la mitad de sus hijos nacieron antes de que se hiciese un diagnóstico claro de la enfermedad. Hay muchas madres con un diagnóstico de esquizofrenia que mantienen la custodia de sus hijos, aunque éstos pueden estar criados o cuidados en gran medida por otros familiares cercanos como sus abuelos. El diagnóstico no determina el tipo de eficacia parental y el nivel de protección, hay muchos factores que tienen que ver con el entorno, el apoyo social, la adherencia a los tratamientos, etcétera, que actúan en interacción con los efectos de la enfermedad, y es este tipo de interacción la que va a predecir mejor las dificultades de los menores.

Depresión

Hay bastante más conocimiento, a través de los estudios de investigación, de los efectos de la depresión en la parentalidad. Esto se debe a que, en muchos países del ámbito occidental, la depresión tiene en las estadísticas de salud mental una altísima prevalencia. Sin embargo, es muy contradictorio todo lo que tiene que ver con la depresión por la enorme variabilidad en la forma en la que aparece en términos de severidad, duración y cronicidad. Los diagnósticos de depresión tienen criterios muy diferentes y a veces se integran dentro de categorías generales como la de "trastornos afectivos". Por otro lado, hay una asociación tan importante entre la depresión y otros factores contextuales que nos obliga a tener mucha precaución cuando trabajamos con una familia donde se ha producido, en algún momento, un diagnóstico de depresión en uno de los progenitores. Los estudios sobre la depresión indican que está asociada a situaciones de deprivación socioeconómica, a personas con poco apoyo social, a los conflictos de pareja, a situaciones de violencia doméstica y en general de ambientes familiares desestructurados, por lo que es difícil saber qué efectos tiene la depresión en los comportamientos de parentalidad. La asociación que existe entre el diagnóstico de depresión y todos estos factores contextuales nos llevan al dilema de preguntarnos qué es causa y qué es efecto. Por ejemplo, podríamos puntuar de esta forma ese tipo de asociaciones que se

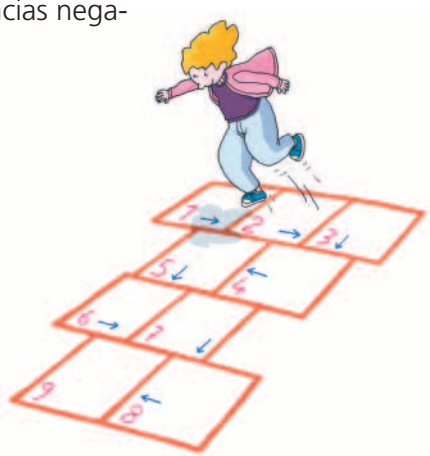
encuentran en los estudios sobre la depresión: los problemas de pareja pueden predisponer la aparición de un trastorno como la depresión, y un trastorno como éste con diagnóstico psiquiátrico a su vez afecta negativamente a la relación de pareja. Pero también podríamos decir que ambos, el trastorno y la relación de pareja, podrían estar causados o asociados a condiciones previas: dificultades en la infancia, predisposiciones genéticas, situaciones sociales muy negativas, acontecimientos traumáticos, etcétera.

Desorden bipolar

Esta dificultad que nos podemos encontrar como diagnóstico en algunos de los progenitores o adultos de las familias con las que trabajamos se llamaba antes "psicosis maníaco-depresiva" porque es un desorden que tiene en algunos periodos la apariencia de depresión y en otros periodos una expresión maníaca de euforia y de hiperactividad. Es bastante contradictorio lo que la investigación nos ofrece sobre los efectos de este tipo de trastorno en la parentalidad, seguramente por las diferencias que se dan en el curso de esta enfermedad en función del tipo de fases o en función de cuál es el tipo de comportamiento disfuncional del paciente y cómo es entendido y afrontado por el entorno familiar. En algunos pacientes de las familias con las que trabajamos nos podemos encontrar en periodos en los que no hay una expresión depresiva o maníaca, sino una estabilidad de apariencia bastante normal. El nacimiento de un niño en una madre con un diagnóstico de trastorno bipolar puede generar un riesgo de recaída, especialmente cuando otros factores del entorno hacen que ese nacimiento se convierta en un factor estresante.

Trastornos de personalidad

Hay estimaciones que indican, por ejemplo, que entre un 10% y un 15% de los adultos en Estados Unidos están afectados de un trastorno de personalidad, y las cifras que podemos encontrar con facilidad en informes divulgativos sobre trastornos de personalidad límite nos ofrecen también unos porcentajes bastante altos. No obstante, todo lo relacionado con los trastornos de personalidad como diagnóstico resulta complicado de interpretar por los desacuerdos que hay al respecto. Incluso desacuerdos entre expertos sobre si esto supone en realidad una enfermedad mental. Es muy común que esta idea de trastorno de personalidad tenga tratamientos diversos y un diagnóstico comórbido con otras dificultades o con adicciones. También que los trastornos de personalidad en adolescentes y jóvenes se confundan con dificultades de estos adolescentes en su historia de crianza en relación con el apego, o con las experiencias negativas o incluso traumáticas de maltrato o negligencia.



Desde nuestra perspectiva en la intervención familiar en los servicios sociales sí podemos afirmar que los padres que tienen este diagnóstico de trastorno grave de personalidad suelen estar entre los usuarios más difíciles de manejar y que a veces generan situaciones de riesgo severas y especialmente complicadas de prever. Por ello, sea cual sea la adecuada definición del término "trastorno de la personalidad" en el ámbito de la salud mental, hemos de considerar que deberíamos ser cuidadosos en estudiar el tipo de conductas y de condiciones que han llevado a ese padre o madre a recibir esa calificación dentro de los servicios de salud mental.

11.4 Vulnerabilidad y resiliencia en las familias

La resiliencia se refiere a las variaciones que encontramos en unos individuos con respecto a otros en la respuesta que dan a la adversidad, a las diferencias en afrontar un mismo tipo de situación adversa; esas diferencias están relacionadas, seguramente, con alguna predisposición biológica, y también con los aprendizajes de experiencias que se han ido acumulando a lo largo del proceso vital y con el tipo de respuesta que vemos en nuestro entorno. La probabilidad de situaciones de riesgo o desamparo se reducen cuando hay respuestas positivas ante la adversidad. Este tipo de respuestas positivas alientan, por un lado, mejores resultados ante la adversidad, y por otro lado, se refuerza esa forma positiva de afrontar en el futuro las adversidades.

La vulnerabilidad es la otra cara de la moneda, es el producto de nuestra ecuación de la estructura que mantiene el problema, **la reducción de la capacidad de afrontamiento, el incremento de la probabilidad de caer en un círculo vicioso**. El concepto de resiliencia, al igual que el de vulnerabilidad, es multidimensional y como describimos en nuestra fórmula (capítulo 3 de la guía I), está asociada a la interacción de condicionantes y recursos biopsicosociales, estando la enfermedad mental ubicada en ese ámbito de los condicionantes biológicos o biopsicológicos. Las principales variables de vulnerabilidad que están directamente relacionadas con los trastornos de salud mental pueden resumirse de la siguiente manera:

1. **El nivel de conciencia sobre los efectos de la enfermedad mental por parte del paciente en sí mismo y en los demás, especialmente en los menores**. La investigación que podemos encontrar con facilidad sobre este aspecto, así como un claro consenso con cualquier especialista con el que hablemos, nos dice que una conciencia adecuada de la causa, curso, pronóstico y condicionantes de la enfermedad mental está aso-

ciada a una prevención eficaz del maltrato, de la negligencia hacia los menores. Este resultado es generalizado a la familia y entorno cercano de los progenitores con diagnóstico de enfermedad mental. Por ejemplo, en el caso de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar o esquizofrenia se considera que hay un porcentaje alto de ellos, cercano al 50%, que tienen en algunos momentos del proceso de la enfermedad dificultades para ser conscientes de lo que pasa. Esto es generalizable al entorno familiar del paciente, que no son conscientes, no conocen, o no saben cómo interpretar los síntomas de la enfermedad. Esta falta de conciencia lleva a interpretaciones erróneas, algunas conflictivas, y fundamentalmente impide una búsqueda adecuada de tratamiento. Y sabemos que un diagnóstico apropiado conlleva un apoyo necesario de la enfermedad, generalmente con un tratamiento especializado, que puede incluir medicación, y en esas condiciones los padres igual que cualquier otro enfermo van a poder mejorar notablemente. Se considera que el 60% de enfermos con diagnóstico de esquizofrenia mejoran significativamente con el tratamiento y que en torno a un 25% recuperan un nivel de funcionamiento muy alto. Sin embargo, y desafortunadamente, hay estimaciones que nos dicen que hay un porcentaje alto de personas con trastornos mentales que no reciben el tratamiento o incluso no tienen un diagnóstico adecuado. Y un porcentaje también alto que no tiene un seguimiento adecuado de su situación de enfermedad mental durante un tiempo bastante prolongado. Puede haber casos en los que, en ese tiempo en el que la dificultad de salud mental está sin el diagnóstico y tratamiento adecuados, se produzca una situación de maternidad o sea un período de tiempo en el que ya se tienen hijos. Por otro lado, debemos estar atentos en nuestra relación de trabajo con las familias en las que hay una dificultad de este tipo sobre un fenómeno claramente reconocible: la falta de conciencia de la enfermedad por parte del paciente y de su entorno dificultan el seguimiento adecuado del tratamiento cuando éste existe. A veces sobre la base de razones de peso, como los efectos secundarios de la medicación. Por ejemplo el hecho de que el paciente gane mucho peso, tenga movimientos corporales involuntarios o mala coordinación motriz e incluso alguna situación de infección o debilitamiento, etcétera. Todo esto es fácil que lleve a una falta de acuerdo, o incluso rechazo del tratamiento, que tendrá sin duda una repercusión negativa en la parentalidad y en la disponibilidad de respuesta apropiada a los menores.

2. **La severidad, la cronicidad y los tipos de diagnósticos**. La severidad entendida como distorsiones importantes de la conducta normal del indi-

viduo como alucinaciones, delirios, aislamiento extremo, etcétera, va lógicamente a tener mayor repercusión que otros tipos de dificultades de salud mental. Pero hemos de tomar muy en cuenta que en ocasiones la cronicidad se produce en pacientes que no tienen episodios agudos (que exigen tratamientos de urgencia), y esas situaciones de cronicidad pueden tener un efecto negativo considerable sobre el entorno familiar. De hecho, nos puede ser útil considerar que el diagnóstico en sí mismo lo hemos de tener en cuenta pero que no va a determinar nuestro trabajo; y sin embargo, sí lo va a hacer la severidad en que aparece el trastorno en el enfermo, así como la cronicidad del mismo.

3. **Nivel de apoyo especializado y de acceso a recursos**. Es muy importante tener claro que la enfermedad mental va a producir una valoración más positiva o más negativa sobre la protección en función, como hemos dicho más arriba, de la conciencia y tratamiento adecuados de la enfermedad. Éste a su vez va a estar relacionado con las posibilidades de atención que se producen en el entorno de la familia. Hay algunas experiencias descritas sobre la influencia que tiene el nivel de apoyo y de recursos accesibles a la familia. Es fundamental tener un sistema educativo bueno y acogedor para estos niños, un control de salud accesible para ellos y un contacto cercano con orientadores o psicólogos escolares conocedores del problema de salud mental existente en la familia del menor.

Si consideramos las variables que pueden darnos alguna indicación sobre el mayor o menor impacto negativo de la enfermedad mental de los padres que sean **exclusivamente características de los niños**, debemos fijarnos en lo siguiente:

- Los niños que son más pequeños en el momento en el que se produce el inicio de la enfermedad mental de los padres son más vulnerables, un menor ya adolescente puede entender con menos confusión la presencia de la enfermedad.
- El temperamento del niño va a tener una influencia positiva cuando es tranquilo, cuando no presenta rasgos de ansiedad o disfuncionalidad.
- Las relaciones de apoyo del entorno del niño, incluidas las que le ofrece el progenitor diagnosticado y también las que provienen de la familia extensa o de relaciones familiares cercanas, son fundamentales porque la conexión emocional y el apoyo social con otras personas (especialmente adultos) que le proporcionan seguridad tiene un efecto moderador importante en la distorsión que produce la enfermedad mental del padre.
- Los niños varían en el tipo de estrategia de afrontamiento que tienen ante las dificultades que provienen de la enfermedad mental de sus

padres; es muy difícil definir la razón de por qué hay esta diferencia, que es a veces muy notable entre hermanos, en cuanto a la estrategia de afrontamiento, pero hemos de pensar que aquellos niños que aceptan y se adaptan adecuadamente (con una estrategia buena de afrontamiento) al estrés de la enfermedad mental parental tienen muchos menos problemas de ajuste social, escolar y psicológico.

Tenemos que aceptar que, por lo general, hay una multiplicidad de condiciones que moderan y median en el efecto que una enfermedad mental produce en el entorno de la familia, y especialmente en la posibilidad de situaciones de riesgo, de negligencia o de maltrato. No parece que ni los expertos en la investigación, ni tampoco la experiencia en el entorno de nuestros programas de intervención familiar, puedan apoyar la idea de que los factores estresantes que puedan estar asociados a los problemas de salud mental funcionen de una manera sumativa. **Más bien parece que algunas combinaciones de situaciones o factores en el entorno de una familia en la que hay enfermedad mental en uno o varios de sus miembros provoquen un contexto muy particular. Por eso el análisis de los casos es siempre un proyecto único y específico para un menor y su familia**. De hecho, las variables psicosociales que afectan en el entorno de la enfermedad mental son similares a las que afectan de manera genérica en el riesgo de maltrato y desprotección: el aislamiento social *versus* un buen apoyo social, el conflicto familiar y la ruptura *versus* la estabilidad y la buena relación familiar, el estatus socio-económico bajo (especialmente en condiciones significativas de pobreza) *versus* un estatus socio-económico alto.

Cuando la enfermedad se da en ambos progenitores, lógicamente, la dificultad es mayor que cuando se da en uno solo de los padres; igual que cuando la enfermedad se produce en un contexto de paternidad muy temprana (madres muy jóvenes sin experiencia y maduración psicológica adecuada) o cuando la enfermedad mental ocurre al mismo tiempo que otros factores de tipo psico-biológico, como por ejemplo las adicciones o el alcoholismo.

Podemos decir, con una visión positiva, que cuando en una familia con la que estamos trabajando nos encontramos un problema de salud mental debemos inmediatamente valorar:

- El nivel de conciencia que hay sobre ese problema y el nivel de diagnóstico.
- La disponibilidad y buen uso de los Servicios de Salud Mental.
- Las conductas saludables de maternidad cuando la persona con diagnóstico de enfermedad de salud mental está embarazada.
- Las relaciones afectivas apropiadas de apoyo en la pareja y en los amigos.

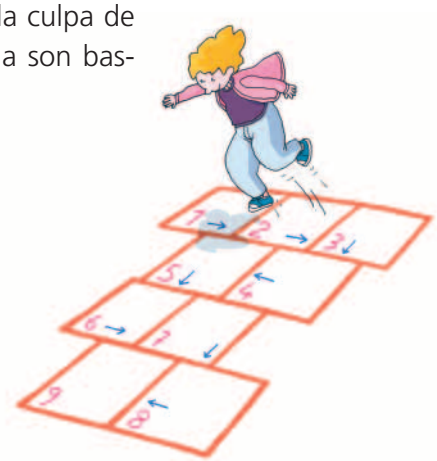
- El nivel socio-educativo general del entorno en el que viven.
- La edad de los niños y el momento del ciclo de vida en el que aparece la enfermedad.
- El impacto que puede tener sobre las tareas fundamentales de ese estadío del ciclo de vida.

11.5 Crear una comunidad de afectados

En general, en los trastornos que podemos considerar enfermedad mental, como la esquizofrenia o el desorden bipolar, cabe pensar que existe una base biológica, y esto quiere decir que el paciente tiene una vulnerabilidad biológica mayor que cualquier otra persona para desencadenar la enfermedad, los síntomas de ésta cuando se producen situaciones estresantes o acontecimientos vitales inesperados que no se afrontan adecuadamente. La familia no tiene una responsabilidad directa sobre la causa de la enfermedad, la esquizofrenia puede considerarse una disfunción de base biológica y por lo tanto darse en familias que funcionan a la perfección. Nuestra actitud, por lo tanto, puede ser la de **crear una comunidad compuesta por todos aquellos afectados por la enfermedad (los familiares, especialmente los niños, y lógicamente el propio paciente) para generar un buen entendimiento de lo que es el trastorno de salud mental, su funcionamiento y sus efectos**.

Hemos de promover una actitud abierta y de colaboración con la familia. La tarea de crear esta comunidad de afectados va a chocar con interpretaciones erróneas, con el conflicto, y con otra multiplicidad de factores psicosociales que puedan confundir el efecto de la enfermedad. Pero hemos de tener una posición clara sobre el trastorno y sobre sus necesidades. Es fundamental tener un enfoque positivo y seguro sobre lo que es el trastorno del paciente y lo que puede solucionarse con un tratamiento y estrategia adecuadas por parte de la familia. Nuestra intervención es solo una parte de un tratamiento. Siempre hay que dejar claro que ese tratamiento incluye la atención por parte de un profesional especializado y con mucha frecuencia la utilización, al menos durante algún tiempo, de medicación.

Hemos de evitar transmitir la idea de que la familia causa la enfermedad, si bien en nuestro análisis hemos de evaluar todos los condicionantes familiares que mantengan o empeoren la situación y hagan que la enfermedad tenga como consecuencia situaciones de desprotección de los menores. Ese es el objetivo de construir una comunidad de afectados: entender que nadie es culpable y que, trabajando unidos, una vez que se entiende la influencia central de la enfermedad, se puede conseguir mucho. La familia no tiene la culpa de la enfermedad y los datos sobre el carácter hereditario de la misma son bas-



tante desconocidos y no deben influir en atribuciones erróneas o negativas por parte de la familia.

Algunas enfermedades, como por ejemplo la esquizofrenia, tienen síntomas que se llaman "positivos" y síntomas "negativos". Los síntomas positivos, a pesar de esta denominación que parecería referirse a algo bueno, son síntomas visibles, conductas disfuncionales muy externas y claras, como los delirios y las alucinaciones. Estos síntomas son muy variables en los enfermos, aparecen de forma diferente en unos y otros con expresiones diferentes. No es raro que la familia pueda, en algún momento, llegar a tomarlos como manipulaciones, cuentos del paciente, cosas que se inventa y no entenderlas como síntomas.

Los síntomas negativos son conductas relacionadas con lo que no se hace, con lo que no es capaz de hacer el paciente (retraimiento, aislamiento, inhibición), y tampoco están controlados por el paciente. Cuando la familia no entiende esto, puede enfadarse con el paciente por considerarlo vago, negligente o incluso desagradecido. Sin embargo, en la comunidad de afectados debe quedar claro que muchos de estos comportamientos no están bajo el control del paciente y que incluso no mejoran fácilmente con los fármacos. Como ya hemos dicho más arriba, una idea que debe asentar la esperanza en la comunidad de afectados es que al menos una de cada cuatro personas con esquizofrenia se recupera muy bien y puede estar estable y funcionar bien durante muchos años. Un porcentaje muy alto, aunque no tenga ese nivel de recuperación excelente, mejorará mucho y podrá llevar una vida relativamente normal sin apenas recaídas y hospitalizaciones. Esa normalidad incluye un trato adecuado con los niños, aunque requiera la comprensión y apoyo de la comunidad que estamos creando, especialmente de las personas en la familia que puedan tener un rol de apoyo y de cuidado.

En esta comunidad de afectados (que nos incluye a nosotros mismos) debemos dejar bien claro que la enfermedad mental está muy relacionada con el estrés, en el sentido de que éste afecta y elicita los síntomas en muchos casos; podríamos usar la expresión de que "la enfermedad hace que los pacientes se muestren muy sensibles al estrés", por lo que es importante que toda la comunidad de afectados entienda cuáles son las situaciones más estresantes, cómo se producen y cómo se manejan mejor por el bien de todos.

Una buena comprensión de los fármacos como herramienta de ayuda es fundamental; especialmente solicitar todas las explicaciones por parte de los médicos que nos hagan entender el por qué y el para qué de los fármacos. Estas explicaciones, como todas las demás señaladas más arriba, deben extenderse a los menores: en función de la edad que tengan haremos la explicación en el lenguaje más adecuado, incluido lo que respecta a los fármacos.

11.6 La emoción expresada en la comunidad de afectados

Es uno de los resultados de la investigación sobre factores psicosociales más confirmado y claro de la investigación sobre familia y enfermedad mental. La investigación inicial se produjo en una unidad de psiquiatría social en Londres intentando averiguar qué papel jugaba la familia, sus comportamientos, sobre el curso de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia. Estudios sencillos pero muy controlados mostraban que los pacientes que convivían con un familiar que era muy crítico con ellos, o bien que tenía una gran sobreimplicación emocional con ellos, recaían con mayor probabilidad. Repetidamente veían en las observaciones de la investigación que el hecho de convivir con un paciente que criticaba de forma insidiosa al paciente o que mostraba hostilidad clara con él (bien fuese abierta o contenida) era un predictor de la recaída del paciente. Igualmente vieron que cuando un familiar tenía una actitud de mucha sobre involucración, que estaba excesivamente implicado emocionalmente con el paciente y su enfermedad, también era una actitud que predecía recaídas en el paciente. **A este tipo de influencias negativas de la familia las llamaron "emoción expresada alta", contrastándola con la "emoción expresada baja" de familias que tenían una respuesta más tranquila, sin criticismo y sin sobreprotección o sobreimplicación emocional, mostrando una preocupación razonable y calmada**.

Este tipo de resultado es replicado en muchas culturas, en muchos países, y además en otro tipo de trastornos de salud mental severos diferentes a la esquizofrenia. Ha habido algunos estudios que no han encontrado una relación tan clara, pero la inmensa mayoría han confirmado el valor que tiene la emoción expresada para predecir las recaídas. Hay otros dos aspectos que moderan esta relación. Uno es el tiempo que ese familiar, que puede ser crítico o sobreinvolucrado, pasa con el paciente: si es muy poco tiempo la influencia puede ser menor, aunque si la relación es muy negativa y la expresión de criticismo, de hostilidad, es consistente y dolorosa para el paciente, incluso en poco tiempo le va a afectar.

El otro aspecto que va a moderar ese efecto de la "emoción expresada" es la medicación, puesto que en muchos pacientes supone una protección que influye en su sensibilidad a las situaciones estresantes y en el tipo de respuesta que vayan a ser capaces de dar.

Las razones por las que un familiar puede tener una actitud crítica o sobreimplicada son diversas y están relacionadas con la comprensión y conciencia de la enfermedad, con las características y experiencias de los familiares, o con circunstancias particulares que está viviendo esa familia. En realidad la emoción expresada es un tipo de interacción. Cuando se ha observado cuida-

dores y profesionales en hospitales de salud mental se ha visto que algunos de ellos tienen una actitud crítica con unos enfermos y no con otros. Seguramente dentro de las familias es muy variable (y de hecho es modificable) el tipo de emoción expresada. **La sobreimplicación emocional suele estar más relacionada con una respuesta emocional muy asentada en los sentimientos del familiar o del cuidador del paciente, y posiblemente no sea fácil de modificar**. Si bien el criticismo es una respuesta también emocional de enfado y que a veces se presenta de forma extrema como hostilidad, la sobreimplicación emocional suele estar relacionada con sentimientos de culpa y angustia sobre el futuro del paciente, y aparece más en los padres que en cualquier otro familiar.

Es curioso que apenas se ha estudiado cómo es el comportamiento de los hijos menores sobre sus padres con enfermedad mental. El esquema más común de investigación sobre "emoción expresada" ha sido valorar como es ésta en los padres de hijos jóvenes o adultos. Pero nosotros, como profesionales de la intervención familiar en el marco de la protección a la infancia, podemos sacar partido de considerar cuál es la interacción que se produce entre los padres con dificultades severas de salud mental y sus hijos menores.

Cuando en la comunidad de afectados creamos un estilo de afrontamiento positivo pondremos atención al conocimiento de la enfermedad, a entenderla de forma adecuada, a entender la necesidad de tratamiento. Pero también al análisis de cómo se vive la enfermedad por los menores, qué sentimientos produce, qué emociones despierta y qué necesidades de expresión emocional tienen los menores (rabia, ira, sentimiento de culpa) y también el resto de adultos del entorno familiar. Es importante entender que la respuesta adecuada es especialmente buena cuando se consigue crear un ambiente de calidez y unión en el entorno de la familia y con el paciente, lo que implica paciencia y tolerancia sobre las dificultades de éste, y también entender que no se trata de que las personas de la comunidad de afectados simplemente no sean críticos o controlen su hostilidad o sus expresiones de sobreimplicación emocional, sino que poco a poco vayan poniendo en marcha estrategias colectivas de afrontamiento positivo, tengan una actitud adecuada hacia los síntomas y hacia las conductas del paciente, una respuesta adecuada no sólo ante sintomatología positiva, sino también negativa, evitar un lenguaje que hable de "ya está, ya sale con sus desvaríos".

Crear la comunidad de afectados va a ser una estrategia exitosa cuando, además del cambio en el afrontamiento de la enfermedad, implique un reconocimiento de la necesidad del trabajo especializado del profesional de la salud mental y una colaboración buena con ese tipo de servicios.

11.7 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. Cuando trabajamos con una familia en la que hay una dificultad severa de carácter psicobiológico, como una enfermedad mental o una adicción, la intervención debe tener una planificación específica marcada por dos líneas de trabajo: por un lado, el trabajo psico-educativo con la familia sobre la enfermedad (sus causas, efectos, y afrontamiento), y por otro lado, el trabajo de "puente" o mediación entre la familia y el servicio de atención especializada que sea adecuado.

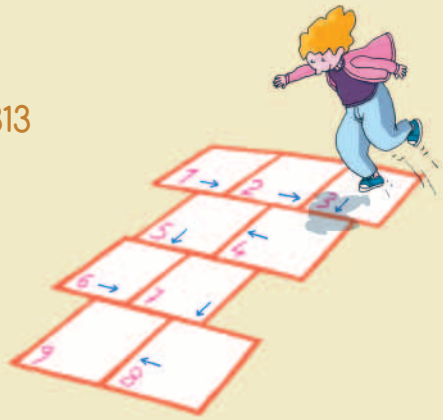
2. Una de las intervenciones fundamentales consiste en hacer un re-encuadre: ayudar a que la familia entienda cómo se relaciona la enfermedad mental con las dificultades que sufre en otros ámbitos, tanto en las experiencias negativas que hubo en el pasado como las que están ocurriendo en el presente.

3. Aunque estadísticamente hay una asociación entre enfermedad mental en los padres y desajustes psicológicos y emocionales en los hijos, esta asociación está muy determinada por factores que se pueden modificar.

4. En el trabajo con contextos familiares afectados por problemas de salud mental o adicciones tenemos que ayudar "poner a la enfermedad en su lugar": explicar sus causas y consecuencias, priorizar su tratamiento, y proteger toda la parte sana de la familia (incluido el paciente) ante el riesgo de generalización de expectativas negativas o contaminación del pesimismo.

5. Los factores que pueden proteger a un menor hijo de padres con enfermedad mental de sufrir consecuencias adversas de la enfermedad son: que consigamos crear una conciencia clara en toda la familia sobre la enfermedad y sus efectos, que haya un diagnóstico y un tratamiento apropiados, y que se ponga mucha atención sobre las necesidades y preocupaciones personales que tiene el menor (por ejemplo, evitar que adopten una conducta parentalizada de cuidado o protección de sus padres).

6. La transmisión genética de cierta vulnerabilidad a padecer algún trastorno mental es contemplada por los investigadores, pero hay pruebas muy claras de que el ambiente familiar, la parentalidad, y el estrés de los padres, son factores de gran importancia para explicar la posible influencia adversa sobre los hijos de la enfermedad mental de los padres.



7. Crear una "Comunidad de afectados" es una estrategia de intervención psico-educativa necesaria en nuestro trabajo con familias. Consiste en unir a todos los "afectados" psicológicamente, emocionalmente, afectivamente, y socialmente (en general la familia y personas cercanas) para generar una buena estrategia de afrontamiento, sin culpabilidad y dando prioridad a la protección de los menores.

8. La Emoción Expresada es una característica muy importante de la "comunidad de afectados" y se puede modificar con nuestra intervención educativa. Se trata de modificar las actitudes de los familiares que son críticas-hostiles o sobre-implicadas hacia el paciente. El clima de "emoción expresada" que resulta más productivo en la comunidad de afectados se caracteriza por una preocupación razonable, compartida, calmada, y afectiva ante las dificultades.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Combrinck-Graham, L. (2006). *Children in Familiy Contexts*. Guildford Press.
- Kuipers, E., Leff, J., y Lam, D. (2004). *Esquizofrenía. Guía práctica para de trabajo con las familias*. Editorial Paidós.

11.8 Observa y prueba: "Cuál es el lugar del trastorno en esta familia"

Aquí tienes la información básica de la familia de Ángela, una adolescente en riesgo. La dificultad de salud mental de su madre juega un papel clave en la Estructura que Mantiene el Problema. Después de que leas la información sobre el caso, tienes una serie de preguntas que orientan la intervención ante una dificultad como esta.

Familia:

Ángela (15)
Belén, madre (39)
Miguel, padre (48)
Rosa, tia materna (42)
Problema y antecedentes.

Belén tiene un diagnóstico de trastorno bipolar dese hace 3 años pero anteriormente había tenido atención de urgencia psiquiátrica en varias ocasiones y un ingreso hospitalario después de una lesión autolítica que su hermana Rosa descubrió e interpretó como intento de suicidio. En una recaída de tipo depresivo y con gran abandono de todas sus tareas cotidianas, Belén fue diagnosticada de trastorno bipolar, algo que ella leva muy mal y le ha llevado a no tomar adecuadamente la medicación y rechazar tratamiento psicológico. Fue atendida por los servicios sociales gracias a una asociación de personas con trastorno límite de la personalidad en la que se había involucrado intermitentemente desde hace años. La razón fundamental era el enorme conflicto que se estaba suscitando con su hija Ángela y el deterioro de las condiciones de vida de ambas.

Belén y el padre de Ángela, Miguel, están divorciados desde que Angela tenía 5 años. Miguel apenas contribuía en nada a la vida de su hija, aduciendo que Ángela lo rechazaba y no quería saber nada de él desde que cumplió 13 años y cesó las visitas programadas (visitas que por otra parte se habían realizado de forma muy inconsistente y errática en cuanto a fechas y horarios). Pero Miguel siempre había pagado la pensión alimenticia y había respondido a cualquier llamada de ayuda del entorno de Ángela y Belén. Los servicios sociales habían involucrado a Miguel ante la situación de alto riesgo de su hija y éste había ofrecido su hogar (vivía solo, después de haber roto con una pareja con la que había estado conviviendo un año) y el apoyo que fuese necesario para Ángela, pero la adolescente rechazó todo lo que no fuese vivir con su madre.

La convivencia entre Belén y Ángela era totalmente conflictiva y con conatos de violencia física entre ambas. Ángela había comenzado a salir, pasar la noche

en casa de amigos y tener absentismo en el Instituto. Belén estaba pasando por un momento muy inestable psicológicamente y se encontraba sin trabajo. En esa situación, con claros indicadores de riesgo para Ángela, se inicio el trabajo de intervención familiar. Ambas aceptaron la ayuda porque tenían mucho temor a que Ángela tuviese que ingresar en un acogimiento residencial, pero eran muy reticentes a que cualquier técnico del programa de intervención familiar visitase su domicilio (aduciendo excusas de todo tipo), de forma que en la primera fase se programaron entrevistas en la sede del programa y en casa de Rosa, la hermana de Belén (algo que sí aceptaban ambas).

Observaciones seleccionadas de las anotaciones en las entrevistas iniciales:

- Resulta muy complicado tener una sesión de intervención con Belén y Ángela juntas. Belén tiene una desregulación emocional muy fuerte y cuando comienza a describir las conductas de riesgo de Ángela rompe a llorar, lo cual genera una gran hostilidad en Ángela que dice no soportar ver a su madre "con ese rollo de víctima y luego me dejas tirada y llamas a la policía". Efectivamente, Belén había realizado varias llamadas a la policía desde el domicilio para denunciar la agresividad de Ángela, aunque luego se desdecía. El discurso de Belén también es muy contradictorio en nuestras entrevistas, algo que saca de quicio a Ángela, hasta el punto de salir del despacho.
- En la entrevista con Belén y su hermana Rosa se consigue información más estructurada y una emocionalidad más manejable con Belén, queda evidente que confía mucho en su hermana y la deja explicar cosas de su propia vida asintiendo en todo menos en la necesidad de que acepte el diagnostico y la medicación que le han dado. Rosa explica que Ángela quiere mucho a su madre y no acepta su estado actual, algo que considera razonable porque ella misma encuentra "casi imposible convivir con Belén". También, sin embargo, está de acuerdo con Belén en que las conductas de Ángela son muy preocupantes y que está en riesgo. Rosa tiene una buena opinión de Miguel, el padre de Ángela, y le parece muy equivocada la postura de rechazo de Ángela hacía su padre; cree que Ángela rechaza todo aquello que pudiese alejarla de su madre, aunque es contradictorio con el mal humor y la agresividad que muestra siempre que está con ella.
- En una entrevista a solas con Ángela queda patente que no tiene mucha idea del trastorno de su madre, dice que el problema es que "no se toma

la medicación porque no le da la gana, como tantas otras cosas, no se pone bien porque no quiere". Está muy ofuscada con la posibilidad de ir a un centro, dice que tampoco quiere pasar tiempo con su padre ni con su tía; "que se vaya mi madre!", es su alternativa (sabiendo que no es posible). A pesar de todo este posicionamiento, desde que hemos comenzado la intervención con esta familia Ángela ha cumplido con sus clases en el instituto y no ha tenido ningún enfrentamiento con su madre en casa; incluso está cumpliendo horarios razonables y llamando a su tía Rosa todos los días por la noche.

1. El trastorno de Belén no es entendido ni aceptado por Ángela ni por la propia Belén ¿Cómo planificarías una intervención orientada a explicarles a todos que el trastorno de Belén es en realidad lo que está en el centro del conflicto y de las dificultades que arrastra la familia?
2. Escribe y ensaya una explicación para Ángela de cómo le puede afectar el trastorno bipolar a su madre ¿Cómo harías para conseguir que Ángela sea consciente de la dificultad médica de su madre y responda de otra forma ante su sintomatología?
3. Escribe y ensaya una intervención con Belén para que ella te explique su trayectoria de tratamiento psiquiátrico y tu puedas ayudarle a que tome conciencia de cómo toda esa trayectoria ha afectado a su hija.
4. ¿Qué pasos darías para crear una "comunidad de afectados" por la enfermedad de Belén. ¿A quién incluirías y como crearías ese sentido de comunidad de ayuda entre todos? ¿Qué cosas concretas crees que se puede pedir a cada miembro de la familia (Ángela, Belén, Miguel, Rosa…)?
5. ¿Cuáles son las dificultades que más te preocupan a la hora de afrontar un caso de este tipo?
6. ¿Cuál es tu nivel de seguridad o auto-eficacia (en una escala entre 1 y 10) que tienes en la practica ante un caso que incluye un trastorno o enfermedad mental? Escribe aquellas cosas que aumentarían tu seguridad para afrontar la intervención con este tipo de casos.

12 Cuando el alcoholismo y otras adicciones organizan la vida

12.1 Alcoholismo y otras adicciones

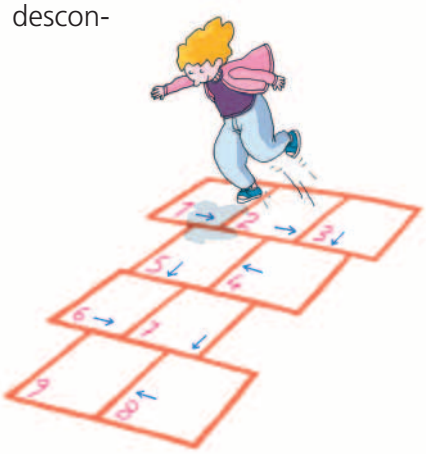
Sin duda otro de los problemas en los que es imprescindible el trabajo en red, la colaboración entre servicios y la intervención de servicios especializados, se da en la intervención con familias en las que hay un miembro alcohólico o con otra adicción. Un niño que es criado en el entorno de progenitores o cuidadores que abusan del alcohol o de otro tipo de sustancias, sufre las consecuencias de esa situación de forma directa y de forma indirecta con un impacto que en muchas ocasiones tiene una prolongada duración y que afecta a muchas áreas de su comportamiento. Una primera expresión visible de ese tipo de experiencia en los menores la encontramos en una diversidad de emociones contradictorias y que son difíciles de gestionar para un menor. Expresión de sentimientos de este tipo:

Vergüenza: los padres transmiten el mensaje de que hay un secreto, algo de lo que no se debe hablar o no se habla, y que el niño va interiorizando en secreto con una gran vergüenza (no querer invitar a sus amigos, dificultad de pedir ayuda o de preguntar sobre esta adicción a otras personas).

