

Trabajo Final Integrador.

Terapia familiar multisistémica aplicada a un caso de Trastorno oposicionista desafiante

Autor: Andrea Medina Torrado

Tutor: Valeria Wittner

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 objetivo general	5
1.2 objetivos específicos.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Modelo sistémico.....	6
2.1.1 Teoría general de los sistemas.....	6
2.1.2 Teoría de la información.....	6
2.1.3 Teoría cibernética.....	7
2.1.4 Teoría de la comunicación.....	8
2.2 Terapia familiar multisistémica (MST).....	9
2.2.1 Teoría sistémica.....	10
2.2.2 Teoría de la ecología social.....	10
2.2.3 Objetivo principal de la MST.....	11
2.2.4 Nueve principios del tratamiento para hacer intervenciones.....	12
2.2.5 Sistema familiar como herramienta para el cambio.....	14
2.2.6 Intervención familiar desde la MST.....	16
2.3 Trastorno oposicionista desafiante (TOD).....	21
2.3.1 Consumo de sustancias como conducta emergente del TOD.....	22
2.4 Eficacia de la terapia familiar multisistémica para casos de TOD.....	23
3. MÉTODO.....	24
3.1 Participantes.....	24
3.2 Instrumentos.....	25
3.3 Procedimiento.....	26
3.4 Tipo de estudio.....	27
4. DESARROLLO.....	27
4.1 Presentación del caso.....	27

4.2 Descripción de la problemática.....	28
4.3 Descripción de la conceptualización del caso según el terapeuta.....	31
4.4 Análisis de las intervenciones.....	34
5. CONCLUSIONES.....	41
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
7. ANEXOS.....	49

1. INTRODUCCIÓN

La práctica profesional se llevó a cabo durante tres meses en un centro busca brindar asistencia en salud mental, desde una mirada integral de la persona, en la cual el individuo está inmerso en un contexto y en una serie de interacciones con otros, que hace que aparezcan sus diferentes conductas. Entonces busca incluir al núcleo familiar y social de la persona en su salud mental.

La tarea más destacada del pasante era el seguimiento a pacientes que hubiesen terminado la terapia. La idea era que el pasante, vía telefónica, se contactase con diez ex pacientes de un terapeuta (asignados dos terapeutas por pasante) y les preguntase acerca de la calidad percibida del mismo y de la institución. Además, que con dicha información hiciera una devolución al centro de lo que los pacientes percibieron de la terapia y del psicólogo.

Otras tareas se remitieron a la grabación de cámaras Gesell, digitalización de videos, edición, subtítulo, traducción de conferencias, transcripción de las mismas, actualización de la base de datos del centro (completando datos faltantes de una serie de grabaciones de cámaras Gesell, sobre una planilla que contenía información del paciente, terapeuta, fecha de la terapia, grupo etario, si hubo mejoría, cuáles fueron las intervenciones principales...), con el fin de que el pasante estuviese al tanto de la organización de la institución y pudiese sacar provecho del contenido de las conferencias, ateneos, clases, etc.

Además, hubo acceso a algunos cursos de formación en el modelo sistémico, que brinda el centro, así como la posibilidad de participar en los grupos de supervisión de casos y observar las cámaras Gesell: admisiones a pacientes, terapia de pareja, terapia familiar multisistémica, trabajo con pacientes que presentan trastorno límite de la personalidad, casos difíciles y psiquiatría.

El tema a desarrollar en el trabajo final integrador surgió precisamente escuchando la supervisión que hizo un terapeuta de un caso grave, pero interesante, del grupo de profesionales de Terapia Familiar Multisistémica, acerca de una adolescente con trastorno oposicionista desafiante y comportamientos fuertemente disfuncionales. Y posteriormente, viendo en cámara Gesell a la familia de la paciente.

A partir de dicha observación se plantearon los objetivos del problema a desarrollar.

1.1 Objetivo general

Describir la Terapia Familiar Multisistémica implementada desde el modelo MRI en el caso de una paciente adolescente con trastorno oposicionista desafiante y consumo de sustancias.

1.2 Objetivos específicos

Describir la problemática de la adolescente y su situación familiar al momento de la consulta.

Describir la conceptualización del problema según el terapeuta.

Analizar las intervenciones aplicadas al caso desde la terapia familiar multisistémica y el resultado que tienen en la paciente.

2. MARCO TEÓRICO

Dentro de la psicología existen varias escuelas, ramas o modelos con diferentes maneras de abordar a la persona, su conducta y sus conflictos. El presente trabajo se centra en la rama sistémica y específicamente en la terapia familiar multisistémica, que se enmarca dentro de dicha rama. La escuela sistémica nació a mediados del siglo XX en el Mental Reserch Institute (MRI) de Palo Alto, California, y allí se desarrolló como resultado de las investigaciones realizadas por el grupo liderado por Gregory Bateson. Como primera medida se expone, a grandes rasgos, la visión del modelo sistémico, que impregna la idiosincrasia, y a su vez, la forma de trabajar de la terapia familiar multisistémica.

2.1 Modelo sistémico

Según Bateson (1972), el modelo sistémico pone acento en la conducta como emergente; un comportamiento aparece a causa de las interacciones que sostiene quien actúa dicho comportamiento. Entonces la atención está dirigida a la combinación de los diferentes elementos que hacen que surja la conducta. En éste sentido, desde la visión de la psicología sistémica, un comportamiento está multi-determinado, tiene múltiples influencias y es un emergente interaccional.

El modelo sistémico, aplicado a la psicología, se basa en cuatro teorías, que Gregory Bateson y su equipo de colaboradores incorporan y aplican a la ciencia de la conducta.

2.1.1 Teoría general de los sistemas

Primero, la Teoría General de los Sistemas, de Bertalanffy (1968), que habla de un sistema como constructo o principio explicativo; un modelo para acceder a la realidad. Los sistemas son conjuntos de elementos que interactúan entre sí (con lo que todo podría ser visto como un

sistema, dependiendo del observador), que funcionan como un todo –el modificar una parte genera un cambio en el resto- y que a su vez tienen subsistemas (Wainstein, 2006).

El hecho de tomar el concepto de sistema y aplicarlo a la ciencia de la conducta implica ver a la persona, su conducta y su entorno como un sistema; y para entender un fenómeno bajo dicho concepto, es necesario entenderlo en función de la relación entre sus elementos, para así poder modificarlo, partiendo de la modificación de uno de ellos (Bateson 1972).

2.1.2 Teoría de la información

La segunda base teórica del modelo sistémico es la Teoría de la Información: una propuesta que presentan Claude E. Shannon y Warren Weaver a finales de la década de los años 1940 y que está relacionada con las leyes matemáticas que rigen la transmisión y el procesamiento de la información. Se ocupa de la medición y representación de la información, así como también de la capacidad que tienen los sistemas para comunicarse, transmitir y procesar información (Shannon, 1948). Bateson (1972) postula que la información es una diferencia que genera otras diferencias; lo anterior quiere decir que algo es información cuando logra crear una diferencia en el sistema. Y a su vez, al crear diferencias, reduce alternativas con lo que también reduce la incertidumbre.

Entonces, entre mayor información tenga un sistema, mayor es su certidumbre y así mismo su nivel de organización. Por el contrario, a menor información, mayor incertidumbre y mayor entropía -término referido al grado de desorganización de un sistema- (Bateson, 1972).

2.1.3 Teoría cibernética

La tercer teoría que sostiene al modelo sistémico es la Teoría Cibernética. Según Bateson (1972), la cibernética es la rama de las matemáticas que se encarga de los problemas de control, recursividad e información. Estudia la estructura de los sistemas reguladores y está estrechamente vinculada a la teoría de control y a la teoría de sistemas. Es igualmente aplicable a los sistemas físicos y sociales. Se basa en la premisa de que los sistemas complejos afectan su ambiente externo y luego se adaptan a él. Entonces, en términos técnicos, se centra en funciones de control y comunicación: ambos fenómenos externos e internos del sistema y hacia él. La teoría cibernética presta especial atención a la retroalimentación y sus conceptos derivados. La cibernética trata acerca de sistemas de control basados en la retroalimentación. La retroalimentación se refiere a un mecanismo de control de los sistemas dinámicos por el cual una cierta proporción de la señal de salida se dirige a la entrada, y así regula su comportamiento. Hay retroalimentación negativa y retroalimentación positiva: cada una, aplicada a la ciencia de la conducta, corresponde a un tipo de cambio. La retroalimentación negativa es un fenómeno mediante el cual un sistema recupera y mantiene su estabilidad interna; es decir que compensa una alteración, pero no cambia la estructura del sistema. Cabe aclarar que mantener la estabilidad no significa hacer que el sistema sea funcional. Hay sistemas muy estables que son altamente disfuncionales (Bateson, 1972). El anterior es lo que se denomina cambio 1. El cambio 2 se refiere a la retroalimentación positiva, que no sólo compensa sino genera una transformación en la estructura del sistema. Se relaciona con los

momentos de crisis en los que es más factible incorporar nueva información y cambiar la organización de los elementos del sistema; en éste tipo de cambio sí se puede llevar al sistema a ser más funcional (Bateson 1972).

2.1.4 Teoría de la comunicación

Y por último, la Teoría de la Comunicación Humana, que hace un estudio pragmático de la comunicación –impacto de la comunicación sobre la conducta- e intenta establecer axiomas o leyes generales de la misma. En primera instancia la teoría postula que toda conducta es comunicación y toda comunicación es conducta; de ahí viene el primer axioma que establece: es imposible no comunicar (así como es imposible no tener conducta). Todo es comunicación, incluso el silencio. La segunda ley dice que la comunicación tiene dos aspectos: uno de contenido, referido al mensaje literal que se emite, y otro de relación, que ayuda a entender el mensaje literal en un contexto determinado, es decir, con uno u otro interlocutor, con quien se manejan distintas interacciones. El tercer axioma está referido al acento o puntuación que se hace cuando se comunica; toda comunicación supone una puntuación de la secuencia de hechos; un orden. Y el cuarto, dice que hay comunicación verbal y no verbal: la primera se relaciona más con el aspecto de contenido de la comunicación, y lo no verbal, con el aspecto relacional (Watzlawick, Helmick, & Jackson, 1985).

En general, y teniendo en cuenta que descansa sobre la base de las cuatro teorías anteriores, se puede decir que el modelo sistémico discute tres ítems, principalmente: la objetividad, la idea de patología y la idea de individuo. En cuanto a la objetividad, es un modelo relativista con visión subjetiva que refuta la existencia de una sola verdad absoluta y propone pasar a criterios de construcción de verdad y acuerdo mutuo; la realidad como construcción social, como consenso entre personas. Por su parte, la idea tradicional de patología es cuestionada por el modelo, ya que dice que la psicoterapia no se trata sólo de curar patologías y que el paciente no es sólo enfermedad; tiene recursos y soluciones que el terapeuta ayuda a descubrir para que funcione bien. Entonces se enfatiza en las fortalezas del paciente, en lo que sabe y puede hacer, no en la enfermedad. Y como último ítem, se discute la idea de individuo: si en otros modelos la persona es un ente aislado que tiene una patología curable, en éste el individuo es el resultado de interacciones, y asimismo lo son sus conductas disfuncionales, hecho que implica que para modificar conductas hay que modificar interacciones (Hirsch & Casabianca, 1992).

En éste orden de ideas, los rasgos distintivos del modelo sistémico son: la búsqueda rápida de la modificación de la conducta, teniendo en cuenta que ésta es resultado de las interacciones de la persona. Énfasis en los recursos que tienen las personas para modificar alguna situación no deseada. Establecimiento de acuerdos con el paciente sobre un objetivo claro, alcanzable, referido a la modificación del comportamiento. Maniobrabilidad del terapeuta y su carácter directivo para producir el cambio. Aceptación y trabajo con la ideología del consultante (Hirsch & Casabianca, 1992).

