

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“Intervenciones sistémicas en familias multiproblemáticas”

Alumna: **Fátima del Valle Maturo**

Tutora: Dra. Valeria Wittner

Buenos Aires, 18 de Octubre de 2016

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivo General	4
2.1 Objetivos específicos	4
3. Marco teórico	5
3.1 <i>La familia</i>	5
3.1.1 Estructura elemental del parentesco	6
3.1.2 La familia como sistema	7
3.1.3 Las competencias de la familia	8
3.1.4 Estructura familiar	9
3.1.5 Tipos de familia	12
3.2 <i>Familia multiproblemática</i>	15
3.2.1 Contextos y genogramas	17
3.2.2 Modelo ecológico del desarrollo humano	19
3.3 <i>Terapia familiar</i>	21
3.3.1 El modelo estructural	22
3.3.2 Terapia Familiar Multisistémica (MST)	23
3.3.3 El terapeuta como agente de cambio	24
3.4. <i>Generación del cambio</i>	25
3.4.1 Nociones acerca de la adherencia al tratamiento	26
3.4.2 Fortalecimiento de la familia	27
4. Método	29
5. Desarrollo	32
5.1 Describir los objetivos del abordaje en pacientes miembros de familias multiproblemáticas, desde una perspectiva sistémica	32
5.2 Describir el rol del terapeuta sistémico en el trabajo clínico con pacientes miembros de familias multiproblemáticas	35
5.3 Analizar los obstáculos que aparecen en la clínica con familias multiproblemáticas para lograr adherencia al tratamiento	37
5.4 Analizar la inclusión de las redes sociales del paciente en el trabajo con familias multiproblemáticas.....	39
6. Conclusiones	42
7. Referencias bibliográficas	47

1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) de la licenciatura en Psicología es el resultado de la práctica profesional realizada en una institución del ámbito de la salud mental, con carácter de fundación, u organización sin fines de lucro, destinada a brindar atención psicológica a particulares, a difundir, investigar y capacitar a profesionales en el modelo de psicología sistémica como instrumento de intervención clínica. La institución, con sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es una de las más importantes y de reconocida trayectoria en nuestro país.

La práctica aludida se realizó durante el primer cuatrimestre de 2016, comprendiendo un total de 280 horas. Por motivos excepcionales, el programa previsto para efectuarse en los consultorios de un centro psicológico situado en el Conurbano bonaerense, con el que la institución mantiene un convenio, no pudo realizarse.

Durante ese proceso se realizaron diversas actividades, como por ejemplo: la observación y análisis de videos de entrevistas de admisión; capacitación y práctica en el desarrollo de genogramas, observación participante pasiva en los espacios de supervisión de terapeutas y búsqueda de información para el proyecto de investigación sobre “*Mujeres privadas de la libertad*”; con especial atención a la significación que éstas mujeres le dan a esa experiencia; qué hay respecto de la sanción social de la que son víctimas, cómo afecta sus redes sociales el hecho de haber estado en una situación de encierro y el efecto que eso produce en el vínculo con sus hijos. Se realizó también una producción audiovisual para fines académicos, en colaboración con terapeutas egresados del Posgrado en Psicología Sistémica de la institución, simulando una primera entrevista psicológica.

Además, se realizó una capacitación sobre Técnicas Activas en Parejas, Familias e Individuos en la fundación y se brindó colaboración a los organizadores del Congreso Nacional de Psicología Sistémica realizado en septiembre del corriente año, que promoviera la Asociación especializada en ese tema.

Este trabajo se enfoca en uno de los temas más novedosos que actualmente plantea el pensamiento sistémico: las familias multiproblemáticas y el modelo de abordaje que éstas demandan, sus alcances y resultados. La tarea aquí planteada se llevó adelante con el apoyo de un caso real, provisto por un terapeuta de la fundación y la experiencia que los profesionales psicólogos que investigan sobre el tema, así como también de fuentes externas a la institución y de reconocimiento internacional.

2. Objetivo general

Analizar la modalidad de abordaje de familias multiproblemáticas en el marco de un dispositivo de asistencia psicológica con orientación sistémica.

2.1. Objetivos específicos

- a. Describir los objetivos del abordaje en pacientes miembros de familias multiproblemáticas, desde una perspectiva sistémica.
- b. Describir el rol del terapeuta sistémico en el trabajo clínico con pacientes miembros de familias multiproblemáticas.
- c. Analizar los obstáculos que aparecen en la clínica con familias multiproblemáticas para lograr adherencia al tratamiento.
- d. Analizar la inclusión de las redes sociales del paciente en el trabajo con familias multiproblemáticas.

3. Marco teórico

3.1 La familia

Una *familia* se define como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas (Real Academia Española), y representan un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines a un linaje. Este grupo de personas corresponde a una misma especie y mantienen relaciones organizadas y jerarquizadas para su supervivencia. La familia constituye uno de los primeros contextos sociales de desarrollo humano y representa un predictor del ajuste psicosocial de una persona, en virtud de los estilos interaccionales que haya mantenido en su núcleo primario (Wainstein, 2016).

El concepto de familia como sinónimo de sistema se nutre de varias disciplinas, entre las que se destacan: la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1954), la Cibernética (Wiener, 1948) y la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, 1967); entre otros (Wainstein, 2000). Asimismo, es insoslayable considerar los aportes de Jay Haley (1981) con su enfoque evolutivo y la perspectiva estructural de Salvador Minuchin (1974). A la familia se la considera un sistema abierto compuesto por varios subsistemas, cada uno de los cuales se distingue por funciones específicas. Los subsistemas se separan unos de otros, mediante límites que aseguran al mismo tiempo su cohesión. Al interior de una familia, existen varios subsistemas: el *subsistema conyugal*: compuesto por los adultos cuidadores de la familia, tienen a su cargo la toma de decisiones del grupo, y entre sus tareas se encuentran las reproductivas y sexuales; el *subsistema fraternal*: es el que componen los hermanos de una familia, aquí las funciones son el manejo de los celos, compartir, competir, cooperar, negociar; el *subsistema parental*: compuesto por las relaciones de los padres con los hijos, aquí se destacan las funciones nutricias y normativas y el *subsistema individual*: compuesto por cada individuo con sus características personales.