Culpa: es bastante común que el menor se culpe en parte de la conducta de beber de su padre o su madre.

Ansiedad: es muy común que la ansiedad se refleje en una preocupación constante por parte del niño sobre lo que pasa en casa. Preocupación sobre lo que pueda pasarle a su padre alcohólico (hacerse daño, enfermar, morirse), y también preocupación o temor por las situaciones de violencia que se puedan producir en relación con el consumo del alcohol.

Verse incapaz de establecer relaciones: el hecho de estar continuamente decepcionado por la conducta de beber de su padre o madre genera con mucha frecuencia, dificultades en la conducta de apego y una desconfianza en sí mismo y en los demás.



Confusión: el padre alcohólico puede pasar de una conducta eufórica o cariñosa a enfadarse, desconsiderar absolutamente, o ignorar al menor. La rutina de un día cualquiera, que es fundamental para un niño, no existe como algo predecible, incluso las horas de irse a la cama o las horas de comer pueden cambiar de forma constante en una familia con un problema de adicción.

Rabia: el menor puede sentir rabia ante la conducta de beber de sus padres o de adicción, puede sentir angustia y rabia ante el acto de consumo por parte del padre pero también un sentimiento similar sobre su otro padre (o familiares adultos) por no impedirlo y no ser capaces de protegerlo.

Soledad y desamparo: los menores fácilmente pueden sentirse desamparados y aislados ante la dificultad que van viendo de que las cosas puedan cambiar o mejorar; a veces el sentido de aislamiento y soledad es muy fuerte aunque se dé en una situación en la que el niño esté rodeado de otras personas.

Comúnmente, el inicio del trabajo con una familia donde hay una situación de alcoholismo u otra adicción en los padres comienza en un ambiente en el que percibimos vergüenza, secreto, silencio sobre las conductas de consumo abusivo. Sin embargo, las dificultades que reconoce la familia pueden referirse al menor: dificultades muy serias del niño en la escuela, aislamiento por parte de los demás, conducta antisocial de agresividad o violencia (incluso actos delictivos), quejas muy frecuentes de dificultades físicas, como dolores de cabeza o de estómago, menores que inician situaciones de abuso de alcohol o de drogas, y en algunos casos ideas o amenazas de suicidio y conductas de tipo depresivo en los menores.

Las conductas de riesgo como el alcoholismo y adicción a otras drogas tienen consecuencias de riesgo muy constatadas. Se acumulan ya décadas en las que se han ido estudiado y conociendo bien los condicionantes que se van creando en los menores que viven con algún miembro de la familia con un problema de adicción, de forma especial estos dos aspectos:

1. **El alcoholismo y la adicción a otras drogas tienden a extenderse al resto de la familia.** Los hijos de padres adictos están más en riesgo de adquirir conductas de alcoholismo o adicción que otros niños, éstos son datos estadísticos que han de tomarse como una condición de riesgo. Los niños de padres adictos están estadísticamente entre el grupo de riesgo más alto de iniciarse en el consumo de alcohol y otras drogas, tanto desde el punto de vista de factores genéticos como del ambiente familiar.

El uso de drogas por parte de los padres y sus hijos adolescentes está altamente correlacionado; por lo general, si los padres consumen drogas es fácil que los hijos tengan más posibilidades de iniciarse. La influencia de las actitudes parentales en relación con el consumo de drogas en los menores es muy importante, tanto como el hecho de que sus padres abusen o no de las drogas; un adolescente que percibe que sus padres son permisivos, muy tolerantes acerca del uso de drogas, tendrá más facilidades para iniciarse en el consumo de éstas.

2. **La interacción dentro de la familia está muy marcada por el abuso de drogas en una familia en la que hay adicción.** Las familias afectadas por alcoholismo tienen mayores niveles de conflicto que las familias no alcohólicas, beber de forma abusiva es un factor muy importante en la ruptura familiar y en el conflicto. El ambiente de hijos de padres alcohólicos se caracteriza por la falta de conductas parentales, manejo pobre de las condiciones de vida en el hogar, grandes dificultades en la comunicación familiar y por lo tanto los menores se crían en un ambiente en el que hay una gran falta de eficacia parental. Hay problemas familiares que se han asociado en la investigación con la adicción o el consumo de alcohol de los progenitores: mayor conflicto familiar, violencia psicológica o física, muy baja cohesión familiar, un decremento en la organización de la familia, mayor aislamiento de la familia respecto a la comunidad, un incremento del estrés (incluidos los problema de tipo laboral y las enfermedades), las dificultades de pareja, las dificultades económicas y una alta frecuencia de mudanza en la familia de una población a otra o de una casa a otra dentro de la misma población.

Los padres que sufren una adicción carecen con frecuencia de la habilidad para proporcionar una estructura y una disciplina en la vida familiar. Pero al mismo tiempo podrían esperar que sus hijos sean competentes, e incluso pueden ser muy exigentes con ellos respecto a sus tareas y obligaciones escolares o incluso a su responsabilidad en las tareas de casa. Los hijos de padres adictos, con frecuencia, han recibido disciplina muy punitiva y negativa por parte de sus padres. Algunos estudios internacionales indican que el abuso de drogas forma parte de más de la mitad de los expedientes de riesgo en la infancia, y una gran parte de los informes de profesionales de protección a la infancia incluyen el alcoholismo u otras adicciones como un factor que contribuye en muchos casos a las situaciones de riesgo.

En general, parece que los niños que ya han nacido de madres drogodependientes, es decir, que han sido expuestos a las drogas durante el embarazo, tienen una probabilidad estadística dos o tres veces mayor de sufrir situaciones de

negligencia o de abuso. En el estudio de los adolescentes que realizan fugas de sus casas hay un porcentaje altísimo en el que se da una situación de alcoholismo en su familia. Algunos estudios muestran que más de la mitad de esos hogares donde hay adolescentes con fugas, tienen una situación de abuso de alcohol o de otras drogas. Un porcentaje muy alto de los niños que sufren abandono o son puestos en acogimiento directamente desde los hospitales al nacer, son de padres adictos.

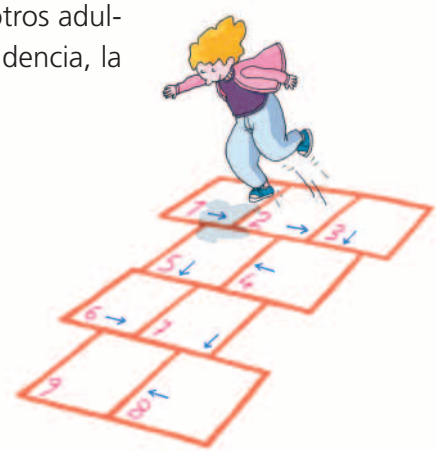
Los hijos de padres adictos muestran con frecuencia síntomas de ansiedad e incluso de depresión. Los estudios al respecto muestran que la ansiedad y los trastornos de ansiedad están asociados a las experiencias de crianza en una familia con adicción, lo cual genera unas tasas más elevadas de diagnóstico psiquiátrico y psicológico en estos niños. Por ello, los niños, de padres adictos experimentan mayores problemas de salud mental y físico en comparación con la población de familias sin adicciones.

El coste evaluado en algunos países del gasto sanitario con el abuso de alcohol y drogas indica que hay una repercusión importante, no sólo en el gasto de tratamiento de los padres adictos, sino en cubrir las necesidades de protección y bienestar de los hijos. Incluso los países que han estudiado el coste económico, como Estados Unidos, asociado al síndrome alcohólico fetal indica un enorme gasto por esa causa; así como las necesidades de hospitalización y tratamiento de trastornos psiquiátricos en niños que viven en un entorno de familias adictas. Igualmente los datos estadísticos sobre la tasa de problemas de conducta son desafortunadamente negativos para los hijos de padres adictos. Algunas características de dificultad de comportamiento, como falta de empatía, de adaptación social, de adaptabilidad interpersonal y especialmente de baja autoestima y dificultades en el control del impulso, aparecen con mucha frecuencia en los hijos de padres alcohólicos.

También los hijos de padres adictos pueden tener peor rendimiento y mostrar dificultades de adaptación en el entorno escolar. El efecto directo o indirecto de la adicción de los padres tiene consecuencias en capacidades de aprendizaje, de lectura, de comprensión, de cálculo y de lengua tanto a través del deterioro de los niños que han sido expuestos de forma prenatal al abuso de sustancias por parte de sus padres, como a través de toda la distorsión afectiva y educativa en el entorno familiar afectado por la adicción. El absentismo escolar, dejar la escuela o cambiar de colegio es, sin duda, una consecuencia del estilo de vida de los hijos de padres alcohólicos o con otras adicciones.

A pesar de todas esas estadísticas, los niños de padres adictos pueden beneficiarse mucho y de forma muy significativa de los esfuerzos de los miembros

no adictos de la familia y de otros adultos para ayudarlos. Los niños que han sido capaces de afrontar de manera eficaz la situación traumática de crecer en una familia afectada por el alcohol o la adicción, a menudo han tenido el apoyo eficaz de un padre no alcohólico, de un abuelo, de un profesor o educador cercano, de un adulto del entorno cercano a la familia. Este apoyo de otros adultos, por lo general, incrementa su sentido de autonomía, su independencia, la



capacidad de desarrollar habilidades sociales. El apoyo ha demostrado ser eficaz para ayudarlos a enfrentarse a las experiencias emocionales difíciles y además para crear estrategias de supervivencia en el día a día de la convivencia con un progenitor adicto. Así se ha señalado, por ejemplo, que las actividades de grupo o los programas específicos grupales para estos niños, consiguen reducir el sentimiento de aislamiento, especialmente la vergüenza y el sentido de la culpa por tener padres alcohólicos o adictos. De esta manera se mejora mucho la influencia de otros adolescentes y la importancia del apoyo mutuo. La capacidad de establecer y mantener relaciones personales o relaciones íntimas, expresar sentimientos y solucionar problemas interpersonales, está muy ligada al sentido de autoestima y de autoeficacia de los hijos de alcohólicos que han sabido afrontar su situación, casi siempre gracias a la ayuda de otros adultos, de un profesional o de un familiar.

12.2 El trabajo con la familia alcohólica: la comunidad de afectados

"Los hijos en una familia con alcoholismo son menores en riesgo". Esta frase está casi asumida como un axioma y se basa en todas las condiciones de riesgo descritas más arriba. Sin embargo, es muy importante que tomemos en cuenta que la gran mayoría de hijos de padres alcohólicos no tienen problemas relevantes de adicción ni tampoco de salud mental cuando son adultos. Al igual que en el caso de las dificultades de salud mental, hemos de tener en mente esta pregunta fundamental como un marco general: ¿Cuáles son los factores, tanto del menor como de la familia, que pueden determinar una situación de vulnerabilidad o resiliencia? ¿qué papel juega el alcohol en la estructura que mantiene el problema? ¿cómo interacciona con otros factores positivos y negativos?

Se debe tener en cuenta que las dificultades del alcohol aparecen con frecuencia en combinación con otro tipo de dificultades de comportamiento, de trastornos de la personalidad o psiquiátricos, y en ocasiones con otro tipo de adicciones. Se han señalado también los riesgos directos e indirectos del efecto del alcohol en las situaciones de embarazo: directos a través del síndrome que se puede producir en el feto, e indirectos por el descuido de aspectos de cuidado maternal, de nutrición, de conductas de abuso hacia la madre, y de un incremento muy significativo de las situaciones de estrés durante el embarazo.

Pero lo fundamental desde el punto de vista de la intervención familiar son los efectos duraderos del abuso del alcohol en la estructura de la familia, en sus funciones fundamentales de protección y cuidado y en el impacto negativo que tiene sobre la eficacia parental. Desde nuestra perspectiva del trabajo de la

intervención familiar desde los servicios sociales, es muy interesante el hecho de que en el tratamiento del alcoholismo se utilizó, antes que en otro tipo de trastornos, la idea de usar un marco similar al de "la enfermedad crónica" y un modelo muy parecido al de "la enfermedad crónica física" para involucrar al paciente y al entorno de su familia en grupos de apoyo y en tratamientos dirigidos a ocuparse de sus propias necesidades como familiares de la persona alcohólica.

Hay una serie de ideas que han ido emergiendo en el tratamiento del alcoholismo en relación con la familia que pueden resultarnos útiles: conductas que posibilitan el abuso del alcohol, codependencia, reglas implícitas y roles de la familia alcohólica. Todas ellas se pueden trabajar educativamente en la comunidad de afectados.

Posibilitar

Este patrón de relación familiar con el consumo del alcohol se refiere a que los miembros de la familia que no abusan del alcohol hacen más fácil que la persona que abusa del alcohol persista en su consumo. Por ejemplo, cuando un hijo elige no contar a su madre alcohólica lo desagradable que ha sido verla borracha y comportándose de manera inapropiada mientras sus amigos estaban en casa. Normalmente este tipo de conductas se hacen con una intención protectora, como en este ejemplo lo sería proteger a la madre de esa situación vergonzosa, aunque el resultado es que se está posibilitando que continúe en su abuso del alcohol. Es muy fácil encontrar múltiples ejemplos de este tipo, como la mujer que justifica ante el jefe de su marido su ausencia al trabajo por estar "indispuesto" o con "gripe", o cualquier otra circunstancia familiar, evitando hacer evidente que sus ausencias se han debido al problema del alcohol. En los menores, como ya hemos señalado, es absolutamente adaptativo el impulso de cuidar y proteger a sus progenitores. Son las personas que ellos necesitan y las personas por las que quieren ser queridos. Esta motivación puede explicar muchas conductas que sin embargo terminan posibilitando la situación de abuso del alcohol. La dependencia que tiene la familia respecto a la persona o personas con el problema de abuso del alcohol es en ocasiones económica. Pero con más frecuencia es afectiva, o de poder dentro de la estructura familiar. En nuestra intervención familiar en el contexto de los servicios sociales es frecuente que nos encontremos con menores asumiendo conductas de cuidar a sus padres alcohólicos, haciendo cosas como cocinar para ellos, curar heridas que se han podido producir por caídas, llamar a la policía si sus padres se ven involucrados en alguna pelea o situación de riesgo, etcétera. Asumir esos roles parentales con sus propios padres, o con hermanos

más pequeños, suele estar, sin embargo, disociado del reconocimiento del problema de adicción de los padres; y por lo tanto, en muchas ocasiones termina convirtiéndose en una conducta que posibilita la continuidad del patrón de abuso del alcohol.

Codependencia

Se observa a veces que un familiar que no tiene una conducta de abuso del alcohol va desarrollando una serie de síntomas en su propio comportamiento: ansiedad, aislamiento de otras personas, humor depresivo, expresiones psicosomáticas, vergüenza, irritación y también negación o proyección de las dificultades de su familiar alcohólico. Es bastante común que este miembro no alcohólico de la familia, por su relación con la persona alcohólica, niegue o minimice estos síntomas. Esta pauta de conducta llamada tradicionalmente codependencia, igual que las conductas que posibilitan la permanencia del abuso del alcohol son, comunes en los esposos de la persona alcohólica. Pero también aparecen en los hijos, e incluso son conductas que persisten en algunas familias cuando los hijos se han hecho mayores y se han emancipado, o incluso han creado su propia familia. Aunque ellos no tengan ninguna dificultad de abuso de alcohol o de adicción, pueden continuar teniendo una conducta tolerante (o codependiente) o con su propia pareja o con los hijos adolescentes.

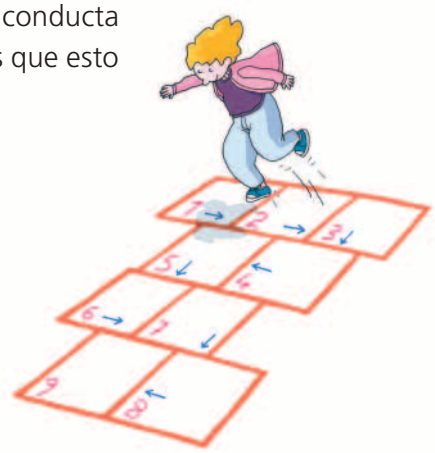
Reglas implícitas, no habladas, dentro de la familia

Los profesionales que trabajan en servicios específicos de tratamiento a familias con miembros alcohólicos describen reglas implícitas que siguen los miembros de la familia, como mecanismos desarrollados en la convivencia con el alcoholismo, pero de los que no se habla. Especialmente no mostrar sentimientos, no hablar del problema y también no confiar en nada de lo que dice la persona alcohólica. Puede sernos útil tener en cuenta esta idea cuando nos encontramos trabajando con familiares, especialmente con menores, de familias con uno o varios adultos alcohólicos. La primera reacción a nuestro señalamiento de la adicción puede ser problemática si estamos desafiando o rompiendo una regla implícita que se ha establecido como un mecanismo de defensa para ellos. Explorar cómo se siente un menor cuando ve una situación clara de abuso de alcohol de su padre o de su madre puede ser algo muy difícil para ellos, no hemos de olvidarlo.

Roles en la familia alcohólica

La literatura sobre el trabajo con familias en las que hay un problema de alcoholismo describe algunos roles estereotipados que pueden entenderse como formas diferentes de tratar el alto nivel de ansiedad y estrés que habitualmente tienen estas familias:

- **El "hijo problema" o "chivo expiatorio".** En la familia nos encontramos con un adolescente en el que se centra toda la atribución de dificultades y toda la responsabilidad, desviando así la atención del problema de abuso del alcohol en los progenitores. El comportamiento del adolescente se convierte en chivo expiatorio. Puede tratarse de conductas detectadas en la escuela, dificultades de atención, diagnóstico de trastorno cognitivo, o dificultades de aprendizaje. Es importante que consideremos en esos casos en qué medida esas dificultades, junto con una enorme focalización por parte de la familia sobre ellas, son una manera de responder a la ansiedad y estrés de los familiares. Se crea en esta situación un círculo vicioso en el que este tipo de expresión de dificultades en el comportamiento del niño desvían la atención y encubren la conducta problemática de abuso del alcohol. Este encubrimiento perpetúa la dificultad y aumenta la ansiedad y el estrés en el niño. Este círculo perpetúa unos roles que a su vez encubren y mantienen el problema del consumo del alcohol y la pauta de dificultad que se genera en la dinámica de la familia.
- **El "héroe" o hijo hipermaduro.** Una respuesta del menor adaptativa al estrés y ansiedad generada por el alcoholismo de los padres es demostrar su capacidad, su valía, a través de acometer tareas de una forma extraordinaria. Por ejemplo, asumir roles y responsabilidades parentales de una manera madura y precoz. En el caso de los hijos, este tipo de rol se da en situaciones en las que uno de sus padres tiene el problema de abuso del alcohol y el otro mantiene una conducta muy preocupada o de codependencia, dejando así la responsabilidad parental.
- **La "mascota" o el "payaso".** Este rol describe el desarrollo por parte del menor de un papel de entretenimiento, de distracción, con conductas extemporáneas, que se toman a broma y que llaman la atención, siendo a veces una salida a situaciones de agresividad u hostilidad en la familia. Terminar llamando la atención, con reacciones excéntricas o humorísticas, ante una situación de agresividad provocada por la bebida de sus padres es un rol que puede aparecer como salida ante la ansiedad.
- **El "niño perdido".** Se refiere a adaptarse pasivamente a la conducta de abuso de alcohol de su padre o padres y a todos los efectos que esto



tiene en la familia. Esconderse, no llamar la atención, retraerse, es una alternativa de evitación y supervivencia. Curiosamente, nos podemos encontrar con niños que consiguen no llamar la atención de sus propias dificultades y de la dificultad del alcohol en la familia hasta que son adolescentes.

En general, el contexto de la familia en relación con las pautas, reglas y roles que se establecen como mecanismo de supervivencia a la adicción está caracterizado por la represión de los sentimientos y emociones, por un alto nivel de autocrítica y auto exigencia en los hijos y por sentimientos de aislamiento, de culpa y abandono.

12.3 Hoja de Ruta para la intervención

La primera directriz, como se ha señalado anteriormente, en el contexto de cualquier otra adicción u otro problema de salud mental, es que hay que afrontarlo de forma directa: la dificultad del alcohol debe tomarse como un foco central de la intervención. Cuando esto no se hace adecuadamente, especialmente en familias en las que los problemas de adicción juegan un papel importante de la historia de la familia, las posibilidades de crear un cambio dentro de ella son muy pequeñas. Una de las razones por las que a veces parece que haya una falta de interés en el problema de la adicción por parte de la familia es que se genera una situación de negación y de impotencia al respecto. Y esto se transmite y se puede contagiar a los profesionales que hemos de trabajar con estas familias. Si la familia nos plantea las dificultades de comportamiento de un hijo como el problema central, y nosotros descubrimos que hay un factor importantísimo de adicción o alcoholismo, es normal que sintamos el temor de una reacción negativa de la familia cuando intentemos mover el foco de atención hacia este problema. Vamos a encontrarnos con una reacción de rechazo o incluso con la respuesta de desentenderse o dejar de colaborar en la intervención cuando hacemos ese señalamiento.

Es difícil que en una entrevista con la familia nos encontremos claramente con una situación asociada al abuso del alcohol, como borrachera, incoherencia verbal, falta de equilibrio, etcétera. Esto, en muchas ocasiones va a confundirnos y hacernos seguir, sin querer, la misma pauta que sigue la familia: dejar de lado la situación del alcoholismo y focalizarse en otras dificultades. De forma intuitiva es fácil darse cuenta de que tampoco es conveniente obviar otras quejas o dificultades de la familia e imponer un esquema en el que la adicción sea el centro; esto podría generar un rechazo inicial muy fuerte a la intervención. Por lo tanto, hemos de aceptar el trabajo en todas esas quejas y

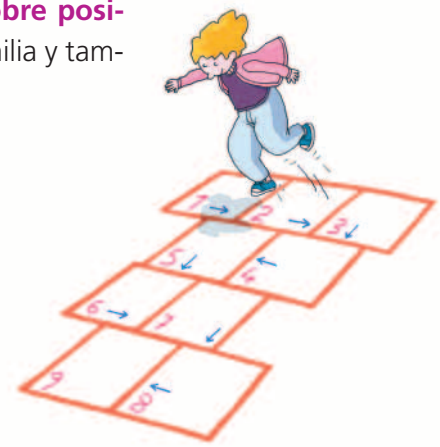
dificultades e ir poco a poco asociándolo a la situación de alcoholismo e ir creando las condiciones adecuadas. **No se debe entrar de una forma confrontativa, pero hay que tener cuidado en no caer en reproducir la respuesta de negación de la persona alcohólica y de su familia**.

Algunas pautas a seguir en la intervención

1. Dar mucha importancia a **conseguir frenar la conducta de beber**, teniendo esto en mente como un objetivo central.
2. **Bloquear y desactivar conductas, que no siendo el propio consumo del alcohol suponen amenazas para la salud, la vida, o la libertad** de los otros miembros de la familia, especialmente las conductas de violencia o destructivas.
3. **Bloquear y sacar a los menores de los patrones inadecuados que han adoptado en función de la conducta alcohólica de sus padres**, por ejemplo, los roles parentales y su responsabilidad sobre tareas que no les corresponden.

Cuando **no se ha conseguido parar ese consumo y poner en tratamiento a la persona**, hemos de poner atención a una serie de aspectos importantes en relación con los niños y el resto de la familia:

1. **Educarlos sobre lo que supone el abuso del alcohol para el curso vital y el contexto de vida en la familia; sobre todo aliviar en los menores el sentido de culpa.**
2. **Proporcionar un contexto seguro y de buena conexión emocional, en el que pueda hablar y expresar sentimientos acerca del padre alcohólico.**
3. **Hay que evaluar el grado de negligencia física y emocional con los menores** desde sus primeros momentos de vida**.**
4. Hay que poner **atención a las conductas sintomáticas en los menores** y, en función de su edad, ayudarlos a entender que esas conductas pueden tener que ver con el estrés de vivir con un padre alcohólico**.**
5. Definir con la familia **el estilo de comunicación que tienen al margen de la conducta de alcoholismo** y cómo este estilo se ve afectado por ese problema.
6. Como norma general hay que tener una gran **precaución sobre posibles situaciones de abuso** que se hayan podido dar en la familia y tam-



bién sobre la tendencia a focalizar los problemas en alguno de los menores como "chivo expiatorio".

El trabajo con la familia **cuando sí se está dando un tratamiento especializado** a la persona alcohólica, y por tanto un proceso de recuperación, es muy importante. Hay algunos objetivos esenciales:

1. Ayudar a los padres a asumir su **responsabilidad parental, a crear límites poco a poco de una forma segura y estable**; es importante para esto enseñarles a practicar las decisiones sobre límites en pequeñas situaciones cotidianas.
2. **Trabajar con los menores el reconocimiento de sus emociones, de sus sentimientos, ya sean de ira, de tristeza, o de vergüenza**. Hablar con ellos acerca de los cambios que esperan que se produzcan ahora que la adicción de su progenitor o progenitores está en tratamiento.
3. **Normalizar** en la familia las reacciones y respuestas de temor, inseguridad, de miedo al futuro, etcétera.
4. Ayudar a los padres a **recuperar unas respuestas adecuadas de apego**, superando el sentido de culpa por todo lo que no han hecho o no han podido hacer previamente con sus hijos.
5. Ayudar a que la familia **se identifique con una forma de funcionamiento** que tuvieron quizás en el pasado, o que pueda representar su forma de ser o el estilo de su familia extensa.

En definitiva, es muy importante considerar que el objetivo de parar y aislar, o afrontar con mucha eficacia, las consecuencias de la adicción es central. Y también que cuando esto se consigue en la familia es esperable un vacío, porque la conducta de alcoholismo ha organizado sus vidas y por lo tanto necesitan aprender una nueva forma de crear estructura y estabilidad. Es muy importante que la familia aprenda nuevas rutinas y rituales que les procuren una nueva identidad, un sentido de reconocerse como familia y que esté al margen del alcohol.

12.4 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. Los efectos del alcoholismo de los padres sobre los hijos tienen un vertiente social importante (pérdida del trabajo, mudanzas y otros cambios, etc.) pero es muy importante el efecto emocional que a veces es menos visible: sentimientos de vergüenza, culpa, aislamiento, confusión, rabia, y desamparo.

2. La co-dependencia (síntomas psicológicos y a veces físicos en la pareja de la persona alcohólica), el secreto, y algunos roles particulares de los menores ("chivo expiatorio", "hipermaduro", "gracioso","niño perdido") son pautas que debemos trabajar con la familia que convive con un problema de alcoholismo.

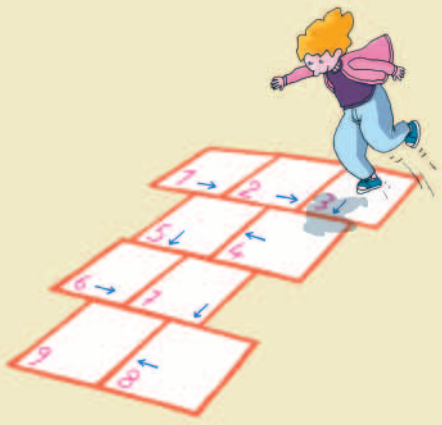
3. Crear una "Comunidad de afectados" es una estrategia de intervención psico-educativa necesaria en nuestro trabajo con familias. Consiste en unir a todos los "afectados" psicológicamente, emocionalmente, afectivamente, y socialmente (en general la familia y personas cercanas) para generar una buena estrategia de afrontamiento, sin culpabilidad y dando prioridad a la protección de los menores.

4. La literatura sobre el trabajo con familias en las que hay un problema de alcoholismo describe algunos roles estereotipados que pueden entenderse como formas diferentes de tratar el alto nivel de ansiedad y estrés que habitualmente tienen estas familias: El "hijo problema" o "chivo expiatorio"; el "héroe" o hijo hipermaduro; la "mascota" o el "payaso"; el "niño perdido".

5. La dificultad del alcohol, u otras adicciones, debe tomarse como un foco central de la intervención. Cuando esto no se hace adecuadamente, especialmente en familias en las que los problemas de adicción juegan un papel importante de la historia de la familia, las posibilidades de crear un cambio dentro de ella son escasas.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- STEINGLAS, P. (1999). *La familia alcohólica*. Editorial Gedisa.



12.5 Observa y prueba: "La dependencia invisible"

Te sugerimos una reflexión sobre la intervención familiar en situaciones de adicción a través de dos casos muy diferentes. A continuación tienes una breve descripción de los casos y una serie de preguntas a responder sobre los elementos que son claves en la intervención en este ámbito:

PRIMER EJEMPLO:

Familia:

Noa (3 años)
Richi, padre (27 años)
Laura, madre (26 años)
Carmen, bisabuela materna (71 años)

Problema y antecedentes.

Richi ha sido usuario de los servicios sociales, y de la unidad municipal de drogodependencias. Proviene de una familia que ha tenido muchas dificultades por el alcoholismo y la conducta violenta de su padre; el padre de Richi era agresivo, tanto dentro de la familia como en la comunidad, cuando estaba bajo los efectos del alcohol. El hermano mayor de Richi está en la cárcel por delitos de robo con violencia asociados a toxicomanía. Richi fue un niño descrito como muy inteligente en la escuela que sufrió con mucha probabilidad agresiones de su padre por interponerse en los abusos de este hacia su madre. Su adolescencia fue muy conflictiva. No se sabe cuándo empezó a consumir drogas pero a partir de los 20 años ha estado en varios procesos de tratamiento que nunca han tenido éxito duradero.

Richi conoció a Laura hace tres años cuando inició un programa de metadona después de un ingreso de desintoxicación. Durante un año la relación entre ambos aportó una etapa de estabilidad, pero antes del embarazo (del que nació Noa) la relación se hizo conflictiva y Richi recayó en consumos arrastrando a Laura a consumos esporádicos y abuso del alcohol (Laura no había tenido previamente una adicción pero había consumido porros y alcohol). El embarazo supuso una motivación importante para Laura que mejoró respecto a sus consumos, pero Noa nació con muy poco peso y hay sospechas de que fuera resultado de conductas de riesgo durante el embarazo. Richi no tuvo un cambio significativo y la conflictividad de la pareja desde el primer año de vida de Noa ha sido evidente y conocida por los servicios sociales. En una ocasión, teniendo Noa 18 meses, Laura abandono con ella el domicilio familiar y se fue a vivir con Carmen, su abuela, durante cinco semanas. A pesar de que fue un

periodo de tiempo en el que Laura y Noa se sintieron muy bien y todo parecía funcionar mucho mejor, Laura y Richi volvieron a juntarse y la conflictividad de la pareja aumentó.

Laura no tiene consumos de otras drogas pero reconoce que en ocasiones bebe demasiado para poder estar con Richi. Richi, por su parte, afirma que está "dejando todo, menos algún porro de vez en cuando", pero niega que abusa casi diariamente del alcohol a pesar de que esto es evidente.

Laura sólo tiene el apoyo de su abuela ya que su madre (46 años) está muy alejada y vive con un compañero que Laura apenas conoce, y su padre "desapareció" del hogar cuando Laura era muy pequeña. Carmen es una mujer con mucha energía y que muestra un gran cariño y motivación para que se mejore la situación tanto de Noa como de Laura; incluso con Richi a tenido buena relación en los periodos en los que éste ha estado en tratamiento; de hecho, Richi tiene un gran respeto por Carmen.

Observaciones anotadas en las entrevistas iniciales:

- La dependencia que Richi y Laura han tenido de las drogas es claramente reconocida por Laura, que es consciente de que, aunque ahora ella ha cambiado mucho, necesitarían los dos un cambio radical sobre alcohol y drogas para poder criar a Noa; se siente muy culpable de no haber cuidado a su hija mejor y reconoce que a veces esto le genera mucha ansiedad.
- Por parte de Richi hay también cierto reconocimiento de su dependencia pero tiende a culpar a Laura de haber querido tener una hija que él no quería porque no tenían forma de sacarla adelante.
- Laura muestra un gran sentido de culpa por el daño causado a Noa, y confiesa que en una ocasión Richi perdió los nervios y ella tuvo que interponerse para que Richi no hiciese daño a la niña; sin embargo, dice que sabe que él "no era consciente".
- Richi también muestra culpabilidad por no ser buen padre, pero dice que va "a ponerse las pilas" y recuerda haber sido maltratado por su padre; piensa que ahora ha "tocado fondo".
- Laura solicita que busquemos un tratamiento de comunidad terapéutica o similar para su Richi, pero Richi no lo ve necesario y no está dispuesto.
- La relación que han tenido Richi y Laura con el alcohol y las drogas parece estar muy asociada con la dependencia afectiva que tienen el uno del otro.

- Los dos dicen que Noa es lo más importante ahora en sus vidas (ante el temor a una tutela y separación de la menor) pero están muy inundados por sus problemas de pareja y por sus disputas sobre el riesgo de consumos de Richi, especialmente porque Noa le acusa de no ser sincero y de no ver que está siempre bebiendo. En su conflicto influye mucho la necesidad de dinero (acusaciones mutuas de gastarse el dinero de forma egoísta).
- En una entrevista con Carmen (abuela de Laura) ésta se muestra muy dispuesta a apoyar cualquier intervención que mejore la vida de Noa. Parece tener claro que Noa no puede estar con sus padres mientras Richi no entre en un tratamiento y se lo tome en serio. También le preocupa que Laura dice estar de acuerdo con esta idea pero sigue teniendo una dependencia afectiva muy grande de Richi.

1. El reconocimiento de la adicción es ambivalente y con elementos importantes de negación¿Cómo planificarías una intervención orientada a explicarles a todos que la adicción es en realidad lo que está en el centro de todas las dificultades que arrastra la familia?
2. Cómo crees que e puede ayudar a que tanto Richi como Laura entiendan que Noa es absolutamente una prioridad sobre su dependencia del alcohol y su dependencia emocional en la pareja? Escribe y ensaya una intervención dirigida a Laura a solas y otra intervención dirigida a Richi
3. ¿Qué condición crees que es imprescindible para que Noa pueda seguir al cuidado de su madre y/o su padre? ¿Cómo explicarías esto a ambos de una forma constructiva y motivante?
4. ¿Cuál crees que son los recursos y las motivaciones más validas (y, por tanto, aprovechables en tu intervención) de Laura y Richi para sobreponerse a sus dependencias?
5. ¿Qué pasos darías para crear una "comunidad de afectados" por las dependencias que hasta ahora han organizado y tiranizado sus vidas. ¿A quién incluirías y como crearías ese sentido de comunidad de ayuda entre todos? ¿Qué cosas concretas crees que se puede pedir a cada miembro de la familia (Laura, Richi y Carmen)?
6. ¿Cuáles son las dificultades que más te preocupan a la hora de afrontar un caso de este tipo?
7. ¿Cuál es el nivel de seguridad o auto-eficacia (en una escala entre 1 y 10) que tienes en la práctica ante un caso que incluye factores de adicción y dependencia psicológica como este?Escribe aquellas cosas que aumentarían tu seguridad para afrontar la intervención con este tipo de casos.

SEGUNDO EJEMPLO:

Familia
- Ana (14)
- Alberto, hermano (11)
- Rebeca, madre (37)
- Ruth, abuela materna (65)
- Tomás, abuelo materno (69)

Problema y antecedentes.

Ruth y Tomas se hicieron cargo de sus nietos Ana y Alberto desde que estos fueron muy pequeños, posteriormente se formalizó su acogimiento. Rebeca se inició en una adicción de drogas duras desde prácticamente su adolescencia. El padre biológico de Ana y Alberto también tenía una severa adicción y falleció de una sobredosis cuando los niños tenían 2 y 5 años. Rebeca no tiene contacto con ellos y vive en una situación de marginalidad. En algunas ocasiones pidió ayuda económica a sus padres, pero Tomás siempre respondió con hostilidad, por lo que Ruth le llevaba ropa y comida de forma casi clandestina. Desde hace años Rebeca no tienen ningún contacto con sus hijos pero Ana dice haberla "visto por la calle", sin estar tampoco segura de si se trataba de su madre.

La intervención se inició por la solicitud de Ruth ante los problemas de comportamiento de Ana. Ruth contactó a la profesional que les había ayudado desde el programa de acogimiento y básicamente describió un cambio muy radical en su nieta: muy retraída socialmente, gran bajón en su rendimiento escolar, mucho nerviosismo en cualquier situación social, y una conducta agresiva en casa. Los enfrentamientos de Ana con Tomás han subido de tono y Ruth tiene miedo a que haya una situación de violencia; la abuela le dice machacona mente a Ana que "tienes que respetar las manías del abuelo para que haya paz", pero Ana responde enfadada que "no lo soporta".