Además, la definición del problema como conducta disfuncional repetitiva que produce una queja o malestar, que es persistente, que se enmarca dentro de un contexto y que se ha intentado solucionar previamente, sin conseguir resultados. Dicha solución intentada es uno de los factores que sostiene el problema y hace que se autoperpetúe. Por lo anterior, para que se produzca un cambio, tiene que haber una desviación en la norma, que sostiene el equilibrio (Bateson, 1972).

2.2 Terapia familiar multisistémica (MST)

Hasta aquí se expuso de manera resumida lo característico del modelo de psicología sistémica, dentro del cual se desarrolla la Terapia Familiar Multisistémica. Ahora, entrando concretamente en dicha terapia, dice Henggler (2012) que es un tratamiento en el ámbito familiar, dirigido a adolescentes con problemas graves de comportamiento. Está desarrollado sobre la base de dos teorías compatibles con el hecho de que los comportamientos antisociales graves en adolescentes están multideterminados por sus atributos personales y los de los sistemas en que se mueven. Dichas teorías son: Teoría General de los Sistemas, de Von Bertalanffy y la Teoría de la Ecología Social de Bronfenbrenner.

2.2.1 Teoría sistémica

Por un lado, la teoría de los sistemas, previamente desarrollada en el apartado 2.1.1, propone un cambio en el paradigma de la comunidad científica (el mecanicismo, el foco y la causalidad lineal) al mostrar una perspectiva que entiende la causalidad en términos de influencia mutua de fenómenos, simultaneidad en su ocurrencia e interrelación de los mismos. La visión sistémica considera al todo como más que la suma de sus partes, lo que hace que se genere una mirada más integral y abarcativa. El paradigma sistémico ve al comportamiento como un emergente de las dinámicas de interacción entre los elementos del sistema y de las transacciones que hace con su ecología circundante. Entonces, si desde el paradigma de la comunidad científica A causa B y eso causa C (y entre A y C no hay relación, más que B), la perspectiva sistémica propone que A, B y C se influyen mutuamente en formas dinámicas. Y, evidentemente, un comportamiento en particular tiene varias causas (Bertalanffy, 1968).

Por lo anterior, un terapeuta familiar multisistémico, que evidentemente trabaja desde un marco conceptual sistémico, debe considerar no solamente cómo las estrategias de disciplina parental afectan el comportamiento del niño, sino también cómo el comportamiento del niño influye, forma y guía el comportamiento de los padres; y a su vez, qué función puede tener, en el contexto, una mala conducta (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998).

2.2.2 Teoría de la ecología social

Y por otro lado, la Teoría de la Ecología Social, que comparte algunas de las premisas básicas de la teoría general de los sistemas: Bronfenbrenner (1979) compara la ecología individual ambiental con un nido estructurado; con un set de muñecas rusas, cuyo núcleo es el individuo.

Donde cada capa o círculo representa un sistema que juega un rol integral en la vida de la persona. El centro es él o ella; el círculo inmediato está conformado por familiares y cuidadores, después la familia extensa, a continuación los pares, luego el vecindario, seguido por la escuela y un último macrosistema que sería la comunidad. El ecologista social ve a la persona como una entidad creciente que reestructura activa y constantemente su ambiente, mientras es influenciada por él (Bronfenbrenner, 1979).

Según Henggeler et al. (1998) ambas teorías difieren en que, en la segunda, la influencia es más amplia, porque la conducta de una persona puede verse afectada por alguien que no esté en contacto directo con ella; por ejemplo, una conducta disfuncional de un adolescente puede estar siendo influenciada por el ambiente laboral en el que se desempeña alguno de sus cuidadores o familiares.

2.2.3 Objetivo principal de la MST

Basada en las teorías previamente expuestas, la MST (Terapia Familiar Multisistémica) busca reducir la conducta antisocial juvenil a partir del abordaje de variables fuertemente conectadas con las conductas problemáticas, siendo la familia el eslabón más importante en el proceso de tratamiento. Lo anterior, bajo el argumento de que si estos trastornos tienen múltiples determinantes, las intervenciones deberían ser complejas y tratar de abordar las características tanto del adolescente, como de los sistemas clave a los cuales pertenece y de las personas con quienes se relaciona. Hay que resaltar que ese argumento es coherente con la teoría sistémica de la psicología: según Hirsch y Casabianca (1992) la conducta del individuo emerge de la interacción que mantiene con otros, (incluyendo las conductas disfuncionales) por ende, si se modifica la conducta de uno, cambiará la del otro.

Por eso, según Henggeler et al. (1998) el objetivo de la MST es contextualizar el comportamiento problemático, intentando determinar de qué manera se combinan diferentes factores para incrementar o disminuir dicho comportamiento. Para lo cual es necesario comprometer a la familia, manteniendo un enfoque orientado hacia las fortalezas: refuerzo desde el terapeuta hacia la familia y desde la familia hacia el adolescente; porque al ser casos tan difíciles es muy probable perder la motivación si no se hace hincapié en lo que va mejorando y en los recursos a desarrollar (Henggeler et al., 1998)

Sin embargo, al ser un modelo de tratamiento complejo, multifacético e integrador, el MST llega a ser difícil de operacionalizar y especificar. Según Kazdin (1988) la terapia familiar multisistémica no sigue un protocolo rígido donde la conducta del terapeuta está previamente arreglada y responde a una secuencia invariable de actos. De hecho, al enfocarse en una amplísima variedad de fortalezas y debilidades en la ecología social de los adolescentes, detallar parámetros de tratamiento para cada combinación de situaciones sería imposible (Martínez Taboas, 1986).

Por esta razón, para especificar los principios de tratamiento en dicha terapia, se usa el manual de tratamiento para guiar el comportamiento del terapeuta, desarrollado por Fred Piercy; manual cuyos principios organizan la conceptualización del caso del terapeuta, el tipo de intervenciones que usa y la forma en que las debe priorizar. Así, son nueve los principios de tratamiento de la MST (Piercy, 1986).

2.2.4 Nueve principios de tratamiento para las intervenciones de la MST

El primer principio es entender cómo encaja el problema (o problemas) identificado con el contexto de la persona; esto es, darle sentido al comportamiento problemático a la luz de su contexto. La idea es entender los factores que contribuyen directa o indirectamente a la conducta problemática. Por ende, el terapeuta de MST debe tratar de determinar cómo cada factor, singular o en combinación, incrementa o disminuye la probabilidad de aparición de dicha conducta (Piercy, 1986). Para llevar a cabo éste primer principio es importante tener un método sistemático de evaluación de las fortalezas y necesidades de cada sistema y su relación con el/los problema/s identificado/s. para dicha tarea se desarrolló la Hoja de Contacto Inicial que ayuda a identificar y organizar esas fortalezas y necesidades y a delinear cómo se exagera o atenúa el problema en función de las transacciones entre los diferentes sistemas. (Ver anexo 1).

Después de obtener esa información, el terapeuta, con ayuda de su equipo de trabajo, elabora una hipótesis, que posteriormente va a probar, evaluando los efectos de sus intervenciones. Una vez hecho esto, el terapeuta debe ayudar a la familia a elegir una estrategia de solución, acorde con las fortalezas y necesidades mencionadas (Loreto et al., 2012)

El segundo principio de tratamiento de la MST es hacer foco en las fortalezas; que el contacto terapéutico haga énfasis en lo positivo. Según Piercy (1986), si el terapeuta percibe a la familia de una forma negativa, la familia siente su actitud y el desarrollo de un vínculo terapéutico se vuelve muy difícil y obstaculiza a su vez el cambio. Por lo anterior, el terapeuta debe mantener el foco en las fortalezas, tarea que puede conseguir siguiendo algunos lineamientos: usar un lenguaje amable y no peyorativo para comunicarse de manera verbal y no verbal; enseñar y usar técnicas de reenmarcamiento (poner énfasis en lo positivo, resignificar, reformular); usar reforzamiento positivo ante el cambio; mantener una actitud esperanzadora, sin minimizar el impacto del problema; y encontrar y enfatizar en lo que la familia hace bien (Piercy, 1986).

Dichas fortalezas que se buscan se pueden encontrar en el adolescente (sus habilidades), en sus padres (habilidades sociales, capacidad de resolución de problemas, altruismo, tolerancia a la frustración), en su familia, en sus pares (habilidades individuales de cada uno y conductas prosociales), en la escuela (procedimientos disciplinarios adecuados, actividades prosociales, compromiso comunitario de los profesores) y en su comunidad (actividades recreativas, servicios sociales, compromiso con el vecindario, etc.) (Henggeler et al., 1998).

El tercer principio es que las intervenciones estén diseñadas para promover la conducta responsable (y disminuir la irresponsable) en los miembros de la familia. Dicen Henggeler et al. (1998) que las intervenciones de la terapia familiar multisistémica son pensadas para promover la conducta responsable entre los miembros de la familia (responsabilidades básicas de los padres y de los jóvenes). Lo que sería el equivalente a la interdependencia y la jerarquía de cada subsistema (Hirsch & Casabianca, 1992). Y por eso, están diseñadas para requerir esfuerzo semanal o diario por parte de la familia. Asimismo son intervenciones focalizadas en el presente y orientadas a la acción, que apuntan a las secuencias de conductas que mantienen el problema dentro y entre los diferentes sistemas (Henggeler et al., 1998).

Ese último punto hace alusión al cuarto principio, que dice que las intervenciones deben estar orientadas a la acción y enfocadas en el presente, dirigidas a problemas específicos y bien definidos. El hecho de que sean focalizadas en el presente implica que las intervenciones enfatizan en el cambio de las circunstancias familiares en el momento del tratamiento, como paso para cambiar el funcionamiento futuro. La orientación hacia la acción es una característica que hace que las intervenciones activen a la familia y su respectiva ecología social para así generar cambios múltiples, positivos y observables. Y hacer intervenciones dirigidas a problemas bien definidos causa una construcción de metas igualmente específicas, que guían a los miembros de la familia, a los terapeutas y a otros involucrados en la terapia, al hacerlos plenamente conscientes de hacia dónde apunta el tratamiento (Piercy, 1986).

Como quinto principio está el que las intervenciones se dirijan a secuencias de comportamiento entre los múltiples sistemas que mantienen o atenúan el problema identificado. Esta es uno de los puntos que hace a la MST tan diferente de otros modelos de tratamiento: prestar significativa atención a las transacciones entre los diferentes sistemas, que están asociadas con el problema conductual. Y así como se da importancia a dichas transacciones, también se procura que las intervenciones sean apropiadas y encajen con el desarrollo del adolescente; éste es el principio número seis. Que las intervenciones estén pensadas no sólo en función de los sistemas sino de la maduración de la persona, de su ciclo vital y su etapa de desarrollo normal (Henggeler et al., 1998).

Los principios restantes también se refieren a características propias de las intervenciones: el séptimo dice que las intervenciones son diseñadas para requerir cierto esfuerzo diario de parte de los miembros de la familia; lo anterior, teniendo en cuenta que en MST se asume que los terapeutas ayudan a las familias de una manera más rápida si todos están involucrados, lo que a su vez hace que se empodere la familia entera a medida que van aprendiendo día a día a resolver el problema. El octavo se refiere a que la efectividad de las intervenciones debe ser evaluada continuamente desde múltiples perspectivas; de esa manera se pueden detectar con más facilidad aquellas que no estén funcionando o produciendo un cambio o mejoría, para posteriormente ser reemplazadas por otras posibles intervenciones. Y el noveno: las intervenciones de MST están diseñadas para promover el mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo, a través del empoderamiento de los cuidadores y del promover su consciencia de necesidad inter-sistemas (Piercy, 1986).