Una familia, vista como un sistema abierto, es aquella cuyos integrantes interactúan dinámicamente entre sí, afectándose en su estado, e intercambian información con el afuera, es decir, con otros entornos extrafamiliares. La idea de que un elemento de un sistema puede cambiar, modificarse y, al hacerlo, altera los otros elementos, remite a la idea de totalidad de un sistema y está relacionado con las pautas de interacción que los conectan entre sí. De la Teoría General de los Sistemas y la Cibernética se han tomado conceptos vinculados con las conexiones de elementos, entre los que se destacan los fenómenos interactivos –acción de un elemento sobre otro- e interativos – repetición de interacciones en el tiempo (Wainstein, 2009). Otro concepto

adoptado de estas teorías es la idea de circularidad, que da cuenta de la interconexión entre las conductas de los elementos de un sistema, donde las pautas de causalidad nunca son lineales. Por el contrario, se dice que un sistema es cerrado cuando no intercambia información ni energía con el entorno.

Los conceptos evolutivos del sistema familiar, planteados por el investigador Jay Haley (1981) han permitido conocer que todo sistema atraviesa una serie de fases evolutivas, en el marco del ciclo vital, o fases de evaluación, que se caracterizan por las crisis que generan en el paso de un nivel evolutivo al otro (por ejemplo: el pasaje del matrimonio a la paternidad/maternidad); esas crisis, preanunciando los cambios evolutivos, conllevan cambios de roles necesarios de adoptar para lograr una óptima adaptación a las tareas esperables para el nivel evolutivo superior. Cuando una familia presenta algún problema o revela algún síntoma en su paso de una fase del ciclo vital a otra, está ofreciendo signos de su falta de recursos o de capacidad para responsabilizarse por esas nuevas funciones que demanda el desarrollo. Por estas mismas razones, las crisis modifican constantemente la estructura de un sistema familiar (Falicov, 1991).

Las conductas que tengan los integrantes del sistema familiar siempre oscilarán entre dos tendencias: la del cambio y la del equilibrio; y estarán organizadas de acuerdo a la interrelación que establezcan y a las jerarquías que existan en su estructura (Minuchin, 2008).

3.1.1 Estructura elemental del parentesco

Introducir el concepto de *familia*, implica poder precisar que, en relación con la naturaleza humana y la cultura, “el hombre es un ser biológico al par que un individuo social” (Levi-Strauss, 1981). Esto significa que, durante su desarrollo, el hombre genera constantemente respuestas a su ser biológico y, al mismo tiempo, responde a estímulos externos, provenientes de un orden social preexistente, que tiene sus propias reglas de funcionamiento, que lo condicionan para actuar como un ser social. ¿Cuál es ese punto en el que termina la naturaleza y comienza la cultura? O viceversa. Levi-Strauss (1989) decía que la cultura sustituía, en muchos casos, a la vida del sujeto, en otros casos la utilizaba y en otros la transformaba, generando así un nuevo orden. La naturaleza, entendida como el orden de lo universal, eso que escapa necesariamente al dominio de las costumbres, aquello caracterizado por el orden de lo espontáneo. Y la cultura, como el producto de una interacción con otros, todo aquello que está sujeto a las normas y que presenta atributos de lo relativo y lo particular. Eso que está afuera y que constituye el ambiente en que el

sujeto habita. Por esto mismo, es que el origen de las reglas institucionales que suponen la cultura, no puede buscarse en la naturaleza. Reglas que sólo son posibles de instaurarse en el seno de un grupo social mediante la intervención del lenguaje.

En definitiva, el pasaje de la naturaleza a la cultura está dado porque una familia no podría existir si no existiera la sociedad; esto es: muchas familias, muchos de esos grupos sociales, que reconocen la existencia de lazos entre unas y otras, más allá de los consanguíneos, y que el proceso natural de descendencia sólo es posible a partir del proceso social de afinidad. Y en donde la prohibición del incesto –como regla insustituible de convivencia en sociedad- afirma que las familias pueden casarse (entiéndase también unirse, sin considerar los aspectos legales de la institución matrimonial) entre sí, pero nunca dentro de sí mismas. Es así que la prohibición del incesto; da cuenta del carácter de universalidad de las tendencias y de los instintos y de su carácter coercitivo de las leyes y de las instituciones (Levi-Strauss, 1989).

3.1.2 La familia como sistema

Según Levi-Strauss (1989), la palabra familia designa a un grupo social que cuenta con tres características bien definidas: a) tiene su origen en el matrimonio; b) se compone del marido, la esposa y los hijos nacidos en el marco de dicho matrimonio, aunque también existan casos en los que otros parientes se ubiquen cerca de este grupo nuclear y c) los miembros de la familia están unidos por: lazos legales, derechos y obligaciones económicas, religiosas y prohibiciones sexuales, sumado a los sentimientos psicológicos como el amor, el respeto, el temor, etc. No obstante esta distinción que el autor realizó en un determinado contexto socio-histórico, actualmente una familia puede presentar variaciones respecto de su origen o del aspecto legal de su constitución, aunque no será motivo de tratamiento en este trabajo.

La familia, como estructura elemental de parentesco (Levi-Strauss, 1974) es, entonces, un sistema en el que existe un conjunto ordenado de pautas o patrones de comportamiento y propiedades que le son específicas y regulan tanto la homeostasis como la posibilidad de cambio (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 2009). Conocer la estructura de una familia, implica considerar el conjunto de reglas de relación que posee como para organizar las transacciones entre sus miembros (Wainstein, 2006). De tal modo que, los individuos que componen una familia, comparten una biografía y mantienen vínculos emocionales, en un espacio físico interaccional que les es común y donde pueden expresarse cara a cara.