Observaciones anotadas en la primera entrevista inicial:

- Acuden Ruth, Ana y Alberto. La abuela explica que Tomás no ha querido venir porque a partir de todos los problemas que tuvieron con Rebeca y la atención que recibieron para el acogimiento de Ana y Alberto, Tomás "se pone muy nervioso y no quiere saber nada de los servicios sociales ni de médicos ni psicólogos". Ana protesta y dice que Tomás no ha venido porque "no quiere que se sepa cómo las lía", esta afirmación y la actitud reti-

cente y enfadada de Ana genera mucha tensión en Ruth. Alberto se muestra alegre y gracioso, intenta llamar la atención con bromas y realmente sirve para bajar la tensión que experimentan Ruth y Ana. Estas explican que Alberto "siempre está haciendo teatro y tiene madera de cómico". Tanto Ruth como Ana acceden a nuestra petición de hablar un rato a solas con cada una de ellas.

- En la entrevista a solas, Ana se muestra más relajada y explica abiertamente aspectos de su vida y de los pocos recuerdos que tiene de su madre. Confiesa que tuvo un ataque de ansiedad en el instituto porque vio a su madre pidiendo dinero o cigarrillos muy cerca de la entrada al Instituto. Cuando la atendieron su profesora y el director, no quiso decirles qué su crisis se había producido por ver a su madre en la calle. Al explorar sus discusiones con Tomás nos dice que esta harta de que todos en casa tengan que estar temerosos de sus enfados y de su caprichos. Y explica que él no trata bien a la abuela porque todo lo que ella hace le parece mal. También relata que a ella su abuelo le dice cosas como "tu vas a terminar en la calle como tu madre". Nuestra sorpresa es grande cuando explica que todo esto que le irrita de su abuelo "lo hace cuando bebe". Indagamos en la conducta de beber del abuelo y Ana solamente es capaz de decir que "es un borracho, todos los días bebe por las mañanas y desde la hora de comer no hay quien le aguante".

- En la entrevista a solas con Ruth indagamos cómo ve ella el conflicto entre Tomás y Ana y pone mucho hincapié en la "rebeldía de Ana" contando el cambio negativo que ha dado y lo poco que obedece. Después matiza que Ana es muy sensible y cariñosa y que siempre ha sido muy buena. Preguntamos por las rutinas y forma de ser de Tomás: Ruth describe a una persona "maniática", "poco sociable", "amargada por el problema de drogas de su hija Rebeca", "difícil de tratar". Solamente cuando mencionamos que Ana ha comentado que el carácter del abuelo empeora cuando ha bebido, Ruth nos explica que siempre ha bebido y que con los años no puede pasar sin beber y realmente se pone muy insoportable por las tardes. Pero explica que "ya estamos acostumbrados y no va a cambiar, lo importante es dejarle que se le pase y no hacer como Ana, que entra en su juego". Al preguntarle si ella sufre por el problema de beber de Tomás nos responde "no es por la bebida, es porque la vida nos haya dado tanto sufrimiento" y se echa a llorar.

1. Esta es una familia marcada traumáticamente por la drogodependencia de Rebeca y su deterioro mental, físico, y social. Pero la familia está organizada actualmente por el alcoholismo de Tomás sin que ellos se den

cuenta de la enorme influencia que tiene sobre sus conflictos y sus rutinas cotidianas. ¿Cuál crees que es la mejor estrategia para crear conciencia de esta influencia del alcoholismo del abuelo?

2. ¿Cómo planificarías una intervención orientada a explicarles a todos que el alcoholismo de Tomás es en realidad lo que está en el centro del conflicto y no la conducta de Ana?
3. Escribe y ensaya una intervención dirigida a conseguir que Ruth entienda las reacciones de Ana. ¿Como puedes hacer que Ruth asuma que Ana responde por su rabia ante la conducta alcohólica del abuelo y también porque está afectada –como todos– por el trauma de la "perdida" de su madre? Es una intervención delicada porque Ruth muestra señales de "negación" y puede ser una persona traumáticamente afectada por el problema de su hija y el alcoholismo de su marido.
4. Escribe y ensaya una intervención con Ana orientada a que pueda entender el alcoholismo de su abuelo como una "enfermedad" y comenzar a responder de otra manera. Toma en cuenta la vulnerabilidad de Ana.
5. ¿Qué pasos darías para crear una "comunidad de afectados" por el alcoholismo –del abuelo– y las drogas –de Rebeca– en esta familia? ¿A quién incluirías y como crearías ese sentido de comunidad de ayuda entre todos? ¿Qué cosas concretas crees que se puede pedir a cada miembro de la familia (Ana, Alberto, Ruth, Tomás)?
6. ¿Qué tipo de rol característico de niños en una familia alcohólica (los descritos en el capítulo: "hijo problema/chivo expiatorio", "héroe o hipermaduro", "mascota/payaso", "niño perdido") dirías que tienen Ana y Alberto?
7. ¿Crees que Ruth estaría dentro de la tipología que hemos definido en el capítulo como "Co-dependencia"?
8. ¿Cuáles son las dificultades que más te preocupan a la hora de afrontar un caso como este?
9. ¿Cuál es el nivel de seguridad o auto-eficacia (en una escala entre 1 y 10) que tienes en la práctica ante un caso que incluye alcoholismo en un progenitor o cuidador principal? Escribe aquellas cosas que aumentarían tu seguridad para afrontar la intervención con este tipo de casos.

13

Cuando son familias multi-estresadas socialmente desfavorecidas

"Los árboles no te dejan ver el bosque" es un proverbio que se usa para indicar que alguien no puede ver un asunto o una situación en su conjunto porque está prestando atención a detalles o partes de ese asunto. La fase también nos indica que cuando prestamos continua atención a algunos aspectos urgentes podemos perder de vista qué está causando al aparición reiterada de esas urgencias. De hecho, si estoy viendo los árboles estoy viendo el bosque, una parte. Sólo que me falta perspectiva para hacerme una idea del mismo. También se utiliza popularmente la expresión "el corazón del bosque" para indicar el centro y la profundidad de un bosque. Paradójicamente, si estamos en el corazón del bosque puede que tampoco vemos el bosque porque estamos engullidos en su interior.

Las "familias multi-problemáticas" han sido un perfil "clásico" entre los usuarios de la intervención familiar en los servicios sociales. Y generalmente se trata de familias que viven en un contexto socio-económico desfavorecido, con carencias en varios ámbitos y marcado por la pobreza o por el riesgo de pobreza. Preferimos llamarlas familias "multiestresadas" porque es un término que resulta menos peyorativo y reconoce la interacción perniciosa de las dificultades psico-sociales y los estresores externos en la vida de estas familias. Esos múltiples y diversos estresores son el problema de las familias y también el nuestro. Por un lado, parece que hay muchas cosas urgentes que atender y eso divide y socava las fuerzas. Por otro lado, tanto las familias como los profesionales que intentamos ayudarlas nos perdemos con facilidad "entre los arboles" y nunca llegamos al "corazón del bosque" que podría ser ese lugar en el que sentir la fuerza de la familia y el origen de sus dificultades.

Las familias desfavorecidas con múltiples estresores presentan al mismo tiempo casi todos los tipos de dificultad que tratamos en esta guía, tanto en el ámbito social como en el personal y económico, debido a la privación sociocultural y a las graves adversidades en su historia de vida: adicciones, problemas serios para la crianza (apego) de los menores, conflictividad dentro de la familia y conflicto con entidades externas, dificultades de salud mental... Por eso son un gran desafío que

requiere una visión sistémica y una gran capacidad de colaboración en la red profesional. Son familias a las que por lo general les resulta muy difícil iniciar o sacar provecho de nuestra intervención a pesar de la necesidad apremiante de ayuda que puedan tener. Asistir a una entrevista, recibirnos con regularidad en su casa, participar de una iniciativa grupal de tipo educativo, concentrarse en cumplir objetivos…. Todo eso requiere de constancia y casi siempre surgen "crisis", "necesidades más apremiantes", "eventualidades inesperadas", que se interponen en nuestro proceso de intervención. Esto tiene también un efecto en los profesionales de la intervención familiar: desconcierto, confusión, impaciencia, irritabilidad, dudas, enfado… y quizás atribuciones muy negativas sobre la capacidad de cambiar de la familia y sobre nuestra propia capacidad de ayudarles a conseguir cambios estables y significativos.

De hecho, es bastante común que estas familias busquen ayuda sólo ante la insistencia de los servicios sociales, como consecuencia de una medida judicial, a causa de una intervención drástica en el centro educativo, o bien por la intervención inevitable de los servicios de protección a la infancia. Las ayudas económicas asociadas a la intervención familiar suelen también convertirse en una "arma de doble filo"; pueden funcionar como elemento de motivación y crear mejores condiciones para un plan de cambio en pautas de vida y cuidado familiar, pero también pueden convertirse en un objetivo que absorbe y disuelve la motivación de realizar cambios en patrones de funcionamiento familiar.

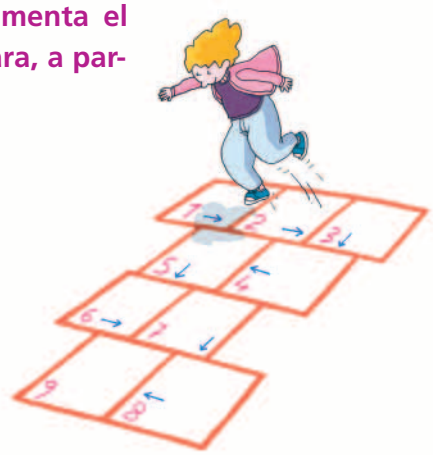
El contexto de ayuda con estas familias puede estar muy condicionado por la dependencia crónica de las ayudas de todo tipo. Esto genera un contexto negativo para establecer una relación colaborativa de ayuda. La necesidad imperiosa de ayuda produce frustración debido al funcionamiento lento de los diversos servicios y entidades implicados. La valoración de las necesidades múltiples de la familia hace que diferentes profesionales se vean implicados, provocando en la familia una sensación de "invasión" e "intromisión". Incluso para los profesionales, este contexto de "poco control" resulta incómodo. Así que la tentación de centrarse en alguno de los "árboles" que se deja más o menos trepar, olvidando una autentica exploración del "corazón del bosque", es muy grande. Dicho de otro modo, hay que ser muy cuidadosos con "no perderse" y "no perder la perspectiva global" en la intervención familiar cuando trabajamos en un contexto marcado por múltiples fuentes de estrés pisco-social.

El axioma central de la intervención familiar que te planteamos aquí es sencillo: **tenemos que explorar cual es la estructura que mantiene este bucle de problemas que alimentan otros problemas y crean una identidad "multi-problemática"; el objetivo de la intervención es un cambio global, una nueva identidad en la familia.**

13.1 ¿Familia multi-problemática o multi-tratada?

No es fácil definir qué características tienen en común las familias que se clasifican, por parte de los profesionales, como "multiproblemáticas" y que preferimos llamar multi-estresadas. A pesar de ser nombradas asiduamente por parte de los profesionales, la realidad es que su definición no es sencilla y podemos caer con mucha facilidad en estereotipos o incluso de prejuicios. Apenas hay investigación sobre esta "etiqueta" a las familias, pero recientemente un estudio nos ofrece algo de luz: comparó las características de 85 familias, definidas como «multiproblemáticas» por los profesionales que las atendían, con otras 150 familias escogidas entre la población general a través de escuelas infantiles. Utilizaron información, recogida con esmero y objetividad, para aclarar las diferencias entre ambas muestras de familias (las que habían sido calificadas de multiproblemáticas y las que se consideraron "normales") y también para identificar subtipos de familias dentro de las primeras. La conclusión de ese estudio fue que las familias denominadas «multiproblemáticas» mostraban un patrón amplio y complejo de factores estresantes en siete ámbitos diferentes: factores infantiles, factores parentales, problemas de crianza, problemas de funcionamiento familiar, problemas contextuales, problemas de red social y problemas de salud mental. Se identificaron tres tipos de familias bastante distintas: (1) Familias que experimentan dificultades debido al contexto social (problemas financieros, relaciones tensas con la comunidad, problemas con el sistema de justicia, etc.) y no debido a conflictos con el menor ni con el funcionamiento de los padres o la familia; (2) familias multiproblemáticas, que tienen problemas de salud mental o de comportamiento, que incluyen dificultades graves para la crianza de los hijos y el funcionamiento familiar; y (3) familias con problemas moderados centrados en los niños, que tienen problemas de funcionamiento familiar menos severos, aunque los niños de estas familias presentan dificultades externalizadas como comportamiento agresivo, oposicional o necesidad de ingresos en centros.

Así que merece la pena poner atención y no embarcarse en una denominación general que mezcla situaciones y dificultades muy diferentes. De hecho cada uno de esos res tipos tipos de familias constituyen un desafío diferente y específico para nuestra intervención. En realidad, cada familia (al margen de clasificaciones generales) debería ser en sí misma un territorio por descubrir desde el punto de vista de nuestra intervención. **Cuando trabajamos con familias que tienen múltiples tipos de estresores y afrontamos diversos tipos de problemas que generan riesgo y crisis, deberíamos comenzar por identificar cómo cada una de ellas en particular experimenta el impacto y la interacción de esas diversas fuentes de estrés, para, a par-**



tir de ese conocimiento, iniciar nuestra intervención como si se tratase de viaje al corazón del bosque.

Con mucha probabilidad, cuando estableces el primer contacto con una familia desfavorecida con múltiples dificultades, esa familia ha recibido ya varias formas de intervención de los servicios sociales, el sistema de justicia o la policia, alguna ONG, autoridades escolares, etc. Intervenciones de ayuda o control, voluntarias o coercitivas, exitosas y fracasadas. En situaciones de crisis, la familia puede haber experimentado lo que significa reunirse con profesionales diversos (policías, médicos, funcionarios de educación, trabajadores sociales) que se apresuran a intervenir de forma casi simultánea y en ocasiones sin mucha coordinación. Ya hemos señalado a lo largo de esta Guía la importancia de complementar la ayuda y el control desde el marco de los servicios sociales, pero cabe insistir aquí porque las familias desfavorecidas y multi-estresadas suelen sufrir más que ningún otro usuario la contaminación o confusión entre lo que es voluntario y lo que es obligatorio; por ejemplo, ¿cómo pueden los padres rechazar la participación en un taller «voluntario» sobre crianza de los hijos cuando tienen una necesidad urgente de ayuda económica que proviene de la misma entidad que organiza dicho taller? Aunque en realidad ningún profesional vaya a asociar el taller y la tramitación de la ayuda ¿es tan difícil de entender que la familia "construya" esa asociación en su mente?

Debido a la complejidad y a la recursividad de las dificultades, la familia que afronta múltiples frentes de estrés puede convertirse rápidamente en una familia multitratada. ¿Cómo vamos a transmitir de manera convincente a la familia que nuestra ayuda es única y distinta de otros contextos profesionales? ¿Cómo vamos a construir una relación de alianza de trabajo con la familia basada en la seguridad y la confianza? ¿Cómo vamos a transmitir nuestra visión de la familia como un sistema que nos interesa de forma genuina, individual, intransferible, única? Los obstáculos para conseguir esto no provienen solamente de la familia, se originan con mucha frecuencia en "nuestro" sistema profesional: vamos a tener muchas presiones.

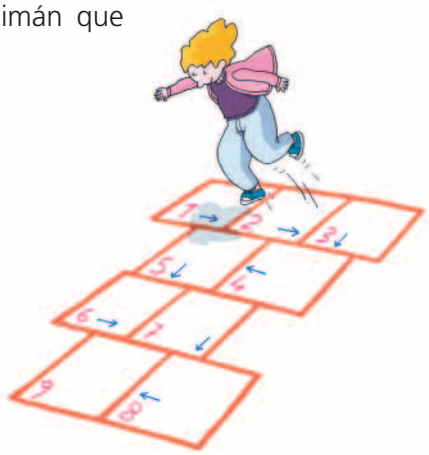
La intervención en una familia desfavorecida y multiestresada conlleva atender a múltiples objetivos que nos van a llegar de otros tantos servicios profesionales: nos piden hacer intervención individual para el adolescente, nos crean urgencia para trabajar el manejo de la ira para el padre, nos pregunta por alternativas de socialización o lúdicas para el niño pequeño, nos informan del riesgo o dudas sobre la salud mental de la madre, nos piden un informe de riesgo para un adolescente que podría tener una medida residencial como consecuencia de un juicio inminente…). Esto en ocasiones puede desbordarte, o al menos ponerte

al límite. Nuestra intención de colaborar con los diversos profesionales que ya están involucrados con la familia a veces choca con vernos en la necesidad de contradecir, por ejemplo, una recomendación para tratar individualmente el manejo de la ira de un adolescente y, en su lugar, sugerir un enfoque más centrado en el conflicto que existe en la pareja parental porque pensamos que ahí está el origen de la ira del adolescente.

Resistir las presiones, las urgencias, los objetivos parciales… y construir una colaboración sólida con la familia. Es un gran desafío que requiere convicción y fortaleza. Pero no parece que haya otro camino cuando trabajamos en un contexto lleno de carencias y con muchas fuentes de estrés que se retroalimentan entre sí. Si el sistema profesional (es decir, los diversos profesionales que intervienen desde ámbitos diversos) comparte esta idea, la probabilidad de hacer un trabajo eficiente es mucho mayor. Se hace más necesario que nunca construir una colaboración solida entre profesionales para poder comprender de forma sistémica e integral la dificultad (en singular) de la familia que genera tantos problemas.

13.2 Estrés crónico y acomodación al caos

Como ya hemos señalado más arriba, cuando estableces el primer contacto con una familia desfavorecida con múltiples dificultades, esa familia casi siempre ha recibido ya varias formas de intervención pro parte de diversos servicios y profesionales. Eso nos lleva directamente al tema de la cronicidad que hemos tratado en el Capítulo 8 de esta Guía. La cronificación de las dificultades de la familia es precisamente una característica que casi siempre complica nuestro trabajo con familias desfavorecidas que presentan múltiples tensiones. **Lo habitual es que entremos en escena mucho después de que la familia haya estado expuesta a múltiples intentos repetidos de intervención y a muchos fracasos o frustraciones. Y eso representa un fenómeno que denominamos "estrés crónico". La experiencia vital de estrés crónico genera una cierta acomodación al mismo, y también a la falta de estructura e incluso el caos consecuente.** Pero no nos tenemos que confundir: "acomodación" no tiene un significado positivo en este caso. El estrés crónico despierta obviamente estrategias de afrontamiento para sobrevivir, pero dichas estrategias son ineficaces cuando el resultado es que la familia no ha podido salir de su situación de dificultad múltiple. El estrés crónico es un factor que aumenta la probabilidad de sufrir adversidades y factores de riesgo. El poder magnifico del estrés crónico es enorme, funciona como un gran imán que atrae, desafortunadamente, muchos problemas.



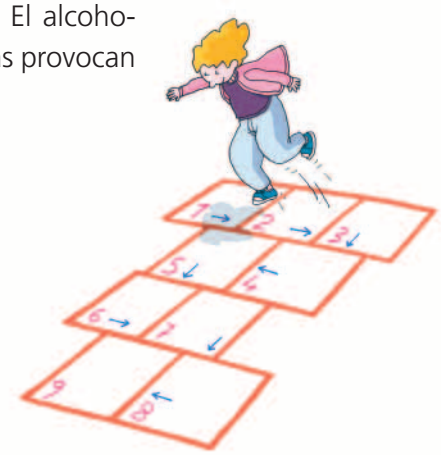
A veces los familiares están tan acostumbrados a la crisis y al caos que describen su experiencia simplemente como «nuestra forma de vida». **De hecho, cuando la privación, el conflicto y la negligencia son el único contexto social que experimenta un niño, no es de extrañar que como adulto vuelva a crear el mismo tipo de entorno familiar.** Ahí tenemos la clave de un mecanismo de transmisión de las dificultades entre generaciones, algo que podríamos llamar "transmisión inter-generacional": los progenitores se extrañan y se defienden ante una intervención que se produce por una situación que para ellos es "positiva". Un par de ejemplos:

- *Carmen no puede comprender la tristeza y decaimiento grave del ánimo de Lucia, su hija adolescente, porque el padre alcohólico ha abandonado finalmente el hogar después de muchos años de conflictividad; Carmen sufrió maltrato en su infancia, maltrato perpetrado por su padre alcohólico y tuvo que ver ese mismo maltrato ejercido sobre su madre. Para esta madre el abandono actual del hogar por parte del marido es algo "positivo" y no puede entender que no represente un "alivio" para Lucia. Esto genera un conflicto de la madre con los servicios sociales que le advierten del daño emocional de su hija y del riesgo que supone; también genera un conflicto entre la madre y la hija por esta gran divergencia emocional; igualmente genera un conflicto entre Lucia y los profesionales que han irrumpido en la vida familiar por su estado de ánimo, creando una culpabilización de la adolescente ante toda su familia.*
- *Juan y Melania se conocieron siendo prácticamente adolescentes porque ambos vivían en un poblado que carecía de las condiciones mínimas de habitabilidad. Tuvieron su primera hija con 18 años y otros dos hijos en los 4 años siguientes. Han vivido en diversas localidades y siempre en el límite de la pobreza. Su relación ha estado marcada por el conflicto y han mostrado muchas carencias en la crianza de sus hijos, carencias incrementadas especialmente por periodos depresivos de Melania que nunca han sido adecuadamente tratados en Salud Mental. Cuando su hija mayor se fuga de casa con 15 años, la familia se ve inmersa en un proceso de valoración e intervención. La reacción principal de Juan y Melania es de gran enfado con dicho proceso: no entienden que les consideren en situación de riesgo para los hijos a pesar de todo el trabajo que les ha supuesto salir adelante en la vida y "mejorar" las condiciones de vida que ellos tenían con sus familias en el poblado. Lo que quieren es que la policía vaya a buscar a su hija ya que saben que está con la familia de su "novio"; consideran que no hay un riesgo para su hija, simplemente quieren restablecer su derecho a decidir en qué condiciones su hija puede irse con un novio.*

En estos ejemplos, hay un gran choque entre el punto de vista de la familia (al menos el de los progenitores) y la valoración que hacemos de las condiciones mínimas para asegurar que las necesidades físicas, sociales y emocionales de los hijos están bien atendidas. Ese choque puede convertir la intervención en una confrontación. **La responsabilidad del profesional es comenzar por "entender" la experiencia vital y subjetiva que "explica" la posición de la familia. Hemos de preguntarnos qué experiencia vital da sentido y legitimidad a esa posición de la familia. Obviamente, no buscamos esa comprensión para justificar o perpetuar una posición de ese tipo sino para cambiarla con más facilidad.**

Con frecuencia calificamos esas posturas de acomodación como "negación" o "minimización" y las valoramos como negligencia. Pero no debemos olvidar que este tipo de negación o minimización de los problemas es una respuesta o adaptación natural a las condiciones de vida caóticas, incluida la violencia y la dependencia de las drogas y el alcohol. Por otra parte, como se explicó en el apartado 5.4 de esta Guía, en algunos casos la negación puede ser (a) un mecanismo de defensa inconsciente que ayuda a las personas a sobrellevar el trauma relacional crónico; o bien (b) una dificultad para entender necesidades por parte de personas que nunca han visto atendidas esas necesidades en su propia infancia. Pensemos por lo tanto que cuando los problemas de la vida parecen insuperables, negar su existencia o la gravedad del riesgo es totalmente comprensible. La ayuda de nuestra intervención tiene como objetivo preparar a las personas para un cambio que sabemos sí es posible, sin ignorar la dificultad y las limitaciones creadas por un estrés crónico en sus vidas.

Para algunas familias el contexto de riesgo y las múltiples fuentes de estrés o múltiples problemas han pasado a convertirse en una forma de vida. Se trata de un medio en el que han aprendido a desenvolverse y, por tanto, el único contexto de socialización de los hijos. En algunos casos, cuando planificamos la intervención, podemos detectar que la acomodación de la familia ha creado una "identidad de victimización". La familia se presenta inicialmente como víctima de las dificultades, mostrando un reconocimiento del problema pero una falta total de capacidad para hacer nada. **No debemos interpretar esa posición de "victimización" y la consecuente actitud de "no podemos hacer nada", como un rechazo a nuestra ayuda profesional sino como una barrera o limitación que debemos trabajar. Es esencial recordar que esa actitud de victimización en ocasiones se asienta en una realidad vivida –la familia, en realidad, ha tenido que sufrir situaciones de deprivación, de carencias injustas o de conflictos no causados por ellos–.** El alcoholismo y otras adicciones que aparecen con frecuencia en estas familias provocan



también un síntoma consistente en la negación de la propia conducta de dependencia. Otras veces, esa experiencia vital repleta de carencias (sociales, económicas y afectivas) o conflictos prolongados, produce una dificultad severa para entender el problema que ha llevado a recomendar o prescribir la intervención. Como hemos esquematizado en el apartado 5.4 de esta Guía, nuestro trabajo comienza por entender y modificar el posicionamiento de la familia ante el problema. Es comprensible que una familia desfavorecida y multiestresada experimente una reticencia inicial extrema o incluso hostilidad ante la intervención familiar. No es raro que los padres oculten o minimicen los problemas cuando sienten que no los van a poder afrontar o bien no sean capaces de entender su alcance y gravedad. No debemos atribuir una intención de engaño hacia nosotros sino interpretar esa ocultación (consciente o inconsciente) como una falta de seguridad en la ayuda profesional que les estamos ofreciendo. Dicho de forma clara: La desconfianza es una respuesta natural cuando se condiciona u obliga a las personas a participar en algo que todavía no tiene sentido o razón para ellas.

13.3 ¿Quién es el "cliente" en ese caso? ¿Usuarios involuntarios?

Como ya hemos mencionado más arriba, es bastante frecuente que **las familias multiestesadas y socialmente desfavorecidas sean derivadas a algún tipo de intervención por una autoridad que tiene control sobre algún aspecto de sus vidas;** por ejemplo, que se requiera que toda una familia reciba servicios de «preservación familiar» después de alguna evidencia de negligencia parental, o bien que se prescriba la participación de la familia en una intervención orientada a la la rehabilitación de un adolescente que haya sido violento en el hogar o en la escuela, o incluso que la intervención familiar sea consecuencia directa o indirecta de una medida judicial. A veces no es tan clara la situación de "derviación" o "prescripción" de la intervención con la familia pero existen "condiciones" o "recomendaciones" (por parte de profesionales del sistema educativo, de servicios sociales o de salud, o incluso de algún líder religioso de su comunidad) que generan una gran presión sobre la familia.

En este contexto de obligación, condicionamiento o presión, surge una pregunta esencial **¿Es posible construir alianza de trabajo realmente productiva con clientes involuntarios?** La respuesta a esta pregunta tiene múltiples fuentes de información. Por una parte, la experiencia práctica nos dice que no

solamente es posible sino que ocurre todos los días: una gran parte de las intervenciones exitosas se inician con familias involuntarias que posteriormente aceptan o incluso solicitan la ayuda profesional. Por otra parte, existe investigación (escasa pero contundente) que ha comparado la creación de alianza de trabajo en familias que acuden a intervenciones familiares de forma voluntaria y en familias involuntarias: los resultados alentadores e instructivos.

¿Disposición, motivación, o capacidad?

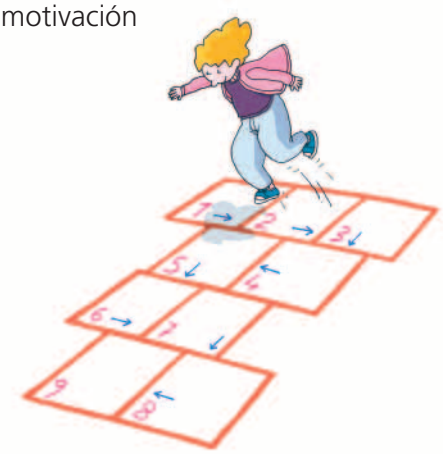
En la práctica del trabajo con familias desfavorecidas y multiestesadas hemos aprendido a no hacer generalizaciones a partir de la actitud inicial ante nuestra intervención. A veces, las familias que tienen un comienzo más difícil resultan las más beneficiadas y colaboradoras de la intervención. Igualmente, algunas familias que tienen un comienzo aparentemente complaciente y colaborador se convierten en casos frustrantes y con resultados insuficientes o incluso negativos. **Podemos decir que el posicionamiento inicial (i la actitud del usuario) con frecuencia no es lo que parece.** Necesitamos un esquema de valoración que nos ayude a discriminar adecuadamente el pronostico del resultado de la intervención.

Una directriz que resulta de utilidad en la practica es diferenciar estos tres aspectos en la familia con la que trabajamos:

(1) **Disposición** o actitud inicial ante la intervención
(2) **Motivación** para generar cambios
(3) **Capacidad** para generar cambios

Son tres aspectos relacionados pero independientes y que hemos de valorar sin confundir unos con otros. La disposición inicial puede estar marcada por la defensividad, rechazo, desconfianza, hostilidad… o bien por la complacencia, aceptación o solicitud. Pero no debemos confundir esta disposición inicial (una actitud) con la motivación para cambiar patrones de funcionamiento familiar y aun menos con la capacidad de la familia para construir cambios sostenibles.

En ocasiones una disposición negativa, mostrarse a la defensiva o sentirse injustamente tratados, es precisamente un indicador de motivación: a los miembros de la familia les preocupa y les afecta lo que acontece en sus vidas, no quieren intervenciones que no entienden o que no ven ajustadas a sus necesidades; quieren ser escuchados y ayudados de otra forma. Por el contrario, una actitud complaciente con la intervención no garantiza una autentica motivación para cambiar: en algunos casos representa simplemente una posibilidad pasiva que indica dependencia de la ayuda profesional y poca motivación intrínseca.



Y finalmente, **es muy importante entender que una disposición/actitud inicial negativa ante la ayuda profesional no predice una falta de capacidad para realizar cambios. Puede incluso indicar lo contrario.** Igualmente, nos podemos encontrar que cuando trabajamos con una familia que tiene (o hemos conseguido con tiempo y esfuerzo) una actitud y motivación positiva ante la intervención, hemos de aceptar (a veces contra el pronóstico inicial) que la familia tiene serias limitaciones para realizar cambios importantes en su funcionamiento: su capacidad está bloqueada por factores difíciles de modificar o bien que pueden requerir mucho tiempo para ser modificados.

Por lo tanto, **ni los usuarios voluntarios y aparentemente motivados son una plena garantía de éxito (aunque nos hagan más fácil el inicio) ni tampoco los usuarios involuntarios (y que por ello ofrecen muchas dificultades iniciales) deben hacernos pensar en un pronóstico negativo.** Hemos de trabajar considerando la disposición/actitud inicial, la motivación, y la capacidad de cambio como factores independientes que conforman una interacción esencial para el resultado de la intervención.

Investigación con clientes involuntarios

En general, los resultados de la investigación que ha comparado familias voluntarias e involuntarias en cuanto a la construcción de colaboración para la intervención indica lo siguiente:

(a) las familias involuntarias tenían alianzas observables más problemáticas al comienzo

(b) **en un periodo my breve (unas cuatro entrevistas) ambos tipos de familias colaboraban de forma similar.**

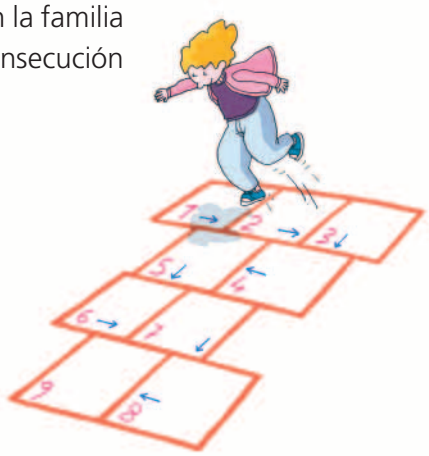
(c) curiosamente, no se trató solamente de que las familias involuntarias hubieran mejorado el comportamiento relacionado con la alianza, sino de que todas las dimensiones de la alianza que se observaron se fueron haciendo más similares (para lo mejor y para lo peor) a lo largo del tiempo en los dos grupos (las familias involuntarias mejoran en algunos aspectos y las voluntarias presentan dificultades de colaboración que al principio no se veían tan claras)

Veamos, de forma simplificada, la lógica y los resultados de uno de estos estudios realizados con familias multiproblemáticas. Uno de ellos consistió en comparar 20 familias involuntarias y 20 voluntarias, que fueron atendidas en terapia familiar por diversos profesioanles. Entre las 20 familias involuntarias,

seis fueron obligadas legalmente por los tribunales, cinco fueron remitidas por el sistema educativo o de protección, cinco por los servicios de salud mental y cuatro por centros de atención primaria. Por el contrario, las 20 familias voluntarias fueron a terapia familiar de forma voluntaria, esto es, por decisión propia. Los problemas descritos por las familias en ambos grupos fueron complejos y múltiples, incluyendo conflicto intrafamiliar muy diverso y rupturas personales, divorcio, fallecimientos, etc.. Los investigadores tenían un método muy meticuloso para seleccionar familias comparables a partir de una gran muestra de casos atendidos durante un período de ocho años. Este proceso aseguró que la única diferencia entre los grupos (voluntario versus involuntario) fuera la condición de derivación, es decir, acudir a terapia por iniciativa propia o hacerlo bajo la presión u obligación de otra entidad o autoridad. Una segunda condición para la inclusión de las familias en el estudio fue un análisis detallado del registro archivado de las entrevistas para determinar cómo los familiares habían descrito sus motivos para buscar ayuda. En el grupo involuntario, al menos más de la mitad de los miembros de la familia que participaban habían declarado claramente que no deseaban, no necesitaban ni creían en la utilidad de recibir ayuda profesional. La inclusión en el grupo voluntario requirió que ninguno de los miembros de la familia que participaban expresara este sentimiento de involuntariedad, presión o rechazo; todos acudían inicialmente con complacencia.

Las observaciones de la primera entrevista con toda la familia mostraron que, en comparación con las familias voluntarias, aquellas que habían sido presionadas para buscar ayuda demostraron de manera significativa menor participación en el proceso, menor conexión emocional con el profesional y menos seguridad dentro del contexto de la intervención, así como un sentido de propósito compartido más problemático. Sin embargo, en la cuarta sesión de trabajo con la familia, la única diferencia grupal se situó en el nivel observado de enganche en el proceso: la implicación fue menor en las familias involuntarias pero ya había pasado de negativa a ser positiva, al igual que su conexión emocional y su nivel de seguridad y colaboración intra-familiar. Además, resultó sorprendente que las familias voluntarias demostraron un comportamiento más problemático en la dimensión de seguridad a medida que avanzaban las sesiones de intervención, algo que no ocurrió con las familias involuntarias. Parece claro que, en los primeros encuentros con las familias, sentirse cómodo y seguro en el contexto intervención es tan esencial para los usuarios voluntarios como para los involuntarios.

Cuando nos fijamos en los resultados finales de la intervención con la familia hay dos aspectos esenciales que comparar: por un lado el nivel de consecución



de los objetivos de cambio para familias voluntarias e involuntarias; y, por otro lado, ver si la alianza de trabajo conseguida podía predecir el resultado final de la intervención con todas las familias. El estudio que estamos describiendo llegó a estas dos claras conclusiones: (a) no hubo diferencia en el nivel de resultados entre los casos voluntarios e involuntarios; y (b) en la cuarta sesión de trabajo conjunto con la familia se encontró que las dimensiones más sistémicas de la alianza (evidencias de seguridad y de colaboración entre miembros de la familia) permitían hacer una predicción del resultado final.

Los resultados de este tipo de estudios, siendo todavía escasos y limitados, subrayan la importancia de la construcción de alianzas con casos especialmente difíciles como son las familias multiestresadas y socialmente desafavorecidas. Los resultados sugieren igualmente que, al prestar mucha atención al enganche del cliente y la colaboración dentro de la familia (alianza intrafamiliar), los profesionales podemos hacer un buen trabajo con las familias con estrés múltiple, incluso cuando esas familias no buscan de forma voluntaria nuestra ayuda.

13.4 Diversidad y funcionamiento familiar: etnicidad, aculturación, y pobreza

En ocasiones la diversidad cultural, de costumbres y modelos de familias, que por lo general es una fuente de riqueza, se torna una barrera cuando se produce una situación en la que la intervención familiar choca con diferencias graves entre el estándar de exigencia sobre las necesidades de protección a la infancia de nuestra cultura y la perspectiva de experiencias vitales de las familias que forman parte o han sido socializadas dentro de otras comunidades étnicas o culturales. **Las diferencias de todo tipo en el marco de las relaciones familiares, es decir, diferencias asociadas a la raza, a la etnia, a la religión, a la cultura, al género, a la orientación sexual, etcétera no tienen que considerarse en absoluto una fuente de dificultad. Incluso cuando esas diferencias son notables entre los trabajadores que forman parte del sistema de intervención y los usuarios de la intervención familiar.** Esas diferencias en muchos casos comportan incluso un ámbito de aprendizaje y de crecimiento para todos los participantes en el sistema de intervención. Son, por lo tanto, una fuente de integración para la familia al igual que de aprendizaje y capacitación para la integración por parte de los profesionales.