2.2.5 Sistema familiar como herramienta para el cambio

Como se mencionó con anterioridad, la familia es el eslabón más importante del tratamiento. Juega un papel primordial, al ser considerada un elemento fundamental para la obtención de resultados favorables. De hecho, un supuesto que deviene en la terapia familiar multisistémica y que hace que crezca aún más la importancia de la implicación familiar, es que el cambio que se da en el contexto de los jóvenes, al ser dirigido por la familia, ayuda a que perduren los resultados (Henggler, 2012).

Para hablar de la familia en términos sistémicos, se entiende el comportamiento y el funcionamiento psicológico de sus miembros como resultado de interacciones y transacciones de patrones repetitivos entre ellos; asimismo, una conducta problemática o síntoma dentro de la familia es visto como un factor que afecta y a la vez es afectado por las formas de interacción

de la familia como un todo (Bateson, 1972). Es precisamente por lo anterior que las intervenciones de la MST buscan cambiar los patrones de interacción que sostienen el problema identificado.

Y siendo la familia un sistema, contiene subsistemas como el marital, referido a la relación e interacciones de pareja, el parental (relación e interacciones de padres con hijos) y el filial (relación e interacciones entre hermanos), cada uno de ellos con sus respectivos límites; de hecho el modelo estructural de terapia familiar, consonante con la MST, conceptualiza los problemas conductuales y emocionales de los niños y adolescentes en función de qué tan rígidos o flexibles son dichos límites; y por supuesto, en función de la secuencia recurrente de interacciones familiares (Wainstein, 2006). Según Minuchin (1974) el sistema parental (y las prácticas de socialización de padres e hijos) es el más importante para conceptualizar y abordar los problemas familiares, especialmente dos factores de dicho subsistema: la calidad y el control parental. Por un lado, la calidad se refiere al nivel de afectión positiva que los hijos experimentan con sus padres, lo cual se refleja en una serie de comportamientos verbales y no verbales. Los padres cálidos refuerzan positivamente al hijo durante la interacción con él, promueven un fuerte vínculo emocional satisfactorio para ambos, y mantienen una actitud positiva en la relación padre-hijo. Cuando un niño no tiene experiencias positivas en su interacción con los padres, difícilmente tiene interacciones positivas en sus experiencias futuras con otras personas (Minuchin, 1974).

Y por otro lado, el control parental enseña al hijo a manejar sus emociones y conductas a través de la internalización de normas sociales: respeto a la autoridad, cooperación con otros, conductas prosociales (evitar la agresividad), etc; proceso de aprendizaje que prepara al niño para la interacción con pares y otros adultos a lo largo de su vida. Por lo anterior, implementar controles razonables sobre el comportamiento del hijo es una responsabilidad primaria de la paternidad (Minuchin, 1974).

Según Wierson y Forehand (1994), la calidad parental y la disciplina inductiva están asociadas al desarrollo positivo de los hijos; y a su vez, la disciplina es más efectiva cuando se provee en un contexto general de interacciones positivas entre padres e hijos. Lo anterior es relevante en la medida en que el uso de la disciplina inductiva en un contexto de buenas relaciones parentales es lo que describe al estilo de padre autoritario.

Dicen Wierson y Forehand (1994) que el estilo de padre autoritario hace parte de una clasificación, proveniente de estudios longitudinales acerca del impacto de las prácticas de socialización y se refiere a padres que responden de una manera razonable a las necesidades y deseos del niño, al tiempo que hacen demandas madurativas apropiadas al estado de desarrollo en que se encuentra. Generalmente tienen expectativas y reglas bien definidas y acompañan adecuadamente al hijo en su desempeño escolar, en sus labores de hogar y en sus interacciones con otros, desde pares hasta figuras de autoridad. El desarrollo de las conductas características de dicho tipo de padre es una de las metas principales de la MST en algunos casos; en el expuesto en éste trabajo, por ejemplo.

2.2.6 Intervención familiar desde la MST

Por lo anterior y en éste orden de ideas, se exponen a continuación las intervenciones familiares que utiliza la MST para mejorar el funcionamiento familiar y alterar los estilos parentales inefectivos y la estructura familiar. Además para bloquear el circuito que mantiene el problema.

Las intervenciones principales son: las prescripciones, o el asignar tareas a la familia; las reformulaciones, o re-enmarcamiento, referido a poder hacer que se resignifique el problema o se le vea desde otra perspectiva; y el reforzamiento positivo ante los cambios logrados, que es supremamente importante para mantener la conducta. Refuerzo tanto del terapeuta a familia, como de la familia al adolescente, porque al ser casos tan difíciles es probable desmotivarse rápidamente y el refuerzo mantiene la motivación (Hirsch & Casabianca, 1992).

Como se mencionó, los problemas conductuales del niño o adolescente se mantienen por una variedad de factores (y combinación entre los mismos), entre ellos la familia. Y cuando dichos problemas son mantenidos por estilos parentales inefectivos, el terapeuta debe identificar factores en la ecología social de la familia que puedan estar sosteniendo dicho estilo inefectivo; a su vez, las estrategias de intervención van a variar dependiendo del rol que desempeñe cada uno de esos factores. Entonces, el terapeuta ha de basar sus intervenciones en las fortalezas y necesidades particulares de los padres, la familia y su ecología social; esto, según su formación profesional, sus habilidades, su creatividad y su juicio clínico (Henggeler, 2012).

Entonces son muchas y muy variadas las prescripciones, reformulaciones y formas de reforzamiento que puede otorgar el profesional a la familia, por lo cual debe tener alternativas de estrategia de intervención, pero siempre asegurándose de que la familia entienda la necesidad del cambio y apuntando a entablar una relación cordial que le dé la posibilidad de influencia y maniobra durante la terapia. Dicen Henggeler et al. (1998) que una vez seguro de que la familia es consciente de su responsabilidad en el problema (no está de más decir que muchos pacientes consultan esperando una solución “externa” a su problema “externo”) y una vez establecido un buen vínculo con la familia, el terapeuta debe guiar sus intervenciones a tres metas importantes: hacer que los padres aprendan a definir e implementar claramente reglas de comportamiento del hijo; pensar y definir consecuencias ligadas a dichas reglas, es decir, reforzamiento positivo por el cumplimiento y castigo por el incumplimiento de las normas establecidas; y aprender a monitorear con efectividad los comportamientos del niño, es decir, que cumpla las reglas incluso cuando los padres estén ausentes.

Para lo anterior, la intervención más útil es la prescripción directa: se empieza por pedir a la familia que defina claramente los comportamientos deseados y no deseados, que se van a convertir en lineamientos a seguir para desarrollar un sistema de reglas. La prescripción o tarea para la familia, en éste punto, consiste en que aquella conducta esperada sea tan clara y específica que cualquier persona pueda discernir si ocurre o no ocurre. Después de pensar y establecer la regla, ésta debe expresarse en términos de comportamientos positivos: por ejemplo, “Pepe debe estar en casa a las 9pm”, en vez de “Pepe no debe llegar tarde”. Además, la consecuencia positiva, por el cumplimiento, o negativa, por la desobediencia, debe enlistarse a la par de las reglas, que deben ser colocadas en un lugar público de la casa y reforzadas constantemente. No está de más aclararle a la familia que los reforzamientos y castigos se aplican cada vez que haya cumplimiento o desobediencia de una norma y que éstas deben ser

implementadas de una manera no emocional, preferiblemente; es decir, sin mostrar ira o frustración ante el incumplimiento, porque para esa situación ya hay una consecuencia establecida (Henggeler et al., 1998).

Con el propósito de elaborar un sistema de reglas, debe darse a la familia la tarea de identificar y controlar privilegios que el adolescente quiere y disfruta, sin manipular los privilegios básicos (amor, protección, comida, refugio, etc.) ni sus actividades prosociales (deportes, iglesia, arte, etc.). El privilegio que va a ser usado como reforzador debe contextualizarse en la etapa madurativa del niño y ser fuertemente deseado por él (Henggeler et al., 1998).

Según Munger (1993), la relación entre la regla y la consecuencia positiva o negativa es crucial para el éxito de las intervenciones conductuales; por lo cual los padres deben, entre todas las ya expuestas tareas, tener en cuenta la edad del hijo a la hora de pensar las normas y abrir la posibilidad de discusión de la naturaleza de las mismas, antes de estructurarlas e implementarlas. De hecho muchos padres incluyen a sus hijos en el planteamiento y desarrollo de normas, reforzamientos y castigos.

Es importante resaltar que, al momento de implementar un sistema de reglas dentro de una familia que no estaba acostumbrada a ello y más aún, en un caso de trastorno conductual, el terapeuta debe estar preparado para ayudar a los padres o cuidadores a mantenerse firmes en la ejecución del plan, porque el adolescente que venía cómodo haciendo su voluntad seguramente va a poner a prueba las nuevas normas. El reforzamiento positivo ya mencionado, como intervención del terapeuta hacia la familia, es muy importante para lograr ese objetivo y empoderar a los padres en el cumplimiento de las reglas (Henggeler, 2012).

En éste punto cabe aclarar que el hecho de que un padre tenga determinado estilo parental y pueda alterarlo para adoptar las estrategias disciplinarias descritas, está influenciado por múltiples factores que, de no ser tomados en cuenta, pueden entorpecer el éxito de las intervenciones. Uno de esos factores está referido a las representaciones, creencias y atribuciones que tienen los padres. Según Beck (1995), una persona siente y actúa de la manera en la que piensa. O sea que el pensamiento guía la emoción y la conducta. Y una representación o creencia de un padre puede llevarlo a sostener un estilo inadecuado de prácticas parentales. Ahí es de gran utilidad trabajar con las reformulaciones; no se trata de cambiar una creencia central, sino de incrementar el nivel de conocimiento del cuidador respecto de cuánto afecta a la terapia su manera de pensar; con esto se logra que el padre re-signifique o cambie la perspectiva que tiene de cómo está solucionando el problema con su hijo y a la vez, que efectivamente y poco a poco, cambie su representación o creencia.

Otro factor que puede dificultar el logro de los objetivos de la MST es la falta de apoyo social parental. Es importante considerar los contactos que tienen los cuidadores fuera de la familia y saber si son de ayuda para el mantenimiento del estilo deseado. Un tercer factor obstaculizador es la presencia de desórdenes psiquiátricos en uno o ambos padres; de encontrarlos, el terapeuta debe obtener toda la información necesaria acerca del trastorno, duración, severidad e intensidad del problema y tratamientos realizados para sobrellevarlo.

Lo anterior es necesario para determinar en qué medida el cuadro psiquiátrico está contribuyendo al problema del hijo, en qué nivel puede ser correcta y competentemente

tratado por la MST y determinar la interconsulta con un psiquiatra, para llevar un tratamiento farmacológico en paralelo (Henggeler et al., 1998).