El modelo sistémico define a la familia como un sistema abierto, en tanto estructura con características y funciones emergentes que son específicas de las personas que interactúan en ese grupo familiar y en un contexto social determinado. Se priorizan las interacciones antes que las individualidades que componen la familia, lo cual significa que se la puede estudiar independientemente de sus miembros porque importa más conocer esos patrones de interacción que definen la estructura familiar, que la hacen funcional o no. Como todo sistema abierto, supone una organización jerárquica y una trayectoria (Wainstein, 2016).

3.1.3 Las competencias de una familia

Las relaciones afectivas, los cuidados primarios y el sostenimiento de vínculos positivos entre los miembros de una familia, posibilitan una conservación de la buena salud psíquica. La capacidad de cuidarse a sí mismo y poder atender las demandas de otras personas, e incluso integrarse a una dinámica social con seguridad y compromiso, es el resultado de haber sido cuidado, querido, educado, protegido y satisfecho en todas las necesidades que se presentaron durante la infancia y la adolescencia. Estos procesos, conocidos como “buenos tratos”, son vitales no sólo para la supervivencia de las personas, sino también para la conservación de la especie (Barudy & Dantagnan, 2009).

En el marco de un sistema familiar, estas ideas de afectividad y cuidado, se relacionan con las capacidades o funciones parentales reservadas a los adultos. En ese sentido, una familia debiera ser capaz de responder a las necesidades de sus hijos, y disponer de los recursos y capacidades para adaptarse a las distintas etapas del ciclo vital familiar, modificando su estructura sin perder de vista las *necesidades fisiológicas básicas* que todo niño precisa para desarrollarse (alimento, salud, un ambiente sano para vivir); las *necesidades de lazos afectivos seguros y continuos* (que le permita al niño desarrollar sentimientos de pertenencia en un ambiente sano, ser aceptado y sentir que es importante para los demás, etc.), las *necesidades cognitivas* (que implican asegurarle el derecho a poder estimular sus sentidos, experimentar y desarrollar sus capacidades cognitivas y sentirse apoyado por los adultos en este proceso), las *necesidades sociales* (los adultos “bientratantes” debieran asegurarle a los niños las condiciones que faciliten su autonomía, animándolos a ser responsables; con comunicación, consideración y estructura) y las *necesidades de valores* (se trata de los valores que dan un sentido ético al buen trato, implica interiorizar las reglas sociales mediante valores positivos y significativos que le permitan a los niños sentirse confiados y orgullosos de los adultos) (Barudy & Dantagnan, 2009).

Con todo, sería esperable que los adultos cuidadores de los niños tengan estas capacidades parentales fundamentales, la capacidad de apegarse a los hijos y de ser empáticos, tener recursos para transmitir un modelo de crianza que responda a las demandas de los cuidados de sus niños; así como también participar en las redes sociales, tomando de la comunidad aquello que sea necesario para sus hijos, es decir: ser capaces de pedir y recibir ayuda, incluso aportar a la comunidad lo mejor que puedan para una sana convivencia (Barudy & Dantagnan, 2009).

Los padres de una familia, como subsistema parental, tienen como funciones específicas: nutrir, socializar y educar a sus hijos. Vale decir: asegurarles el alimento para su normal desarrollo físico que les asegure la vida, contribuir al desarrollo de su identidad y autoconcepto, y garantizarles el aprendizaje de los modelos de conducta que les ayude a convivir en familia, y luego en un ámbito social más amplio, respetando las normas socialmente aprobadas por la comunidad (Barudy & Dantagnan, 2009; Levi-Strauss, 1989).

3.1.4 Estructura familiar

Al igual que un organismo vivo, que nace, crece, se reproduce y se transforma; una familia es un sistema que a lo largo de su historia atraviesa diferentes etapas de desarrollo. Constituye un grupo natural de personas que, a lo largo de su historia ha construido pautas de interacción, éstas en su conjunto representan lo que se llamará en este trabajo, estructura familiar. Ésta última, guiará el funcionamiento de los miembros de la familia, definirá sus conductas y facilitará su interacción recíproca (Minuchin & Fishman, 2008).

Estas interacciones que se dan entre los miembros de una familia, son tan importantes y fuertes que constituyen una suerte de red en la que se apoya todo un sistema, la familia se convierte, en sí misma, en un organismo, con sus propias reglas, su propio ritmo, su propio lenguaje. Y en el trabajo del terapeuta, se encontrará la manera de interpretar estas relaciones (Minuchin & Fishman, 2008).

Para poder realizar esa tarea clínica, el terapeuta deberá considerar lo que el físico alemán Arthur Koestler (1979) ha demonimado *holón*, para referirse a una totalidad en un contexto, que es, al mismo tiempo, una parte en otro contexto. Un holón es una unidad de intervención para la terapia familiar, representa la unidad mínima de un sistema y se encuentra en permanente competencia con otros holones. Cada holón - *holón individual*, *holón conyugal*, *holón parental* y *holón de los hermanos* - pretende su autonomía y su autoconservación como un todo; aunque

ejerza también una energía integradora desde el punto de vista en que es una parte de un sistema más complejo.

Toda familia atraviesa por etapas cualitativamente diferentes, que implican tareas evolutivas, configuraciones emocionales diferenciadas, enmarcadas en lo que se conoce como ciclo vital. El concepto de ciclo vital de la familia alude a un aspecto universal, vale decir: cualquier familia, en cualquier parte del mundo, pasará por estas fases, con más o menos coincidencias, dependiendo de la cultura en la que se encuentre. Estas fases o ciclos se corresponden como los hechos nodales ligados a las “peripecias” de los integrantes de una familia; como, por ejemplo: el nacimiento y la crianza de los hijos, la emancipación del hogar por parte de los hijos, el retiro y la muerte. Se trata de cambios organizativos y adaptativos relacionados con las variaciones en la composición familiar. Representan un punto de inflexión. Son precisamente estos cambios a los que la familia deberá adaptarse. Su aparición genera cambios en la composición familiar que obligan a que el sistema reorganice sus roles y reglas (Falicov, 1991).