Sin embargo, cuando esas características diferenciales y de diversidad no se manejan de forma adecuada, pueden pasar a formar parte de la estructura que

mantiene el problema o del bloqueo en el proceso de cambio cuando se convierten en una barrera para la relación de trabajo entre el equipo profesional y la familia.

Diferencias étnicas en costumbres y funcionamiento familiar

Hay bastantes estudios en la actualidad que han mostrado cómo las diferencias étnicas, que marcan por lo general las costumbres, entre los usuarios de los programas de atención familiar y los trabajadores de dichos programas pueden hacer más difícil el establecimiento de la necesaria alianza de trabajo que ha de basarse en un conocimiento mutuo y en una confianza mutua. Estas dificultades afectan en ocasiones a la confianza inicial en el contexto de intervención, que es un pilar esencial del modelo de intervención. Esos estudios han demostrado, por ejemplo, que **algunas intervenciones en el marco de los servicios sociales (especialmente cuando tienen que ver con la protección a los menores) tienen un éxito mayor cuando los profesionales que las encarnan, se ajustan y reflejan de manera adecuada los valores de la comunidad de sus usuarios (bien en su estilo y lenguaje como en otras características visibles).** Valores generalmente representativos culturalmente de la etnia a la que pertenecen. Cuando la intervención está originada en una alarma sobre el nivel de desprotección de los menores y las normas (sociales y legales) de nuestra comunidad pueden aparentemente entrar en conflicto con algunas costumbres o normas de la familia, incluso en esos casos la capacidad de los trabajadores para reconocer las expectativas y las costumbres de esas familias, en lo concerniente al cuidado y a la protección va, a ser fundamental cara al establecimiento de una relación adecuada para promover una intervención eficaz. Nos encontramos con ocasiones en las que una situación de negligencia o una situación de abuso (por ejemplo, la utilización de un castigo físico o del trabajo de los menores) esté "justificada" dentro de la familia por aquello que ellos han vivido como norma aceptada en su comunidad. Es importante en esos casos que la intervención tenga una sensibilidad grande y esté adecuada al tipo de relación que vaya a considerarse aceptada dentro de la familia con la que vamos a trabajar. Tendremos que tomar en cuenta cómo funciona la jerarquía dentro de esa familia: cuáles son las figuras de autoridad, cuál es el estilo más apropiado para trabajar con subsistemas de la familia, cómo se debe proceder en los contactos iniciales y con quién deben realizarse, qué figuras, dentro de la comunidad a la que pertenece esa familia, de respeto y de autoridad pueden ayudarnos a establecer un puente de comunicación o de contacto para realizar la intervención. También va a ser importante que seamos capaces de enmarcar dentro de las costumbres y normas de esa comunidad lo que para

nosotros son conductas de riesgo en relación con lo que es esperable dentro de una familia en el trato de respeto, afectividad y cuidado con sus menores.

Lógicamente nuestros indicadores de riesgo van a ser igualmente válidos y operativos para cualquier familia, pero el trabajo educativo, de negociación y de propuestas de cambio dentro de la familia, será bloqueado y descalificado si la familia tiene la oportunidad (o nosotros le damos la oportunidad) de rechazarlos porque no hemos tenido una consideración adecuada de sus particularidades culturales al relacionarnos con ellos. Dicho de otra forma, **necesitaremos partir de entender y respetar el punto de vista cultural de esa comunidad incluso cuando nuestro objetivo claramente sea conseguir que esa familia cambie radicalmente alguna conducta de riesgo que puede generar o haya generado un daño.**

La intervención de protección a la infancia se basa en la preservación de algunos valores y derechos de la infancia que son universales y están refrendados por la legislación de nuestro país. Estos derechos no son negociables pero sí hemos de ser capaces de hacer esa intervención bajo el respeto a los valores específicos y diferentes en comunidades étnicas o culturales diversas. El estilo de las comunicaciones (las notificaciones, las presentaciones de los profesionales, las citas iniciales, etcétera) va a ser muy importante en el trabajo con comunidades étnicas diferentes. En ese estilo es fundamental que tanto las costumbres relacionadas con el género o con la edad sean bien manejadas por los técnicos de la intervención. La manera en que dentro de cada comunidad cultural o étnica se negocian las cosas (dentro de la familia para la realización de tareas y la asunción de roles, como la negociación de la familia con su comunidad y con entidades instituciones) es bastante diferente en cada cultura. Por ello se ha de tomar muy en cuenta cuál es la forma más adecuada de trabajo para no crear un círculo de antagonismo y rechazo continuo que puede ser parte de una cronificación del caso.

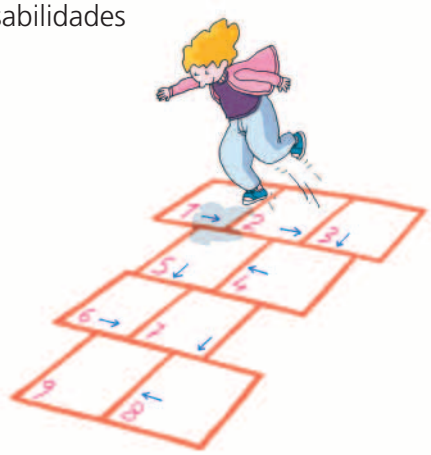
El manejo de las emociones y de la comunicación dentro de la familia es muy diferente entre comunidades que provienen por ejemplo del Caribe o del norte o este de Europa, o culturas de los países latinos o mediterráneos. Y esas diferencias hacen que conductas que en unas culturas puedan considerarse cálidas y cordiales, en otras pueden considerarse frías e intrusivas. **El conocimiento de las diferencias culturales y el trabajo con ellas en el proceso de intervención con la familia son cruciales.** Debemos saber cómo comunicar respeto y empatía de una manera afectiva, convincente y genuina en familias que pertenecen a culturas, razas y etnias diferentes. Es importante saber en todos esos casos como utilizar el respeto, la empatía, y la cercanía emocional, para crear una intervención que pueda promover cambios necesarios, que pueda promover correcciones adecuadas para garantizar el nivel de protección.

Aculturación

Actualmente, en el contexto en el que vivimos ha tenido un fuerte impacto la emigración desde diversos países con culturas y religiones diferentes; nos encontramos en ocasiones con que la generación de los padres o abuelos en esas familias tienen un nivel muy diferente de integración y aculturización que la generación de sus menores adolescentes. Esta diferencia es a veces observable a un nivel anecdótico en relación con los pequeños conflictos dentro de la familia acerca de la ropa, del uso de los móviles, de la música, de las bromas, etcétera. **Pero en otras ocasiones las diferencias entre la aculturización de los menores, especialmente en la pre-adolescencia y adolescencia, y la de sus padres genera conflictos serios de gran calado y situaciones que afectan al proyecto vital de la familia.** En ese sentido, la intervención se va a topar en ocasiones con un contexto en el que la familia y los diferentes subsistemas de la familia nos van a mirar con mucha cautela y van a interpretar cualquier elemento inicial de nuestra intervención como un acto de tomar partido o como una falta de respeto a los derechos que bien los padres o bien los menores, especialmente los adolescentes, consideren que debemos garantizar.

No es raro que familias en las que se produce una situación de falta de eficacia en la parentalidad susciten la intervención por nuestra parte y nos encontremos con el dilema de que nuestra intervención, que intenta ayudar a recuperar la capacidad parental de los progenitores, sea interpretada como una falta de respeto o una forma de minar su poder y su autoridad. También es común que nos encontremos con adolescentes con un alto nivel de confusión en cuanto a lo que son sus valores familiares, las expectativas que hay sobre ellos en la familia, y las experiencias cotidianas e inevitables con sus iguales tanto en la escuela como en la calle.

Uno de los corolarios importantes de esta diferencia de aculturización es que los profesionales de la intervención, por lo general, **no conocemos la lengua materna de esas familias, ni tampoco demasiado su cultura y por lo tanto vamos a estar posicionados aparentemente, aunque no sea nuestra intención, en el bando de los adolescentes, con los que sí vamos a compartir la capacidad más fluida de comunicación;** porque ellos van a conocer ya nuestra lengua y porque además vamos a compartir muchos más aspectos culturales. Dentro de estas familias se pueden crean grandes divergencias, no sólo entre padres e hijos sino también entre varones y mujeres. Estas diferencias asociadas a la aculturización afectan a las expectativas sobre las metas personales de cada miembro de la familia, sobre las responsabilidades que debe asumir, sobre su proyecto de vida, etcétera.



La intervención dentro de este contexto, cuando se ha originado una alarma por una conducta abusiva, o por falta de límites en los menores y contacto con situaciones de riesgo, va a estar muchas veces interpretada como un ataque a valores culturales. El objetivo de la intervención desde nuestro ámbito nunca es, por supuesto, generar un cambio en las formas de vida o visiones del mundo de diferentes culturas sino integrar dentro de esas culturas las prácticas de protección adecuadas a nuestra legislación. Desde lo más básico, en cuanto a la integridad y derechos esenciales de los menores, hasta lo que puede estar asociado a optimizar lo más posible la proyección de futuro de los menores. En ese sentido, el dilema es saber cómo hacer una intervención respetuosa con todo el grupo familiar, con sus costumbres, jerarquía, sus valores, etcétera y al mismo tiempo con cada individuo dentro de la familia como un ser autónomo con sus propios derechos para decidir, incluso por encima de la cultura o del grupo de la comunidad de la que forma parte.

Estas dificultades generan en muchas ocasiones la reticencia de las familias a la ayuda por nuestra parte, al uso de los recursos que se les ofrece desde los servicios sociales, y a una colaboración adecuada con el sistema educativo, el sistema sanitario y el sistema de protección a la infancia. Esa reticencia puede ser en algunos casos el factor fundamental que mantiene la intervención en un estado de no avance, de no cambio y por lo tanto de cronificación.

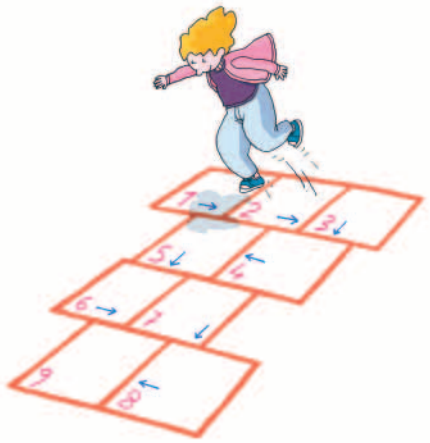
Pobreza en familias con múltiples fuentes de estrés

Es esencial entender el efecto de la pobreza en todo lo que conlleva a la deprivación social y educativa en las familias porque en muchas ocasiones cuando se trata del trabajo con grupos étnicos minoritarios, con grupos culturales determinados de comunidades pequeñas y cerradas, se confunde la identidad de tipo cultural o de tipo étnico con el estatus socio-económico. De forma que algunos rasgos muy señalados de identidad étnica o cultural de una comunidad se confunden con la pobreza. Ésta en algunas comunidades se mantiene durante varias generaciones y se convierte de forma crónica en un factor limitador para los menores. Los mecanismos que operan en este proceso son complejos, tienen que ver con el acceso a recursos, pero también con la acomodación, con las expectativas, con la propia identidad creada dentro y fuera de esa comunidad para los menores. La forma de relacionarse dentro de esas comunidades con los servicios de atención familiar, y en general con los servicios públicos, es en ocasiones consecuencia de la propia situación de deprivación social y educativa de esas familias, y en absoluto de su identidad cultural.

La pobreza en sí misma no conlleva en absoluto aislamiento (hay comunidades muy desfavorecidas pero con mucha cohesión y solidaridad), ni conlleva directamente ninguna barrera en el establecimiento de una relación de ayuda, al contrario puede ser un factor que propicie la utilización de un contexto de ayuda desde los servicios sociales. Sin embargo, las situaciones de exclusión, que generan una invisibilidad de los problemas y una barrera para el buen uso de los recursos de atención familiar y de protección, suelen estar en una proporción muy alta asociadas a condiciones de pobreza.

Una intervención psicológica, educativa, y social, se puede encontrar con una barrera de impenetrabilidad y aislamiento cuando coinciden variables de diferencias culturales, de aculturización conflictiva o deficiente, con condiciones de pobreza. La intervención rompe esa barrera cuando somos capaces **de entrar y ser aceptados dentro de los parámetros culturales de los usuarios y, al mismo tiempo, cuando damos prioridad a necesidades básicas de las familias afectadas por la pobreza.** Cuando hay necesidades básicas de alimentación o vivienda sin cubrir en la familia, la intervención ha de integrar, lógicamente, esas necesidades básicas dentro de la protección de los menores.

La condición de pobreza y aislamiento es, en muchas ocasiones, el corazón del bosque que explica las múltiples dificultades de la familia erróneamente denominada "multiproboemática". La pobreza es el caldo de cultivo para que las dificultades se reproduzcan y se retro-alimenten. Con frecuencia nos preguntamos cómo es posible que una familia tenga el doble o el triple de acontecimientos vitales negativos y estresantes (pérdidas de allegados, encarcelamientos, separaciones, despidos, agresiones, accidentes, etc.) que la media de la población. La respuesta más acertada a esa pregunta es "la pobreza". Reiterados estudios sociológicos han demostrado que la pobreza es la fuente de un deterioro crónico de condiciones familiares aceptables (comenzando por el embarazo y la primera infancia) que provocan múltiples problemas a lo largo del ciclo de vida. Es por ello que la intervención con familias desfavorecidas con múltiples dificultades deba tener en cuenta el contexto de vida como marco en el que se producen conductas de negligencia severa. Nunca para compadecerse y paralizarse. Muy al contrario, tener en cuenta el contexto carencial de las familias es una base de planificar un cambio integral y sostenible.



13.5 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. Las familias desfavorecidas multi-estresadas representan un perfil de usuarios que viven en un contexto socio-económico marcado por la pobreza o por el riesgo de pobreza y sufren la interacción perniciosa de las dificultades psico-sociales y otros estresores externos. Esos múltiples y diversos estresores son el problema de las familias pero también el de los profesionales. Por un lado, parece que hay muchas cosas urgentes que atender y eso divide y socava las fuerzas tanto de la familia como de los profesionales.

2. A veces los miembros de este tipo de familias están tan acostumbrados a la crisis y al caos que describen su experiencia simplemente como «nuestra forma de vida». De hecho, cuando la privación, el conflicto y la negligencia son el único contexto social que experimenta un niño, no es de extrañar que como adulto vuelva a crear el mismo tipo de entorno familiar.

3. Cuando trabajamos con familias que tienen múltiples tipos de estresores y afrontamos diversos tipos de problemas que generan riesgo y crisis, deberíamos comenzar por identificar cómo cada familia en particular experimenta el impacto y la interacción de esas diversas fuentes de estrés, sin hacer generalizaciones o contaminarnos por prejuicios.

4. Una directriz que resulta de utilidad en la practica es diferenciar estos tres aspectos en la familia con la que trabajamos: (1) Disposición o actitud inicial ante la intervención; (2) Motivación para generar cambios; (3) Capacidad para generar cambios.

5. Por lo tanto, ni los usuarios voluntarios y aparentemente motivados son una plena garantía de éxito (aunque nos hagan más fácil el inicio) ni tampoco los usuarios involuntarios (y que por ello ofrecen muchas dificultades iniciales) deben hacernos pensar en un pronóstico negativo.

6. Las diferencias de todo tipo en el marco de las relaciones familiares, es decir, diferencias asociadas a la raza, a la etnia, a la religión, a la cultura, al género, a la orientación sexual, etcétera no tienen que considerarse en absoluto una fuente de dificultad. Incluso cuando esas diferencias son notables entre los trabajadores que forman parte del sistema de intervención y los usuarios de la intervención familiar.

7. Las intervenciones tienen un éxito mayor cuando los profesionales que las

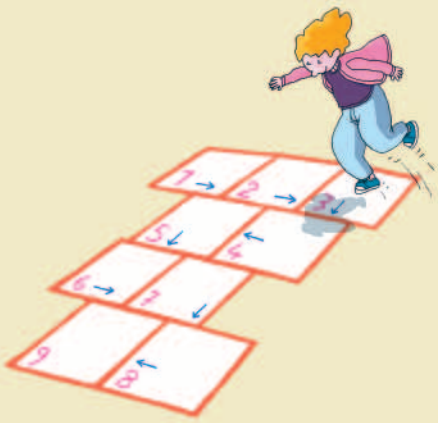
encarnan se ajustan y reflejan de manera adecuada los valores de la comunidad de sus usuarios (bien en su estilo y lenguaje como en otras características visibles).

8. Nos podemos encontrar con una barrera de impenetrabilidad y aislamiento cuando coinciden variables de diferencias culturales, de aculturización conflictiva o deficiente, con condiciones de pobreza. La intervención rompe esa barrera cuando somos capaces de entrar y ser aceptados dentro de los parámetros culturales de los usuarios y, al mismo tiempo, cuando damos prioridad a necesidades básicas de las familias afectadas por la pobreza.

QUÉ MÁS CONSULTAR

• Relvas, A.P y Sotero, L. (2017). *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos.* Editorial Morata.

• Escudero, V. y Friedlander, M. (2019). Familias desfavorecidas y multiestresadas que van a la deriva en un mar de profesionales. En el libro *Alianza Terapéutica con Familias. Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles*. Editoral Herder.



13.6 Observa y prueba: "El corazón del bosque"

Te ofrecemos la posibilidad de intentar adentrarte en el corazón de las dificultades de una familia desfavorecida que fue considerada "multiproblemática". Aquí ties la descripción de esa familia –que seguramente tendrá similitudes con otras familias que has conocido s en tu práctica, pero recuerda que cada familia es única– y una serie de preguntas y sugerencias para guiar tu exploración:

La familia

Hija: Pamela (14)
Hija: Elisabeth (8)
Padre: Adriano (36)
Abuela Materna: Celia (63, vive en República Dominicana)
Madrastra de Pamela y madre de Elisabeth: Aurora (30)

Problema y antecedentes

Todos los miembros de la familia Santos son originarios de la República Dominicana. Adriano vino a España hace 6 años y ha trabajado siempre en hostelería pero con contratos muy precarios y al pagados; es muy trabajador y tiene horarios muy exigentes por lo que apenas tiene tiempo libre para compartir con su familia. A los 2 años de nacer Pamela en la República Dominicana se separó de la madre. Pamela vivió solamente hasta los 5 años con su madre porque ésta tenía serios problemas de abuso de alcohol, y por ello siempre estuvo bajo el cuidado de su abuela paterna, Celia, con la que contacta frecuentemente por internet. Adriano siempre se ocupó de aportar dinero para su manutención y apoyó a la abuela en lo que pudo, pero no tuvo apenas convivencia con Pamela.

Cuando Pamela tenía 6 años supo que su padre empezó a vivir con Aurora en la República Dominicana y que iba a nacer Elisabeth, pero nunca tuvieron relación familiar y apenas contacto. Adriano se vino muy poco después a España en busca de trabajo. Hace tres años decidió traer a España a Aurora y Elisabeth, y un año y medio después trajo a Pamela. La idea de traer a Pamela fue una imposición de Celia (la abuela paterna que siempre había cuidado de Pamela) quien al encontrarse muy mal de salud exigió a Adriano que se hiciese cargo de su hija. Pero esa idea no fue muy bien recibida por Aurora. Pamela quiso venir a España pero tampoco aceptó bien la convivencia con Aurora.

Pamela ha tenido desde su llegada a España (quizás con la excepción de los 3-4 primeros meses) muchos problemas de conducta y absentismo en la escuela. Estos problemas han llevado a los servicios sociales a trabajar con la familia y

encontrarse con un nivel de conflictividad muy alto entre Pamela y su madrastra Aurora. Pamela ha pasado en varias ocasiones toda la noche fuera de casa, y en los últimos meses frecuenta un grupo de edades comprendidas entre 16 y 21 años, emigrantes dominicanos como ella y con antecedentes delictivos algunos de ellos.

En una de las últimas fugas el padre pidió desde el primer día la ayuda de los servicios sociales, al saber que Pamela se encontraba en casa de un amigo que vivía con sus padres que eran considerados en la comunidad como vendedores de droga. Cuando los servicios sociales entraron en contacto con Pamela dos días después, esta comentó haber tenido relaciones con su amigo y haber tomado la pastilla del "día después". Admitió también haber fumado porros, y su aspecto denotaba mucho cansancio y descuido físico.

En la última intervención desde los servicios sociales, también alertados por Adriano, Pamela había pasado dos noches en casa de una amiga. En esta ocasión Pamela relató que había tenido una fuerte discusión con Aurora y después Adriano la había amenazado con un hierro, sin llegar a golpearla pero creando auténtico miedo en su hija. El padre corroboró delante de Pamela todo lo que ella contó y dijo que era imposible soportar la situación de continua discusión entre Aurora y Pamela, poniendo a Elisabeth día tras día en una situación muy difícil, ambos reconocieron que Elisabeth solía terminar llorando y encerrándose en un armario. De hecho Elisabeth ha mostrado conductas preocupantes en su centro educativo y la orientadora del mismo ha solicitado a los servicios sociales una valoración de salud mental para la menor.

El incidente más reciente es un ingreso médico de Pamela en urgencias por haberse intentado lesionar con un cuchillo (llegándose a hacer dos cortes superficiales) después de haber amenazado con ese cuchillo a Aurora en medio de una discusión que se inició porque ésta intentó que Pamela no saliese de casa por la noche. Aurora llamó a Adriano que estaba trabajando y este al llegar a casa se encontró a Pamela con lesiones y bajo los efectos de haber bebido mucha ginebra de una botella que tenía él en casa. Aurora se había marchado con Elisabeth a casa de una vecina por miedo a que Pamela se hiciese más daño o se lo hiciese a su hermanastra. El informe psiquiátrico indicaba que no había sintomatología de tipo psicótico y recomendaba atención psicológica ambulatoria y explorar la situación de inestabilidad familiar asociada a la crisis psicológica de Pamela.

Observaciones más destacadas y significativas de las entrevistas iniciales:

- La tensión entre Pamela y su madrastra es muy alta, con acusaciones mutuas, ninguna de las dos acepta responsabilidad o necesidad de cambiar.

- Adriano dice que lo mejor es buscar un sitio para que se ocupen de Pamela y también que puede necesitar medicación por que "ella no es así, parece trastornada"; pone mucho énfasis en que él ya ha hecho todo lo posible y que trabaja mucho y no puede más.
- Pamela desvela que Adriano tiene una adicción a gastar dinero en apuestas por internet y dice que no le dejan hablar con su abuela porque su padre no quiere que Celia se entere de cómo están las cosas; dice que la amenazan con encerrarla si habla con su abuela.
- Adriano confiesa tener esa adicción a las apuestas pero que ahora ha prometido a Aurora que va a controlar este problema.
- Aurora explica que su relación tuvo una crisis muy grande al nacer Elisabeth debido a la conducta de apostar dinero sin control de Adriano y que ahora por culpa del comportamiento de Pamela Adriano vuelve a ese tipo de conducta.
- Adriano quiere que Pamela no eche toda la culpa a Pamela y explica que su relación de pareja con Aurora no ha estado demasiado bien desde que Aurora y Elisabeth llegaron a España; él cree que Aurora no se ha adaptado a la vida de este país.
- Pamela muestra una inestabilidad emocional muy alta, pasando de la ira al llanto con facilidad. Dice que se volvería con su abuela pero sabe no puede hacerlo porque Celia está enferma (por VIH) y no lo acepta. También pide que Adriano y Aurora digan claramente si se van a separar.
- Aurora muestra una hostilidad difícilmente contenida contra Pamela pero en ocasiones también contra Adriano e incluso contra todo lo que la rodea (afirma que ha sentido mucho racismo en España).
- Adriano muestra una impotencia enorme, es obvio que se encuentra desbordado por todos los problemas y por la imposibilidad de ganar dinero para mantener a la familia; se siente fracasado y tiene pánico a que Celia , su madre, lo sepa.
- La situación económica de la familia, dependiente básicamente del trabajo de Adriano, es muy precaria. Aurora ha trabajado esporádicamente pero siempre con contratos muy breves o sin contrato. Ambos insisten que no necesitan otra cosa que ayuda económica y "un centro" en el que ingresar a Pamela hasta que se comporte mejor.

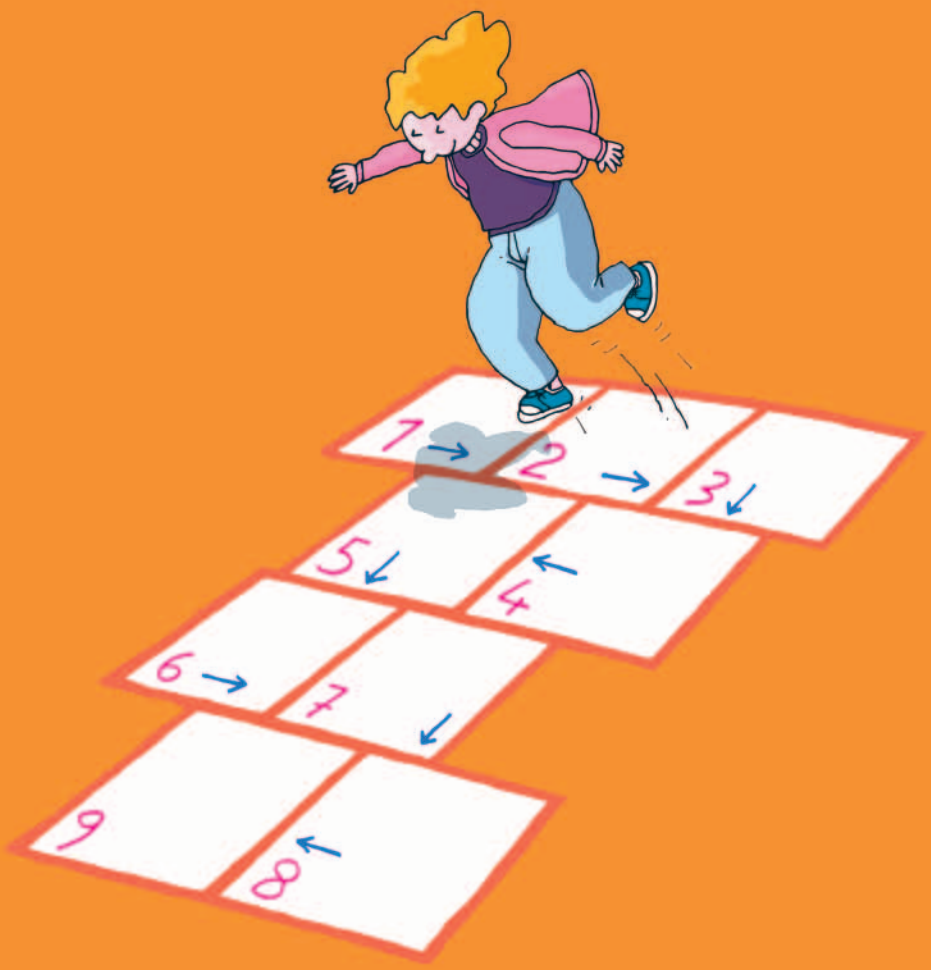
La siguiente tabla de preguntas te va a guiar en un análisis de la situación de esta familia para que puedas llegar a valorar factores y dificultades individuales pero adentrarte en consideraciones globales del sistema familia. El objetivo de este ejercicio es que te facilite una reflexión y análisis de la estructura que mantiene los problemas del sistema familiar y su situación de crisis, sin que los múl-

tiples problemas que aparecen como urgentes y críticos bloqueen tu capacidad de comprender y tener una hipótesis sobre la dificultad esencial de la familia. Es un ejercicio óptimo para realizarlo en equipo; en ese caso lo recomendable es hacerlo individualmente y luego contrastar y consensuar en equipo.

	Para responder a estas preguntas tienes que basarte en el punto de vista de cada miembro de la familia, su perspectiva subjetiva, a partir de la descripción del caso. Obviamente, estamos simplemente haciendo conjeturas sobre aspectos subjetivos de los miembros de la familia.						
Miembros de la familia	Qué quiere? ¿Cuál es su necesidad más apremiante?	¿Qué sentimientos o emociones destacan en esta persona ante la situación de crisis que vive?	¿Qué te parece que quiere sacar de la intervención de forma más inmediata? ¿Qué sería un beneficio inmediato y práctico de la intervención para esta persona?	¿Cómo describirías el daño emocional que sufre esta persona? ¿Con qué experiencia vital está relacionado ese daño emocional?	¿Cuál consideras que es la conducta de riesgo más significativa en esta persona?	¿Cuál es su posición ante el problema que tiene la familia? ¿Posición de "No problema" o "No control"? ¿De qué tipo? (ver sección 5.4 de este Guía)	¿Podrías describir una vivencia o experiencia vital de esta persona que podría dar sentido a su postura inicial ante el problema?
Pamela							
Elisabeth							
Adriano (padre)							
Aurora (madre de Elisabeth)							
Celia (abuela paterna)							

Esta nueva serie de preguntas se refieren a toda la familia. El objetivo de estas preguntas es que te sirvan como Guía para que explores todo lo que podría unir a la familia, para adentrase en lo que tienen en común y así avanzar hacia una posible intervención inclusiva de todo el sistema familiar.	
¿Qué necesidad esencial y apremiante tiene en común todos (o la mayor parte) los miembros de la familia?	
¿Qué sentimiento podrían compartir todos o la mayor parte de los miembros de la familia?	
¿Qué ilusión o vision de futuro o valor podrían compartir todos o la mayor parte de la familia?	
¿Hay algún beneficio de nuestra intervención que todo la familia –aunque sea en distinta medida– puedan compartir?	
¿Hay alguna experiencia vital que haya marcado significativamente –aunque sea en distinta medida– a todos los miembros de la familia? Puede ser una experiencia positiva o negativa.	

Breve manual de supervivencia



Guía práctica para
la intervención
familiar

14 Principios prácticos para la intervención en contextos cronificados o de especial dificultad

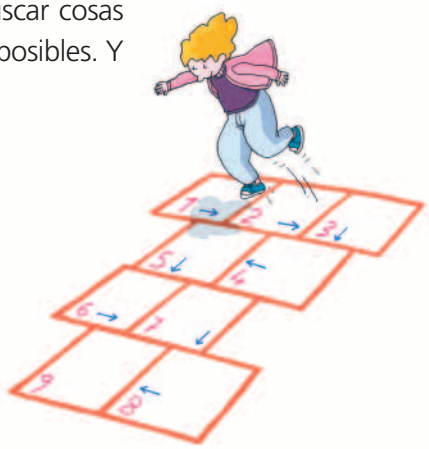
El tipo de situaciones de intervención caracterizadas por las dificultades que se han venido revisando en los capítulos anteriores de esta guía seguramente no requieren habilidades o técnicas radicalmente diferentes a las que se utilizan en casos que no están caracterizados por esas dificultades. Sin embargo, si hay una serie de ideas básicas que pueden ayudar a orientar nuestra manera de afrontar este tipo de casos.

14.1 Diez ideas esenciales para la supervivencia en casos difíciles

La actitud que toma el profesional no es estrictamente una técnica. Sin embargo, las consecuencias que produce una u otra actitud ante una situación de dificultad son cruciales. En muchas ocasiones la situación que consideramos crónica se reafirma en su dificultad desde el momento en que el profesional la está experimentando como tal. En el trabajo con una familia en la que no se producen avances y la severidad del problema es alta, el profesional marcado por el estrés y la negatividad puede perder maniobrabilidad y capacidad de ver soluciones.

¿Cómo podemos describir una actitud que facilite la maniobrabilidad y la capacidad del profesional? Seguramente estas diez ideas puedan ser útiles para orientar ese tipo de actitud positiva:

1. **Resistir bien las crisis, lo imprevisto, lo ambiguo.** Es importante evaluar cómo nos estamos sintiendo ante situaciones de crisis, ante el estancamiento y ante la ambigüedad o ambivalencia por parte de la familia respecto a situaciones de riesgo. Cuando el profesional detecta que lo que siente es una gran necesidad personal de que se produzca un cambio, una gran necesidad de poder cerrar con rapidez la situación de dificultad, es fundamental que sea capaz de centrarse en esa sensación de necesidad. Somos útiles y eficaces cuando mantenemos la capacidad de reflexionar, de buscar cosas nuevas, de imaginar situaciones que a los usuarios les parecen imposibles. Y



para eso debemos tener un sentimiento de confort ante las situaciones de crisis. Es normal que nos contagie un cierto nivel de estrés, la conciencia de la necesidad o de la urgencia, pero siempre sin sobrepasar el nivel adecuado de estrés de rendimiento, es decir, ese que nos provoca motivación pero no parálisis o temor. No hay una conciencia quizá suficientemente clara del componente de intervención en crisis que tiene el trabajo de los equipos de atención familiar en el marco de los servicios de sociales y de protección a la infancia. Sirva, por lo tanto, este punto de esta guía para llamar la atención en nosotros mismos sobre nuestras reacciones ante los contextos de crisis y de dificultad. ¿Cuál es nuestra primera reacción al descubrir un acontecimiento crítico de recaída, de retroceso, en el curso del trabajo con una familia? ¿Qué adjetivo le podemos otorgar a esa primera reacción? ¿Temor? ¿Desasosiego? ¿Excitación? ¿Interés? ¿Energía? ¿Motivación? ¿Curiosidad? ¿Necesidad de acción? ¿Inhibición? Es el tipo de ejercicio autoreflexivo que debemos hacer en esas situaciones, tanto individualmente como en el trabajo en equipo.

2. **Optimismo.** En el plano de lo que es nuestro trabajo profesional, el optimismo es parte esencial de la actitud más productiva. Es un elemento directamente asociado a la capacidad y a la maniobrabilidad del profesional. Uno de los componentes del optimismo en este contexto es la convicción que tenemos sobre la capacidad de cambio de las familias con las que trabajamos. Es muy importante tener un modelo que nos resulte válido de lo que significa el cambio de la familia y que se ajuste a las necesidades y dificultades con las que trabajamos. El optimismo es una actitud que representa y transmite al usuario nuestra convicción de las posibilidades de mejorar las cosas, lo que incluye en muchos casos una interpretación positiva de situaciones complejas. Esto sólo es posible si el profesional es capaz de focalizarse en los aspectos positivos o prometedores de una situación difícil, por pequeños que estos sean. Si queremos verlo desde una perspectiva más técnica o especializada tendremos que considerar que el optimismo está relacionado con:

   a. **Tipo de atribución causal** sobre las cosas que nos rodean (locus de control) y en concreto con el hecho de hacer atribuciones sobre la capacidad interna que tenemos para cambiar las cosas. En este sentido, la actitud optimista del profesional está afianzada en un modelo y una formación que lleva a atribuir la causa de los cambios a lo que hacemos, tanto profesionales como usuarios, para conseguir esas transformaciones de la realidad, aunque sea en pasos muy pequeños.

b. **La autoeficacia**, que se va desarrollando a través de integrar en nosotros mismos el análisis de lo que hemos conseguido y de lo que somos capaces de conseguir.

c. **Expectativas de éxito,** que supone trabajar con las expectativas más positivas de todo el rango de posibilidades que se nos presentan. Este aspecto es muy importante porque la investigación en psicología ha demostrado el poder que tienen las expectativas para modular la motivación y por ende la conducta y sus resultados. Es decir, la capacidad de conseguir cosas. Las expectativas se están demostrando importantísimas como un poder de la condición humana. Por lo tanto, el optimismo no debemos tomarlo como un valor o una declaración de intenciones, sino más bien considerarlo todo un modelo técnico que guíe nuestra reflexión y nuestra formación para incrementar nuestra capacidad de maniobra.

3. **Tener una visión flexible, amplia y abierta, de la realidad social con la que trabajamos.** Esto puede parecer más un planteamiento ideológico que una característica técnica sobre la actitud del profesional. Sin embargo, es imprescindible integrar la complejidad, la multidimensionalidad, que aparece en los casos de familias con alto nivel de dificultad. Y es prácticamente imposible realizar ese tipo de análisis desde una perspectiva rígida y limitada de la realidad social. Por ejemplo, nos vamos a encontrar con modelos de familia (modelos de estructuras y de relaciones familiares) muy diversos y a veces aparentemente excéntricos, de los que vamos a aprender que pueden también resultar funcionales. Nos vamos a encontrar con soluciones a situaciones de alta dificultad que funcionan aun siendo soluciones poco comunes, raras, o que no se ajustan a un modelo razonable.