El cuarto factor es el abuso de sustancias de parte de uno o ambos padres. Si bien no es el problema identificado al cual se dirigen las intervenciones de la Terapia Familiar Multisistémica, es un hecho en el que se debería intervenir en la medida en que disminuya las capacidades parentales, y por ende, afecte sustancialmente el problema conductual del hijo o la modificación que se busca en su entorno familiar. Según Henggeler (2012), el consumo o abuso de sustancias es un problema que frecuentemente trata de negarse o esconderse, razón por la cual el terapeuta debe reunir evidencia suficiente de que está ocurriendo, de que está sosteniendo al problema identificado y de que está siendo una barrera para el cambio. A fines de informarse, el terapeuta puede ayudarse de los síntomas psicológicos de los padres, que son un indicador de la presencia de abuso de sustancias: cambios de ánimo, deterioro físico y cognitivo, cambios sorprendentes de conducta, etc. Por otra parte, los indicadores funcionales de que hay consumo incluyen mal desempeño en el trabajo, conflictos maritales, cambios inexplicables de las habilidades paternas en el hogar, etc; los anteriores son indicadores en los que también se soporta la evidencia del terapeuta.

Otros dos factores obstaculizadores –aclarando que se mencionan los más importantes, es decir, aquellos que deben ser blancos de intervención- son: la falta de compromiso con la paternidad y lo relacionado con las necesidades básicas de la familia. Los miembros de una familia tienen grandes dificultades para aprender, crecer y cambiar, cuando sus necesidades primarias físicas, de salud y de seguridad no están siendo suplidas. Por ejemplo, un padre que trabaje largas horas, incluso en dos trabajos diferentes, para sostener ganancias que abastezcan su estilo de vida, seguramente no esté disponible para monitorear el comportamiento de su hijo adolescente, y se encuentre muy exhausto para cultivar interacciones afectivas y positivas con él. Al presentarse este tipo de problemas e interferir con la terapia, la estrategias del terapeuta, generalmente, hacen foco en ayudar a la familia a conectarse con personas que puedan proveer apoyo y servicios adicionales (Justicia & Duarte, 2011).

En cuanto a la falta de compromiso con la paternidad, dice Henggeler (2012) que, dependiendo de variables como creencias, representaciones, conocimiento, estilo de vida, etcétera, algunos padres priorizan sus necesidades económicas o sus aspiraciones profesionales y las horas que con devoción dedican a actividades que incrementen las ganancias monetarias, les quitan tiempo y energía necesaria para el cuidado de sus hijos. Lo anterior bajo el supuesto de que la prioridad es económica; pero en general, cuando por una u otra razón no hay compromiso con la paternidad, y eso se convierte en un obstáculo para suplir las necesidades emocionales y de desarrollo del hijo, la estrategia típica del terapeuta focaliza en ayudar al padre a cambiar su actitud o comportamiento. Tal cambio puede ser logrado si el terapeuta ayuda al padre a entender las necesidades de afecto del adolescente, puntualizando en la importancia del

ejemplo y el amor que debe ofrecerle y examinando las consecuencias que tiene, a largo plazo, ignorarlo.

Y por último, pero no menos importante, el tipo de estilo parental. Aunque ya se mencionó que a través de las intervenciones se busca, entre otras cosas, llevar al cuidador a que cumpla con determinadas conductas que se agrupan en un estilo parental, un padre o cuidador tiene una manera de ser, previa al tratamiento, que, de incluir conductas abusivas y negligentes, obstaculiza el tratamiento. Dichas conductas pueden expresarse en maltrato verbal, físico, psicológico, falta de afecto e incluso abuso sexual. Cuando aparecen casos con presencia de comportamientos negligentes o abusivos de parte de los padres, el terapeuta debe evaluar la posibilidad de que ese hecho no sea sólo un obstáculo para sus objetivos y sus intervenciones, sino la base del problema conductual del niño (Justicia & Duarte, 2011).

2.3 Trastorno oposicionista desafiante (TOD)

Como se ha mencionado ya varias veces, la Terapia Familiar Multisistémica se dirige a tratar problemas de conducta, razón por la cual se expone a continuación qué caracteriza concretamente a un problema de comportamiento. Un problema conductual o conducta antisocial se refiere a una serie de comportamientos que reflejan violación a reglas sociales, actos en contra de otras personas, o ambas, lo cual incluye mentiras, desobediencia, escapes, violencia e incluso uso de drogas de parte del niño o adolescente que presenta la conducta antisocial (Henggeler et al., 1998).

Algunos comportamientos de éste estilo son relativamente comunes en el curso del desarrollo normal de la persona y no son clínicamente significativos. Pero cuando un niño o adolescente muestra un patrón de comportamientos antisociales severos que son detectados y reportados por padres u otras personas cercanas como conductas altamente disfuncionales, desviadas de lo normal y que pueden traer consecuencias desfavorables para quien las lleva a cabo, se habla de un trastorno (Henggeler et al., 1998).

Se encuentran numerosos términos legales y psiquiátricos para referirse a comportamientos antisociales en niños y adolescentes. Uno de ellos es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos (Asociación americana de Psiquiatría, 2000), que distingue ciertos tipos de trastornos conductuales, entre ellos el trastorno oposicionista desafiante. Según el manual de la Asociación americana de Psiquiatría (2000), dicho trastorno es una categoría nosológica descrita como un patrón de comportamientos hostiles, negativistas y desafiantes hacia figuras de autoridad. Para que se cumplan los criterios de trastorno, se debe tomar en cuenta: que las conductas sean tan severas como para interferir con el funcionamiento normal de la persona en su vida y con su entorno (escuela, familia, sociedad). Que el desafío no se derive de otro trastorno o enfermedad.

Que los comportamientos hostiles se presenten durante 6 meses como mínimo. Y que no hagan parte de la conducta adolescente normal.

Para cumplir con la definición, la persona debe mostrar al menos cuatro de los siguientes criterios: rehusarse constantemente, desafiar activamente, molestar deliberadamente, acusar

a otros intencionalmente, mentir de forma persistente (Asociación americana de Psiquiatría, 2000).

Dicen Shaffer y Richters (2001) que el trastorno, generalmente, se evidencia antes de los 8 años de edad y aunque no debiera prolongarse más allá de la adolescencia, puede mantenerse durante meses o incluso años. Las conductas que lo forman se hacen disfuncionales, principalmente, en el contexto familiar, aunque con el paso del tiempo pueden aparecer en otros ambientes; con lo cual, no es extraño que puedan tornarse, aunque no en todos los casos, en trastornos disociales o incluirse en personalidades disociales y/o consumo de sustancias. Se resalta que tanto en niños como en adolescentes son muy frecuentes los comportamientos transitorios de oposición, por lo que debe tenerse cuidado al de determinar si es un comportamiento propio de la etapa del desarrollo o un síntoma de trastorno (Shaffer & Richters, 2001).

Según Vásquez, Feria, Palacios y De la peña (2010), se lo plantea como un trastorno vincular que tiene que ver con un temperamento difícil y estilos disciplinarios inadecuados: inconsistentes (no guiados por criterios lógicos predecibles), incoherentes y/o parcializados (no se aplican universalmente).

2.3.1 Consumo de sustancias como conducta emergente del TOD

Como se mencionó anteriormente, cuando las conductas disfuncionales propias del trastorno aparecen en ámbitos externos a la familia, pueden incluir consumo y abuso de sustancias de parte del niño o adolescente.

En cuanto al consumo: la conducta de abuso se refiere a la indulgencia en el consumo de una sustancia psicoactiva que lleva a efectos que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona, o en el bienestar de quienes la rodean. Según la Organización Mundial de la Salud (2005), la conducta de abuso se caracteriza por un patrón de uso patológico continuo de un medicamento, que conlleva consecuencias sociales adversas, como la incapacidad de cumplir con las obligaciones laborales, familiares o escolares, conflictos interpersonales o problemas legales. Si bien existen debates referidos a la diferencia entre consumo-abuso y adicción, se ha acordado hablar de la dependencia en términos de síntomas fisiológicos y de abuso en términos de las consecuencias sociales del consumo (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Según Becoña et al. (2013) los padres juegan un papel indispensable en el momento de determinar el riesgo del uso de sustancias de sus hijos, a través de variables como la permisividad y el control parental. Un estudio realizado en Mallorca, España, señala que la permisividad percibida del hijo hacia su padre y el hecho de tener un control y monitoreo pobre del adolescente influye sobre el consumo de sustancias (Becoña et al., 2013)

Lo anterior es consistente con lo que se viene desarrollando respecto de establecer estrategias de control y estilos parentales adecuados como objetivos de la Terapia Familiar Multisistémica. Cabe aclarar que, al ser tan variadas y diferentes las posibles causas que llevan a una persona a abusar de sustancias psicoactivas, el presente trabajo expone el consumo de sustancias, en éste caso clínico, como uno de los comportamientos emergente del trastorno opositor desafiante, desarrollado previamente.

2.4 Eficacia de la terapia familiar multisistémica para casos de TOD

Estudios empíricos muestran que el trastorno oposicionista desafiante está determinado de manera múltiple por el interjuego recíproco de características tanto del adolescente como de los sistemas sociales clave en los que se desenvuelve (familia, pares, escuela, vecindario y comunidad); características que, por lo general, son constantes en personas con dicho trastorno. Hablando de las características individuales están: bajo nivel de habilidad verbal, sintomatología psiquiátrica y actitudes que favorecen comportamientos antisociales. Del sistema familiar, la falta de monitoreo, modos disciplinarios laxos e inefectivos, alto nivel de conflicto, bajo nivel de expresión afectiva y problemas parentales. En cuanto a la relación con pares se observa pobreza en las habilidades para relacionarse y asociación con pares desviantes. En el sistema escolar se ve bajo desempeño, bajo compromiso con la educación, abandono escolar y aspectos de la escuela tales como falta de estructura o disciplina. Y las características que generalmente se observan en el vecindario y la comunidad son alta desorganización, subculturas criminales y bajo apoyo de los vecinos, iglesia, etc (Henggeler, 2012).

Lo anterior, siendo acorde con lo expuesto acerca del modelo sistémico de psicología y la MST, implica que, si la meta primaria del tratamiento es optimizar la probabilidad de que disminuya la conducta antisocial, entonces las aproximaciones al problema deben tener la suficiente flexibilidad para dirigir el foco a los múltiples determinantes de dicho problema.

Es decir, el tratamiento efectivo debe tener la capacidad de intervenir de manera competente, tanto de forma individual, como con la familia, los pares, la escuela y posiblemente a nivel de comunidad (Henggeler et al., 1998).

La Terapia Familiar Multisistémica, como se dijo varias veces, hace precisamente eso: un abordaje del trastorno oposicionista desafiante (y de problemas conductuales en general) desde una mirada integradora que abarca los diferentes sistemas de la ecología del niño o adolescente que presenta este tipo de comportamientos. Además interviene a nivel individual, familiar (principalmente), escolar y comunal de ser necesario. De hecho, estudios realizados por Henggeler et al. (1998) apoyan la efectividad de la terapia familiar multisistémica en el tratamiento del trastorno oposicionista desafiante, al demostrar cambios clínicos favorables, como el mejoramiento de las relaciones familiares, las conductas agresivas, el uso de drogas y la reducción de la actividad criminal a largo plazo.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

A es una adolescente de 15 años que presenta un trastorno oposicionista desafiante. En su casa es grosera, conflictiva, desobediente, manipula la información, hace su voluntad y muestra un nivel elevado de consumo de sustancias, desde cigarrillo y alcohol hasta marihuana, cocaína, y demás drogas que su grupo de pares le ayuda a conseguir. Además de consumir, consigue drogas para vender. En general, tiene conductas fuertemente disfuncionales que llevaron a su familia a consultar por no poder controlarla.

Al tratarse de Terapia Familiar Multisistémica, cuyo punto más importante es la inclusión de la familia para sostener los cambios del adolescente, participó en la terapia el grupo de convivencia de A: P, su padre, médico pediatra de 48 años; J, pareja de P, tiene 37 años y es ama de casa; M, 50 años de edad, niñera de A; y los padres de P, abuelos paternos de A, ambos jubilados. Durante las sesiones de terapia se citó a esas cinco personas.