Como se dijo anteriormente, estas etapas diferenciadas son relativamente estables, previsibles para cualquier tipo de cultura o sociedad de la que se trate y, por tal motivo, se las considera universales. No obstante, el ciclo vital familiar está vinculado a cuestiones específicas de cada familia, a aspectos individuales que se relacionan con el momento en que se produce un cambio y a las estrategias que los integrantes de una familia han empleado para afrontar dicha situación; lo cual es singular en cada caso. Sin embargo, se dice que estas etapas o cambios son normativos, en tanto hay cuestiones biológicas y expectativas sociales compartidas en muchas culturas, o cuanto menos similares (por ejemplo: la edad de ingreso a la escuela o al retiro – jubilación- del trabajo. Estas pautas normativas generalmente actúan como una brújula que orienta la vida de las personas y, en muchos casos, definen la conducta (Falicov, 1991).

El ciclo vital familiar difiere del constructo de desarrollo familiar, que apela a sucesos que acompañan al ciclo vital, sucesos co-evolutivos y particulares del crecimiento de cada familia. En este caso, se vinculan más con procesos de continuidad o cambio en el dominio del trabajo, lugares de residencia o domicilio, migración, enfermedades, o todo tipo de acontecimiento que genere un impacto lo suficientemente significativo para la trama familiar. Otros ejemplos de sucesos del desarrollo familiar pueden ser el desarrollo de la intimidad de la pareja, las lealtades invisibles y las reacciones provocadas por aflicciones no lloradas (Falicov, 1991).

Jay Haley (1973) dirá que cuando en una familia emerge un síntoma, implica que se está produciendo una obstaculización en el traspaso a una etapa superior del ciclo vital. Por lo tanto, el ciclo vital es un gran organizador clínico para los terapeutas sistémicos. Este autor reconoce las siguientes fases del ciclo vital: galanteo, matrimonio, nacimiento de los hijos y dificultades matrimoniales.

Salvador Minuchin (2008) también menciona cuatro etapas del ciclo vital: la formación de la pareja, parejas con hijos pequeños, las familias con hijos de edad escolar y adolescentes y las familias con hijos adultos. Así, el desarrollo de una familia se da en una serie de etapas que, a medida que avanzan, aumentan la complejidad de su estructura. En cada una de esas etapas hay tareas y aptitudes que se deben desarrollar para poder dar el siguiente paso, lo cual requiere de un interjuego entre el equilibrio y la adaptación de los miembros de la familia.

De tal modo, en la formación de la pareja –por ejemplo- hay tareas que son específicas que atender y que se corresponden con construir de a dos las reglas y normas de funcionamiento de la pareja, aprender a negociar, ceder ciertas cosas que antes sólo se hacían o se accedían al estar solteros, regular las relaciones con la familia del otro, con los amigos en común, respetando las relaciones de amistad previas de cada uno, aprender a establecer un territorio nuevo que incluya a ambos miembros de la pareja, estableciendo fronteras claras para sí y para los demás y cuidando el sostén del holón conyugal que se está gestando (Minuchin & Fishman, 2008).

En el caso de las parejas con hijos pequeños, lo que emerge en este segundo estadio del ciclo vital es el nacimiento del primer hijo y, con este acontecimiento, el surgimiento de nuevos holones: parental, madre-hijo, padre-hijo. El holón conyugal tiene aquí la tarea de reconfigurarse para poder atender las demandas del pequeño integrante de la familia, asumir la paternidad y la maternidad; aprender a mantener al niño fuera de las coaliciones intergeneracionales, es decir: no involucrar o depositar en el niño los conflictos no resueltos entre los padres. Se deben generar nuevos límites y fronteras con otros sistemas externos a la familia: abuelos, tíos, etc.; de manera que su interacción con el niño no les reste autoridad a los padres en términos de crianza. Todo lo cual generará cambios en la interacción de los miembros de la pareja, generará nuevas demandas, lealtades y obligaciones que atender. Más aún, en los casos del nacimiento de un segundo hijo, la estructura familiar se regenera en un sistema más complejo que incluye al nuevo holón: el de los hermanos, también llamado holón fraternal (Minuchin & Fishman, 2008).

Las familias con hijos en edad escolar o adolescentes atraviesan el tercer estadio de desarrollo y las tareas evolutivas que tienen se vinculan con los límites y las fronteras que deben

construir para que sus hijos logren crecer con libertad, sin perder el control y la autoridad como padres en esta etapa; así como también preservar los espacios de intimidad del holón conyugal ante las demandas del holón parental. Aparecen en el contexto familiar otros sistemas extrafamiliares que empiezan a competir por la atención y el poder de influencia sobre los hijos, como, por ejemplo: la escuela, el grupo de amigos o los medios de comunicación. Los amigos son, para los adolescentes, el grupo de pertenencia por excelencia, por lo que los padres deberán atender esta realidad que se impone y que es necesaria también para la constitución de la identidad del adolescente, y en la que les propondrá o desafiará respecto de los valores, o indagará sobre aspectos de la historia familiar con intenciones de conocer más acerca de sus orígenes. Todo lo cual, estará en una constante interacción con los valores y normas propuestas por ese grupo de amigos (Minuchin & Fishman, 2008).

Por último, en la familia con hijos adultos se produce lo que se conoce como “nido vacío” (asociada a la depresión que una madre experimenta cuando su ocupación como mamá queda sin efecto por ausencia de su hijo en el hogar), en referencia a ese momento de la etapa evolutiva en la que los hijos adultos ya han configurado su propio estilo de vida, con sus amigos, incluso con un cónyuge y forman su propia familia, partiendo así del seno del hogar. Esto genera que tanto padres como hijos tendrán la tarea principal de generar una nueva forma de relacionarse como adultos. Al mismo tiempo, el holón conyugal (conformado por los padres de esa familia) se vuelve a consolidar. Y sólo se alterará o reconfigurará ante el nacimiento de sus nietos (Minuchin & Fishman, 2008).