4. **Curiosidad.** La actitud profesional más productiva, aquella que es capaz de generar motivación en las familias, suele estar fundada o alimentada en la curiosidad del profesional. La expresión de la curiosidad más sencilla es la pregunta ¿Qué voy a aprender de esta familia? ¿Qué nueva comprensión voy a tener de esta familia que acabo de conocer? Una parte importante de la intervención familiar se basa en nuestro conocimiento de las familias, y puede ser de varios tipos:

   - **El conocimiento reflexivo.** Todo aquello que nos proporciona nuestra formación profesional, nuestra experiencia acumulada en información sobre casos: las valoraciones, intervenciones, mediciones realizadas con los casos, nuestro trabajo a través de la formulación de

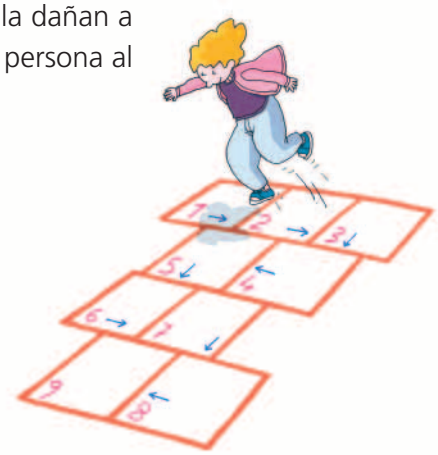
técnicas y procedimientos, el intercambio estructurado en los equipos y en la red profesional, etcétera.

- **La intuición.** El conocimiento reflexivo es el que se considera más importante, el que representa un aspecto formal de credibilidad, el que se nos exige desde el ámbito académico y profesional. Pero la intuición es muy importante en la práctica porque representa una manera de conocer lo que funciona en nuestro trabajo y que no es fácilmente explicable en forma de un procedimiento a seguir. La intuición está relacionada con un mecanismo mental que nos permite interpretar y tomar decisiones con rapidez sobre la base de elementos que están en nuestra experiencia, sin que tengamos un procedimiento razonado y pautado para explicarlo. La intuición es un gran recurso, especialmente cuando se pone al servicio del trabajo en equipo y dentro de un contexto en el que se toman precauciones y se debaten diferentes opciones entre los profesionales.
- **La curiosidad es igualmente un tipo de conocimiento**, al menos, un motor del conocimiento, porque representa **"saber que no sabemos"** o bien intuir que hay muchas cosas de la familia con la que trabajamos que todavía deberemos descubrir y que nos van a ayudar a ser útiles para esa familia.
- Podríamos decir finalmente que hay un **conocimiento falso** y envenenado que puede destruir nuestra capacidad de ayuda profesional. Se presenta en la ceguera que provoca la soberbia de creer que lo sabemos todo sobre una familia o una persona con la que trabajamos. Es la antítesis de la curiosidad, y nos impide por ello motivar para el cambio a ese usuario o esa familia.

5. **No sentirse emocionalmente vulnerable.** Este aspecto de la "actitud como técnica" de intervención nos lleva a la importancia que tiene nuestro mundo emocional y todo aquello que puede ser inconsciente cuando estamos inmersos en la relación de ayuda con la familia. Compartir las situaciones de sufrimiento, de debilidad, de dolor, de impotencia o desesperanza por la que pasan, en muchas ocasiones, los usuarios de nuestra intervención, especialmente cuando se trata de menores, puede generar vulnerabilidad a cualquier persona que sea mínimamente sensible. Es un valor que el profesional sea sensible. Es fundamental que el profesional veterano no pierda la sensibilidad y es importante activarla y alimentarla en lo posible porque está asociada con la motivación y la capacidad de conectar emocionalmente con el usuario. Sin embargo, la "línea roja" de

esa sensibilidad es no actuar con base en la propia vulnerabilidad. No actuar orientado a protegerse uno mismo y no actuar para curarnos a nosotros mismos de nuestro dolor o sentido de impotencia ante la situación de la familia con la que estamos trabajando. Esa "línea roja" indica que nuestro análisis y nuestras decisiones serían erróneas y estarían empezando a pervertir el sentido de la intervención profesional con las familias. De nuevo aparece la sencilla idea de preguntarse con frecuencia (como un ejercicio de reflexión individual y también de trabajo en equipo): *¿Cómo me siento? ¿Cómo me está afectando esto? ¿Qué síntomas de respuesta emocional vulnerable veo? ¿Qué síntomas ven mis compañeros en mí? ¿Qué signos veo yo en mis compañeros ante esta situación?* Esas preguntas deben ser parte de una rutina del trabajo en equipo y de la supervisión. No debe considerarse algo anecdótico, o excesivamente íntimo o privado, puesto que es la única manera de construir una fortaleza necesaria para una actitud que promueva la maniobrabilidad y eficacia del profesional.

6. **Trabajar con la parte sana de la familia.** En los contextos de interacción cronificados o de dificultad alta es donde más se activa un enfoque del trabajo orientado precisamente a lo patológico, al análisis forense del daño, a los factores de riesgo, etcétera. Es en parte lógico que esto sea así. Sin embargo, paradójicamente, la actitud más productiva consiste precisamente en ser capaces de encontrar y trabajar los aspectos más sanos y más fértiles de esa familia para provocar el cambio. La capacidad que tengamos de convertirnos en una pequeña excepción dentro del contexto de negatividad y pesimismo que sume a la familia en pautas disfuncionales, es la que nos permite convertirnos en un recurso eficaz. Esto supone ir contra corriente incluso de la familia, que puede mirar con incredulidad nuestro interés en la estructura de recursos que ellos tienen para generar cambios. El punto de partida de la intervención en casos cronificados, resistentes o de alta dificultad, deben ser aquellos elementos que supongan un pilar positivo, una base segura, una motivación adecuada sobre la que comenzar la tarea de generar cambio en la familia. Una de las expresiones de este enfoque orientado radicalmente hacia los recursos es apoyar en todo lo posible a las personas que conforman la familia como un paso imprescindible para combatir las conductas, actitudes, patrones y estructuras disfuncionales que están generando daño a la propia familia. Esta distinción de apoyar a la persona como un mecanismo para combatir o para corregir cosas que ella hace (que la dañan a ella o a otros miembros de la familia) es complicada porque la persona al



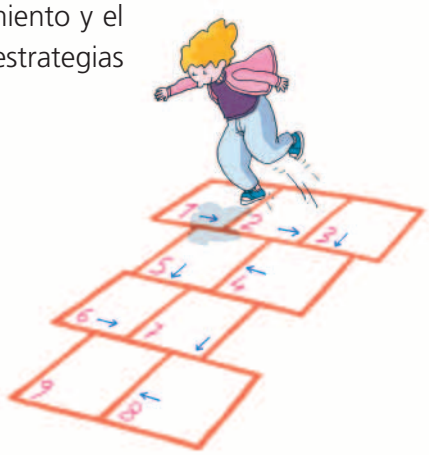
fin y al cabo, se define en lo que hace. Sin embargo, como mecanismo de intervención es una idea útil que se expresa, por ejemplo, en lo que se ha explicado en el capítulo 3 bajo el nombre de crear una "comunidad de afectados"; esa labor de externalizar el problema y separarlo de las personas de la familia, al menos como un intento de poder sentarnos todos y mirar con un espíritu positivo, no culpabilizado, del problema con la intención de unirnos en la solución. No nos tenemos que extrañar que la primera resistencia para trabajar con un enfoque orientado a los recursos y basado en la búsqueda de la parte sana y capaz de la familia, provenga inicialmente de la propia familia. Hemos de tomarlo como una respuesta lógica de la inercia que provoca la dificultad, la impotencia y la cronificación. Por ello es fundamental la actitud optimista de los profesionales y el trabajo positivo de los equipos y de toda la red profesional en torno a estas familias. Uno de los primeros corolarios prácticos de esta idea es analizar si los objetivos de la intervención conectan con alguna necesidad o preocupación reconocida por la familia (o al menos por algunos miembros de la familia). Este aspecto es muy importante porque en las situaciones cronificadas, o que han tenido una trayectoria crítica y de alta dificultad se suele producir una activación del sistema profesional y de toda la red profesional que con facilidad cae en definir los objetivos sin considerar apenas las necesidades y preocupaciones de la familia. Esto es así porque el mapa de la dificultad que tenemos los profesionales puede hacer pequeñas las necesidades que la familia vive como fundamentales o inmediatas. El reconocimiento de esas necesidades es una parte fundamental de trabajar dando un apoyo a las personas e invitándolas a formar parte de una comunidad de afectados.

7. **No lo podemos hacer solos.** Hemos dedicado todo el capítulo 3 de esta guía al ámbito en el que es obvio que se requieren intervenciones especializadas, a veces intensivas, de otros dispositivos de la red profesional. El trabajo en red y la alianza entre profesionales es una directriz básica en cualquier intervención. Pero en el tipo de casos sobre los que estamos tratando en esta guía, esta directriz se convierte en un axioma. Lo más frecuente en el trabajo con contextos de especial dificultad es que nuestra intervención sea un eslabón o una pieza de un rompecabezas que tiene sentido en la medida en que encajen las demás piezas o se unan los demás eslabones. El trabajo en red en estas situaciones no es una declaración de intenciones, sino una necesidad. El trabajo en red no sólo significa coordinación y colaboración, sino que implica considerar el sistema profesional como parte potencial de la cronificación o dificultad del caso.

Esto supone tener un modelo de trabajo en el que se asuman los obstáculos y las dificultades que crea en ocasiones la propia red profesional y que pueden convertirse en una parte del círculo vicioso que mantiene el problema. No hace falta, cuando se tiene un modelo de trabajo apropiado, vivir este aspecto de las dificultades y descoordinaciones de la red profesional con culpabilidad. Hay que analizar y experimentar esa función con responsabilidad.

8. **Cerrar es abrir.** Esta es una realidad fácil de constatar si se tiene una visión amplia de lo que ocurre dentro del sistema global de ayuda en los servicios sociales: casi nunca el cierre del expediente de trabajo de un profesional en un equipo particular dentro de un programa o servicio específico supone el final de la trayectoria de recuperación de las familias. Esta afirmación es especialmente aplicable a los casos difíciles por su cronificación o por los factores de riesgo asociados a enfermedad o a trauma. En ese sentido, es importante que cuando se termina una intervención, especialmente cuando se toma una medida que supone un cambio importante en la vida de una familia, el profesional piense "qué es lo que está abriendo". Deberíamos tener la capacidad de preguntarnos cada vez que cerramos una valoración, una intervención, o un expediente, qué es lo que estamos abriendo, qué es lo que se va a provocar no sólo para la familia sino para otras instancias profesionales. En algunos casos esto es fácil de imaginar. Por ejemplo, cuando se toma una medida imponiendo la separación de un menor de sus padres como medida de protección se están abriendo posibilidades y se está generando por lo común, una situación nueva de intervención para otros profesionales. Pero debemos ser capaces de darnos cuenta de esto también en situaciones en las que se cierra una intervención y la familia pasa a una situación que podríamos llamar "de normalidad". Todo lo que ha supuesto la crisis de la familia va a tener una repercusión para los menores en la escuela y en su entorno social.

9. **La línea recta no siempre es la distancia más corta entre dos puntos.** Esta afirmación que desafía un principio evidente de la geometría, solamente es una provocación para entender que cuando trabajamos con las familias afectadas por múltiples o prolongados factores de estrés, el recorrido entre la valoración que hacemos del problema y lo que consideramos la solución no siempre es lineal, lógico, o incluso razonable. La creatividad va a ser fundamental para encontrar ese camino particular que tienen las familias para recorrer esa distancia entre el estancamiento y el cambio. Esta idea nos ayuda a no reproducir intervenciones y estrategias



que no han funcionado con antelación a pesar de ser lógicas y correctas. Pueden ser correctas desde un punto de vista técnico, pueden ser lógicas, pero seguramente serán incompletas o mal ajustadas a la experiencia de la familia si se han intentado previamente y no han funcionado. Debemos, en esas situaciones, comenzar por no repetir en el ámbito profesional lo que no funciona e incentivar la creatividad. No siempre un problema de naturaleza severa o un problema cronificado requieren soluciones largas, dolorosas o de sacrificio. Y casi siempre requieren soluciones creativas y diferentes de lo que se ha intentado o ha dictado el sentido común. Es importante entender que el cambio casi siempre comienza por un pequeño eslabón, por un primer paso consistente en que alguien hace algo diferente o deja de repetir algo que estaba perpetuando un problema. Ese primer paso pequeño a veces no avanza directamente hacia el punto esperado sino, que indica un tipo de trayectoria o rodeo, que sin embargo sí podría funcionar.

10. **De la queja al compromiso y no al revés.** En las situaciones familiares cronificadas es de especial importancia entender que el recorrido que podemos prever para que se produzcan cambios significativos, casi siempre sigue este esquema:

queja > posibilidad > motivación > compromiso

- Debemos ser capaces de poner atención a las quejas y a las expresiones de dificultad, de impotencia y de pesimismo para extraer posibilidades pequeñas. Para "inventar" algunas posibilidades ofreciéndolas siempre con mucha modestia y como algo que no suponga un gran desafío a la familia. De manera que sean capaces de verlas como una posibilidad, aunque se acerquen más a una ilusión, a un recuerdo, o a un deseo, que algo que puedan claramente ver como una realidad factible. Cuando hacemos bien ese trabajo de crear posibilidades suele ser generalmente a través de preguntas adecuadas. **Y de una actitud positiva pero también posibilista (pensar que podemos aprovechar bien cosas que se hayan prácticamente descartado).** El siguiente paso es la capacidad de motivar, la capacidad de definir una visión de lo que supondría esa posibilidad. También la motivación implica nuestra eficacia en proponer los recursos, los pasos que pueden o podrían empujar hacia delante esa posibilidad. Cuando hay un nivel de motivación creado sobre una posibilidad nacida de una situación de queja, entonces podemos intentar crear un pequeño compromiso. Crear esto implica hacer una prueba, un trato orientado a

intentar algo. Un compromiso implica a todas las personas, incluidos a nosotros los profesionales, en alguna parte de lo que se va a hacer.

- Este recorrido "queja-posibilidad-motivación-compromiso" tiene una dirección y tiene en cada familia un tiempo y una forma. Esta idea sencilla puede parecer intrascendente, y sin embargo choca radicalmente con una conducta habitual dentro del curso ineficaz en la intervención con familias cronificadas, que es el comenzar por poner en la mesa un compromiso y posteriormente motivar o intentar venderlo a la familia, lo cual suele dar lugar a quejas y a resistencia. Es decir, recorrer el camino del cambio de esta manera es como conducir por una carretera en dirección contraria, difícilmente podremos avanzar mucho tiempo sin correr un riesgo de choque. Es muy importante que sepamos qué podemos pedir a cada familia en cada momento de nuestro trabajo con ella, y también qué podemos pedir y no pedir a cada miembro de la familia. Lo que vayamos a pedir en cada caso y en cada momento va a venir bien orientado si se basa en una actitud de escucha sobre sus quejas y necesidades para crear posibilidades, a partir de las cuales trabajemos la ilusión y la motivación. Sólo cuando tenemos la sensación (intuición) de que hay un terreno abonado para establecer compromisos debemos dar ese paso y generar objetivos pautados y definidos en indicadores.

14.2 Crear un contexto de intervención eficaz en tres pasos

En la Guía Práctica I (capítulo 4) se definen las cuatro dimensiones fundamentales para la creación de la alianza de trabajo o alianza terapéutica con la familia; esas dimensiones representan el contexto óptimo para un trabajo realizado como colaboración activa entre el profesional y la familia. Al mismo tiempo, esas dimensiones representan el termómetro con el que podemos medir a lo largo del curso del trabajo con un caso la solidez de la alianza de trabajo y, por lo tanto, la solidez del contexto de intervención en el que estamos. Esas dimensiones se definen en la **figura 14.1** y el modelo SOATIF nos ofrece además una herramienta consistente en algunos indicadores, fácilmente observables en las entrevistas con la familia, que nos sirven para valorar la fortaleza de cada una de esas cuatro dimensiones de la alianza terapéutica.

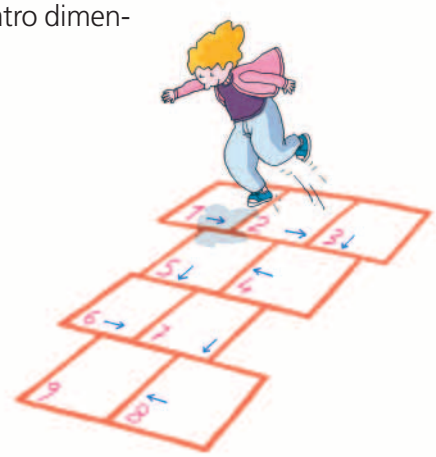


Figura 14.1

Enganche en el proceso de intervención

El usuario le ve sentido al programa/intervención, se transmite la sensación de estar involucrado en la intervención y trabajando coordinadamente con el psicólogo/educador, que los objetivos y las tareas en la intervención pueden discutirse y negociarse con el profesional; que tomarse en serio el proceso es importante, que el cambio es posible.

Seguridad dentro del sistema de intervención

El usuario ve la intervención como una oportunidad para arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en el programa, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva.

Conexión emocional con el psicólogo/educador

El usuario ve al psicólogo/educador como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia; sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés y sentido de pertenencia; de que al psicólogo/educador le importa de verdad y que "está ahí" para él, de que el usuario y el profesional comparten una visión del mundo (por ejemplo, que tienen perspectivas vitales o valores similares), que la sabiduría y experiencia del profesional son relevantes.

Sentido de compartir el propósito

Los miembros de la familia se ven a sí mismos como trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; sentido de solidaridad en relación con la intervención ("estamos juntos en esto"), de que valoran el tiempo que comparten en entrevistas del programa; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la intervención.

En ese modelo, la creación de **seguridad** puede considerarse una auténtica precondición para el trabajo de intervención eficaz con la familia. **La conexión emocional**, que también se ha definido como empatía o seguridad emocional del usuario en la relación con el profesional, se entiende como un elemento mediador importante en el cambio que la intervención pretende ayudar a provocar en la familia. El modelo, globalmente, lo podemos utilizar como un marco de referencia y también para el análisis de los casos más cronificados o de mayor dificultad y resistencia el cambio. Los indicadores de cada una de las cuatro dimensiones nos puede servir como una medida micro-analítica del estancamiento o de la falta de implicación, *versus* cambio y colaboración, en nuestro trabajo con las familias. Y como una estrategia esencial a la hora de afrontar la intervención con un caso que tenga las características de dificultad y cronicidad descritas en los capítulos previos de esta guía. Podemos seguir una pauta definida en tres pasos:

Primer paso: **seguridad para conectar**

↓

Segundo paso: **conectar para enganchar**

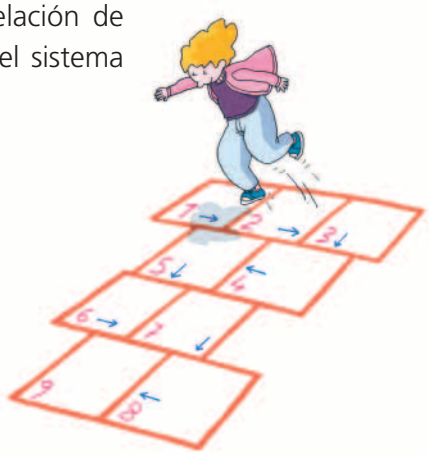
↓

Tercer paso: **conseguir un enganche sistémico**

La creación del contexto de intervención adecuado cuando se dan condiciones de gran dificultad en la familia debe ser un foco que nos guíe y nos sirva de estrategia. A esta estrategia le debemos prestar mucha atención y concentración puesto que las crisis (acontecimientos imprevistos, las recaídas sintomáticas de la enfermedad o de la adicción, etcétera) nos van a distraer y desviar en muchas ocasiones de la estrategia. La acumulación, paso a paso, de estas cuatro dimensiones es una trayectoria que nos puede llevar a un buen resultado si somos capaces de pautarla de forma estable y sólida.

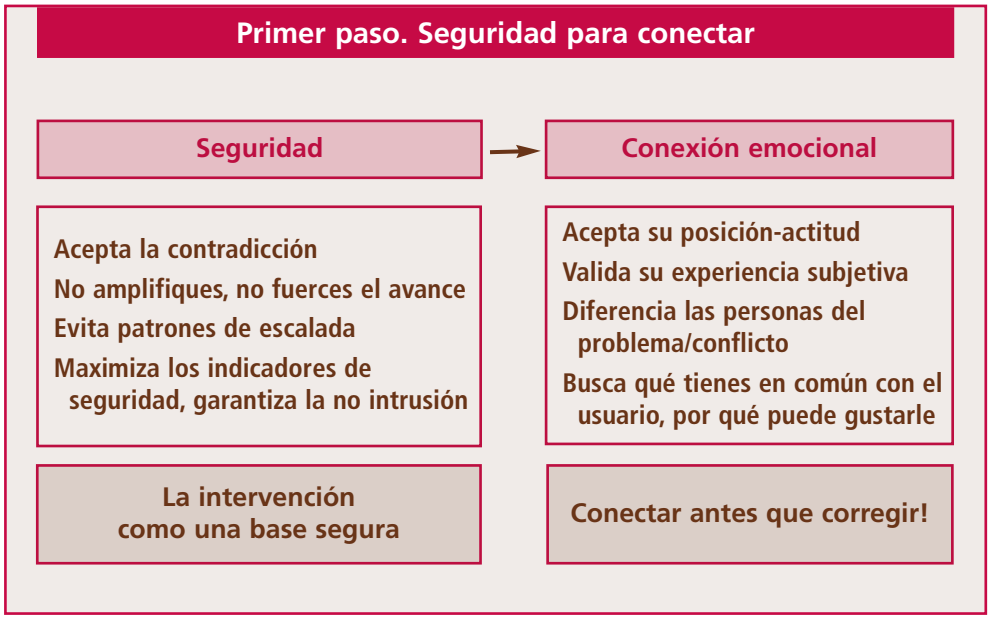
Primer paso. Seguridad para conectar [figura 14.2]

La idea principal de este paso ***es convertir la intervención en una base segura, es decir, establecer una relación que sea vivida tanto por la familia como por los profesionales como una base segura para trabajar juntos***. La similitud con el concepto de apego no es casual: la relación de ayuda con los menores y adultos de la familia y con el conjunto del sistema



familiar ha de tener características similares a una relación de apego segura. Obviamente no es lo mismo, pero es fácil de entender que la respuesta del sistema profesional a las situaciones de ansiedad, dificultad, temor, impotencia, etcétera, han de asemejarse a las respuestas seguras de apego por parte de un progenitor o un cuidador.

Figura 14.2



Puesto que hemos descrito en los capítulos previos la importancia de la seguridad, absolutamente crucial en todo lo que tiene que ver con lo que hemos llamado la "enfermedad invisible" (trastornos del apego y trauma, capítulo 2), no hace falta subrayar la importancia que tiene este eslabón esencial del primer paso de esta estrategia. ¿Cómo vamos a conseguir crear las condiciones necesarias de seguridad? Es importante, como se refleja en la **figura 14.2**, ser capaces de aceptar todas las contradicciones que sin duda nos vamos a encontrar en la relación con la familia, las situaciones en las que la relación inicial nos va a transmitir la idea de que no necesitan ayuda, de que nosotros no somos las personas que podemos hacer algo por ellos; o de que les vendría bien nuestra ayuda pero no creen que nos interesemos, o de que la mejor ayuda que podemos darles es dejarles en paz, etcétera.

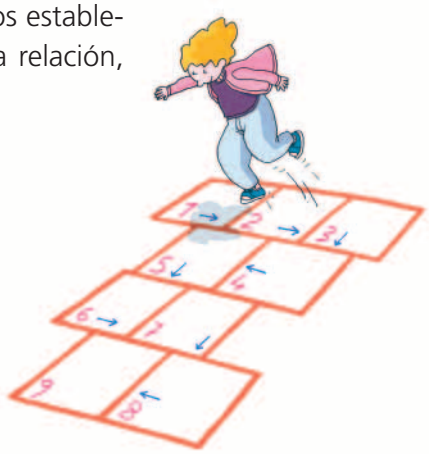
Las experiencias traumáticas de apego provocan desconfianza e inseguridad en las relaciones interpersonales y esto se traduce, lógicamente, en la relación con nosotros; nuestra oferta de ayuda va a tener una respuesta de inseguridad que a veces nos va a parecer caprichosa e irritante. Es muy importante entender

esto y tomarlo como contradicciones esperables que son parte del problema, y no actitudes personales negativas hacia nosotros. Y por lo tanto, no entrar en situaciones que creen una espiral de rivalidad o de antagonismo que amplifiquen la inseguridad. No hay que forzar el establecimiento de objetivos, hay que ir poco a poco, comenzar, como se ha explicado previamente, con una actitud "posibilista" contagiada de ilusión y motivación, sin anticipar inadecuadamente compromisos. Es más importante todo lo que no se hace que lo que podríamos denominar "estrategias técnicas activas". Lo que no se hace representa no reproducir todo aquello que en una situación cronificada y deteriorada ya se ha intentado repetidamente sin éxito. Es muy importante maximizar todos los indicadores de seguridad.

Nos debemos hacer la pregunta *¿Nosotros nos sentimos seguros? Y también, ¿qué indicadores tenemos sobre la seguridad que siente nuestro usuario?* Cuando tengamos una respuesta positiva a ambas preguntas o al menos no veamos ningún indicador negativo, esto nos va a permitir focalizar nuestro trabajo en la conexión emocional. Esta se refiere al sentido de aceptación y apoyo entre el usuario y la persona del profesional. Cuando se da esa relación de conexión emocional nos encontramos con una respuesta afirmativa a esta pregunta sobre el usuario, ¿se siente emocionalmente entendido?

Cuando en un contexto de seguridad se produce una apertura por parte del usuario consistente en contarnos sus dificultades de una forma desinhibida y sincera mostrando claramente sus emociones (sean llanto, miedo, preocupación o alegría), la conexión emocional se va a hacer evidente porque la persona va a sentir confianza y alivio. Simplemente por ser escuchada de una forma que no implica que hacemos un juicio o que hacemos una corrección o intento de modificación de lo que el usuario expresa. **El sentido de "sentirse emocionalmente comprendido" implica sentirse acompañado, no juzgado, y escuchado con empatía, es decir, sentirse un poco menos solo en su dificultad**.

En este primer paso de vincular la seguridad con la conexión emocional nos puede ser de ayuda una idea sencilla: **la importancia de conectar antes que corregir**. Es una experiencia intuitiva y muy común: lo que alguien nos pueda decir en relación con algo que debíamos corregir, que hacemos mal, tiene un impacto importante siempre que esa persona nos importe. Esa conexión emocional hace eficaz, en alguna medida, la corrección que nos hagan. Esto se puede observar con facilidad en los menores con sus padres, con los profesores, en cualquier persona con su pareja, etcétera. Cuando nos concentramos en corregir la pauta de comportamiento de alguien con el que no hemos establecido una conexión emocional y no hay una base segura en nuestra relación,



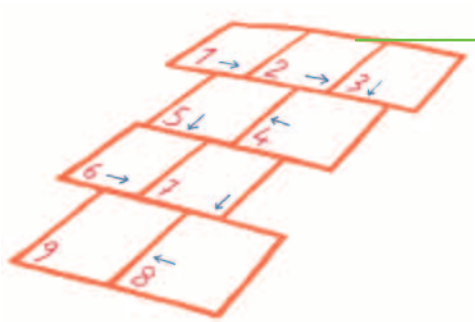
sólo vamos a tener eficacia en la medida en que la situación lo obligue, y seguramente de forma muy circunstancial y limitada en el tiempo hasta que ese contexto de obligación pierda poder o se desvanezca.

Las claves para conseguir una buena conexión emocional con el usuario son:

- **Aceptar la posición inicial**, sea cual sea ésta, del usuario; bien esté expresando victimismo, dolor, rabia e incluso hostilidad. Esto no quiere decir en absoluto que expresemos acuerdo o que justifiquemos sus conductas, al igual que en relación con la seguridad, aceptar las contradicciones no quiere decir quedarse en ese punto. La aceptación de su posición, de su actitud supone que reconocemos a la persona como fuente válida de emociones y sentimientos. Es un punto de partida.
- **Validar su experiencia subjetiva**, es decir, confirmar, preguntar, intentar acercarnos lo más posible a la manera en que ha vivido subjetivamente la realidad del problema con el que estamos trabajando.
- **Diferenciar a la persona del problema**. Hemos de clarificar que aceptamos a la persona y validar su experiencia subjetiva. Sin por ello renunciar a nuestra expectativa sobre el cambio que sabemos se puede y se va a producir en la situación problemática o de riesgo con la que estemos trabajando. Hablamos con el usuario como persona, no como problema.
- **Buscar un nexo común que podamos tener con el usuario**, puesto que la conexión emocional se refiere a un aspecto de sintonía entre la persona del profesional y la persona del usuario. Es importante que nuestra curiosidad nos lleve a buscar experiencias o sentimientos que podamos tener en común, lo que no es difícil considerando los aspectos más universales y básicos de la condición humana. "Soy humano, nada de la condición humana me es ajeno", es una inspiradora frase en este sentido (atribuida a Terencio, siglo II a. C.).

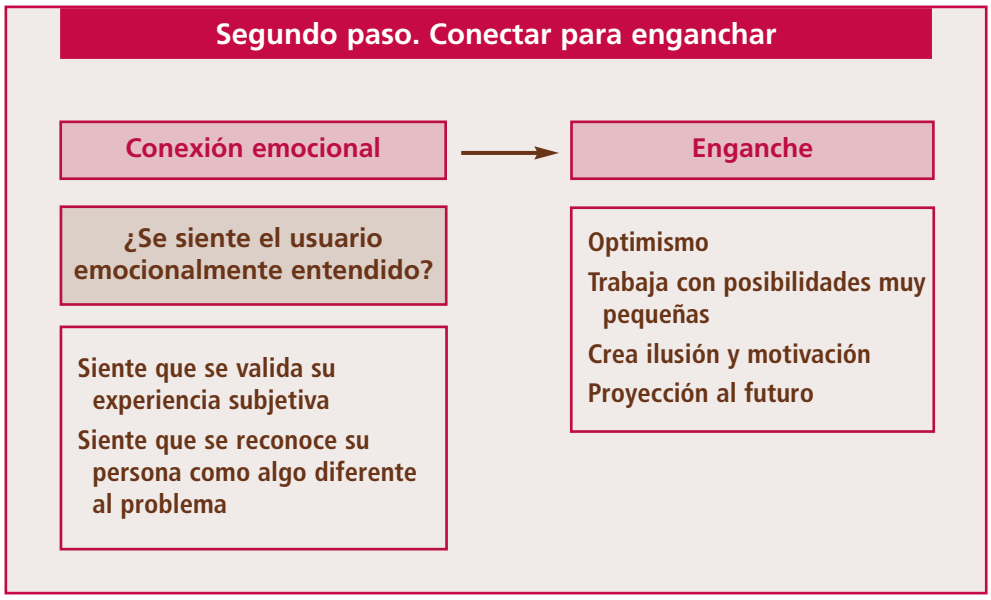
Segundo paso. Conectar para enganchar [figura 14.3]

La creación de conexión emocional en nuestra intervención tiene un fin muy específico que es crear una implicación adecuada de la familia en la intervención. **El establecimiento de una relación emocional segura es para nosotros un elemento mediador en el proceso de crear cambios en la familia**. Ese proceso va a ser eficaz en la medida en que la familia forme parte activa del mismo, por lo tanto, una buena relación caracterizada por la empatía y la conexión emocional en sí misma no es una finalidad en nuestro contexto. El objetivo es que esa

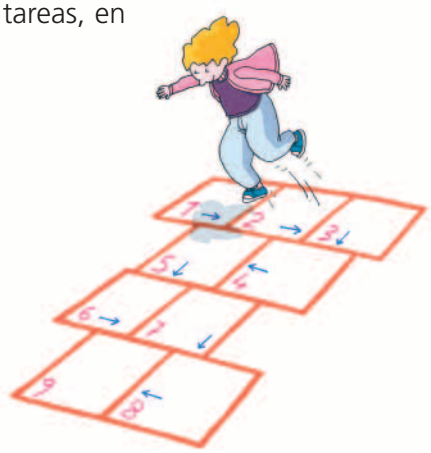


relación sirva de palanca para comenzar a establecer una colaboración productiva de la familia, que se ha de hacer evidente en pequeños compromisos eficaces de cambio. La conexión emocional se evalúa a través de esta pregunta sencilla: **¿Se siente este usuario emocionalmente entendido?** Como ya hemos señalado, la respuesta positiva suele estar asociada al hecho de que se sienta validada su experiencia subjetiva, la forma en que el usuario experimenta sus dificultades, la forma en que ha vivido las dificultades asociadas a la cronicidad, a la enfermedad de salud mental, etcétera.

Figura 14.3



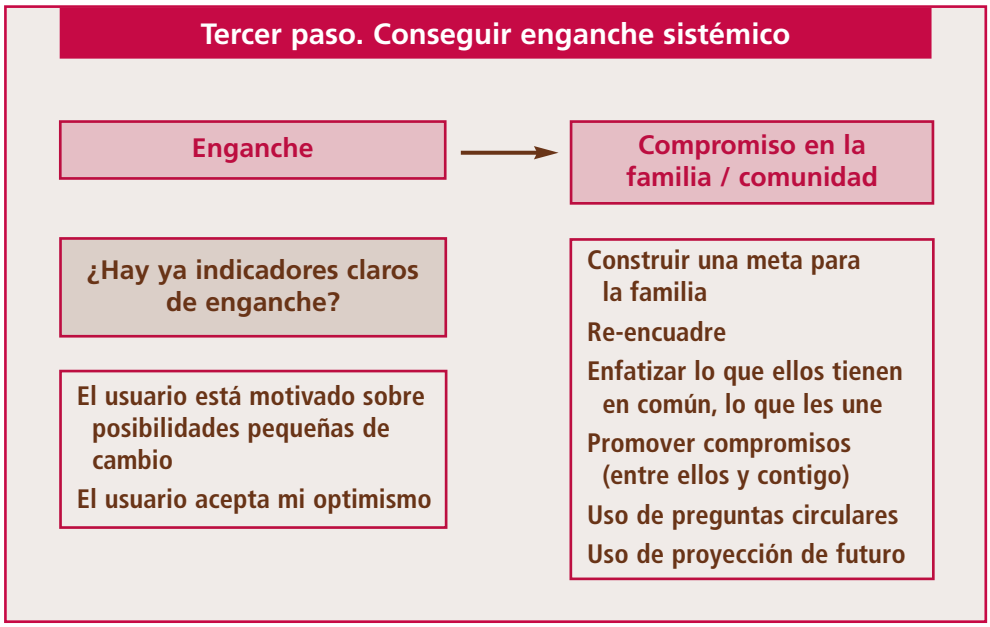
Cuando hay una buena conexión emocional, el usuario siente que nosotros reconocemos su persona como algo valioso, positivo y con futuro, aunque sus problemas sean graves, tanto para él como para nosotros. Es decir, hemos conseguido que al margen de la severidad del contexto de dificultad, el usuario perciba que nosotros reconocemos su persona como algo diferente al problema. Es esa situación la que va a facilitar casi de forma automática el inicio de una involucración más activa y productiva. Como hemos subrayado, el optimismo y la convicción sobre el cambio son un elemento clave en los casos cronificados o que conllevan una dificultad especial. Es central la idea de trabajar con posibilidades muy pequeñas: no olvidar ser positivo y posibilista. La creación de ilusión y de motivación está también relacionada con la utilización de un enfoque orientado al futuro: trabajar en estos casos de dificultad con técnicas de proyección al futuro en las entrevistas, en la planificación de tareas, en la visualización de objetivos.



Tercer paso. Conseguir un enganche sistémico y productivo [figura 14.4]

La implicación de la familia comienza con indicadores pequeños que van a marcar la diferencia sobre la situación de estancamiento, de crisis reiterada o de cronicidad. Es muy importante la atención a indicadores de enganche que siendo pequeños van a ser significativos, y debemos preguntarnos si hay claridad sobre estos pequeños cambios significativos. Hemos de poner atención a los signos de motivación del cliente sobre las posibilidades de cambio, es decir, el contagio en el cliente del posibilismo, una inoculación clara de ilusión respecto a pequeños objetivos. Por lo general, la aceptación por parte del cliente de esta actitud mostrada por el profesional es sin duda el síntoma fundamental para comenzar a construir objetivos más amplios.