En un punto de la terapia, 3 sesiones antes del cierre, se excluyeron a los abuelos paternos por ser vistos como un obstáculo para que P ejerciera su autoridad con A. Con lo cual se siguió trabajando con P, J y M.

De acuerdo con la visión sistémica, el terapeuta es visto como un participante de la terapia. En éste caso, fue G, un psicólogo profesional de 35 años, formado en el modelo MRI a través de un postgrado y que ha participado de diferentes cursos de Terapia Familiar Multisistémica y terapia a pacientes con trastorno límite de la personalidad, desde el modelo sistémico.

3.2 Instrumentos

Se utilizó la historia clínica de A, escrita por el terapeuta (según la percepción que tuvo de los encuentros con su paciente) y ubicada en el sistema operativo de la institución.

El instrumento contenía: la carátula (nombre y otros datos personales y grupo de convivencia); el registro de la información por cada sesión, empezando por la primer entrevista (motivadores para consultar y qué había detrás del problema que aquejaba a los consultantes); y el registro de las otras sesiones (que relevaba información de las respuestas a las intervenciones de cada sesión, eje temático de las sesiones, intervenciones principales, si hubo o no cambios y quiénes eran citados a la próxima)

Otro instrumento fue la participación en el grupo de supervisión del terapeuta encargado del caso: un grupo de profesionales en el tema de la Terapia Familiar Multisistémica, que ayudaron al psicólogo a llevar el caso, a pensar las intervenciones y la estrategia.

Se observaron, de una manera no participante, las sesiones de la paciente y su familia en cámara Gesell. Asimismo se observaron los videos grabados durante la cámara.

Y por último, se le hizo al terapeuta una entrevista semiestructurada que indagó por su percepción respecto de la dificultad del caso, abordaje desde el modelo multisistémico familiar, eficacia del mismo en éste caso particular, construcción del vínculo terapéutico, sensaciones y emociones que despertó en él éste caso y recomendaciones que haría a otros terapeutas con casos difíciles por tratar (ver anexo 3).

3.3 Procedimiento

Primero se observó a la familia de la paciente en cámara Gesell, y se participó en la supervisión del caso una vez terminada la sesión. En cuanto a los días que no asistieron a la cámara, también se supervisó el caso con el grupo de profesionales.

Con el consentimiento de los consultantes, se grabaron las sesiones a las que asistieron en cámara Gesell y se analizaron dichas grabaciones, para hacer énfasis en las intervenciones y en el progreso de la paciente. Se pidió autorización para hacer copias de los tres videos y un mismo video (una sesión) fue visto 1 vez cada 15 días y se analizaron las intervenciones del terapeuta a la luz del modelo, así como los efectos terapéuticos de dichas intervenciones.

Después, se pidió autorización para acceder a la historia clínica de la paciente y se leyó, para obtener los datos restantes, hacer una descripción adecuada de la terapia y analizar las intervenciones (recordar que en la historia clínica se marca cada intervención).

Finalmente, se realizó una entrevista semiestructurada al terapeuta de la paciente, con el fin de conocer su postura personal y profesional ante el caso, y también posibles sugerencias a otros profesionales que lleven casos graves. El encuentro coincidió con el cierre de la terapia, no porque se hubiese culminado el tratamiento, sino por temas administrativos e incumplimiento del encuadre de parte de la familia.

3.4 Tipo de estudio: Modelo de caso único. Metodología descriptiva.

4. DESARROLLO

4.1 Presentación del caso

A es una adolescente de 15 años. Cursa octavo grado en una escuela pública y vive con su padre, su madrastra, su niñera, su hermana menor y sus abuelos paternos. Según su historia clínica, presentaba un trastorno oposicionista desafiante con consumo de sustancias. Antes de la primera entrevista había tenido varias terapias y urgencias (no se especifican todas). Se resaltó que había sido desafiante desde por los menos sus 4-5 años, con aumento de conductas disfuncionales a partir de sus 8 años, edad en que murió su madre. El padre, en la historia clínica, manifestaba que, con el crecimiento de la paciente, se le fue complicando cada vez más manejar sus comportamientos hostiles.

La adolescente consumía alcohol desde sus 13 y marihuana. Tenía antecedentes de autolesiones y amenazas a su hermana J, dos años menor que ella y quien forma parte de su grupo de convivencia, pero no se incluyó en la terapia.

En la historia clínica se destaca que hubo una internación en terapia intensiva por dos razones principalmente: primero, por manifestar una serie de conductas agresivas con los integrantes de su familia, a raíz de restricciones que se le impusieron porque se estaba juntando con jóvenes miembros de una barra brava, en un ambiente de consumo de drogas.

Y segundo, por ingesta de LSD y éxtasis. Después, tuvo una internación psiquiátrica, desde donde la derivaron al centro elegido. Asimismo se puso en evidencia que la consulta la realizó su familia a causa de los hechos previamente enunciados y de la angustia que les generó la falta de control sobre la paciente.

La terapeuta encargada de esa primera instancia hizo la derivación al grupo de profesionales en Terapia

Familiar Multisistémica, donde posteriormente se decidió quién de ellos era el terapeuta de la familia. Los demás profesionales conformaron el grupo de supervisión. Información obtenida de la entrevista con el terapeuta, ayudó a aclarar que, una vez la admisor derivó el caso, se presentaron dos momentos en su abordaje: primero, se encargó el grupo familiar completo, incluyendo a A, a una terapeuta del grupo de Terapia Familiar Multisistémica. Después, durante el período de vacaciones de la terapeuta, entró G a reemplazarla y la familia se sintió de supervisión decidió que la terapeuta continuara su trabajo con A en formato de terapia individual, y que G hiciera el abordaje terapéutico a nivel familiar. El presente trabajo se enfocó en la terapia realizada al grupo de convivencia de la adolescente.

El hecho de derivar éste caso a profesionales en Terapia Familiar Multisistémica no fue aleatorio. La MST se creó precisamente con el fin de tratar familias de adolescentes con problemas conductuales graves y su meta es reducir comportamientos antisociales a partir de un abordaje integral a nivel familiar, al ser la familia el eslabón más importante para el cambio (Henggeler et al., 1998).

4.2 Descripción de la problemática

Al momento de la consulta la paciente presentaba problemáticas de conductas de riesgo, falta de control de los impulsos, conductas híper sexuales, actitud oposicionista y desafiante. De acuerdo con la historia clínica, A tenía una muy mala relación con su padre, le desobedecía constantemente a él y a su madrastra, se escapaba de casa cuando no la dejaban salir y si no conseguía hacer su voluntad amenazaba con pegarle a su hermana menor. En otras ocasiones, manipulaba la información que le daba a su padre respecto de dónde y con quién estaba, o le mentía a sus abuelos y a su madrastra. Además, faltaba con mucha frecuencia a sus clases y estaba a punto de ser expulsada de la tercera escuela a la que ha asistido.

A lo anterior se le sumaba la presencia de consumo frecuente de diferentes sustancias que A conseguía con su grupo de pares. Esa información la emitió el padre durante las sesiones en cámara Gesell y como se mencionó, era el hecho que más angustiaba a su familia. El consumo de la adolescente interfería con el cumplimiento de sus obligaciones escolares, le traía conflictos con su familia y afectaba tanto su salud psicológica como el bienestar de su grupo de convivencia (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Los comportamientos enunciados no eran propios del desarrollo normal de A: obstruían severamente con su funcionamiento social (en casa y en la escuela), no eran síntomas de

ninguna enfermedad orgánica u otro trastorno psicológico y se venían presentando desde sus primeros años de vida. Lo anterior es consistente con los criterios establecidos por la Asociación americana de Psiquiatría (2000) para diagnosticar un trastorno oposicionista desafiante. Asimismo, concuerda con los postulados de Henggeler et al. (1998) acerca de las características de los problemas conductuales en adolescentes: las conductas de la paciente reflejaban violación de reglas sociales y actos en contra de otros.

Tanto la historia clínica, como las observaciones realizadas durante las sesiones de cámara Gesell mostraron, por un lado, que, hasta el momento, las soluciones intentadas por parte de la familia para resolver el problema no habían dado frutos. Algunos ejemplos a continuación: cuando cerraban la puerta de casa para que A no saliera, se escapaba, o realizaba una serie de comportamientos a modo de berrinche que incluían quemar cosas, golpear a la hermana y romper objetos. Los berrinches se presentaban no sólo cuando se veía privada su libertad de salir, sino cuando no obtenía algo que quería. En caso de que se le quitase su mesada, ella conseguía drogas para vender, que le generaban un ingreso importante para alguien de su edad. Si la retaban en casa por comportamientos inapropiados, la adolescente se iba algunos días a casa de sus amigas, cuyos padres le permitían hacer lo que quería, así como a sus hijas. Eran padres con estilos inadecuados, que presentaban bajo compromiso con la paternidad por priorizar su trabajo u otras actividades (Henggeler et al. 1998).

Y por otro lado, quedó en evidencia que P no le ponía límites a su hija. Quien hacía las reglas de la casa era el abuelo de A y, sin embargo, era flexible ante la violación de las mismas. Había una total falta de monitoreo de parte de su familia; el estilo disciplinario era demasiado laxo y entre ellos fallaba la comunicación y coordinación para ejercer control sobre las conductas de la paciente. De acuerdo con Henggeler et al. (1998), eso, mas su socialización constante con pares desviantes y su bajo nivel de desempeño y compromiso académico, eran todas características consonantes con el trastorno oposicionista desafiante.

Asimismo, concordando con el mencionado autor, el hecho de que en su familia hubiese un control pobre y una alta permisividad, influía no sólo en las conductas oposicionistas y desafiantes de la adolescente, sino en la frecuencia y cantidad de consumo de psicoactivos.

La falta de sincronía, comunicación y control de la familia se evidenció en las observaciones de cámara Gesell y algunas anotaciones de la historia clínica, por la inasistencia a las sesiones de terapia, los cambios de horario que solicitaban repentinamente, la impuntualidad, la mora del pago a la institución, la dificultad para realizar una tarea en conjunto, las respuestas negativas y/o confundidas que daban por inatención a consignas del terapeuta, los problemas y reproches que hacían entre ellos culpándose mutuamente por el problema de A y la queja constante referida a que el centro, que debería solucionarles el problema, no lo estaba haciendo. Este último punto alude a información proveniente de la entrevista con el terapeuta familiar. Retomando a Bateson (1972), el desacuerdo que se presentaba dentro del grupo familiar era, en parte, un emergente de la interacción entre P y su padre: al observar las sesiones de terapia se vio un conflicto entre ellos, referido a quién debía establecer las normas de casa, quién debía ser visto como autoridad, y a un reproche constante del uno hacia el otro, cuya base estaba en que el padre de A se sentía menospreciado y el abuelo manifestaba que su hijo no servía para controlar a su nieta.

En cuanto a la mala relación que sostenían P y su hija, se retoma a Minuchin (1974) por la importancia de la calidad parental para este tipo de problemas: el no tener un fuerte vínculo emocional con su padre, y no recibir de la relación experiencias satisfactorias, era un agravante del problema conductual de A. Y el bajo nivel de control parental le representaba un vacío en el aprendizaje del manejo de emociones y conductas, que se adquiere a través del acatamiento de normas sociales.

Mediante la entrevista con el terapeuta y la observación de las sesiones, se recolectaron dos datos relacionales importantes: A tenía un vínculo emocional con M, más fuerte que el que tenía con cualquier otro miembro del grupo de convivencia. Y, dentro de lo poco que obedecía, a quien más respondía disciplinariamente era a su abuelo. Lo dicho tiene relevancia en la medida en que el terapeuta, desde la visión sistémica, entendió la problemática como resultado de las interacciones y se apoyó de los patrones o formas de relación de todos los miembros para pensar sus intervenciones (Bateson, 1972).