3.1.5 Tipos de familia

Existen varias clasificaciones más de familias, como las que siguen a continuación, definidas también por Salvador Minuchin (1974, 2008), psiquiatra argentino, residente en Estados Unidos, y de mayor prestigio en el ámbito de la terapia familiar. Para este autor, la estructura familiar es dinámica, siempre oscila entre la tendencia al equilibrio –o mantenimiento de la homeostasis, que es lo mismo- y el cambio en cuanto a su forma de funcionamiento. Esta danza entre mantener la homeostasis y generar un cambio se da en el marco del ciclo vital en el que la familia se encuentre y de los factores externos que la afecten (Wainstein, 2016). De tal modo, las familias también pueden clasificarse como:

- Familias *de pas de deux*: son aquellas familias compuestas por dos personas. Éstas pueden ser madre e hijo, incluso puede ser una pareja de ancianos, cuyos hijos ya han emigrado

del hogar. Desde un punto de vista psicológico, importa observar, en estos casos, la estrechez de los vínculos, el carácter muchas veces maduro de los menores de edad, por estar precisamente en contacto tan estrecho con una persona adulta, por tener más interacciones con alguien adulto y carecer en la más de las veces del contacto con sus pares. Generalmente, estas estructuras familiares compuestas por dos personas suelen tener una dependencia recíproca, cercenando, en algunos casos, las potencialidades de sus miembros. Algo que un terapeuta familiar debiera poder identificar (Minuchin & Fishman, 2008).

- Familias de tres generaciones: están compuestas por miembros de varias generaciones que viven juntas, son un tipo de familia común en los sectores socioeconómicos bajos de la sociedad. La combinación de integrantes de este tipo de familia es variada (por ejemplo, progenitor, hijo y abuelos) y se torna, en general, complejo poder determinar las funciones de la familia nuclear, debido a que los adultos pueden llegar a vivir como pares y las funciones de crianza o alimento las provea un adulto de la tercera generación (un abuelo) y que sea, además, el encargado de la educación de sus nietos, pese a convivir con el padre de éstos. La organización jerárquica es el aspecto nodal que un terapeuta debiera reconocer en las interacciones de un grupo social con estas características, para poder realizar un posterior trabajo clínico.

- Familias con soporte: son aquellas compuestas por muchos miembros, en general se corresponde con el modelo de las familias que solían tener muchos hijos, a quienes, por lo general, se les asignaban funciones de tipo parental (como, por ejemplo, cuidar a sus hermanos menores) y que si bien representaba en algunos casos la posibilidad de desarrollar funciones ejecutivas, por estar más cerca del mundo de los adultos y de sus padres; en muchos otros podía llevar a los niños parentales –como le llama Minuchin (1974/2008)- a presentar alguna sintomatología propia del estrés que genera tener a cargo responsabilidades que exceden las habilidades o capacidad de respuesta de un niño o un joven que ha sido llevado a desarrollar funciones de crianza, para lo que no está preparado ni le corresponde hacer, de acuerdo a su etapa del ciclo vital.

- Familias acordeón: son aquéllas en las que uno de los adultos que constituye el holón parental, se aleja del grupo por algún motivo, generalmente laboral (por ejemplo: las familias de militares, en donde el adulto que está cumpliendo con alguna función de índole estatal, es trasladado a otra provincia o ciudad y deja a su familia sola) En este tipo de familias, siempre uno de los adultos es el que toma por completo las funciones de crianza, ejecutivas y de guía. Lo cual genera efectos en los niños, despierta sentimientos que pueden llegar a ser expulsivos para el

progenitor periférico. Suele ocurrir que los niños interpreten los roles de sus padres ubicando a cada uno en un polo, como “bueno” y al otro como el “malo”. Y que el trabajo terapéutico con estas familias se realice en el momento en que el adulto periférico, retorna al hogar por un tiempo prolongado.

- Familias cambiantes: son aquellas que tienden a modificar su lugar de residencia, por diversos motivos, estas familias suelen mudarse de un lugar a otro, generando una inestabilidad en sus sistemas de apoyo, tanto familiares como de la comunidad, suelen quedar aisladas por estos continuos movimientos, sus redes sociales están constantemente en construcción y los niños en general suelen manifestar cierta disfuncionalidad al momento de insertarse en el ámbito escolar. La familia se convierte en el único sostén frente a los cambios de contexto, lo cual genera cierta debilidad para interactuar con el sistema extrafamiliar.

- Familias huéspedes: representan a las familias que albergan a menores de edad que han sido asignados por alguna institución social; que alojan al niño por un tiempo. Estos grupos presentan la particularidad de que los padres son muy observados y, a veces, extremadamente acompañados por parte de los asistentes sociales, para que sean buenos padres-huéspedes, y esto suele obstaculizar de alguna manera la relación con los menores. Por otro lado, sucede, en ocasiones, que los padres-huéspedes no logran desapegarse del niño que hospedan momentáneamente, actuando y sintiendo que éste forma parte del sistema familiar nuclear, lo cual genera efectos adversos en términos emocionales al momento de la separación.

- Familias con padrastro o madrastra: los padres o madres adoptivos tienen que enfrentar la falta de integración por parte de los menores de edad, quienes generalmente tienden a dirigir sus demandas a los padres biológicos y, sólo después de algún efecto legal o institucional, como la figura del matrimonio que consolide al holón familiar, reconocen la figura de los padres y madres recién llegados al hogar.

- Familias con un fantasma: son aquellas en las que algún miembro ha fallecido o ha desertado de formar parte de ese grupo, pero, aunque su figura esté ausente, las coaliciones mantenidas con ese sujeto –en la estructura familiar anterior- se mantienen y operan en el interior de la familia generando resultados constantemente. Vale decir: se actúa como si la persona “fantasma” aún estuviera presente. Estas conductas se asocian generalmente a duelos incompletos, en tanto que se percibe como un acto de deslealtad hacer uso de las funciones del sujeto que ya no integra la familia.