Figura 14.4



Cuando alguno de nuestros usuarios, algún miembro de la familia, comienza a aceptar y compartir con otras personas pequeños compromisos, hemos establecido el inicio de lo que podemos denominar un "enganche sistémico", que es imprescindible en casos con factores cronificados o de especial dificultad. Ese compromiso sistémico lo definimos como una implicación sólida del entorno familiar. Es crucial en los casos en los que un adolescente se presenta como el objeto de dificultad en la familia, así como en los casos en los que la situación de riesgo está asociada a la dificultad severa de salud mental o adicción por parte de un miembro adulto de la familia. El compromiso en la familia requiere

de una meta que sea claramente para toda la familia. Hemos dejado claro que se requiere el trabajo coordinado de la familia y frecuentemente de la red profesional. En ese sentido, incluso cuando un miembro de la familia aparece como el que encarna los síntomas de la enfermedad, el problema de comportamiento, etcétera, lo fundamental es crear un "reencuadre", de forma que la percepción de la familia de las soluciones y el cambio que se tiene que producir se debe a todos sus miembros, es "cosa de todos".

El reencuadre es un cambio que conlleva una nueva perspectiva de lo que les pasa, y cambia el significado de lo que estaba ocurriendo hasta ahora y también transforma el tipo de soluciones necesarias. Por ejemplo, el análisis de las dificultades de apego o de las situaciones de ruptura traumática del apego vividas en una familia por el adolescente nos lleva a entender de otra forma sus problemas de conducta (de rebeldía o aislamiento del menor) y a enfocar de otra manera el tipo de intervención necesaria y la actitud de colaboración que la familia tendrá en este caso. Igualmente, un reencuadre en el caso de una familia con una madre o padre con problemas severos de salud mental o de alcoholismo pondrá esta enfermedad o dependencia en el centro de la experiencia de vida que tienen, y permitirá que interpreten de otra manera las dificultades que han acarreado por mucho tiempo, como la vergüenza, la incomprensión, el sentido de impotencia, etcétera. Y les motivará a unirse en el trabajo de convertirse en la mejor familia posible de una persona con ese problema y conseguir el mejor nivel posible de recuperación.

Este cambio que denominamos "reencuadre" implica una **educación de la familia sobre sus dificultades, pero también una reconexión y unión de la familia**. Es importante poner mucho énfasis en todos los aspectos positivos que unen a los miembros de la familia, todo lo que tienen en común, es decir la comunidad de afectados. El reencuadre es una precondición para facilitar los compromisos, no sólo de algún usuario miembro de la familia con nosotros los profesionales, sino muy especialmente para promover compromisos entre ellos. Los compromisos implican que un miembro de la familia asume una responsabilidad, un pequeño cambio bajo la condición de que otros miembros de la familia están asumiendo conductas similares complementarias.

La idea es que el resultado de todo eso genera un compromiso sistémico que puede ser productivo, siempre sin olvidar que las pautas de colaboración han de comenzar desde los elementos más pequeños y cotidianos y avanzar hacia cambios de mayor calado. Desde el punto de vista técnico sigue siendo válida, en este paso, la idea de trabajar prioritariamente la proyección al futuro, es decir, sacar a las familias del pesimismo de lo que han vivido por muchos meses y años y motivarlos en las pequeñas posibilidades de mejora que esperan a la vuelta de la esquina.

14.3 Crear una asociación productiva entre las preocupaciones y los recursos

Cuando trabajamos con un caso en el contexto de factores de riesgo cronificados o de especial dificultad, el marco inicial del trabajo suele estar dominado por las preocupaciones y las dificultades, y por una visión negativa y pesimista de la realidad. Como se representa en la **figura 14.5**, lo más común es:

- Las conversaciones que representan nuestra intervención con la familia, tanto cuando hablamos con ellos como dentro de la red profesional, están **dominadas por la preocupación**.
- Frecuentemente **los objetivos o planes** de actuación son una parte importante y protagonista del contexto de análisis y de la conversación con esta familia y sobre esta familia.
- Queda **muy minimizado todo lo que tiene que ver con los recursos o factores protectores** de la familia. Esto tiene una lógica muy natural, la cronificación y dificultad de los factores de riesgo en el contexto de esta familia van creando un clima que oscurece las posibilidades y los recursos.

Figura 14.5

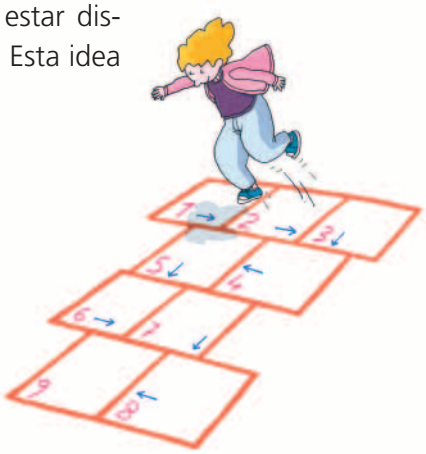
Como se representa en la **figura 14.5**, estos tres aspectos (las preocupaciones, los factores de riesgo, y los planes u objetivos de actuación y la minimización de los recursos) están distantes y aislados entre sí. Generalmente nos encontramos con una desconexión grande entre los planes que están basados

en las necesidades imperiosas de mejora y cambio en la familia y el tipo de preocupaciones, temores y sentimientos negativos que dominan el contexto de la familia y del profesional. Por lo tanto, una estrategia esencial y básica es conectar de forma adecuada estos tres aspectos: preocupaciones, recursos y plan de actuación con la familia. Esta conexión la representamos por el esquema PxR=C (Preocupaciones x Recursos = Cambio). La **figura 14.6** representa el primer paso de esta estrategia, es inevitable mantener una atención sobre las preocupaciones y dificultades pero nuestra estrategia va a comenzar por tres cambios importantes:

1. **Amplificar nuestras conversaciones, nuestras indagaciones, nuestra reflexión y nuestra búsqueda sobre los recursos de la familia.** Ser extremadamente atentos y minuciosos sobre todos los aspectos que puedan significar motivación, capacidad, pequeños compromisos, es decir, todos los recursos de la familia.

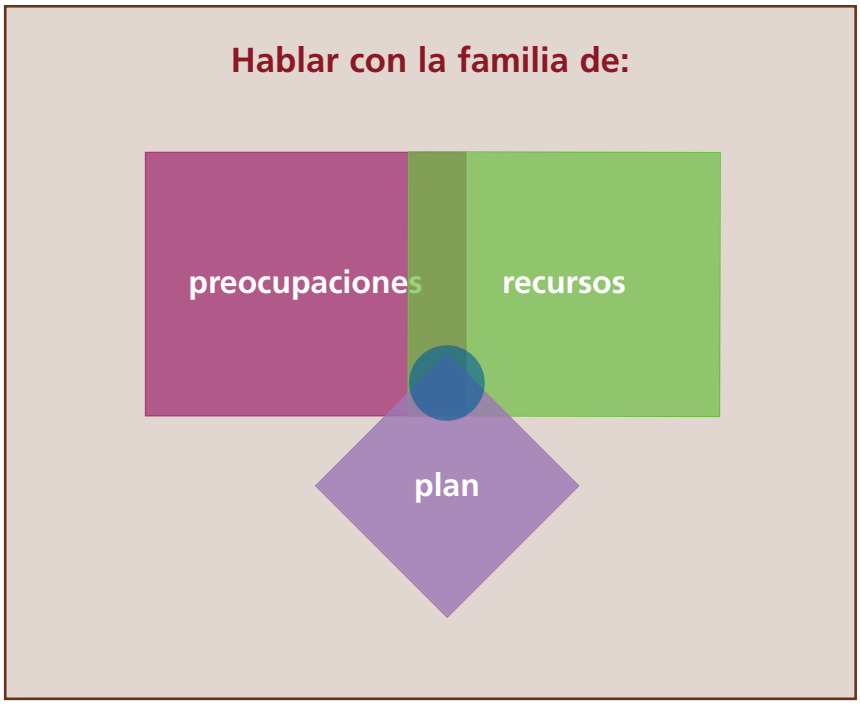
2. **Conectar en nuestras conversaciones (sean éstas entrevistas directas con los usuarios o bien entre profesionales) nuestro trabajo sobre recursos de la familia con las preocupaciones y factores de riesgo.** Este aspecto, pareciendo obvio, a veces no lo es tanto. Cualquier elemento positivo que podemos reseñar en una familia sólo se convierte en un auténtico recurso cuando entendemos que producirá un efecto si lo asociamos a alguna preocupación o dificultad. Por ejemplo, podemos decir que la actitud de la abuela Rosa en la familia García es "muy positiva", que cuando hablamos con ella muestra afecto e interés por María, "su nieta de 12 años", que está viviendo con mucha dificultad el problema de alcoholismo de su madre. En este ejemplo, darle protagonismo a esta actitud y disposición de la abuela es amplificar el escenario de los recursos. Pero solamente cuando conectamos de alguna forma la actitud de Rosa con la dificultad de María convertimos una actitud positiva en un recurso: por ejemplo, la posibilidad de que Rosa llame por teléfono a María con más frecuencia e incluso la posibilidad de pasar unas horas del fin de semana con ella.

3. **Definir intervenciones que conecten de forma directa con alguna preocupación o necesidad de la familia y a la vez con algún recurso disponible en la familia.** Este punto central representado en la **figura 14.6** es la llave del cambio. Por ejemplo, podemos establecer que María pase las mañanas del sábado con su abuela Rosa, una vez que ésta se ha comprometido con ello como una forma de facilitar que la madre de María recupere las reuniones en la asociación de exalcohólicos, a las que había acudido hace un par de años y que ahora podría estar dispuesta a reanudar si se generan algunas condiciones propicias. Esta idea



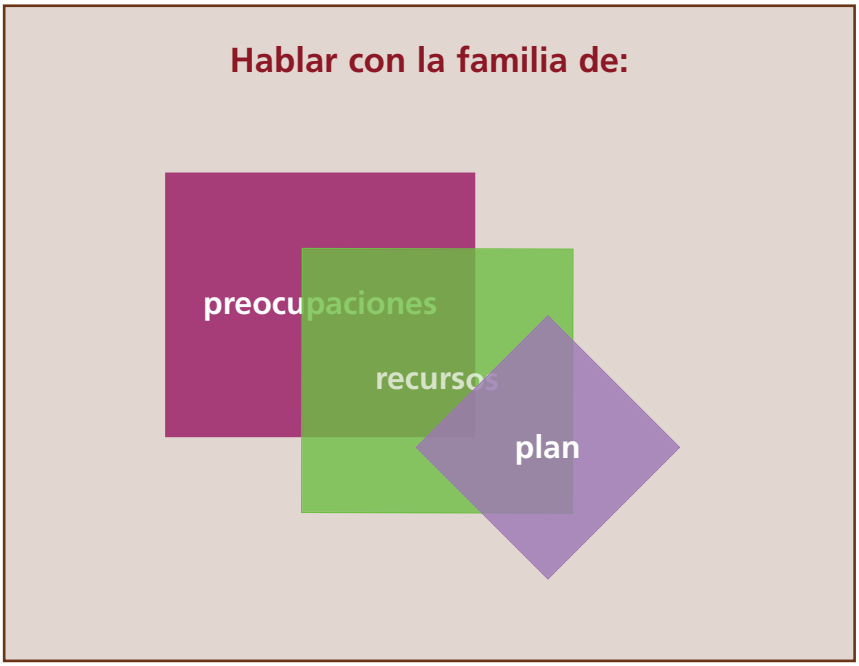
de conectar preocupaciones y necesidades con recursos e insertar ahí la planificación de nuestras intervenciones no es sencilla de poner en práctica. Fundamentalmente porque en los casos de factores de riesgo cronificados o de especial dificultad, la inercia de todo lo negativo tiene una enorme fuerza sobre la familia, que con facilidad se contagia a nosotros, los profesionales. Por ejemplo, resulta difícil poner en marcha intervenciones orientadas a cambios pequeños simplemente porque la visión de otros aspectos preocupantes y graves, restan significación o proyección a las intervenciones pequeñas. Podemos desanimarnos sobre la ayuda que va a proporcionar la abuela Rosa a María sabiendo que Juan, el marido de su madre, también con un problema de alcoholismo, va a estar el sábado por la mañana en la casa enfadado si su hija no está para ayudar; quizás molesto porque esté con la abuela, lo que puede enturbiar las posibilidades de que la madre dé el paso de recuperar sus reuniones en la asociación de exalcohólicos. Pues bien, la estrategia fundamental en este caso es poner en marcha esta pequeña intervención y buscar un cambio y un recurso que bloquee la actitud negativa de Juan y facilite la posibilidad de cambio de su mujer. Juan podría beneficiarse de ir a comer con su hija y Rosa después de haber llevado en su coche a su mujer a la reunión en la asociación de exalcohólicos.

Figura 14.6



La estrategia debe de avanzar poco a poco hasta conseguir un gran solapamiento de los recursos sobre las preocupaciones y dificultades tal como se representa en la progresión de la **figura 14.7**. La idea es que **el trabajo con la parte sana de la familia tenga un gran protagonismo, de manera que se desentierren, se engrasen y se pongan en marcha todos los recursos biológicos, psicológicos y de red social de una familia**. En el momento en el que esto comience a ocurrir, todas nuestras intervenciones se van a producir con más facilidad y más eficacia puesto que se asientan en este solapamiento de recursos y preocupaciones.

Figura 14.7



En las entrevistas con la familia es donde creamos un escenario para poner en práctica esta estrategia de asociación productiva entre la preocupación y los recursos. Es importante tener claro el marco global o conceptual de lo que significa trabajar con una orientación más radical hacia los recursos, precisamente en contextos familiares cronificados o de especial dificultad. Esa orientación tiene componentes analíticos y técnicos. Desde el punto de vista técnico, lo que más nos puede ayudar es definir nuestra interacción con la familia en forma de preguntas que estimulen y motiven el cambio más allá de su función de recogida de información. La **figura 14.8** nos ofrece un listado de tipos de preguntas necesarias sobre las preocupaciones.

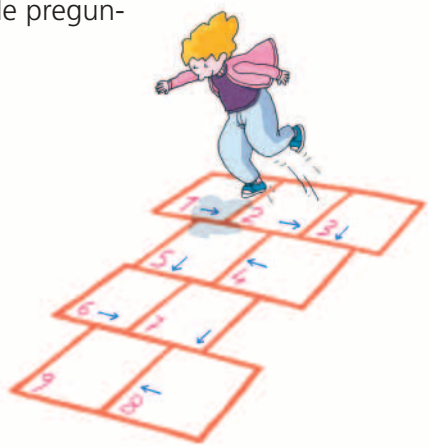


Figura 14.8

Pregunta por las preocupaciones

- ◊ **Pregunta por los hechos (denuncias, alarmas, daños)**
- ◊ **Pregunta por los sentimientos ante la situación**
- ◊ **Pregunta por sus experiencias pasadas como hijos**
- ◊ **Pregunta por los efectos del problema en las relaciones y de las relaciones en el problema**
- ◊ **Pregunta por las necesidades**
- ◊ **Pregunta por el futuro**
- ◊ **Pregunta por preocupaciones de otras personas**
- ◊ **Pregunta por la intervención en curso**

Obviamente es importante preguntar por hechos que son relevantes:

- *¿Qué es lo que ocurrió cuando vuestro padre llegó borracho y gritando ayer por la noche?*
- *¿Quién fue la persona que abrió la puerta y cómo respondió a su conducta agresiva?*
- *¿Dónde estabais vosotros dos y la niña pequeña?*
- *¿Qué fue lo que ocurrió?*
- *¿Qué daño se produjo?*
- *¿Quién llamó por teléfono a vuestro tío?*

Pero también es importante preguntar por los sentimientos ante la situación o realidad problemática de la familia:

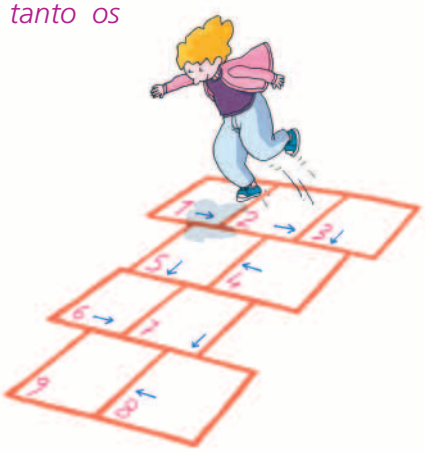
- *¿Cómo te sientes cuando ves a tu madre en esa situación que parece delirante?*
- *¿Cómo llamarías a lo que sientes, vergüenza, rabia?*
- *¿Esta situación te hace sentir diferente a otros niños de tu edad?*
- *¿Qué crees que siente tu hermano pequeño cuando se pone a llorar al oír los gritos entre tú y tu padre cuando éste viene borracho?*
- *Ahora que estamos hablando de todos estos años y que me habéis contado dificultad tras dificultad en vuestra situación por lo que le pasa a Juan, noto un sentimiento colectivo o similar en todos vosotros. ¿Qué nombre le pondríamos a esa manera de sentirse?*

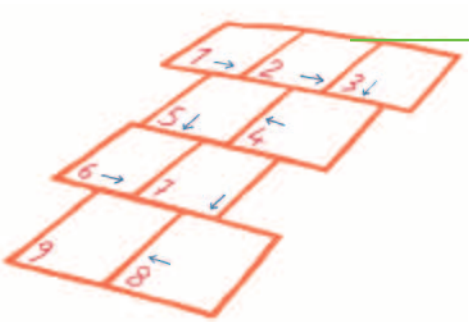
Cuando trabajamos con padres en contextos de la "queja" sobre sus hijos menores, por ejemplo la queja de adolescentes cuyo comportamiento escapa al control de sus padres, resulta interesante preguntar por sus experiencias como hijos en el pasado; es decir, combinar la preocupación de los padres en cuanto que padres con las experiencias, vivencias y preocupaciones, que tuvieron como hijos. Curiosamente a veces estas preocupaciones y dificultades que tuvieron como hijos siguen existiendo en la actualidad (a pesar de ser adultos) con sus propios padres, los abuelos de sus hijos.

- *¿Cuál era tu situación cuando tú tenías exactamente la edad de tu hijo Ramón?*
- *¿Cómo te veían tus hermanos o amigos en aquella época?*
- *¿Cómo respondías a tus padres cuando éstos tenían esa actitud que has definido como dureza o distancia contigo?*
- *¿La experiencia que sufriste con tus padres cuando tenías 14 años se parece en algo a lo que está pasando tu hija Elena?*
- *¿La relación con tu madre sería un buen modelo de lo que tú esperas o haces con tu hijo Yago?*

En este marco de la importancia que tienen los sentimientos y las experiencias debemos incluir las relaciones interpersonales de forma directa. Es importante ver qué conexiones hacen las personas con las que trabajamos entre el problema que sufren y las relaciones que tienen entre ellos, por eso resulta productivo indagar en los efectos que el problema tiene en las relaciones pero también en cómo las dificultades de las relaciones afectan al problema.

- *Estos años de conflictos, denuncias, fugas de vuestro hijo Juan ¿os han afectado a vuestra relación como pareja y a vuestra relación como padres que tienen que tomar decisiones como si fueran buenos socios?*
- *¿Cómo te afecta la enfermedad mental de tu madre y todo lo que haces por ella a la hora de relacionarte con tus amigos?*
- *¿Te influye en tu capacidad de salir, divertirte, ligar o de traer amigos a casa?*
- *¿Crees que este distanciamiento entre vosotros como pareja os hace perder fuelle y energía para ser eficaces en el cuidado de Antonio?*
- *¿Os parece que todo el enfrentamiento que se ha ido creando por el alcoholismo de Manuela podría influir en que ella cada vez tenga más oportunidades de beber y exprese más ese desprecio que tanto os duele?*





Es importante ante las preocupaciones y los factores de riesgo no olvidarse de preguntar de forma adecuada por las necesidades individuales de cada usuario, de cada miembro de la familia.

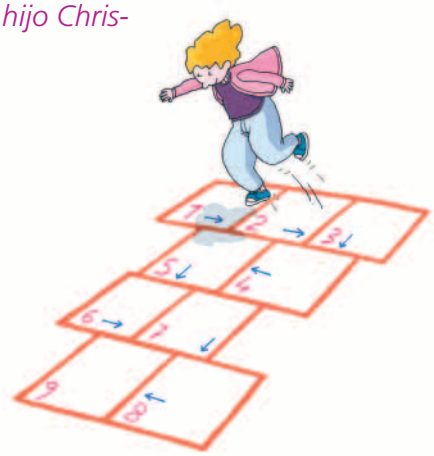
- *¿Qué crees que ahora mismo haría las cosas un poco más fáciles en tu vida como una niña normal de 13 años?*
- *Usted, Rosa ¿qué cree que necesita para poder seguir siendo un apoyo de su hijo con todas las dificultades que le acarrean sus problemas de salud mental?*
- *Te has estado ocupando de tus hijos, de todas las consecuencias y dificultades del problema de bebida de tu marido, de la rebeldía y los problemas legales de Kevin, pero, ¿quién se ocupa de cuidarte a ti, qué es lo que tú necesitarías y qué es lo que te podría ayudar a sostener tu fuerza en este momento?*

Aunque resulte paradójico, una forma muy interesante de tratar las preocupaciones es preguntar por cuestiones referidas al futuro y no sólo a las cosas que pasaron o al estrés que están sufriendo en el presente.

- *Esta dependencia y responsabilidad que os es inevitable con vuestro hijo de 14 años va a evolucionar irremediablemente. ¿Cómo os imagináis que puedan ser las cosas dentro de 5 años cuando él tenga 21 años?*
- *Si las cosas siguen así: ¿Qué es lo que más os preocupa del deterioro que vamos observando en la salud y en los síntomas de vuestro padre?*
- *María, tienes 75 años y eres ahora mismo la persona fundamental en el cuidado de Rosa, de Carlos y los niños. ¿Qué te preocupa si piensas en ti y en ellos en los próximos 10 años?*

Cuando hablamos con uno o varios miembros de la familia es fácil que ellos se desahoguen y comenten sus preocupaciones y sus necesidades, pero no tanto que se pongan sobre la mesa las preocupaciones de otras personas. Preguntar por esas otras personas y sus preocupaciones clarifica el contexto y la definición más colectiva de la comunidad de afectados:

- *¿Qué es lo que crees que preocupa más a tus dos hijos sobre tu problema con el alcohol, puesto que ellos no viven ya contigo?*
- *¿Qué es lo que crees que preocupa a la trabajadora social y a la orientadora del colegio sobre lo que pasa entre vosotros y vuestro hijo Christian?*



- *¿Qué pensáis que puede preocupar a vuestros padres cuando ven su incapacidad para cambiar esta situación?*
- *Me dices que tu madre es muy complaciente y protectora de tu hija y que esto no te gusta, pero ¿has pensado que esto puede ser lo que le preocupa a ella?¿Crees que puede tener una preocupación por lo que te ocurra a ti?*

Otro ámbito de las preguntas por las preocupaciones y por las dificultades es el que se refiere a la intervención y a las actuaciones que se están realizando con la familia:

- *¿Por qué ves con tanto pesimismo esta posibilidad de la que estamos hablando?*
- *¿Qué es lo que te da miedo?*
- *¿Hay algo que crees que va a ser imposible?*
- *¿Piensas que lo que hemos hecho hasta ahora puede llegar a enfadar o poner agresivo a tu padre?*
- *¿Os preocupa que lo que está funcionando bien con vuestra hija pequeña tenga alguna consecuencia negativa como distanciaros de ella?*
- *¿Pensáis que esto puede empeorar porque se haya producido o se vaya a producir una denuncia?*
- *¿Presionar a Roberto para que haya entrado en una desintoxicación va a generar un odio hacia vosotros por su parte?*

En la estrategia para cambiar el panorama pesimista y de impotencia en los casos con factores de riesgo cronificados o de especial dificultad es clave nuestro trabajo sobre los recursos y factores protectores. La ejecución técnica de ese trabajo se expresa esencialmente en preguntas e indagaciones sobre los recursos. El elemento motivacional de este tipo de preguntas y conversaciones es crucial. La **figura 14.9** lista un tipo de **preguntas esenciales sobre los recursos**.

Figura 14.9

Pregunta por los recursos

- ◊ **Pregunta por lo que ha hecho bien (ha funcionado)**
- ◊ **Pregunta por sus fortalezas y valores**
- ◊ **Pregunta por sus experiencias positivas como hijos**
- ◊ **Pregunta por lo que podrán hacer**
- ◊ **Pregunta por el futuro, por las ilusiones**
- ◊ **Pregunta por las personas que comparten/apoyan**
- ◊ **Pregunta por el buen uso que harían de la ayuda**

Preguntar por lo que ha funcionado, por lo que se ha hecho bien es muy importante, incluso cuando esas excepciones han sido esporádicas, pequeñas o poco visibles.

- *Entonces aunque dices que la semana resultó horrorosa conseguisteis que el viernes Jorge no saliese y que llegaseis a estar bastante bien con él: ¿Qué es lo que hicisteis?*
- *Cuando Manuel está en casa no se produce ninguna discusión ni tampoco agresividad cuando llega vuestro padre del bar de abajo:¿Qué es lo que es diferente esos días, o qué es lo que hace diferente Manuel?*
- *Entonces a pesar de que las cosas han empeorado tenéis claro que conseguisteis durante todo el mes de agosto que las cosas estuviesen estables, es verdad que eran vacaciones y os fuisteis al pueblo, pero:*
    - *¿Qué es lo que hicisteis?*
    - *¿Qué había allí de diferente?*
    - *¿Cómo has conseguido olvidarte de la preocupación por tu madre y pasártelo bien en la excursión?*
    - *O sea, que ahora se levanta media hora antes y no discutís ¿qué es lo que habéis hecho los dos?*

Dentro de los recursos es muy importante explorar las fortalezas, los valores y cualquier aspecto que genera apoyo a un miembro de la familia o a ésta como grupo. A veces nos vamos a encontrar con que las personas, en su decepción o sentimiento de impotencia, son reacias o les cuesta hablar de fortalezas y valores positivos. Y sin embargo, si insistimos y lo hacemos con delicadeza nos podemos encontrar con que esto les genera una inyección muy positiva de esperanza.

- *Rosa, ¿qué es lo que te ha dado a ti fuerza para soportar todo esto que me estás contando?*
- *María, Manuel, ¿qué os ha mantenido unidos ante la dificultad durante tantos años?*
- *Jorge, ¿cuál es la idea, o el sentimiento que te ayuda a sobrellevar el problema de tus padres e incluso a cuidarlos?*
- *¿De dónde sacas la fuerza para contener tu rabia?*
- *¿Qué crees que te ayuda a pedir disculpas o a reconocer, aunque te cueste hacerlo, delante de ellos?*
- *¿Qué cosas te unen a tus padres?*
- *¿Pensar en tu madre fallecida y hablar con ella es la única cosa que te da fuerza para continuar?*

Al igual que hemos comentado al referirnos a la exploración de las preocupaciones es importante que cuando hablemos con los padres nos acordemos de que fueron hijos y seamos capaces de indagar en sus experiencias positivas, en el recuerdo de lo más positivo que pudieron vivir como hijos.

- *¿Qué sensación de seguridad y de afecto recuerdas de tus padres y tu abuela cuando tenías la edad exacta que tiene ahora tu hijo Andrés?*
- *¿Cómo recordáis vosotros la sensación de cariño que teníais cuando eráis hijos y qué pensáis que os gustaría proporcionar a Rosa y Pilar?*
- *¿Qué recuerdos positivos tenéis de vuestros padres ante situaciones de dificultad cuando erais niños o adolescentes?*

Un elemento importante de la exploración de los recursos tiene que ver con lo que hemos llamado **actitud positiva y posibilista**, es decir preguntar por lo que podrían hacer, por lo es como una posibilidad aunque dentro de un marco que en el presente está teñido de escepticismo:

- *Entonces, ¿qué es lo que sí creéis que todavía podríais hacer por pequeño que sea?*
- *Bueno, estamos hablando de cosas que habéis hecho y sabéis hacer, ¿podríais probar alguna de esas cosas que me habéis contado aunque fuese sólo como un experimento a ver qué pasa?*
- *Si esto ocurriese en las mejores condiciones ¿se os ocurre que podríais hacer algo?*
- *Pensemos hipotéticamente que al menos un par de días hay esas condiciones, ¿qué podríais hacer?*

En la trayectoria de la queja al compromiso hemos de ser constantes, convincentes y eficaces a la hora de crear ilusión y preguntar por el futuro. El aspecto interesante del futuro es que, al menos en el plano de la ilusión o la fantasía, siempre está abierto a todo.

- *Si se diese una situación en la que vuestro padre Manuel dejase de beber y regresase a casa después de una buena cura de su problema;*
  - *¿Cómo sería el primer día en vuestra vida en ese momento?*
  - *¿Cómo te vas a dar cuenta dentro de dos años de que las cosas han mejorado y no necesitas estar tan enfadado y enrabietado con tus padres porque ya empiezas a hacer tu vida?*
  - *Una vez que no tengas esta dependencia, ¿qué es lo que más ilusión te hace?*
  - *¿Qué podrías hacer?*
  - *Aunque en este momento puede resultar doloroso esto que te voy a decir, ¿cuál es tu fantasía, tu ilusión para tu vida dentro de 10 años cuando, obviamente, ya no tendrás que ocuparte de Manuel?*
  - *¡Ah! entonces, ¿te estás imaginando a ti mismo llevando algún regalo a tu madre?*
  - *Entonces, ¿crees que tú sí conseguirás tener una pareja que funcione?*
  - *¿Con qué tipo de persona te imaginas que harás una pareja?*

Es muy importante para la creación de una comunidad de apoyo, de una red en la que te sientas seguro y apoyado, usar preguntas y trabajar en las entrevistas a cerca de las personas que comparten las preocupaciones y tienen disposición de ayudar o apoyar. No siempre son personas que están cerca y pueden echar una mano, pero aun así la familia puede sentir un apoyo moral o espiritual.

- *Entonces, tu vecina Rosa, a pesar de tener 75 años y de no ser tu familia ¿es la persona que más tranquilidad te da cuando se dan estos episodios?*
- *¿Quiénes son ahora mismo las personas en las que confías?*
- *¿A quién acudirías si mañana te encuentras ante una situación muy delicada y complicada que pone en riesgo tu vida?*
- *¿Quién te sirve de paño de lágrimas?*
- *¿Llamar por teléfono a tu abuela en República Dominicana es algo que te inyecta optimismo y te hace sentir más querida?*

- *¿Tienes la sensación de que tu hermano, que está a mil kilómetros, te apoya y está ahí si quisieras contarle lo que te está pasando?*
- *¿La memoria de tu hermana fallecida es un apoyo que puedes llevar contigo?*
- *¿Te sirve recordarla o hablar con la foto que tienes de ella en tu habitación?*

Un aspecto que puede ser importante en el trabajo sobre los recursos se refiere a ayudas externas de la comunidad, de la familia externa o del sistema profesional. Lo que es importante para crear un sentido de responsabilidad, de autoeficacia y de atribución interna de las potencialidades de la familia, es preguntar y anticipar el buen uso que pueden hacer de esas ayudas, bien las estén recibiendo, bien son ayudas que podrían recibir.

- *Veo la necesidad de un centro de día para Jorge, pero me gustaría que hablásemos sobre lo que haríais vosotros con ese tiempo y ese alivio que os generaría el centro de día.*
- *Si realmente ayudase tu hermano, realmente no tendrías que pasar por la situación actual y podrías cumplir más en la escuela. Hablemos exactamente de lo que crees que podría hacer tu hermano y cuál es el provecho que tú le ibas a sacar.*
- *Si conseguimos que tu padre entre en rehabilitación va a haber algunos cambios, exactamente ¿qué es lo que tú harías para ti mismo?*
- *Que se diese una situación de separación de Antonio nos parece que generaría una reducción muy grande del conflicto, y lo que yo me pregunto es; ¿cómo aprovecharíais esto y qué cambios vais a hacer vosotros para que a la vuelta de Antonio las cosas estén mejor y vosotros más preparados para afrontar una convivencia?*

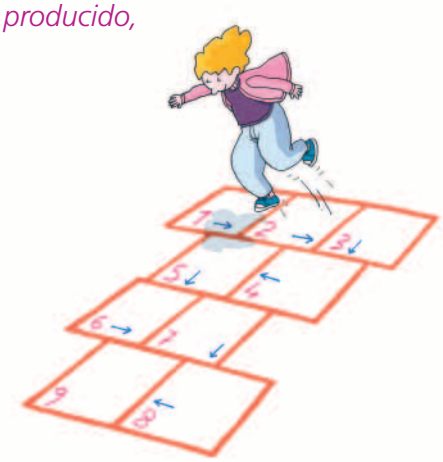
Cuando conseguimos mezclar, combinar, asociar adecuadamente las preguntas sobre las preocupaciones con las preguntas sobre los recursos que hemos venido describiendo en las dos secciones anteriores, nos puede resultar más fácil y natural **generar planes, compromisos y sugerencias o peticiones específicas de cambio a la familia**. Desde el punto de vista técnico, la **figura 14.10** representa una tipología sencilla de preguntas que refuerzan las intervenciones específicas; formas de explorar sobre planes y acciones de cambio en la familia.

Figura 14.10

Pregunta por los planes de cambio
◊ **Preguntas de escala**
◊ **Preguntas de proyección al futuro**
◊ **Preguntas sobre indicadores de mejoría**
◊ **Preguntas sobre emancipación y autonomía**
◊ **Preguntas sobre aprendizajes que pueden usar**
◊ **Preguntas para confirmar objetivos**
◊ **Preguntas para confirmar actuaciones**

Preguntas de escala. Hemos venido definiendo de forma reiterada el cambio como algo que se inicia con pequeños pasos y como una trayectoria progresiva, hemos señalado reiteradamente que esta filosofía sobre la forma de promover y empujar el cambio es especialmente importante en el trabajo con familias con factores de riesgo cronificados o de especial dificultad. Las preguntas de escala son sencillas y útiles para plasmar y desarrollar esta idea.

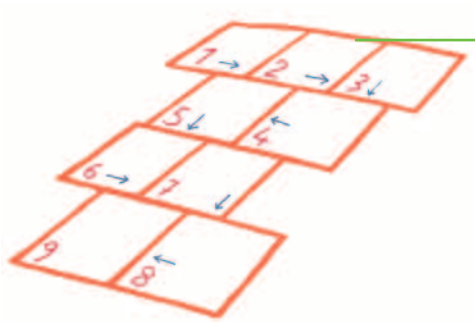
- *Si el nivel de tensión que se estaba produciendo por las reacciones de Christian lo midiésemos como una especie de termómetro entre 1 y 10, siendo 10 una agresividad insufrible y extrema y 1 absolutamente tranquilo y sin importancia:*
  - *¿Cuál sería la puntuación que tú darías en relación con como están las cosas hoy?*
  - *¿Cuál crees que es la puntuación que va a dar tu madre ahora cuando le pregunte lo mismo?*
- *Estáis diciendo que en esta escala que os he propuesto, las cosas ahora mismo, entre 1 y 10, estarían entre un 2, opinión de Juan, en un 2,5 opinión de Rosa y un 4, la opinión más optimista, de Manuela. Me gustaría saber qué creéis que tendría que pasar y qué tendríamos que hacer para que todos pudiésemos señalar que estamos en un 4 la semana que viene.*
- *Si cogemos esta escala que estamos usando y representásemos cuál era la puntuación que refleja lo que pasaba antes de que Kevin entrase en el centro de día y ahora, ¿qué puntuación pondríais?*
  - *¿Qué puntuación pondríais sobre el cambio que se ha producido, no con Kevin, sino en vuestra relación de pareja?*



- *Si el nivel de rabia que tenías en las discusiones con tus padres cuando se produjo la denuncia de violencia fuese un 10, y un 1 es no sentir nada y poderte reír con tranquilidad,*
    - *¿Qué puntuación darías sobre la rabia que te produce la discusión que hemos tenido ahora, hace un momento, en la entrevista?*

Preguntas de proyección al futuro para asentar y definir de forma específica algunos planes o intervenciones.