Asimismo, se observó y rescató, de la historia clínica, el vínculo que sostenían A y J: si bien la paciente mentía y desobedecía a su madrastra, nunca la irrespetó como a P, y no tuvo comportamientos tan hostiles como con su hermana, o incluso con M a quien a veces golpeaba en medio de sus berrinches. El terapeuta manifestó, a través de la entrevista, que la adolescente tenía perfecta lucidez acerca de su situación, e irse directamente en contra de su madrastra perjudicaría su impunidad en casa, dado que P y J son una pareja muy unida, y P prioriza a su mujer.

Ese último dato tiene que ver con el postulado de Wainstein (2006) acerca de la importancia de los límites de los subsistemas familiares -subsistema marital en éste caso- debido a que la problemática conductual de A se conceptualizó en función de la flexibilidad o rigidez de dichos límites.

Entonces, según esos datos de la historia clínica, las observaciones y la entrevista, J, el abuelo y M fueron puntos clave para pensar en estrategias de establecimiento y sostenimiento de reglas.

4.3 Descripción de la conceptualización del caso según el terapeuta

Una vez desarrollada la problemática, y teniendo en cuenta la importancia del terapeuta como herramienta de ayuda, se expone la manera en que él conceptualizó el presente caso.

Primero se destacó un dato obtenido de la entrevista, referido a los atributos personales del terapeuta: siempre influyen en la terapia. Es imposible no influir, de la misma manera que es imposible no comunicar (Bateson, 1972). Se debe recordar que, desde los postulados de la psicología sistémica, el terapeuta hizo parte del sistema en tratamiento, y la manera en que él recortó la información que obtuvo, hizo que plantease sus estrategias de una manera específica (Wainstein, 2006).

Mediante la entrevista, G, terapeuta, manifestó que la dificultad del caso era altísima, no sólo por las conductas de A, sino por su familia: expresó que se enfrentaba a un grupo de personas

que ponían afuera toda posibilidad de solución, exigiendo que la institución les resolviera el problema, y ni se concientizaban, ni se hacían responsables de la manera en que estaban promoviendo las conductas disfuncionales de la paciente. De acuerdo con los postulados de Henggeler et al. (1998), antes de planear sus intervenciones, el terapeuta debía estar seguro de que la familia tenía claro su rol dentro del problema.

Esa falta de responsabilidad enojó a G, pero al ser consciente de la influencia que tenía sobre la familia, empezó por empatizar con ellos, para construir el vínculo terapéutico. Retomando a Piercy (1986), el hecho de que el terapeuta percibiera a la familia de cierta manera, podía hacer que los miembros respondieran con la misma actitud y se viera obstaculizado el cambio o la consecución del objetivo terapéutico. Por lo anterior, G intentó ponerse en el lugar de los familiares de A, comprender lo que les estaba pasando y validar sus esfuerzos, con el fin de mantener el foco en las fortalezas y procurar que el contacto/vínculo terapéutico hiciera énfasis en lo positivo.

Se observaron, durante las sesiones, algunas de las cualidades del terapeuta que ayudaron a mantener ese vínculo: manejaba un lenguaje amable a nivel verbal y gestual; tenía en cuenta la respuesta de los familiares, con el fin de saber si había recepción, y si no, modificar su conducta; respondía con un estilo calmo, sin menospreciar la situación, ante un nivel muy elevado de ansiedad de parte del grupo familiar, lo que ayudó a disminuir ese nivel y, en simultáneo, a aumentar los recursos cognitivos; y por último, mostró siempre calidez a través de la comprensión, la empatía y el buen trato con los miembros de la familia. Dichas cualidades hacen parte de los lineamientos establecidos por Piercy (1986) para facilitar el lazo entre la familia y el terapeuta, y fueron supremamente útiles para la influencia que G ejerció sobre los consultantes.

Durante la entrevista se registró que esa influencia no era unilateral, sino mutua; si bien G influía en el grupo familiar, éste último también afectaba las conductas, pensamientos y emociones de G. Ese dato concuerda con la teoría sistémica, cuyos postulados desarrollan una perspectiva de causalidad de fenómenos en términos de la influencia mutua entre ellos (Bertalanffy, 1968).

Por esa razón, el terapeuta manifestó en la entrevista, y demostró con su conducta en las sesiones de cámara Gesell, que es importante tener un registro de las emociones que producen los consultantes en él, para aprender a manejarlas. De hecho, ese involucramiento fue uno de los factores que permitió a G entrar en la idiosincrasia del grupo familiar, y controlarlo le dio ventajas de influencia, así como más posibilidad de maniobra. Retomando a Bateson (1972), esa estructura interaccional de influencia bilateral se manejó en pro de aumentar la receptividad del paciente.

A medida que pasaron las sesiones de terapia se observó la respuesta positiva de parte de la familia ante el estilo del terapeuta: bajó el nivel de ansiedad, cesaron las discusiones y se abrió la posibilidad de reflexión y diálogo. Asimismo, G encontró oportunidad para evaluar las fortalezas que había tanto en A (sus habilidades y destrezas) como en su grupo de convivencia; tarea que debía realizar para intervenir adecuadamente (Henggeler et al. 1998).

En otras palabras, y parafraseando la respuesta del terapeuta a una de las preguntas de la entrevista (ver anexo 3), el abordaje del presente caso se trabajó con un enfoque en los recursos familiares, partiendo de una hipótesis que abarcaba todos aquellos factores que contribuían a la conducta antisocial de la paciente identificada. Hipótesis que se desarrolló con el equipo de trabajo, después de que G y sus colegas profesionales hubiesen detectado las fortalezas de los consultantes (Henggeler et al. 1998).

Después de la formulación de la hipótesis se percibió una mejoría, ante la cual G expresó optimismo y alegría, sensaciones que también debía manejar para no menospreciar el problema. Lo anterior es algo que se le remarcó al terapeuta durante las sesiones con el grupo de supervisión del caso: debía conservar el optimismo, evitando que los consultantes se sintieran incomprendidos. Entonces bajó el nivel de expresividad de su alegría, pero no sus expectativas de consecución de logros con esta familia. De acuerdo con Wainstein (2006), esta modificación en la conducta del terapeuta fue pensada de manera estratégica para aumentar su maniobrabilidad y por ende, conseguir los resultados deseados.

G manifestó que los cambios que se dieron en la familia, si bien cumplían con los objetivos terapéuticos, se vieron obstaculizados por la relación entre P y su padre, previamente descrita; específicamente porque el abuelo de A desautorizaba constantemente a su hijo. Eso hizo que el terapeuta, después de consultarlo con el grupo de supervisión, decidiera apartar de la terapia a los abuelos paternos y empezara a citar sólo a P, J y M. Dicha medida produjo un gran cambio en el sistema familiar: P tomó las riendas de casa, a la vez que aumentó la coordinación y comunicación de los consultantes.

Entre más se sentía el cambio y la mejora, había más entusiasmo, esta vez expresado por G a través de la sorpresa que le generaban los logros alcanzados por el grupo de convivencia de A. Y ese asombro se manejó como un reforzador importante para sostener las conductas que funcionaban en la familia; en especial para mantener la motivación, por tratarse de un caso tan difícil. De no reforzarse constantemente, se hubiese perdido con facilidad la iniciativa de cambio (Henggeler et al. 1998).

A continuación, la manera en que se reforzó a la familia, las demás intervenciones que G utilizó –guiado y apoyado por el grupo de supervisión– y el efecto que tuvieron en el grupo de convivencia de A.

4.4 Análisis de las intervenciones

Dado que se trabajó en el contexto de Terapia familiar Multisistémica, enmarcada dentro de la psicología sistémica, el primer paso del tratamiento fue explicar a la familia, de acuerdo con los postulados de Hirsch y Casabianca (1992), el diagnóstico de circuito –los patrones repetitivos de conducta que estaban manteniendo el problema–: A disfrutaba juntarse con pares desviantes mayores que ella; eso producía un aumento en el consumo de sustancias; su familia reaccionaba con angustia y ponía en marcha una serie de soluciones, ante las que la adolescente sentía rechazo; ese rechazo generaba en ella conductas violentas por las que no sentía culpa; y mientras se volvía más indolente, desarrollaba más estrategias de mentiras o escapes para seguir haciendo su voluntad.

A través de esa explicación, y de acuerdo con el primer principio para el tratamiento MST, el terapeuta mostró que él y su grupo de supervisión procuraron determinar la influencia de cada factor en el incremento de la aparición de los comportamientos de A (Piercy, 1986).

Después de explicar el circuito, datos recolectados de la historia clínica, la entrevista y las observaciones, demostraron que el tratamiento de la familia de la paciente empezó con un abordaje bastante prescriptivo, es decir, que la intervención más frecuentemente utilizada fue la prescripción directa, porque se tenía que establecer un sistema de reglas que fueran claras, tanto para el grupo de convivencia como para A. Esto implicaba que, desde el inicio, las intervenciones estuvieran pensadas para promover la conducta responsable entre los miembros de la familia, concordando con el tercer principio de tratamiento de la Terapia Familiar Multitistémica (Piercy, 1986).

Entonces, el coordinador del grupo de supervisión planteó que el trabajo, en los primeros encuentros, debía enfocarse en acordar reglas. Una vez establecidas, se iban a tener que abordar algunos espacios de charla y encuentro familiar, donde hubiera más contactos positivos, favoreciendo así el monitoreo de la adolescente. Siendo una de las metas principales establecer el tiempo de monitoreo, los caminos para llegar a él eran: el sistema de normas y el promover contactos positivos. Y, de acuerdo con los postulados de Piercy (1986), las intervenciones debían hacer foco en las fortalezas, abriendo espacio a modos de interacción positiva.

Para lograr ese objetivo de tratamiento, G, en la primera sesión de terapia, hizo una reformulación acerca de las soluciones que se le venían dando al problema conductual de A. A través del diálogo, el terapeuta llevó a los consultantes a entender la diferencia entre trabajar con un plan y no hacerlo, produciendo un cambio de perspectiva en ellos, con el fin de comenzar a elaborar uno. La resignificación tuvo un efecto muy fuerte en la familia y desde ese punto se acordó pensar en armar un plan.

La reformulación no se limitó a las soluciones intentadas fallidas, sino al mismo comportamiento de A: G dio a los consultantes una visión que no tenían de la adolescente, al argumentar que la negación, propia de su personalidad, era una herramienta que sería importante que conservara porque le podría servir para manejarse en determinadas situaciones; que, desafortunadamente, en ese momento estaba usando la herramienta de manera tóxica, pero el día de mañana podría hacerlo de forma saludable. Apoyándose de ese argumento, el terapeuta explicó que el plan al que se quería llegar no iba a garantizar la desaparición del uso de estrategias por parte de A, sino que iba a encaminar mejor las mismas, a la vez que iba reduciendo los comportamientos problemáticos.

Se observó que la familia dio muestras de comprensión y concordancia, abriendo la posibilidad de dar la prescripción sobre la que se siguió trabajando durante varias sesiones: hacer un listado de cosas de preferencia de A; objetos o situaciones de interés que la predispusieran a hacer más. En otras palabras, se les pidió que identificaran y controlaran los privilegios de la

paciente. El plan consistía en comenzar a organizar una correspondencia entre las cosas que la adolescente estaba obteniendo y aquellas a las que no iba a tener acceso, en función de cómo fuese su comportamiento. Rectificando los postulados de Henggeler et al. (1998), el terapeuta buscó que los padres definieran los comportamientos deseados y no deseados, y los convirtió en lineamientos a seguir para el desarrollo de las normas.