- Familias descontroladas: en ellas siempre se puede observar a alguno de sus miembros con síntomas en el área del control. Esto se puede relacionar con problemas en la organización jerárquica de las familias, en inconvenientes para la puesta en práctica de las funciones ejecutivas en el subsistema parental y a la proximidad entre los miembros de la familia. Un ejemplo de esta situación se observa cuando un niño genera en el entorno familiar miedo, irritabilidad y el sistema familiar no encuentra una manera de apaciguarlo y controlar sus impulsos. Existe aquí una fuerte alianza de ese menor de edad con un adulto, porque de otro modo no sería posible que tuviera tal poder sobre las situaciones. Generalmente, los padres de estas familias tienen serios problemas conyugales, la mala comunicación, por no decir, los malos tratos entre ellos, abundan. Esto genera un espacio propicio para que el niño se ubique en una zona de mayor confort para poder operar a su antojo.

- Familias psicossomáticas: son aquellas que funcionan mejor cuando alguno de sus integrantes está enfermo; de esa manera se expresa mejor su insistencia en los cuidados tiernos, vale decir: sobreprotegen. Vistas desde afuera, estas familias se muestran normales, no son conflictivas con los sistemas extrafamiliares, suelen ser buenos vecinos y, puertas adentro, tienen un sistema de lealtades muy fuerte. Son extremadamente rígidas, para mantener la calma, no para confrontar, al tener muy poca capacidad para resolver los conflictos, se preocupan demasiado por mantener la calma y la paz dentro del seno familiar.

3. 2 Familia multiproblemática

Sin embargo, el constructo que atañe al presente trabajo corresponde al de *familias multiproblemáticas* (en adelante FMP). Este término data del año 1950, cuando en el ámbito del trabajo social que se realizaba en los países anglosajones, algunos profesionales e investigadores utilizaron para identificar a las familias que se caracterizaban por pertenecer a una extracción socioeconómica vulnerable, podría decirse, de bajos recursos; dejando de lado los aspectos vinculados con la interacción entre sus miembros (Cancrini, De Gregorio & Nocerino, 1997).

A modo de identificación de los ejes principales que permiten conocer las características de las FMP, se puede decir que, principalmente, se observan en ellas: 1) polisintomatología y crisis recurrentes; 2) desorganización; 3) abandono de las funciones parentales; y 4) aislamiento. No sólo las familias por debajo de la línea de la pobreza o con serias necesidades económicas se podrían encuadrar como FMP, sino también todas las demás que cumplan con estas características (Gómez, Muñoz & Haz, 2007).

Las FMP presentan una incapacidad para administrarse adecuadamente, lo cual genera constantemente una oscilación entre fases de bienestar y fases de crisis en el núcleo familiar. Desde un punto de vista de la estructura del grupo y del tipo de interacciones que mantienen con su entorno, se ha definido también a las FMP como:

1. Familias aisladas: la soledad es propia de las FMP en cuanto a los vínculos o redes que establece con la familia extensa, lo que les resta posibilidad de sostén en los momentos críticos de su ciclo vital; más allá de la clase social a la que pertenezcan (Powell & Monahan, 1969 como se citó en Cancrini et al., 1997).

2. Familias excluidas: refiere a la separación que experimentan estas familias con el contexto parental, institucional y social (Tierney, 1976 como se citó en Cancrini et al., 1997).

3. Familias sub-organizadas: como resultado del déficit en el subsistema parental, estas familias se vuelven disfuncionales en términos estructurales, debido a que los roles de cada uno de sus miembros no se desarrollan adecuadamente (Aponte, 1976; 1981 como se citó en Cancrini et al., 1997).

4. Familias asociales: para referirse al desarrollo de comportamientos desviados, socialmente inaceptables que muestran estas familias (Voiland, 1962 como se citó en Cancrini et al., 1997).

5. Familias desorganizadas: es la más compleja de las distinciones para este tipo de familias, y refiere a la relación que se da entre la estructura familiar, la disfuncionalidad de las relaciones interpersonales y las modalidades comunicativas (Minuchin, 1967). En este sentido, se observa que el intercambio de información entre los integrantes de la familia es muy escaso, y las experiencias que de ellos se deriva –tanto cognitiva como emocionalmente- están indiferenciadas. La comunicación paraverbal prevalece sobre cualquier otro tipo de comunicación, se privilegian más los aspectos relacionales de la comunicación, más que el contenido de los mensajes, por lo tanto, se genera un caos comunicacional que afecta precisamente a la relación entre los miembros de esa familia tanto como a la estructura de la familia, en tanto sistema (Malagoli Togliatti, 1985 como se citó en Cancrini et al., 1997).

Las FMP cuentan con problemas para el desarrollo de roles (especialmente los parentales (más adelante se podrá observar la dificultad que las madres y los padres de estas familias tienen para asumir roles de liderazgo), poca delimitación de los subsistemas (lo que implica poca claridad en los límites generacionales), inestabilidad psicosocial en los integrantes de la familia y en cada uno de sus subsistemas debido a la deficiente e inconstante organización estructural de la

familia y, además, la presencia o denuncia de problemas en varios miembros de la familia, lo cual ha llevado a muchos investigadores a denominarlas “multiproblemáticas”.

3.2.1 Contextos y genogramas

Como parte de su constante desorganización, las FMP tienen como aspecto sobresaliente la presentación de genogramas complejos y hasta ininteligibles (Goldrick & Gerson, 2006); mostrando muchas veces rupturas y reconfiguraciones en sus vínculos a un ritmo casi vertiginoso. Estas circunstancias hacen que emerjan conductas propias de la confusión de roles y delimitación de subsistemas (Cancrini et al., 1997), por lo que las fronteras de las FMP son poco claras y favorecen la repetición de patrones de conducta disfuncionales, de una generación a la otra (Hurst, Sawatsky & Pare, 1996).