- *Cuando mañana comencemos a poner en marcha este plan de que se ocupe Juan de lo que venía haciendo Rosa y ella pueda salir;*
    - *¿Cómo podríamos describir lo que va a pasar al inicio de la mañana? ¿qué va a estar haciendo cada uno de vosotros?*
    - *¿Cómo podríamos definir lo que va a ocurrir a la vuelta de Rosa?*
- *Si pudiéramos ver el futuro dentro de una semana, ¿qué efectos va a tener nuestro plan en lo que cada uno de vosotros estará haciendo el próximo sábado?*
- *Si pudiésemos tomar una pastilla, aquí con estas botellas de agua, y esta pastilla produjese un efecto tan bueno que todas las dificultades y preocupaciones de esta familia desapareciesen en 24 horas, eso quiere decir que mañana a esta hora, a eso de las 4 de la tarde, empezaríamos a notar esas diferencias.*
    - *Juan ¿Qué es lo primero que empezarías a notar tú diferente a las 4 de la tarde? ¿y tú, Manuel? ¿y tú, Rosa?*
    - *Y ¿qué sería lo siguiente más claro que os haría celebrar por daros cuenta de que esta pastilla funciona? ¿Sería en la cena, sería a la hora de salir?*
    - *¿Qué pasaría al día siguiente?*
    - *¿Cómo os daríais cuenta de que los efectos son estables?*
- *Pues bien, ahora sabemos lo que pasaría con una pastilla tan fabulosa. ¿Qué cosa podríamos hacer cada uno de nosotros mañana por la tarde como si la pastilla hubiese, realmente, funcionado?*
    - *¿Hay alguna de esas cosas que se producirán cuando el cambio ocurra que podemos comprometernos, cada uno de nosotros, a ir haciendo o a intentar ir haciendo?*
    - *¿Qué creéis que va a ocurrir de diferente este sábado?*
    - *¿Qué creéis que me vais a contar el lunes que sea diferente y qué habrá ocurrido si cumplimos el compromiso que me acabáis de dar?*

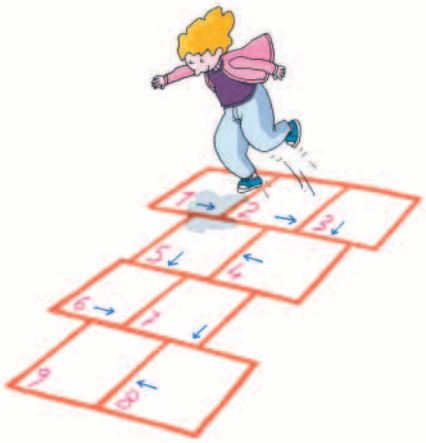


Otro aspecto muy importante en la planificación de la intervención es marcar con concreción las mejorías. Para esto debemos hacer preguntas y establecer con claridad en la familia indicadores de pequeñas o grandes mejorías. **Los indicadores** son muy importantes porque no son una descripción exhaustiva de lo que queremos que cambie, pero tienen un poder de motivación y de verificación muy significativo. *Un indicador es una conducta visible que para todos los miembros de la familia tiene un significado claro, unívoco y contundente*. Por ejemplo, decir que un chico va a llamar por el móvil a una hora determinada para avisar de que ya se encuentra en algún sitio parece una cosa intrascendente; o decir que un padre va a ir al entrenamiento de fútbol de su hijo sin pasar previamente por el bar y si quiere tomarse un vino lo va a hacer a la vuelta del entrenamiento acompañado de su hijo. Pueden parecer dos conductas de cierto interés pero intrascendentes, sin embargo una familia puede entender que esas conductas significarían un cambio sustancial y profundo en la familia si comienzan a producirse. Por lo que son en sí mismas, pero especialmente por lo que representarían de cambio de actitud y de comportamiento dentro de la familia.

- *¿Qué sería algo que si ocurriese en los próximos días os haría pensar que realmente Javier ha empezado a cambiar?*
- *¿Qué tendrías que ver tú que hace tu padre en los próximos días, cuando tu madre se encuentre mal, que para ti signifique que él ha cambiado su actitud?*
- *¿Qué puedo escribir en mi libreta como un signo claro de que las cosas van mejor para que os pregunte la semana que viene si realmente esto ha pasado?*
- *Me dices que para ti un indicador de respeto sería que él no sea agresivo o se porte bien, pero lo que necesito anotar es qué cosas tendrías que ver en él, pequeña y clara, que para vosotros signifique respeto.*

En general es muy importante todo lo que tiene que ver con **la emancipación y la autonomía** en el trabajo con familias en los que hay un nivel alto de dependencia a causa de la cronificación de factores de riesgo. Las preguntas sobre autonomía o emancipación marcan una motivación y además definen los pasos que tenemos que dar para llegar a esa situación.

- *¿Qué es lo que para ti es razonable en el cuidado de Juan pero que te permita hacer lo que tú llamas tu vida?*
- *¿Qué es lo que te permitiría vivir mejor si tus hermanos echaran una mano?*



- *¿Qué consideras que todos podrían hacer para que nadie tenga que tener un sacrificio tan grande y que cada uno pueda hacer sus cosas?*
- *¿Qué sería para ti recuperar la confianza de tus padres y que, por lo tanto, pudieses recuperar un poco de independencia?*

Cuando en el proceso de intervención se han dado **aprendizajes** y se han adquirido habilidades podemos utilizar la exploración y las preguntas para reforzar ese potencial.

- *¿Todo esto es algo que conseguisteis hacer bien después del grupo en el que participasteis? Vamos a hablar de cómo usasteis este aprendizaje en las próximas semanas.*
- *Cuando habéis tenido la ayuda de Juan, las cosas han ido relativamente mejor, vamos ahora a definir cómo hacer lo mismo sin Juan.*
- *¿Quién se va a ocupar de hacer qué cosa?*
- *Esto que has conseguido con tu hijo ahora que él tiene 18 años lo vamos a aplicar con Lucía, ¿qué es lo que crees que podrás hacer?*
- *¿Qué podrás aplicar en Lucía?*
- *De lo que me habéis contado ¿qué es lo que pensáis que podemos aplicar en el problema?*
- *¿Qué tenemos ahora?*
- *¿Qué es lo que aprendiste de todo el tormento que tuviste que pasar con tu hermano?*
- *¿Cómo vamos a poner en marcha todo lo que sabes hacer?*
- *Aunque la situación y la persona de Carmen es diferente, ¿qué es lo que sí aprendisteis de los trucos que vamos a poner en marcha ahora?*

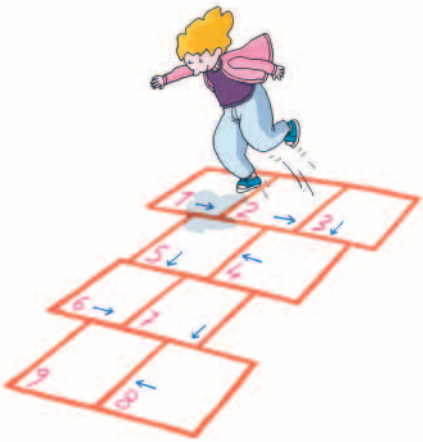
Otro aspecto fundamental, aunque parezca menor, que tiene gran importancia sobre la eficacia de nuestra planificación de intervenciones es preguntar para **confirmar y reasegurar los objetivos** que vamos estableciendo. Con frecuencia los objetivos que damos por hecho no están tan asumidos o entendidos como pensamos por parte de la familia. Ir muy despacio y confirmar el acuerdo, la comprensión y compromiso con los objetivos es esencial.

- *¿Entonces estáis de acuerdo en que si Bruno deja de fumar porros en su habitación lo tomaremos como una forma de respeto y le reconoceremos que es un avance?*
- *Bruno, ¿estás de acuerdo en que si ellos dejan de criticarte o llamarte drogadicto estarán reconociendo tu esfuerzo y tu respeto?*

- *Me gustaría que os dierais la mano como una forma de dejarme a mí claro que habéis hecho este acuerdo y que vamos a intentar ponerlo en marcha.*
- *Manuel, llevamos un rato hablando y tú has estado callado. ¿Ves alguna dificultad o tienes alguna reticencia en lo que los demás creen que podremos proponernos para las próximas semanas?*
- *Os voy a leer lo que he anotado como objetivo que sale de esta reunión y los indicadores que pueden demostrar que este objetivo se cumpla: decidme, por favor, si queda claro o si no lo he anotado de forma adecuada.*

En la misma línea que la confirmación de objetivos, es muy importante **confirmar las actuaciones** e intervenciones que se vayan a producir. Especialmente la fiabilidad que puede tener la intervención profesional para la familia; la confianza que tienen en ella y si alguna parte de la familia puede sentirse desafiada o descalificada, o vivir nuestra intervención como una intromisión. Esto es especialmente importante cuando definimos actuaciones que puedan afectar directa o indirectamente a algunos miembros de la familia que no están en la entrevista.

- *Hemos dicho que sería de utilidad que Rosa y su hermano vengan a una entrevista con el psicólogo; ¿estáis de acuerdo con esto?*
- *¿Crees tú, Rosa, que tu hermano va a vivir bien esta idea?*
- *Manuel, ¿crees que puede ser de utilidad lo que ellos están diciendo?, que la educadora pueda ayudar a Pilar en la visita al centro de salud.*
- *¿Creéis que esto que vamos a hacer en colaboración con el psiquiatra está bien aceptado por todos?*
- *¿Pensáis que la reacción de Pedro va a ser la que habéis dicho? o ¿alguien tiene alguna duda y debemos volverlo a pensar y darle otra vuelta?*



14.4 Cuadro-resumen

IDEAS PRINCIPALES

1. Las Diez ideas para la supervivencia en casos difíciles son: Resistir bien las crisis; Fomentar técnicamente el Optimismo; Desarrollar una visión flexible y abierta de la realidad de los usuarios; Fomentar la Curiosidad y la Intuición; Fomentar la sensibilidad pero controlar nuestra vulnerabilidad; Trabajar con la "parte sana" de la familia; Asumir que "no lo podemos hacer solos"; No olvidar que "Cerrar es Abrir"; Entender que el cambio se relaciona más con la creatividad que con la lógica; y Avanzar desde la queja al compromiso y no al revés.

2. El contexto de intervención sólido y eficaz se consigue en tres pasos: Crear Seguridad para facilitar una buena conexión emocional entre profesional y usuarios; Utilizar la conexión emocional con el usuario como una base segura y de confianza para conseguir que se implique en las actuaciones de la intervención; Conseguir una implicación o enganche sistémico, es decir, de compromiso de la familia con el profesional pero también entre ellos.

3. Cuando trabajamos en contextos de riesgo cronificados o con factores de especial dificultad, es natural que el marco inicial esté dominado por las preocupaciones y por el pesimismo, oscureciendo por lo tanto el necesario trabajo de fomentar y estimular los recursos positivos y protectores de la familia.

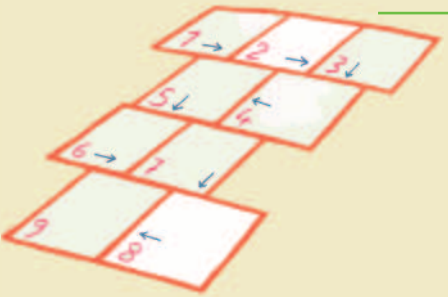
4. Debemos amplificar y profundizar en la búsqueda y desarrollo de recursos propios de las familias, conectando esos recursos con sus preocupaciones y dificultades.

5. Nuestras intervenciones deben de sustentarse en este criterio: los objetivos que definimos están asociados a un recurso y a la vez conectados con una preocupación que la familia siente como propia.

6. Las entrevistas son una de las herramientas fundamentales de intervención familiar. Por ello el diseño de las entrevistas tiene que basarse en preguntas apropiadas. Preguntas estimulantes y constructivas sobre las preocupaciones de la familia, sobre sus recursos y potencialidades, y también sobre los plantes de intervención que estamos creando con la familia.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Junta de CyL (2000). *Programa de Intervención familiar en situaciones de desprotección infantil.* Valladolid, Junta de CyL.
- Escudero, V. y Friedlander, M. (2019). *Empoderando a través de la Alianza: Una Formulación práctica*. En el libro Alianza Terapéutica con Familias. Editorial Herder.



15 Mapas para no perderse

15.1 Mapas del proceso

El mapa del proceso se organiza mediante dos parámetros centrales: las principales fases o "estratos" que se deben recorrer con eficacia durante el proceso de intervención (**figura 15.1**) y determinadas características fundamentales que nos sirven para definir y evaluar el cumplimiento adecuado de esas tareas. Las fases en el proceso de intervención tienen una evolución secuencial o cronológica, pero no deben interpretarse como secuencia de una forma rígida. Por ello las describimos como "**estratos**": son tareas que se van cumpliendo, avances o etapas que se van acumulando y que por tanto se solapan en el discurrir de la intervención. Por otra parte, esos "estratos" que componen el proceso de intervención deben verse como algo dinámico y continuamente bajo evaluación, de forma que cuando el profesional está fundamentalmente enfocado en alguna de las fases (por ejemplo, creación de metas y objetivos con la familia) puede verse abocado a revisar otras tareas "previas" o más básicas (como por ejemplo la calidad de la alianza de trabajo con la familia o con la red profesional). Las características que utilizamos para describir el proceso incluyen:

1. el foco y tarea central de cada estrato,
2. las intervenciones más representativas,
3. las habilidades principales del profesional asociadas a cada estrato, y
4. la evaluación y revisión de cada uno de esos estratos que configuran el proceso.

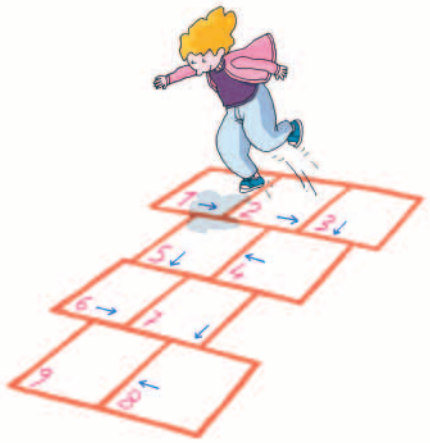
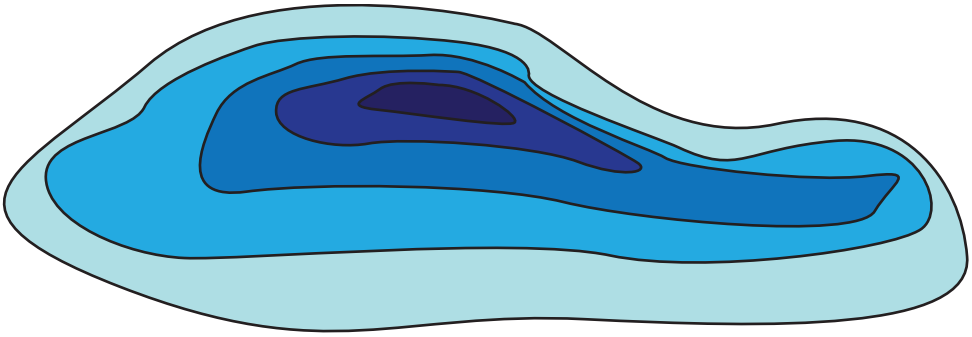
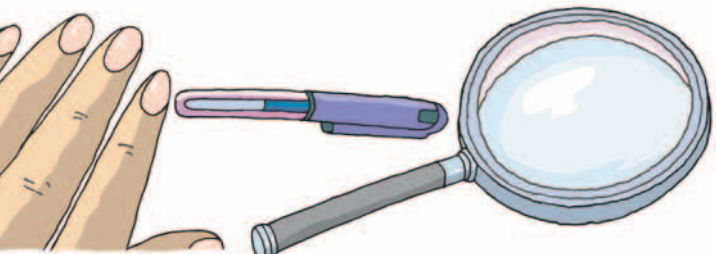
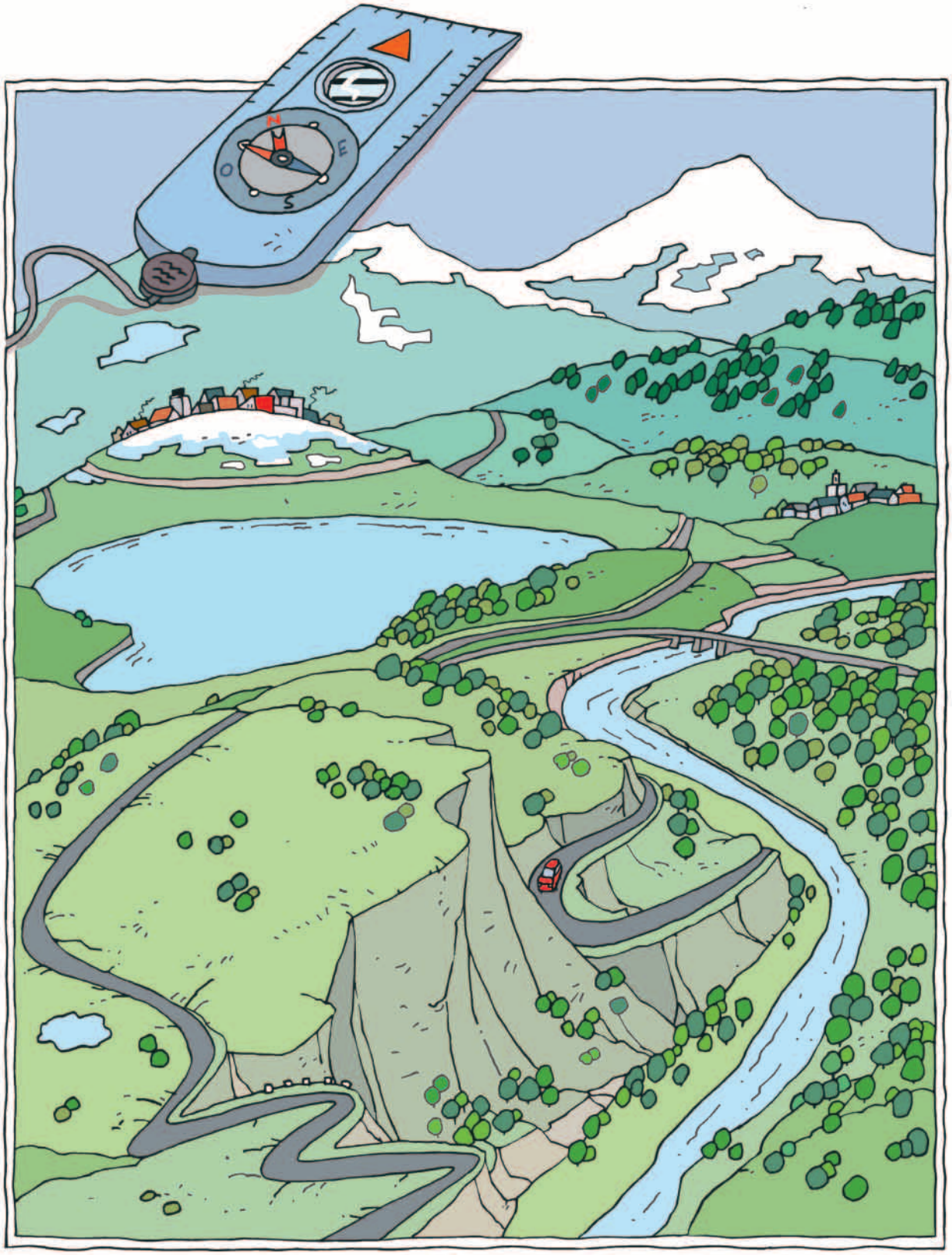


Figura 15.1 Representación de las fases del proceso de intervención como "estratos"



- Terminación / Emancipación
- Promover cambios / Actuaciones Técnicas
- Construir metas y objetivos
- Valorar el sistema familiar (balance de recursos y riesgos)
- Establecer un contexto que facilite alianzas y colaboración

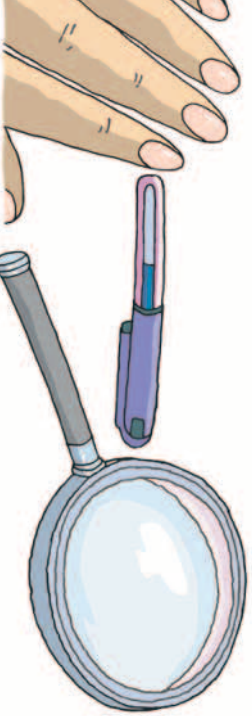



N
E
S
O

Fases o "estratos" del proceso de intervención I: Tareas fundamentales
(se indica entre paréntesis el Capítulo de esta Guía en el que se trata dicha tarea)

Establecer y mantener alianzas de trabajo	Valorar riesgos y potenciar recursos del sistema familiar	Construir las metas y objetivos	Promover cambios, actuaciones técnicas	Terminar, emancipar a la familia
Tareas fundamentales	Tareas fundamentales	Tareas fundamentales	Tareas fundamentales	Tareas fundamentales
Observar y re-encuadrar actitudes iniciales ("demandante, visitante, rehén, fugitiva"…) ante la intervención. (Capítulo 5) Crear alianza de trabajo con la familia: Seguridad, Conexión emocional con el usuario, Unión de la familia para la intervención, Enganche en el proceso. (Capítulo 4) Valorar las condiciones adecuadas de control y las posibilidades de crear contextos de ayuda y apoyo a la familia. (Capítulos 2 y 7)	Detectar los factores y la estructura dinámica de mantenimiento del problema: emp. (Capítulo 3) Explorar y activar los recursos de la familia para el cambio: erc. (Capítulo 3) Analizar el balance de riesgos y recurso en el sistema familiar: Ecuación de balance inicial. (Capítulo 3) Explorar y definir los indicadores de cronicidad. (Capítulo 3) Explorar los indicadores de crisis y reaccionar a tiempo a la crisis. (Capítulo 3) Valorar la existencia de problemas o patologías severas y/o que requieren tratamientos especializados o intensivos y tomar decisiones sobre la estrategia de trabajo. (Capítulo 8)	Analizar las creencias de la familia sobre el problema (Capítulo 6) y cómo se relacionan con las actitudes iniciales. (Capítulo 5) Actuar estratégicamente ante paradigmas de "no hay problema" o "no se puede remediar". (Capítulo 5) Definir áreas problemáticas que la familia vive como necesidades o dificultades. (Capítulo 5) Establecer metas bien etiquetadas, escaladas y asociadas a indicadores de logro. Deben tener un refrendo interno y externo. (Capítulo 6) Vincular las metas y sus indicadores de logro a actuaciones técnicas bien definidas: qué, quién, cómo, cuándo, dónde… se va a intervenir. (Capítulo 5)	Desarrollo del plan de trabajo con la familia. Evaluación continua de actuaciones técnicas y progresos. (Capítulos 6 y 7) Valorar el enganche de la familia y el resto de dimensiones de la alianza de trabajo. (Capítulo 4) Valorar y potenciar las alianzas de trabajo en la red profesional que está implicada en el trabajo técnico con cada familia. (Capítulo 4)	Valorar los cambios que se han producido con la familia y con los referentes externos del caso (sistema de protección, sistema educativo, etc.). (Capítulo 6) Evaluar las garantías de seguridad y el cumplimiento de límites para retirar medidas de protección de tipo coercitivo. (Capítulos 2 y 7) Explorar si los cambios en la familia son percibidos en su entorno de vida. (Capítulo 1)

Fases o "estratos" del proceso de intervención II: Intervenciones representativas				
Establecer y mantener alianzas de trabajo	**Valorar riesgos y potenciar recursos del sistema familiar**	**Construir las metas y objetivos**	**Promover cambios, actuaciones técnicas**	**Terminar, emancipar a la familia**
Intervenciones	Intervenciones	Intervenciones	Intervenciones	Intervenciones
Crear condiciones de confidencialidad y confianza pero marcando claramente las condiciones y límites del sistema de protección para hacer posible la ayuda a la familia. Entrevistas para re-conectar a la familia enfatizando lo que les une y sus posibilidades de cambio. Entrevistas individuales para crear espacios de confianza y conexión emocional, sobreponiéndose a actitudes iniciales negativas de la familia. Entrevistas orientadas al manejo del conflicto en la familia, creando condiciones de contención del conflicto y de protección de los miembros de la familia más vulnerables.	Entrevistas con la familia orientadas a evaluar bien la emp y la erc. Entrevistas con personas del entorno familiar, social, y profesional (escuela, orientadores laborales, profesionales de la salud, etc.) para valorar riesgos y recursos del sistema familiar. Diseñar tareas para la familia con el fin de comprobar la capacidad de realizar pequeños cambios iniciales. Intervenciones en crisis orientadas a controlar los efectos de la crisis o reparar las secuelas iniciales.	Externalizar el problema para diferenciar las personas del problema (especialmente cuando está cronificado). Re-encuadrar las definiciones del problema que resultan conflictivas o estériles (del tipo "no hay remedio"). Entrevistas orientadas por técnicas de proyección al futuro. Entrevistas para buscar indicadores adecuados de cambio. Preguntas de escala para crear "pasos" adecuados en la consecución de objetivos. Reuniones de equipo y con profesionales externos para planificar el plan de actuaciones de intervención con la familia y valorar las metas y sus indicadores.	Sesiones con la familia para trabajar cambios en la estructura de funcionamiento familiar (terapia familiar estructural). Sesiones de educación con miembros o subsistemas de la familia. Trabajar los cambios conductuales con entrevistas centradas en soluciones. Entrevistas orientadas a detectar y bloquear patrones conductuales que mantienen el problema (intervención familiar estratégica). Entrevistas de mediación con otros profesionales o entidades con la familia presente o sin la familia. Intervenciones psico-educativas en grupos (de familias, de adolescentes, de padres, etc.). Cursos de habilidades (de vida, parentalidad, etc.).	Entrevistas orientadas a prevenir recaídas en situaciones de riesgo y desprotección. Entrevistas para reasegurar a la familia su capacidad de afrontar los problemas presentes y futuros por sí mismos. Entrevistas de revisión de la intervención y de todo lo que se ha logrado. Entrevistas de seguimiento con la familia. Entrevistas de seguimiento con otras instancias (escuela, servicios sociales comunitarios, salud mental, programas de drogodependencias, etc.).



Fases o "estratos" del proceso de intervención III: Habilidades del profesional

Establecer y mantener alianzas de trabajo	Valorar riesgos y potenciar recursos del sistema familiar	Construir las metas y objetivos	Promover cambios, actuaciones técnicas	Terminar, emancipar a la familia
Habilidades	Habilidades	Habilidades	Habilidades	Habilidades
Una actitud de curiosidad e interés por las vidas de las familias atendidas, flexibilidad y apertura en la visión del mundo. Optimismo. Una buena comprensión global del contexto de intervención que incluya todas las influencias directas e indirectas en el proceso de trabajo con la familia. Buen manejo de entrevistas con clientes que tienen actitudes iniciales de evitación o rechazo a la intervención. Resistencia a las crisis y a situaciones desestructuradas. Capacidad de conectar con el usuario en el plano emocional. No ser vulnerable en el plano personal ante situaciones de sufrimiento de los usuarios.	Persistencia para ser capaz de descubrir recursos positivos en situaciones que a priori resultan negativas. Capacidad para valorar globalmente el sistema familiar. Experiencia para hacer valoraciones equilibradas y prudentes de los riesgos. Práctica sistémica para definir interacciones entre los factores de riesgo y entre los factores protectores. Conocimientos de evaluación de niveles individuales-psicológicos, interpersonales (pareja, familia, iguales), y sociales (comunidad y contextos sociolaborales). Manejarse bien en el trabajo en equipo.	Estructuración de entrevistas, seguir el foco y objetivo de las entrevistas. Manejar bien la construcción de escalamientos, persistencia en la exploración de los aspectos conductuales de los indicadores. Creatividad para trabajar las técnicas de proyección al futuro. Saber motivar a los miembros de la familia para definir objetivos e ilusionarse con ellos, crear esperanza en la consecución de los mismos. Manejarse bien en el trabajo en equipo para refrendar los objetivos con otras instancias profesionales.	Manejo adecuado de técnicas de educación familiar. Manejo adecuado de técnicas de trabajo con grupos. Manejo adecuado de herramientas de intervención sistémica (técnicas estructurales, estratégicas, centradas en soluciones, técnicas activas, narrativas y de externalización). Conocimiento de técnicas para el trabajo con niños y adolescentes (entrevista y terapia de juego, técnicas activas adecuadas a los menores). Buena asimilación de un modelo de cambio compartido por el equipo. Conocimiento de los procedimiento de valoración de los progresos en el proceso de intervención.	Reconocimiento y reconducción de situaciones de "recaída" o "crisis". Objetividad para evaluar garantías de estabilidad en los cambios de la familia. Saber "desengancharse" emocionalmente en la relación con los usuarios. Saber delegar (en la familia y en otros profesionales) tareas de apoyo y control que se han ejercido durante la intervención. Habilidades de trabajo en la red profesional para valorar los cambios y sus garantías y para planificar situaciones de apoyo y seguimiento de la familia.

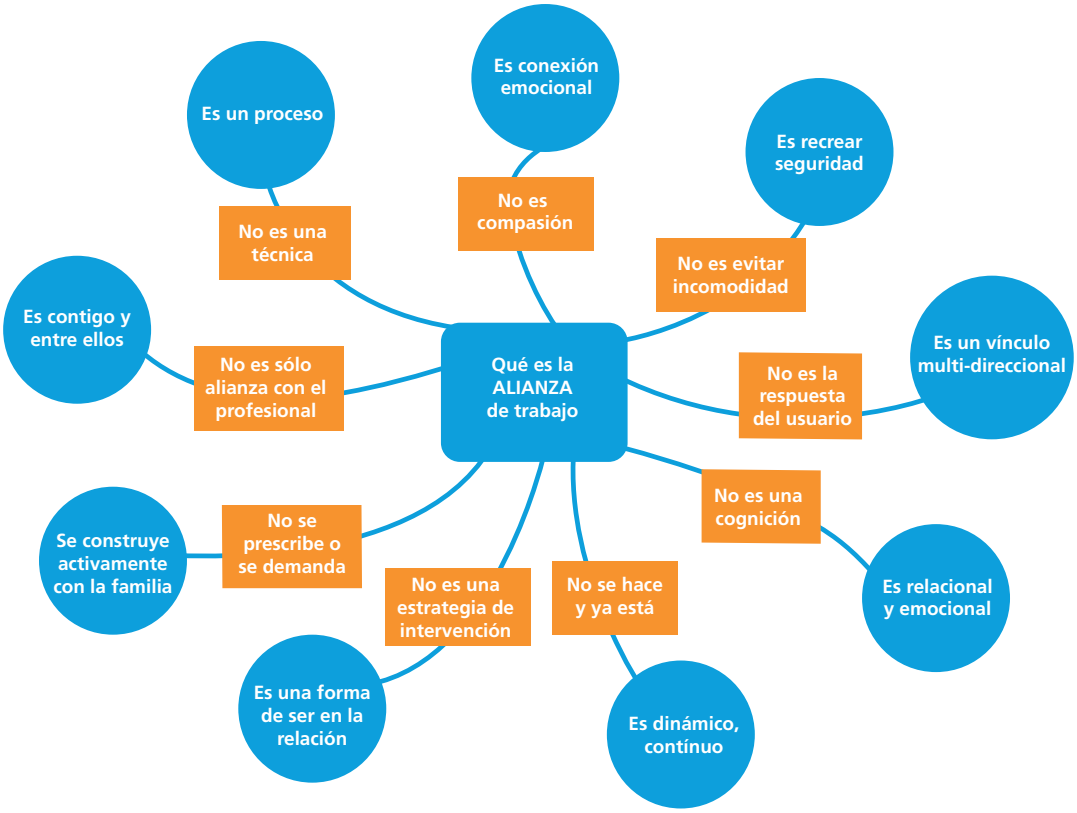
Fases o "estratos" del proceso de intervención IV: Evaluación y decisiones

Establecer y mantener alianzas de trabajo	Valorar riesgos y potenciar recursos del sistema familiar	Construir las metas y objetivos	Promover cambios, actuaciones técnicas	Terminar, emancipar a la familia
Pregunta clave - ¿Hay condiciones mínimas para un trabajo educativo y de apoyo familiar en colaboración/alianza con la familia? *Sí* Profundizar en el conocimiento de la familia y creación de metas. *No* 1. Analizar las dificultades y poner énfasis en la consecución de alianzas; usar supervisión. 2. Plantearse la necesidad de otro tipo de intervenciones de protección. *Instrumentos de apoyo* Escalas y registros de observación de la alianza.	*Pregunta clave* - ¿El balance entre la emp y la erc permite un trabajo educativo y de apoyo con la familia? *Sí* Proceder al trabajo de construir metas e indicadores de logro *No* Decidir y ejecutar intervenciones externas de protección de urgencia. *Pregunta clave* - ¿Hay alguna patología o problema grave en la familia que requiere intervención especializada o muy intensiva? *Sí* Hacer trabajo educativo con la familia y al tiempo mediación con servicios especializados. *No* Trabajar con base en actuaciones técnicas de nuestro equipo - ¿Hay indicadores de crisis y/o cronicidad? Planificar la intervención en función de su efecto en la estrategia de intervención *Instrumentos de apoyo* Escalas de valoración de factores de riesgo y protectores. Ecuación de balance del sistema.	*Preguntas clave* - ¿Se han establecido metas relevantes para la protección, realistas, y asumidas por la familia? - ¿Se han definido las metas mediante etiquetas positivas motivantes, de forma escalada ("pasos") y con indicadores de consecución? - ¿Se han definido claramente las actuaciones técnicas vinculadas a las metas y las expectativas temporales de consecución? *Sí* Avanzar en el trabajo de ejecución de tareas y medición de progresos. *No* 1. Revisar las creencias de la familia sobre el problema y su actitud ante la intervención; trabajar en equipo y usar supervisión si fuese necesario. 2. Revisar el trabajo técnico en la definición de metas. *Instrumentos de apoyo* Escala de consecución de objetivos. Instrumentos de evaluación que permitan escalamiento de objetivos.	*Pregunta clave* - ¿Se están dando los avances registrados en las escalas de consecución de objetivos en la magnitud y tiempo previstos? *Sí* Avanzar en el trabajo con la familia, siguientes "pasos". *No* 1. Comprobar si la situación ha cambiado y las metas no son ahora relevantes o plausibles; modificar. 2. Revisar la eficacia de las intervenciones técnicas y hacer correcciones. 3. Revisar el análisis de la estructura que mantiene el problema (emp), puede haber factores no considerados o interacciones no valoradas. Tomar decisiones nuevas sobre la intervención en su conjunto. *Instrumentos de apoyo* Escala de consecución de objetivos. Instrumentos de evaluación que permitan escalamiento de objetivos.Trabajo en equipo y supervisión externa.	*Preguntas clave* - ¿Se han logrado cambios que garantizan la estabilidad del sistema familiar y unas condiciones de afecto y protección adecuadas? - ¿Se han generado los apoyos dentro de la familia y fuera de ella (servicios profesionales y apoyos no profesionales en la comunidad) necesarios para el mantenimiento de los cambios? - ¿Se ha garantizado un sistema de seguimiento que dispare la solicitud de ayuda en caso de crisis o "recaída"? *Sí* Proceder a la terminación de la intervención. *No* 1. Decidir medidas para crear suficientes garantías. 2. Tomar decisiones nuevas sobre la intervención en su conjunto. Revisar el análisis de riesgos y recursos del sistema familiar.

15.2 Mapas de la alianza de trabajo

El capitulo 4 de esta Guía plantea la importancia esencial que tiene para la intervención familiar la creación de una alianza de trabajo con la familia. Es fundamental entender adecuadamente qué es en realidad la alianza de trabajo, ya que representa un proceso sistémico de colaboración con el usuario que predice la eficacia del programa de intervención. Este primer mapa de la alianza visualiza todo lo que configura dicho proceso y también todo aquello que puede confundirlo.