Se observó que la prescripción del terapeuta fue clara e hizo foco en que la familia especificara la conducta esperada, de tal manera que todos la reconocieran y entendieran.

La intervención fue aceptada y para la sesión siguiente ya había armada una lista con la información pedida. Entonces, la siguiente prescripción se remitió a pensar reglas y definir consecuencias ligadas a las mismas: reforzar el cumplimiento y castigar el incumplimiento (Henggeler et al., 1998).

Entre la lista de actividades de preferencia de la adolescente se encontraban: cocinar, comprar ropa, comer chocolates, tener plata y fumar cigarrillos. Ante esta respuesta, G indagó por actividades prosociales y pares funcionales, a lo que le respondieron que A asistía a clases de taekwondo y le gustaba también la natación. Con lo que trajeron de casa, mas lo que se fue recolectando durante la sesión, el terapeuta y los consultantes (en especial el abuelo) fueron ordenando un sistema de puntos diarios. Por cada regla establecida había una cantidad diaria de puntos que se sumaban a final de semana y se traducían en dinero: un peso por punto.

Se observó en la sesión que el abuelo de A fue quien más ayudó a la organización y redacción de las reglas, que incluían: regresar del colegio directamente a la casa, cena familiar en armonía, salir sólo cuando se tenía permiso, comportarse bien en casa, entre otras (ver anexo 2). Si bien se iría modificando la cantidad de puntos para cada regla, ya estaba hecho el esquema. A partir de esto, el terapeuta, de acuerdo con Munger (1993), recordó a los familiares que la relación entre la regla y la consecuencia positiva o negativa era crucial para el éxito de la intervención, es decir que no sólo debían reforzar con dinero las buenas conductas, sino castigar el incumplimiento de las normas.

El hecho de ceder ante la intervención, y llegar a acordar unas cuantas reglas, generó un decremento en el nivel de ansiedad de la familia, cuyos miembros pudieron ponerse de acuerdo, permitiendo así el reenmarcamiento, por parte del terapeuta, respecto del punto de vista que tenían sobre el problema. Si bien seguían apareciendo conductas no deseadas, la percepción de la problemática se modificó: dejó de verse con tanta gravedad, con tanta desesperación, y esto hizo que aumentaran los recursos cognitivos de los familiares, junto con su capacidad de contención de la adolescente (Henggeler et al., 1998).

Durante la entrevista, G manifestó sentir cierto nivel de discapacidad de parte del grupo familiar para cumplir la tarea y sostener los límites. Se analizó que era esperable ver esa reacción en ellos, debido a que, precisamente, las prescripciones estuvieron pensadas para requerir esfuerzo de su parte, concordando con el séptimo principio de tratamiento MST (Piercy, 1986).

De la historia clínica se rescató que, una vez establecido el sistema de puntos previamente descripto, G, concordando con Henggeler et al. (1998), prescribió a los consultantes que

comunicaran las reglas a A, expresadas en términos de comportamientos positivos; evitando la negación (no hagas X). En ese punto del tratamiento hubo un aumento en la ansiedad del grupo familiar, debido a que, cuando comunicaron y discutieron con la adolescente las reglas, ella tomó una actitud más opositora. Retomando a Henggeler (2012), el rechazo de A a las normas se puede explicar porque, al implementar nuevas reglas en esa familia que antes no ponía límites, la paciente, que estaba cómoda haciendo lo que quería, empezó a poner a prueba la nueva autoridad de sus familiares.

Su conducta más notable de rechazo consistió en molestar deliberadamente a todo su grupo de convivencia, mediante el intento de propagar un herpes vaginal que se había contagiado: el grupo familiar manifestó que A se tocaba constantemente, no se lavaba las manos e iba a tocar todos los alimentos de la heladera y de la alacena, además de los cepillos de dientes. G, durante la entrevista, manifestó que esa conducta aberrante sorprendió, paralizó y elevó la ansiedad de los consultantes.

De acuerdo con Henggeler (2012), la intervención utilizada para ese caso fue el reforzamiento: el terapeuta señaló a la familia que venían haciendo bien las cosas y se mostró abiertamente alegre y optimista ante los cambios que habían logrado. Lo anterior fue muy importante para empoderar a los consultantes y ayudarlos a mantenerse firmes en la ejecución del plan. Cabe aclarar que el reforzamiento siempre se realizó de una manera muy empática y comprensiva, sin demeritar la queja, el sufrimiento o el estrés producidos por la situación.

La historia clínica indicó que el grupo de convivencia de A siguió con un nivel alto de ansiedad, teniendo en cuenta que en sesiones previas había bajado, y aunque se mantuvo en la aplicación del sistema de reglas, disminuyeron los recursos cognitivos, situación que generó conflicto entre ellos. Volvieron a la batalla entre el abuelo y el padre, acerca de quién era la figura de autoridad y fue ahí cuando G –después de consultarlo con el grupo de supervisión– decidió seguir citando sólo a P, J y M.

En ese punto, hubo otra reformulación importante que hizo el terapeuta, referida a que, ahora, P era la cabeza de familia y no había nadie que lo hiciera sentir menospreciado.

Reenmarcar continuamente esa situación sirvió para: connotar positivamente las conductas que ellos habían adquirido para establecer el sistema de reglas; y reforzarlos a que se mantuvieran firmes en su cumplimiento. Un efecto emergente de ese hecho fue que los tres consultantes empezaron a comunicarse más claramente, a ponerse de acuerdo con más facilidad y a informar a los abuelos acerca de los avances en terapia. En este orden de ideas hubo dos cambios importantes: resignificación de la jerarquía de P y de la perspectiva del problema; y modificación de las conductas entre los miembros de la familia (Henggeler et al., 1998).

Partiendo de esa mejoría se evidenció en la historia clínica que P, J y M llegaron a un acuerdo respecto de la cantidad de dinero que se le estaba dando a A: retocaron el sistema de puntos y bajaron el reforzamiento monetario a 50 centavos por punto. Le comentaron a los abuelos esa modificación y la respuesta fue bastante esperanzadora: todos llegaron a hablar el lenguaje de las reglas, que no daba espacio a confrontaciones entre ellos. Si bien la paciente seguía

teniendo conductas hostiles y opositoras, su grupo de convivencia se puso firme en hacer cumplir las normas.

La mejoría se notó especialmente en P, quien puso más límites, situación que suscitó la comunicación entre él y su hija. Al ver que su padre no iba a ceder, A empezó a discutir las reglas, a manera de diálogo, y su resistencia disminuyó. Durante la observación de una de las últimas sesiones se rescató una escena entre padre e hija: estuvieron juntos en casa una tarde entera, cocinando y hablando acerca de qué hacer con la amenaza de expulsión de la escuela. Juntos, decidieron que la adolescente permanecería en la escuela donde estaba, y ella adquirió el compromiso de asistir a todas las clases. De no hacerlo, se acordó que la consecuencia sería cambiarla de colegio, a uno que quedara lejos del barrio (hecho que A percibía como castigo). Todo esto lo discutieron de la manera más objetiva posible, procurando no elevar el tono emocional y evitando hacerlo a manera de reproche (Henggeler et al., 1998).

G se aferró de esa escena para reforzar fuertemente a P por su cambio conductual y reenmarcó su visión acerca de ser un padre sin autoridad, argumentando que siempre tuvo las herramientas de un estilo parental adecuado, pero que la difícil problemática de su hija, y la ira o frustración que sentía, no le habían permitido utilizarlas.

Además de reenmarcar, el terapeuta, durante su intervención, tuvo en cuenta la forma en que el comportamiento de A estuvo influyendo y guiando las conductas del padre hasta ese momento (Henggeler et al., 1998). Esto, según Hirsch y Casabianca (1992) es un claro ejemplo de la conducta como emergente interaccional.

La última sesión, de acuerdo con la historia clínica y la entrevista a G, fue bastante inesperada. Asistieron el padre y M. P estaba muy enojado porque al llegar al centro le dijeron que esa era su última sesión. Resulta que había presentado mora en el pago, se le había advertido varias veces que debía pagar, pero él hizo caso omiso y la institución le cortó el servicio. De querer volver a las sesiones debía hacer una nueva admisión. Frente a esto, el grupo de supervisión planeó una entrevista de cierre, enfocada en cómo estaban con el problema y en dar lineamientos de cómo continuar solos.

Los consultantes manifestaron estarse comunicando bien, sin dar espacio a que la adolescente manipulara la información –como lo hacía antes–; percibir obediencia de A a los mandatos del padre; y, sobre todo, evidenciar la existencia de jerarquía, al ser P la figura de autoridad y líder del proceso. Asimismo quedó claro que la relación entre los familiares dejó de ser obstáculo y el acuerdo entre los abuelos, M, J y el padre, se mantuvo. La respuesta fue reforzada por el terapeuta y por el coordinador del grupo de supervisión, quien estuvo presente en esa última sesión. De acuerdo con los postulados de Henggeler et al. (1998), ambos profesionales prescribieron a la familia seguir trabajando en la misma dirección: sostener la autoridad, seguir abriendo el canal de comunicación entre ellos, no dejar de limitar las conductas de A y permanecer ordenados en el sistema de reglas. Se contraindicó al grupo familiar hacer terapias individuales, explicando que este caso necesita un abordaje complejo, integrador y multifacético.

Ante esta situación, el terapeuta y los profesionales del grupo de supervisión se sintieron decepcionados; en la entrevista se evidenciaron los motivos: primero, ya se le había dicho a P

que cotejara administrativamente la información para cambiar el plan adecuadamente. Segundo, el padre pasó de ser desautorizado en su casa, a ser el líder del equipo; un equipo que se compactó y organizó adecuadamente, conformado por los miembros de la familia, quienes lograron un buen monitoreo de la paciente. Y tercero, el grupo familiar venía trabajando muy bien y todo se interrumpió. Quedó a medio camino y, por como venían mejorando, habría podido tener un desenlace excelente.

Sin embargo, independiente del brusco cierre en el tratamiento, retomando a Piercy (1986), se evidenció que tanto las reformulaciones como las prescripciones y el reforzamiento, intervenciones utilizadas en este caso, tuvieron el efecto esperado (y planeado), debido a que se desarrollaron de la siguiente manera: hicieron énfasis en cambiar las circunstancias inmediatas del grupo familiar, en aras de modificar el comportamiento futuro. Estuvieron orientadas a la acción, es decir, a activar a la familia para que lograra cambios observables. Se dirigieron a problemas, metas y objetivos específicos que dejaron en claro hacia dónde iba el tratamiento. Abordaron las características de A y de los miembros de su grupo de convivencia. Y por último, apuntaron a establecer estrategias de control y corregir estilos parentales inadecuados: ambos, objetivos clave de la Terapia Familiar Multisistémica (Henggeler et al., 1998).

5. CONCLUSIONES

El objetivo general del presente trabajo consistía en hacer una descripción de la Terapia Familiar multisistémica, a la luz del modelo de psicología sistémica del Mental Reserch Institute, implementada a la familia de una paciente adolescente, quien presentaba un trastorno opositorista desafiante y consumo de sustancias.