Es común que en las FMP más de un miembro de la familia se encuentre en situación de riesgo y que dos o más generaciones necesiten asistencia. Esto es lo que algunos autores llaman polisintomatología. La polisintomatología y las crisis recurrentes son características propias de las FMP (Gómez, Muños & Haz, 2007), lo que las convierte en lo que Sharlin y Shamai (1995) señalan como un patrón de "familias en extremo distrés" o familias multi-estresadas. Las parejas sufren un alto riesgo de conflicto y ruptura; los progenitores se muestran agobiados y algunos integrantes de la familia pueden contraer enfermedades o tener problemas emocionales graves, iniciarse en el abuso de sustancias o en la violencia. A la luz de estas características, podría pensarse en las FMP como familias gravemente disfuncionales, atribución que estaría sostenida por los problemas endémicos o estructurales que las aquejan, aunque es una visión limitante de la familia en sí misma. Es por este motivo que, en general, se las suele denominar “familias de necesidades múltiples” o “familias multiproblemáticas” (Kaplan & Girard, 1994), porque el foco está puesto en las condiciones precarias de su desarrollo y en las demandas de asistencia para resolver los problemas.

Es a partir de las predicciones tentativas que los terapeutas realizan de los genogramas familiares, que se pueden identificar las interacciones y las relaciones familiares recíprocas, complejas y reiterativas que se dan en las FMP (Mc Goldrick & Guerson, 1985).

Por otro lado, la presencia de sintomatología, o comportamientos sintomáticos como llaman algunos investigadores, se observan especialmente en los primeros cambios de fase del ciclo vital de la familia; es decir: a instancias de la formación de una pareja, el nacimiento o desarrollo de los hijos, por ejemplo. El hecho de “hacer síntoma” resulta funcional para bloquear

el paso a la siguiente fase, recuérdese que las FMP son carentes de los recursos para afrontar los cambios que van aconteciendo naturalmente. Ahora bien, como estos síntomas no logran que el sistema familiar se mantenga estable y equilibrado, lo que se produce es mayor disgregación del número familiar, observándose un mal funcionamiento en la familia para hacerse cargo satisfactoriamente de tareas organizativas vinculadas con el apoyo económico, la instrucción, el crecimiento y cuidado de los hijos, así como la protección de los integrantes más vulnerables de la familia y serias falencias en términos de la expresión de las emociones; presentándose problemas para gestionar las tensiones, nutrir emocionalmente a los niños, falta de compromiso respecto de la intimidad y estabilidad afectiva de los miembros del sistema (Gómez, Muñoz & Haz, 2007). Generalmente, ante esta situación ocurre que la FMP buscan fuera del núcleo familiar a alguna persona que pueda responsabilizarse por esas tareas mal hechas, y su participación hace que disminuya la competencia entre los miembros del sistema familiar.

Muchos padres de este tipo de familias –acorde con sus necesidades socioeconómicas extremas, se ven obligados a tener que salir a trabajar- dejan sus hijos al cuidado de terceros (amigos, vecinos, otros familiares), por lo que las funciones parentales básicas: la nutricional, la socializadora y la educativa, se delegan en otros, debilitando su función y el su rol parental (Barudy & Dantagnan, 2005). Esto se refleja, luego, en el tipo de adaptación social que mostrarán los niños, la inserción en los distintos ámbitos sociales les resultará más difícil que a otros, precisamente por no haber podido internalizar pautas y valores culturales comunes al resto de las personas. Algunos autores señalan que una función nutricional debilitada, especialmente de tipo emocional, impide el desarrollo de un apego seguro y lleva consigo el riesgo de aumentar la probabilidad de padecer diversos trastornos biopsicosociales (Glaser, 2002).

Es por alguna de estas razones que las familias muy vulnerables se han clasificado generalmente en relación con sus carencias y así es que se las ha denominado como “familias gravemente disfuncionales”, apelando a cierto aspecto heredado e inmutable del núcleo familiar, casi imposible de tratar clínicamente (Walsh, 2012).

Estas familias, frecuentemente son asoladas con crisis permanentes o persistentes situaciones de estrés que van alterando su normal funcionamiento. Los entornos hostiles en donde suelen vivir, generan en los adultos (madres y padres) de estas familias, serios inconvenientes para establecer normas claras y coherentes con su forma de ver el mundo, ya que la presión externa que reciben muchas veces se les impone, los sobrecarga y desestabiliza, traspasando los límites y fronteras del sistema familiar. Esto provoca rupturas, conflictos y situaciones críticas al

interior de la familia que, con el tiempo, se convierten en “la única regla”, el caos; este aprendizaje del no-límite, falta de autoridad, etcétera, se va constituyendo en un problema estructural, transgeneracional; típico de las FMP (Walsh, 2012).

Como rasgo distintivo de las FMP, se destaca el aislamiento. Aislamiento entendido como distancia física o emocional de la familia extensa y de la red de apoyo social e institucional, lo que las convierte en sistemas carentes de soportes o andamiajes frente a una crisis. Por este motivo, se las ha denominado también como “familias aisladas” (Powell & Monahan, 1969 citado en Cancrini et al., 1997) o “familias excluidas” (Thiorny, 1976 citado en Cancrini et al., 1997).

A las FMP se las suele llamar “familias gravemente disfuncionales”. Se cree que son un emblema de la posmodernidad, porque son menos productivas y su relación con el consumo suele ser ambigua: en una casa pueden faltar productos de primera necesidad, aunque es muy probable encontrar en ellas electrodomésticos muy modernos. No obstante, aquello que más consumen las FMP son los servicios sociales y los servicios de salud mental entre ellos.

3.2.2 Modelo ecológico del desarrollo humano

Es inevitable tener una mirada socioecológica de los contextos en los que se insertan las FMP para comprender la vulnerabilidad y las limitaciones de recursos que presentan, impidiéndoles un normal desarrollo. El aporte de Bronfenbrenner (1987) respecto del desarrollo humano que es siempre ecológico, en tanto y en cuanto se produce en contexto; donde el sujeto está en permanente intercambio con la complejidad de su medio ambiente. Este modelo da cuenta de la interdependencia de un individuo con su medioambiente, y se funda en un desarrollo evolutivo adaptativo de la persona, en el marco de un proceso. Así, la adaptación a los diferentes entornos, que son las relaciones que se establecen entre unos y otros, se denominan transiciones ecológicas y representan cambios de roles o de entorno que hace la persona, lo cual conlleva ciertas expectativas de la conducta vinculadas con esa nueva posición en la sociedad. Por ejemplo, convertirse en madre o en padre, casarse u obtener un título de doctorado indefectiblemente hará que la persona se comporte de una manera diferente, que piense y sienta distinto en relación a su estado anterior (soltero, sin hijos o sin honores académicos). Ese cambio en su manera de ser en el mundo afectará también a su entorno.