Figura 15.2



Y la segunda representación visual y explicativa de la alianza se basa en la estructura de una casa, la denominamos "Casa del Cambio", y expresa la construcción del proceso de intervención. Como la construcción de cualquier casa bien hecha, comienza por sus base, sus pilares y finaliza en la cumbre del tejado, así es el proceso:

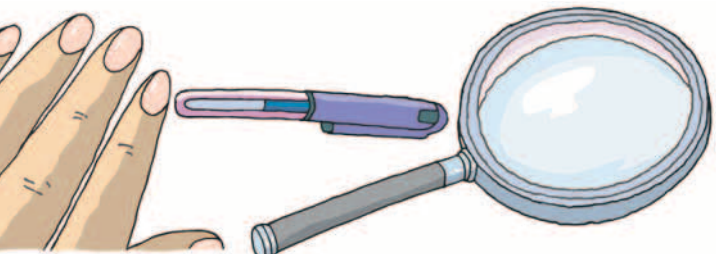
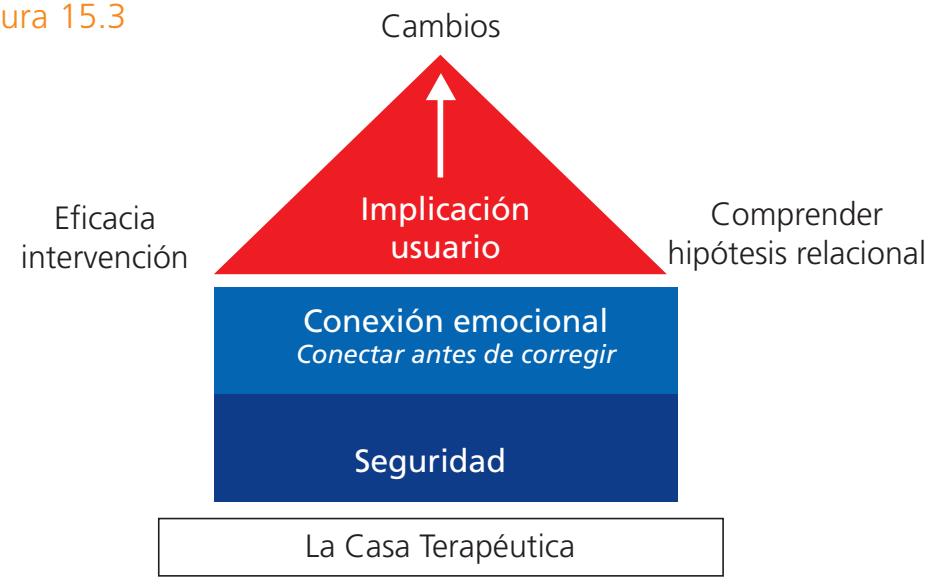
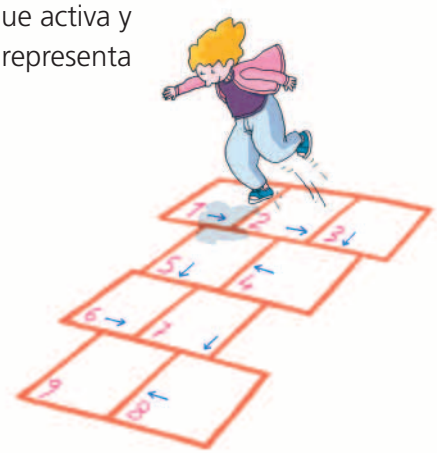


Figura 15.3



1. **Cambio.** Precisamente esa cumbre representa el objetivo de la intervención familiar: la ayuda profesional para conseguir que la familia repare, recupere, o consiga un nivel de seguridad y estabilidad adecuada para generar protección y potenciar su desarrollo. Dicho objetivo implica siempre un nivel de cambio en el sistema familiar: a veces se trata de incrementar o bien eliminar comportamientos y patrones que forman parte de la familia y otras veces se hace necesario que la familiar incorpore pautas que son totalmente nuevas para ella. El cambio siempre forma parte del resultado de la intervención, tanto si consiste en hacer más o menos de algo que ya hacen o bien si consiste en un cambio radical que implica hacer algo cualitativamente opuesto a lo que venían haciendo. El cambio, en cualquier medida y dimensión, siempre es un desafío. También es algo inevitable, ya que cambiar es una constante (quizás la más clara) del ser humano; cambiamos desde que nacemos hasta la muerte, desde una perspectiva celular, evolutiva, social, congestiva, biológica… nadie puede evitarlo. En el caso del ámbito de la intervención familiar, la ayuda profesional que aportamos esta dirigida a corregir patrones que generan riesgo y sustituirlos por pautas y estructuras de crianza y cuidado que generan seguridad y potencial el desarrollo personal.

2. **Implicación del Usuario.** Tanto la investigación como la experiencia práctica de los profesionales de la intervención familiar ofrecen una conclusión esencial: el cambio se produce con mas probabilidad, más fuerza y es mas duradero, cuando conseguimos que el usuario se implique activa y genuinamente. Por eso la implicación o enganche del usuario representa

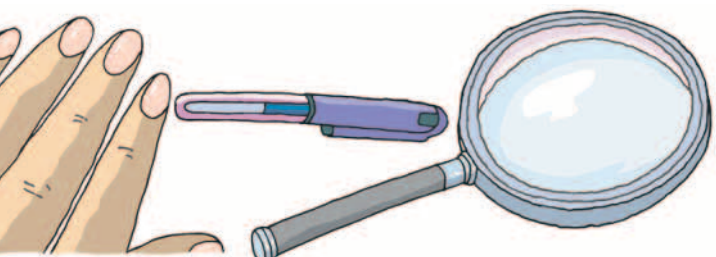


el tejado que cubre la casa. Es un elemento fundamental, no hay casa sin esa cubierta. Y por ello, también es fundamental entender qué contribuye a la implicación del usuario, qué hace que la familia se vea motivada y activa en la relación de ayuda.

3. **Comprender, tener hipótesis.** Como hemos planteado en el capítulo 3 de esta Guia, la "ecuación de balance del sistema familiar" representa un modelo de trabajo que intenta comprender cómo funciona la familia y que factores interactúan tanto en su estabilidad como en su vulnerabilidad y riesgo. La estructura dinámica que mantiene la dificultad de una familia (EMP en la metáfora de la ecuación) representa una hipótesis sobre el funcionamiento de la familia que requiere cambios. En definitiva, lo importante es que trabajamos con un modelo comprensivo, un modelo que no solamente quiere cambiar conductas inadecuadas sino que aspira a comprender la naturaleza de esas conductas para cambiarlas con mas facilidad y con mas eficacia y profundidad ¿Por qué esto es importante para la implicación del usuario? Por una razón muy evidente, si el usuario se siente comprendido genera más motivación para la intervención y facilita el cambio. Esto nos obliga a construir un modelo comprensivo que no genere hipótesis solamente para el profesional sino también para el usuario. Es esencial que nuestro análisis de las dificultades de la familia se hagan con y para la familia.

4. **Eficacia.** Eficacia es hacer la intervención con procedimientos pautados, objetivos plausibles y escalonados, actuaciones y técnicas bien adaptadas a cada familia en particular; tener medidas claras de nuestros resultados parciales y finales que compartimos con total transparencia con el usuario, dar cuenta de lo que hacemos. Esto es necesario para que un modelo comprensivo genere implicación del usuario y por lo tanto resulte en cambios positivos.

5. **Conexión emocional, el primer piso de la casa.** En el capítulo 4 de esta Guía hemos definido la conexión emocional entre usuario y profesional como una dimensión fundamental de la alianza. Y en el apartado 14.2 hemos definido un paso fundamental en la intervención: "conectar para enganchar". Lo que representa la conexión emocional en este esquema de La Casa del Cambio es la respuesta principal a esta pregunta clave ¿Qué garantiza la implicación del usuario? Sin duda la conexión emocional es el mediador fundamental par la implicación de la familia. Es un proceso mental y emocional "mediador" o "facilitador" de la implica-

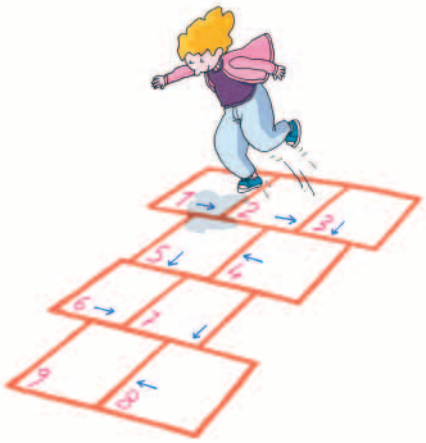


ción de usuario en nuestra ayuda profesional. Si la persona con la que trabajamos se siente emocionalmente entendida y aceptada como persona (de forma incondicional a sus problemas o responsabilidades pendientes), su implicación-y por lo tanto, el cambio– es más probable.

6. **Seguridad, la base de todo.** Tanto en el modelo de alianza (capítulo 4) como en todas las directrices de intervención que se hacen esta Guía, la seguridad representa el pilar fundamental. Si nos preguntamos ¿qué tenemos que hacer para generar conexión emocional con la familia? Seguridad es la respuesta; necesitamos antes que nada generar seguridad en todos los niveles del funcionamiento de cada usuario y de cada familia. Seguridad en el plano más interno de la persona con la que trabajamos, esa "base segura" que proporciona un buen apego y de la que muchos de nuestros usuarios (especialmente los que han sufrido condiciones de maltrato y negligencia severa) carecen. Seguridad en el plano de la relación familiar, que puede estar en riesgo por condiciones de conflicto, abuso o negligencias; la intervención sólo fructifica si comenzamos por establecer un contexto seguro (aunque esto en condiciones implica establecer incluso medidas de separación temporal). Seguridad en el plano de la relación de cada usuario con nosotros los profesionales, mediante la creación de una comunicación con ellos que sea transparente, empática, confidencial, genuina y coherente. Y seguridad en el plano más "inter-sistémico", es decir, en todo lo que implica el trabajo en red para la intervención con una familia; hacer que la familia no se sienta perdida en un mar de profesionales que en ocasiones pueden parecer faltos de coordinación y por ello generar desconfianza e inseguridad en la familia.

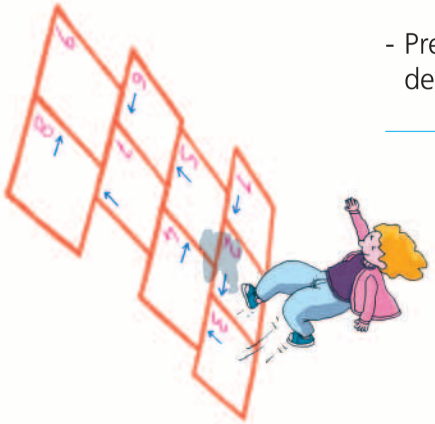
15.3 Mapa de supervivencia: todo en una tabla

Este amplío esquema que llámanos "mapa de supervivencia" contiene un resumen de todo lo que es esencial en el proceso de intervención y que se ha explicado a lo largo de esta Guía. Puede que te resulte de ayuda hacer una copia de este esquema, para tenerlo a la vista en tu espacio de trabajo y visualizar el proceso cuando sientas que te pierdes o necesites simplemente echar una ojeada al mapa para ubicarte y sentir seguridad.



PROCESO 5T (5 tareas que configuran la intervención)		5 HABILIDADES ESENCIALES (nuestra forma de trabajar)	MECANISMO PSICOLÓGICO (cuál es la base de las habilidades); posición del profesional	TECNICAS (cómo lo hacemos)	CONTENIDO (de qué hablamos)
T1. Construir y desarrollar un contexto de alianza (tres pasos) 1°. **seguridad** para conectar 2°. **conectar** (antes que corregir) parar enganchar 3°. alianza **expandida**	**T2.** Hipótesis sistémica (ERC/EMP) Los tres niveles de la ineficacia parental El trastorno relacional como proceso **T3.** Crear el re-encuadre sistémico con la familia **T4.** Trayectoria del cambio- Movilizar cambios **T5.** Terminar	Observar y entender fluidamente el nivel relacional Crear (contagiar) seguridad Conectar-empatía Motivar (escalar… la grandeza de lo pequeño) Estructurar para improvisar	Curiosidad genuina Optimismo posibilísmo Crisis (me gustan, no necesito cierres rápidos)	Preguntas que crean relación inter-subjetividad) Conectar las emociones con deseos, procesos, contextos, y objetivos Re-encuadre: Preguntas para construir nuevas historias/perspectivas sobre los mismos hechos y diferentes puntuaciones Preguntas que crean solución: intentadas, excepciones, proyección al futuro Preguntas que crean –o amplifican– cambio: reflexivas, expandir, reconocer Dibujar nuevos límites (estructural) Formular Objetivos: de escala, indicadores Tareas en la sesión y para casa (múltiples funciones) Activas (múltiples funciones)	Preguntas por la visión preferida (identidad) Preguntas por las preocupaciones, barreras y limitaciones Preguntas por los recursos y ayuda Preguntas por acciones, posibilidades y planes

Visión, proyección, ilusión, meta, conectar antes que corregir.	Qué nos bloquea, cómo ha sido.	Qué nos puede ayudar, qué tenemos, qué nos motiva.	Una posibilidad, un primer paso.
- Pregunta por su ideal de persona/familia. - Pregunta por su talento. - Pregunta qué te pueden enseñar (de lo bueno y de lo malo). - Pregunta qué les da fuerza. - Pregunta qué les gusta de ellos mismos. - Pregunta qué les une. - Pregunta por los recuerdos de carga emocional positiva.	- Pregunta por los hechos (denuncias, alarmas, daños). - Pregunta por los sentimientos ante la situación. - Pregunta por sus experiencias pasadas como hijos. - Pregunta por los efectos del problema en las relaciones y de las relaciones en el problema. - Pregunta por las necesidades. - Pregunta por el futuro. - Pregunta por preocupaciones de otras personas. - Pregunta por la intervención en curso.	- Pregunta por lo que han hecho bien (ha funcionado). - Pregunta por sus fortalezas y valores. - Pregunta por sus experiencias positivas como hijos. - Pregunta por lo que podrían hacer. - Pregunta por el futuro, por las ilusiones. - Pregunta por las personas que comparten/apoyan. - Pregunta por el buen uso que harían de la ayuda.	- Preguntas de escala. - Preguntas de proyección al futuro. - Preguntas sobre indicadores de mejoría. - Preguntas sobre emancipación y autonomía. - Preguntas sobre aprendizajes que pueden usar. - Preguntas para confirmar objetivos. - Preguntas para confirmar actuaciones. - Enactmet y ensayo



Formato de hoja de trabajo para rellenar con una familia

Visión, proyección, ilusión, meta, conectar antes que corregir.	Qué nos bloquea, cómo ha sido.	Qué nos puede ayudar, qué tenemos, qué nos motiva.	Una posibilidad, un primer paso.

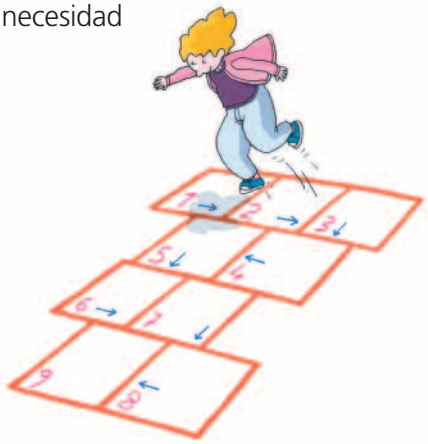
15.4 Trayectorias del proceso para afrontar patologías graves o cronificadas

El desarrollo del proceso de intervención está obviamente afectado por el nivel de riesgo y posible desequilibrio entre la estructura que mantiene al problema y la estructura de recursos para el cambio en el sistema familiar (Capítulo 3). En este sentido el recorrido o trayectoria del proceso de intervención va a estar afectado globalmente por la existencia de problemas o patologías severas o cronificadas en la familia. **La figura 15.4** muestra un diagrama de cómo organizar el trabajo de intervención dependiendo de la existencia o no de este tipo de problemas en la familia. Como se ve en ese diagrama, la respuesta positiva o negativa a la pregunta de si existe un problema de esas características en la familia marca una trayectoria diferenciada para la intervención.

En el caso de que se detecten **patologías de salud (física o mental) o alguna situación problemática que requiere un tratamiento especializado o muy intenso** (por ejemplo, una patología psiquiátrica que requiere medicación y seguimiento médico, una depresión que requiere tratamiento de psicoterapia intensivo, etc.), la intervención debería tener una estructura diferente. Si bien todas las indicaciones que hemos dado en las Tablas previas son aplicables, la estrategia de intervención ha de complementar dos pautas:

1. por un lado hacer un trabajo educativo y de re-encuadre en la familia para que todo el sistema familiar entienda la importancia de ese problema o patología, y
2. por otro lado hacer una labor de **puente o mediación** entre la familia y el servicio de atención especializada que pueda cubrir el tratamiento requerido.

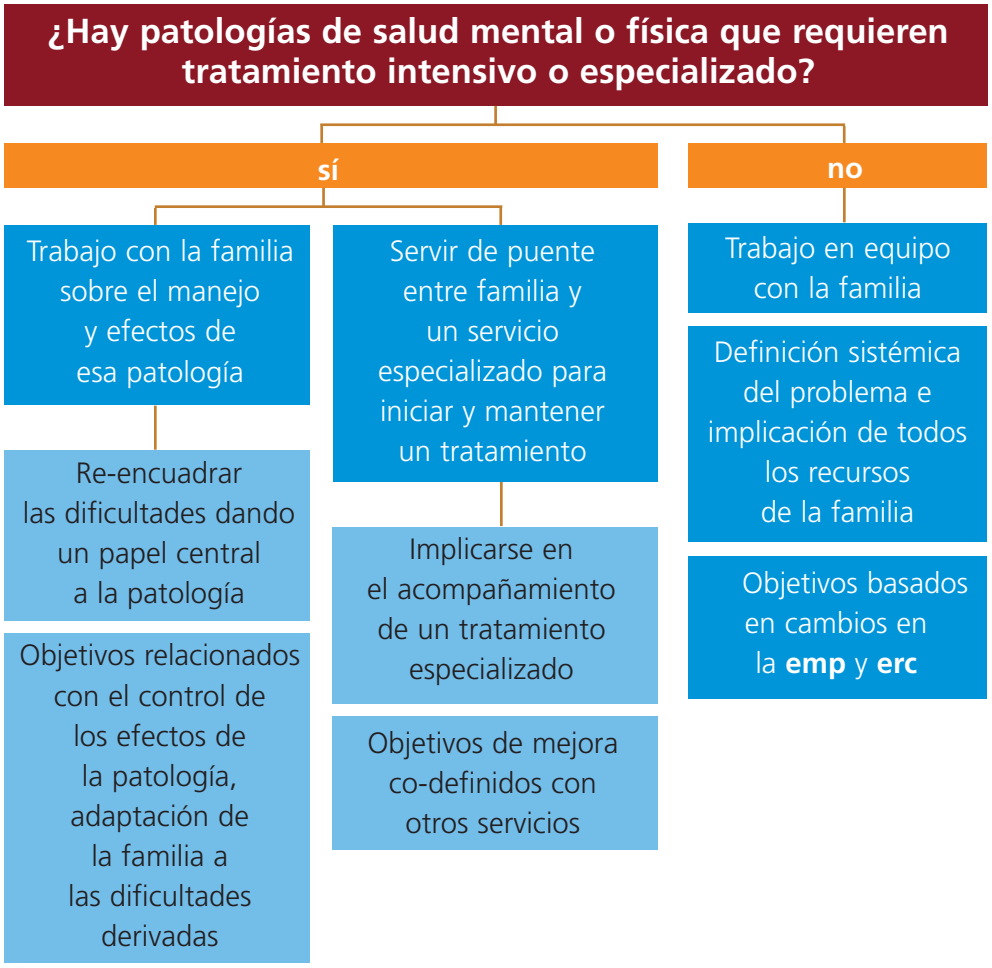
No debe confundirse esta estrategia con una simple derivación del caso. La labor del equipo de intervención familiar puede ser clave: ha de establecer objetivos para la familia relacionados con el conocimiento y control de la enfermedad o patología y el establecimiento de habilidades para afrontarlos adecuadamente. Los modelos psico-educativos utilizados tradicionalmente en la intervención familiar en esquizofrenia son un buen referente para estas situaciones. Sin embargo, en este tipo de familias hay que establecer una colaboración sólida con los servicios especializados; es algo esencial para la eficacia de la intervención. Los equipos de intervención familiar pueden conocer mejor que cualquier otro profesional a la familia y por tanto colaborar con otros profesionales en el establecimiento de metas terapéuticas o de rehabilitación. Por lo tanto, cuando se detecten factores de mantenimiento del problema que implican la necesidad

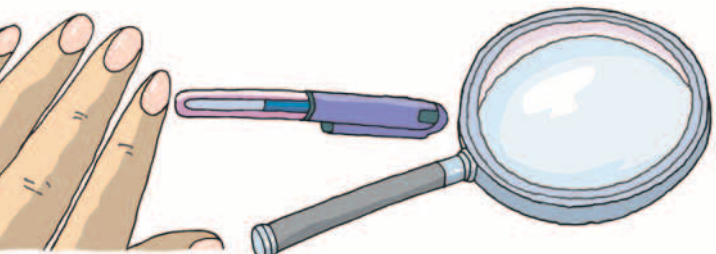


de tratamientos especializados o intensivos, el equipo planificará una intervención doble: trabajo educativo con la familia y mediación-acompañamiento de la familia con otros servicios especializados.

En el caso de que no se detecten patologías severas o que impliquen la necesidad de tratamiento especializado o intensivo, la intervención familiar pivotará sobre los recursos humanos y técnicos del equipo de intervención, aunque se puedan utilizar otros recursos de la red profesional puntualmente como instrumentos a incorporar en el proceso.

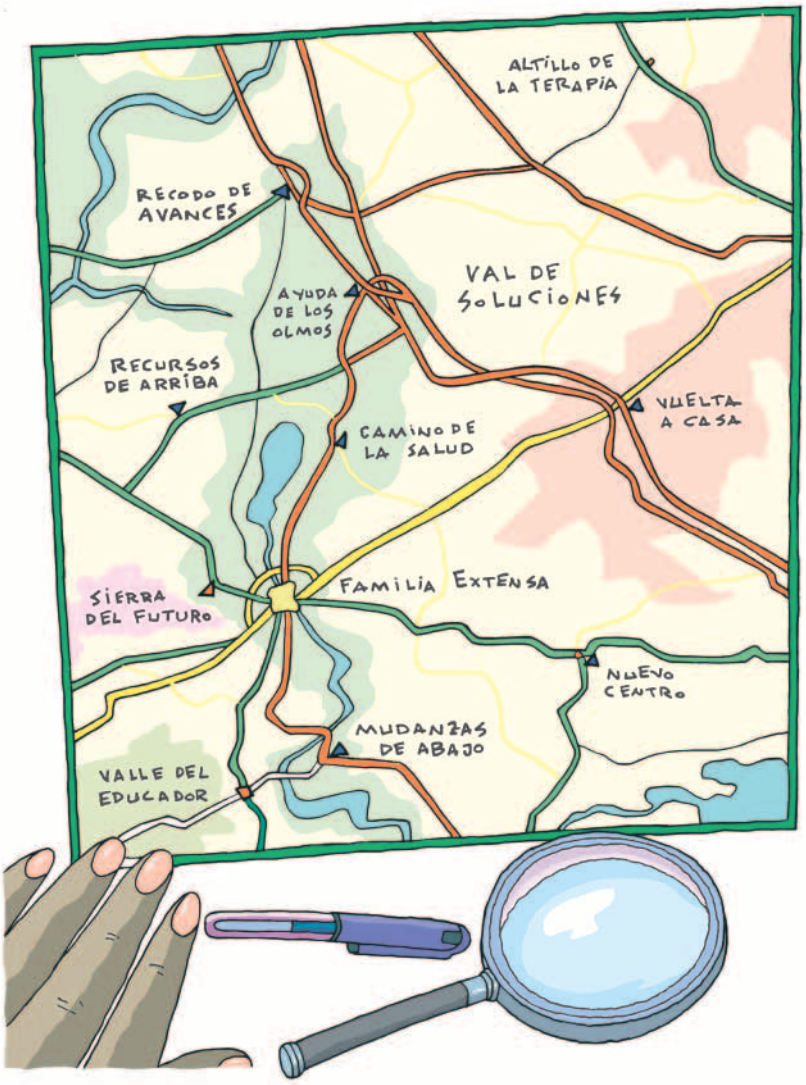
Figura 15.4 Diagrama de las trayectorias del proceso de intervención en función de la existencia de problemas que requieren tratamiento especializado o intensivo

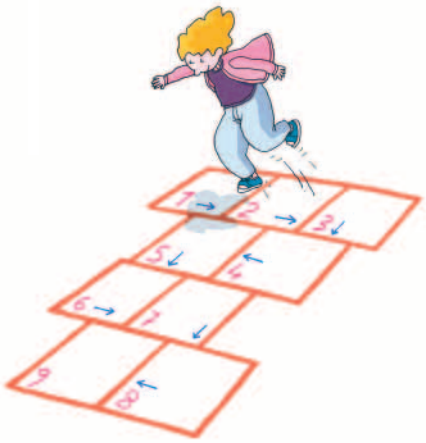




15.5 Mapa global: ámbitos y recursos de intervención familiar

Finalmente, este último "mapa global" tiene la función de contextualizar el trabajo de intervención familiar dentro del marco de los servicios de protección a la infancia. La intervención con la familia desde los equipos especializados se puede dar en contextos o momentos muy diferentes de un proceso de ayuda a un menor en riesgo o en desamparo. La intervención familiar, por lo tanto, ha de coordinarse con otros recursos y otros profesionales. Cada recurso, cada equipo, cada profesional individualmente, tiene sus objetivos y procedimientos. Este mapa quiere resaltar todo lo que es diferente y común respecto a características esenciales de la intervención y de la relación de ayuda a las familias. Una simple ojeada al cuadro es suficiente para concluir que tenemos mucho en común y por ello, desde ámbitos y recursos, diferentes podemos compartir un modelo común. Al menos en lo esencial.





Aspectos a valorar	Ámbito familiar de la intervención						
	Familia biológica			Familia extensa	Familias ajenas		Residencial
Recurso de protección	Prevencion	Preservación	Reunificacion	Acog. fam extensa	Acog fam ajena	Adopción	Centro
Riesgo del menor (alto, medio, bajo)	bajo, medio	medio-alto	alto	alto	alto	alto	alto
Pronóstico sobre la familia biologica ¿es recuperable? ¿tiene grandes dificultades?	la familia no tiene grandes dificultades	si recuperable	sí recuperable	recuperable (acog. tempor) no recuperable (acog permanente)	recuperable (acog.tempor) no recuperable (acog permanente)	no recuperable	familia con grandes dificultades, puede ser recuperable
Voluntariedad del recurso para la familia biológica (voluntario, obligatorio, condicionado)	voluntario	condicionado	obligatorio	obligatorio, condicionado	obligatorio, condicionado	obligatorio	obligatorio condicionado
Profesionales (clínico, social, educativo, legal)	educativo, social	todos	todos	social, educativo, legal	social, educativo, legal	social, educativo, legal	educativo
Quién decide el recurso (familia versus profesional)	familia	profesional y familia	profesional y familia	profesional	profesional	profesional	profesional
Vínculo que se espera familia-menor (apego seguro vs cuidado)	apego seguro	apego seguro	apego seguro	cuidado (temporal) apego (perman.)	cuidado (tempor) apego (perman.)	apego	cuidado
Relación profesional-familia(alianza terapéutica o simple colaboración)	colaboración	alianza	alianza	colaboración	colaboración	colaboración	colaboración
Medidas legales (tutela, guarda, ninguna)	ninguna	ninguna pero pueden darse	guarda, tutela	guarda, tutela	tutela (guarda)	tutela	guarda o tutela
Intervenciones representativas	educación, consejo	acompañar, seguimiento, educación, mediación	acompañar, seguimiento, educación, mediación	acompañar, seguimiento, educación, mediación	formar, acompañar, seguimiento	formar, acompañar, seguimiento	estructurar la vida del menor, rehabilitar, educar, crisis
Contexto de intervención (hogar, calle-otros, local-profesional)	centro social, comunitario, calle	todos	todos	hogar y profesional	hogar y profesional	hogar y profesional	centro y otros informales

16 Laboratorio Virtual de Prácticas

Guía práctica para
la intervención
familiar

Este "laboratorio virtual" tiene la función de aportar un aprendizaje práctico para resolver situaciones de especial dificultad a través de material audiovisual. Es un recurso únicamente abierto a profesionales autorizados (bien en ejercicio profesional o bien en formación). El uso de material audiovisual de forma interactiva permite mostrar habilidades y técnicas de intervención al tiempo que "podemos ver cómo hacer lo que decimos que se puede o se debe hacer". La estructura de este laboratorio es dinámica porque el material y los ejercicios pueden reciclarse y actualizarse; también porque los ejercicios están diseñados para que hagas tus propios análisis y diseñes intervenciones que posteriormente puedes contrastar con las intervenciones que se presentan en video.

La entrada al laboratorio virtual es esta: **www.ifvirtuallab.net**

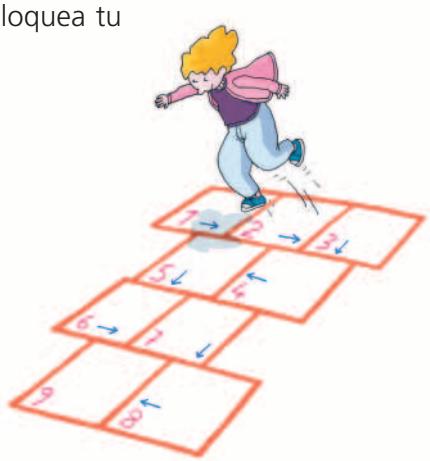
16.1 Videoejercicios

Los ejercicios de video disponibles tienen la siguiente estructura:

1. Verás un segmento de video, es el inicio de una entrevista con una familia; lo vas a ver desde el plano subjetivo del profesional que atiende a la familia.
2. Te ofreceremos varias preguntas para guiar tu análisis después de ver el video.
3. Te vamos sugerir también que pienses qué harías en esa situación si fueses el profesional que conduce la entrevista o intervención.
4. También te vamos a pedir que "verbalices" o "representes" activamente lo que harías en esa situación.
5. Posteriormente te vamos a mostrar de nuevo el segmento de video, pero ahora podrás ver la reacción y la intervención del profesional que atiende a la familia en el video.
6. Finalmente verás una breve explicación sobre el objetivo y la resolución del ejercicio.

Para la realización de los diversos ejercicios, en general, es importante que te sientas concentrado y atento en lo que aportan los usuarios que verás en el video.

Pero en estos ejercicios también es importante que te concentres en lo que tú puedas sentir y percibir: (1) Tu respuesta emocional (nivel de ansiedad, emociones que te provoca, activación interna, etc.) (2) Lo que capta o bloquea tu atención (las conductas verbales y no verbales de la familia)



Estos son los formularios generales de preguntas que se utilizan para los ejercicios de vídeo:

Preguntas sobre atención e impacto del vídeo 1

1. ¿Cómo calificarías el nivel de **concentración global** que has podido mantener viendo el video?

❏ Muy Bajo ❏ Bajo ❏ Moderado ❏ Alto ❏ Excelente

2. ¿Cómo calificarías el nivel de **atención que has podido mantener** en la familia y su comunicación?

❏ Muy Bajo ❏ Bajo ❏ Moderado ❏ Alto ❏ Excelente

3. ¿Cómo calificarlas el nivel de **atención que has tenido en ti mismo** (sobre cómo te estabas sintiendo)?

❏ Muy Bajo ❏ Bajo ❏ Moderado ❏ Alto ❏ Excelente

4. ¿**Qué nivel de estrés** te ha provocado este segmento de video?

❏ Muy Bajo ❏ Bajo ❏ Moderado ❏ Alto ❏ Extremo

Preguntas sobre ti mismo (vídeo 1)

1. ¿Qué **sentimientos o emociones** ha provocado en ti al observar este video? (selecciona –subraya– alguna de estas o escribe otras que no estén aquí, pueden darse al mismo tiempo positivas como negativas).

temor, ansiedad, frustración, desinterés, irritación, inquietud, impaciencia, disgusto, tristeza, vergüenza, pena, culpa, confusión, rabia, enfado, aburrimiento, despiste, auto-presión

alegría, motivación, entusiasmo, felicidad, relajación, curiosidad, atención, conmoverme, interés, proteger, ternura

2. ¿Has notado alguna **reacción o respuesta física** en ti al observar el video? (selecciona –subraya– alguna de estas o escribe otras que no estén aquí, pueden confluir positivas y negativas)

tensión muscular (en cuello cabeza, tronco, extremidades…), respiración contenida, palpitaciones, boca seca, sudor, molestia de estómago, dificultad de tragar o salivar, reflujo, tensión de cabeza, inestabilidad o mareo, he apartado la mirada, he desconectado

postura de atención, relajación muscular, respiración acompasada, gestos para expresarme, agudeza visual o mental

TV

Preguntas sobre la familia del vídeo 1

1. ¿Qué **sentimientos o emociones** has observado en la familia? (selecciona –subraya– alguna de estas o escribe otras que no estén aquí, pueden darse al mismo tiempo positivas como negativas)

temor, ansiedad, frustración, desinterés, irritación, inquietud, impaciencia, disgusto, tristeza, sarcasmo, vergüenza, pena, culpa, confusión, rabia, enfado, aburrimiento, despiste, auto-presionarse, amenaza

alegría, motivación, amor, protección, ternura, entusiasmo, felicidad, relajación, curiosidad, atención, conmoverse, interés, esperanza

2. ¿Has notado alguna r**eacción o respuesta física** en la familia? (selecciona –subraya– alguna de estas o escribe otras que no estén aquí, pueden confluir positivas y negativas)

tensión muscular (en cuello cabeza, tronco, extremidades…), respiración contenida, gestos de boca seca o sudor, gesto de molestia de estómago, dificultad de tragar o salivar, gestos de inestabilidad o mareo, llanto o llorar, apartar la mirada, retirarse, desconectar, gesto de amenaza, expresión facial o corporal de temor o pánico

movimiento de acercarse, postura de atención, relajación muscular, respiración acompasada, gestos para expresarse mejor, sonreír o risas, contacto físico con algún otro miembro de la familia, gesto de asentimiento o complicidad, guiño

Preguntas sobre la/el profesional (vídeo 2)

1. ¿Qué **sentimientos o emociones** has observado en la/el profesional? (selecciona -subraya– alguna de estas o escribe otras que no estén aquí, pueden darse al mismo tiempo positivas como negativas)

temor, ansiedad, frustración, desinterés, irritación, inquietud, impaciencia, disgusto, tristeza, sarcasmo, vergüenza, pena, culpa, confusión, rabia, enfado, aburrimiento, despiste, auto-presionarse, amenaza

alegría, motivación, amor, protección, ternura, entusiasmo, felicidad, relajación, curiosidad, atención, conmoverse, interés, esperanza

2. ¿Has notado alguna **reacción o respuesta física** en la/el profesional? (selecciona –subraya- alguna de estas o escribe otras que no estén aquí, pueden confluir positivas y negativas)

tensión muscular (en cuello cabeza, tronco, extremidades…), gesto de miedo o pánico, respiración contenida, gestos de boca seca o sudor, dificultad de tragar o salivar, gestos de inestabilidad o mareo, llanto o llorar, apartar la mirada, retirarse, desconectar, gesto de amenaza, mirara de recriminación, sarcasmo

movimiento de acercarse, postura de atención, relajación muscular, respiración acompasada, gestos para expresarse mejor, sonreír o risas, contacto físico con algún miembro de la familia, gesto de asentimiento o complicidad, relajarse en su silla

Ejercicio Pre-Intervención (vídeo 2)

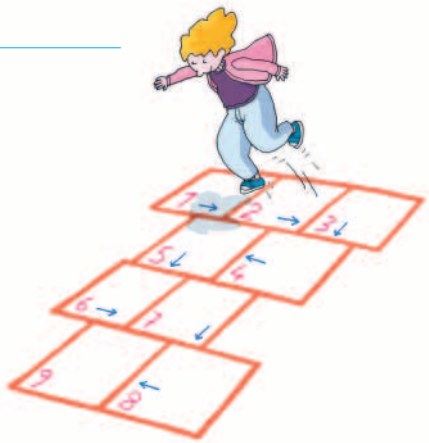
1. Escribe lo que crees que quiere inicialmente sacar de la intervención familiar cada miembro de la familia:

❏ Padre ❏ Madre ❏ Hijo ❏ Hija ❏ Otro

2. Escribe lo que crees que siente primordialmente en ese inicio de la entrevista cada miembro de la familia (elige un sólo sentimiento el que más le representa):

❏ Padre ❏ Madre ❏ Hijo ❏ Hija ❏ Otro

3. ¿Escribe uno o dos sentimientos o emociones que te parece pueden tener en común –compartir– los miembros de la familia? (positivo y/o negativo)



Diseña tu intervención (vídeo 2)

1. Piensa y escribe qué intervención harías en el momento en que termina el video para crear un mínimo de seguridad (para la familia y también para ti) e intentar así que la comunicación sea más ordenada y productiva.

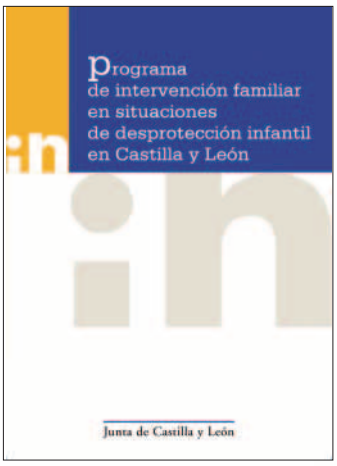
2. Lee tu inter vención como si te dirigieras a ellos en ese momento.

3. Cuando estés satisfecho con tu intervención pasa al video 3 en el que te mostramos la intervención que te proponemos.

Tu comparación y reflexión sobre este ejercicio (vídeo 3)

Finalmente escribe aquí tu reflexión sobre este ejercicio:

- la intervención que acabas de ver comparada con la que tú has diseñado
- lo que te ha aportado el ejercicio
- lo que te ha resultado más complicado
- y lo que quieras libremente añadir



Guía práctica para la intervención familiar

2ª Edición ampliada

Servicios Sociales de Castilla y León

Junta de Castilla y León