Para cumplir con dicho objetivo se empezó por aclarar un par de cuestiones acerca del por qué de la consulta y de quién era el más interesado a que se produjera el cambio. Se expusieron los antecedentes de la paciente y se resaltó que había tenido una internación, de la que salió directo al centro elegido. Además, que la consulta la realizaron los miembros de su familia y que la terapia, descrita en éste trabajo, se les hizo a ellos. Después, se describió la problemática de la adolescente al momento de la consulta, conceptualizándola a la luz de la teoría sistémica de la psicología, basada en los postulados de Bateson (1972). Se presenciaban conductas de desobediencia, desafío a la autoridad, actos en contra de terceros, mentiras deliberadas y oposición constante de parte de la paciente. Dichos comportamientos eran disfuncionales e irrumpían en su vida social, además de repercutir en su familia, elevando los niveles de ansiedad de los miembros de su grupo de convivencia. Coincidían con las características de un trastorno opositorista desafiante, expuestas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000).

A través de la descripción del caso se evidenció que la conducta de la paciente estaba inscripta en un circuito de actos que llevaban a cabo sus familiares, a los cuales ella respondía, y que a la vez su respuesta tenía consecuencias en la familia, retroalimentando constantemente el problema. Es decir, que era un emergente de las interacciones que estaban sosteniendo ente ellos (Hirsch & Casabianca, 1992).

De acuerdo con Bateson (1972), teniendo en cuenta que se trataba de un sistema, y siendo el objetivo principal modificar la conducta problemática de la paciente generando un cambio en las interacciones que la sostenían, se incluyó al terapeuta como elemento del sistema y herramienta de cambio. Se tuvo en cuenta su influencia en la familia y viceversa, para capitalizarla, disminuir la resistencia de los consultantes y aumentar la capacidad de maniobra del profesional. Por esa razón, se describió la manera particular en que él y los profesionales del grupo de supervisión conceptualizaron el caso: basados en el recorte de información que hicieron, planearon sus intervenciones.

En la descripción de la conceptualización desde el punto de vista del profesional se rescataron: la complejidad del caso, las emociones que despertó la terapia en G, la dificultad percibida en el establecimiento del vínculo terapéutico y el proceso que realizó el profesional para ejercer la influencia deseada sobre la familia. La percepción y sensaciones del terapeuta fueron manejadas estratégicamente, en pro del tratamiento, al estar enfocadas desde la psicología de los sistemas y desde los lineamientos establecidos por Piercy (1986) para llevar adecuadamente la Terapia Familiar Multisistémica.

Una vez descrita la problemática de la paciente y la manera en que se conceptualizó el caso, se inició el análisis de las intervenciones, que fueron planeadas sobre la base de esa forma específica de pensar el problema. Primero se contó, paso a paso, cuáles fueron las principales intervenciones y se fue desarrollando cada una, teniendo en cuenta su causa y consecuencia: por qué esa intervención y qué generó en los miembros de la familia.

Se concluyó, a lo largo del tratamiento, que la intervención más utilizada fue la prescripción directa y que tuvo un gran resultado en el grupo de convivencia de la paciente.

En simultáneo a las prescripciones o tareas que se les dieron, se reforzó positivamente cada cambio, cada actitud favorecedora a la terapia, y se fue reenmarcando el problema, con lo que se consiguió una visión nueva de la situación: una nueva perspectiva que permitió a la familia de la adolescente actuar de otra manera, bloqueando así el circuito conductual que sostenía los comportamientos disfuncionales (Wainstein, 2006). Entonces, se evidenció que las intervenciones efectivamente produjeron un cambio.

Además de lograr modificar el sistema, las estrategias de intervención evidenciaron una aproximación flexible al problema, por el hecho de dirigir la atención a sus múltiples determinantes. Porque, claramente, el problema conductual de la paciente estaba siendo determinado por el interjuego recíproco de sus características y de las de los sistemas más importantes en que se desenvolvía: su familia y su grupo de pares. Por lo anterior, se puede decir que, en éste caso, la Terapia Familiar Multisistémica mostró eficacia, al haber hecho un abordaje del trastorno desde una mirada integradora, interviniendo a nivel familiar principalmente. Demostró cambios clínicos favorables: hubo mejoría en las relaciones familiares, mejoró la comunicación, se consolidó un equipo cuya cabeza y líder era el padre, se logró el establecimiento de un sistema de reglas, disminuyeron las conductas desobedientes y hubo un cese en el uso de drogas (Henggeler et al., 1998).

Hasta aquí, las conclusiones relacionadas al cumplimiento de los objetivos del presente trabajo. Es importante decir que para lograr conseguirlos se contó con buena cantidad de información:

el acceso a la historia clínica de la paciente, que contenía una descripción, realizada por el terapeuta, de las percepciones y las intervenciones en cada sesión; la oportunidad de participar en el grupo de supervisión del caso, donde el coordinador y los demás profesionales guiaban al terapeuta y hacían una crítica constructiva del proceso que se estaba llevando a cabo con el grupo familiar; la observación no participante de algunas sesiones en cámara Gesell, donde se logró una mayor comprensión de las interacciones entre los miembros; y por último, la entrevista al terapeuta, quien ayudó enormemente a ver la situación desde la perspectiva sistémica y a entender las intervenciones a la luz de éste modelo.

Contando con las fuentes previamente enunciadas, se llegó a hacer una buena articulación entre lo visto y la teoría. Un desarrollo claro, focalizado y específico del tratamiento. Sin embargo, habría sido enriquecedor realizar un abordaje más analítico del caso, más profundo; no tan descriptivo. Porque todos los objetivos apuntaron a describir lo que sucedió y cómo se fue desarrollando. Pero sólo uno de ellos buscó ir de la descripción al análisis. Se hubiese podido, o bien redactar los objetivos de otra manera, exigiéndole al trabajo un desarrollo más elaborado, o incluir alguno cuya finalidad fuera más abarcativa.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que hubo ciertas limitaciones en el proceso de elaboración del trabajo. La que se considera más importante está referida a la falta de experiencia de la entrevistadora durante el encuentro con el terapeuta. Si bien se consiguió la información que se necesitaba, no se sacó el mayor provecho de la entrevista, porque no se indagó más allá de la respuesta inmediata.

Otras limitaciones estuvieron referidas a la calidad de la información. Como se mencionó, había cantidad y había fuentes. Pero las grabaciones de las sesiones en cámara Gesell eran pobres en audio y video, situación que impedía entender el encuentro terapéutico en varios sentidos: lenguaje verbal del profesional y los consultantes; expresiones/gestos (lenguaje corporal) de todos los participantes; e intervenciones del terapeuta. Y, aunque la transcripción de esas entrevistas grabadas estaba en la historia clínica, dicho documento no se pudo sacar de la institución. El acceso se limitó a los momentos en que se estaba dentro de la institución; el resto de la información se sintetizó en apuntes personales.

Una última limitación tuvo que ver con la finalización abrupta que se le dio al caso. Pese a que los profesionales hicieron un gran esfuerzo para llevar, adecuadamente, una entrevista de cierre repentino, quedó en ellos una sensación de frustración y, personalmente, una gran curiosidad respecto de las conductas que habrían seguido modificándose en el grupo de consultantes. Cabe aclarar que, con las sesiones completas y habiendo visto todo el tratamiento, se hubiesen tenido más conclusiones, más elementos de análisis y más evidencia de la eficacia de la terapia.

Hablando ahora de la experiencia, se puede decir que dejó una gran enseñanza, fue gratificante y se disfrutó al máximo. Quedó una sensación de admiración hacia los profesionales y hacia la institución, debido a que se resalta la organización, la buena elaboración de los planes de derivación, además del excelente trabajo en equipo y de la importancia que dan al abordaje integral de los problemas que tratan.

Se aprendió mucho del grupo de supervisión, académica y personalmente. Todos los integrantes son profesionales muy bien formados y excelentes personas, que procuraron siempre enseñar y guiar desde su visión sistémica. Contagiaron las ganas de seguir aprendiendo acerca de la epistemología que manejan y despertaron el deseo de buscar, a futuro, un equipo organizado y consolidado de trabajo para el tratamiento de diferentes trastornos.

Para finalizar se concluye que el abordaje del presente caso tuvo en cuenta los diferentes determinantes del problema conductual de la paciente, poniendo especial atención en los comportamientos de los miembros de su familia que hacían que se agravara la problemática. Precisamente, su grupo de convivencia era el sistema de su ecología que más estaba afectando, a causa del estilo parental inadecuado, la falta de límites y de monitoreo.

De haber continuado con el tratamiento, y cuando hubiese una mejora por lo menos del 90%, habría sido muy enriquecedor abordar el caso con el grupo de pares y el sistema escolar.

Esos dos determinantes de las conductas de A fueron descriptos en el trabajo de una manera muy superficial y de la misma forma fueron abordados por los profesionales y la institución. Ya se aclaró que el tratamiento no culminó de la manera esperada y se supone (no se sabe) que el paso siguiente era abarcar esos otros flancos para continuar disminuyendo la probabilidad de reaparición de los comportamientos. Sin embargo no se hizo.

Y por último, habría sido interesante e importante, como aporte, el hecho de comparar los resultados del presente caso con otros, del mismo o de diferentes trastornos, pero que tuvieran en común el estilo de abordaje. Es decir, tomar el caso de la familia de A como elemento de una muestra en la que se trataron distintos casos, desde una mirada integral, tomando en cuenta determinantes múltiples de la situación; lo anterior, con el fin de validar la aplicación de la MST y en general, de propagar una epistemología más integradora para el tratamiento de la salud mental.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed., Texto rev.). Washington, DC: Masson
- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of the mind. Nueva York: Ballantine
- Becoña, E. Martínez, U. Calafat, A. Fernández-Hermida, J. Juan, M. Sumnall, H. Mendes, F. & Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25, 292-298. Recuperado de www.psicothema.com
- Beck, A. (1995). *Terapia cognitiva*. New York: Guilford Press.
- Bertalanffy, L. (1968). *General System theory: Foundations, Development, Applications*, New York: George Braziller
- Bronfenbrenner, U.(1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Henggeler, S.W. (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21, 181-193. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2012v21n2a7.pdf>
- Henggeler, S. Schoenwald, S. Borduin, C. Rowland, M. & Cunningham, P. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford press.
- Hirsch, H. & Casabianca, R. (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Gabas y asociados.
- Justicia Galiano, M. & Duarte, J. (2011). Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos. *Psicothema*, 23, 20-25. Recuperado de www.psicothema.com
- Kazdin, A. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. Nueva York: Pergamon press.
- Loreto, M. Jerez, R. & Chenevard, C. (2012). Formación de terapeutas en un programa de especialización en terapia familiar sistémica. *Psicología em Estudo* 17(2), 183-193. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a01.pdf>
- Martínez Taboas, A. (1986). *Terapia sistémica de familia: evaluación crítica de algunos postulados*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18(1), 43-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80518103>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS.
- Munger, R. (1993). *Changing children's behavior quickly*. Lanham. MD: Madison

- Piercy, F. (1986). Training manual. Purdue brief family therapy. West Lafayette: Center of institutional service
- Shannon, C. (1948). A mathematical theory of communication. Bell System Technical Journal. 27 (379-423 and 623-656). Recuperado de <http://cm.bell-labs.com/cm/ms/what/shannonday/shannon1948.pdf>
- Shaffer, D. & Richters, J. (2001). Assessment in child and adolescent psychopathology. New York: Guilford
- Vásquez, J. Feria, M. Palacios, L. & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz.
- Wainstein, M. (2006). Intervenciones para el cambio. Argentina: JCE ediciones.
- Wainstein, M. (2006). Comunicación, un paradigma de la mente. Argentina: JCE ediciones.
- Watzlawick, P. Helmick, J. & Jackson, D. (1985). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.
- Wierson, M. & Forehand, R. (1994). Parent behavioral training for child noncompliance: Rational, concepts, and effectiveness. Current directions in psychological science. 3, 146-150. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/20182293?uid=3737512&uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21102633459311>