Los roles tienen cierta magia, cierto poder respecto de cómo se trata a las personas cuando modifican su estatus en el sistema social. Los individuos, las familias, los diferentes grupos, el

ambiente físico y social se influyen mutuamente y esas interacciones se pueden comprender en el contexto propio en el que se producen, y no en otra parte. Para graficar esos diferentes entornos que afectan al sujeto, Bronfenbrenner (1987) postula cuatro niveles, a saber:

El primer nivel, el más interno de ese ambiente, se conoce como *microsistema* o ambiente más interno que habita la persona en desarrollo. Se define como un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que una persona experimenta en un entorno específico, con características físicas y materiales particulares. Piénsese en la familia, en la relación madre-hijo o padre-hijo, el grupo de pares en la escuela o en el barrio, etc. El segundo nivel, denominado *mesosistema* es el que involucra a las interrelaciones de dos o más entornos, como puede ser el hogar y la escuela, el grupo de pares en el barrio, etc. El tercer nivel, llamado *exosistema*, es ese entorno que no incluye a la persona en desarrollo como un participante activo. Si bien no participa de forma activa, lo que allí suceda lo afectará profundamente en su desarrollo, por ejemplo: el ámbito laboral –podría ser el de sus padres, por ejemplo: lo que ocurra en esos dominios del trabajo impactará necesariamente en los adultos que están a su cuidado, ya sea económicamente como psicológica o emocionalmente, piénsese en las situaciones de estrés a las que habitualmente está expuesto un trabajador y que repercute en su estado de ánimo y en su estado físico, generando un desgaste mental que luego se puede reflejar en cansancio y apatía al llegar a casa; lo que en términos de interacción podría suponer falta de ganas para jugar o compartir algún momento positivo con los hijos-. El cuarto nivel, se ha denominado *macrosistema* para referirse a la cultura y la subcultura a la que la persona pertenece, y que también corresponden al sistema de creencias o de ideología que sustenta la forma y contenido de tales estructuras.

Lo relevante será, en definitiva, lo que el sujeto perciba, desee, tema, piense y a los conocimientos que adquiriera y cómo toda esa construcción que va haciendo de sí mismo se va alterando conforme va interactuando con otros entornos; es por ello que, para este autor, el desarrollo es una concepción cambiante; tanto como la capacidad que tiene una persona para descubrir, mantener o modificar sus propiedades. Bronfenbrenner (1987) tomó de Kurt Lewin los conceptos de interconexión e isomorfismo, y de Jean Piaget la idea de construcción de la realidad en virtud de la relación del sujeto con el ambiente, si bien no hablará de esquemas o estructuras del conocimiento, sí reconocerá que desde pequeño, el ser humano adapta su imaginación a las limitaciones de la realidad objetiva, hasta es capaz de reformar su ambiente hasta alcanzar sus aspiraciones, sobre la base de sus capacidades, sus necesidades y deseos. Esto, señala, desde una

perspectiva ecológica, es la máxima expresión del desarrollo. El autor define la ecología del desarrollo humano como el estudio científico de esa progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo y su entorno, en permanente transformación.

Otros autores denominaron a ese ambiente ecológico como red social significativa o red social personal (Sluzki, 1998), que desde un enfoque sistémico y de las fronteras de un individuo (Bateson, 1998), da cuenta de que una persona interactúa con mucho más que su familia o familia extensa, sino que establece una interacción compleja de vínculos con amigos, con su entorno laboral o académico, con su participación en el ámbito de la comunidad o del barrio que habita y de las prácticas sociales que trascienden su territorio. Es así, que estos factores que impactan en el desarrollo de una persona no pueden soslayarse al hablar de integración psicosocial, del bienestar en una familia, de promover y estimular las potenciales de un sujeto para que adquiera o sostenga habilidades tendientes a fortalecerlo para adaptarse al ambiente y realizar con éxito las transiciones evolutivas. Estas transiciones evolutivas son procesos de acomodación al entorno por excelencia.

Dependerá de la naturaleza de las interconexiones sociales entre los distintos entornos, como patrones generalizados o complejo de sistemas seriados e interconectados (participación conjunta, la comunicación, la existencia de información en uno y respecto del otro) lo que determinará la capacidad de un entorno para convertirse en un verdadero contexto de desarrollo.

3.3 Terapia familiar

La formación de los profesionales psicólogos está orientada, en general, al individuo, se los capacita para comprender patologías, estilos de personalidad, tratamientos y desarrollo de habilidades para tratar con un paciente; pero muy poco se entrena para responder a las demandas de un sujeto en un contexto sociohistórico y familiar (Minuchin, Carlopinto & Minuchin, 2009).

Como se expuso anteriormente, un modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987) supone observar a una familia desde un enfoque ambiental, donde el desarrollo de cada uno de los miembros que la integran estará influenciado por diferentes contextos, por lo que no es sólo la carga genética que un sujeto pueda tener lo que determine su forma de ser y hacer, sino el tipo de interacciones en las que esté sumergido, dado su entorno. De aquí la importancia que reviste tener en cuenta la idiosincrasia del paciente, y trabajar para promover el cambio entendiendo y empezando a formar parte de ese sistema consultante. Particularmente, en las FMP ello se reflejará en el respeto a su autonomía, donde el terapeuta deberá trabajar para conferir poder a esa

familia que antes ocupaba un rol pasivo, demandando soluciones al Estado, a los centros asistenciales o a los mismos psicólogos. Las intervenciones debieran enfocarse en los aspectos resilientes y más saludables de la familia, antes que en señalar los aspectos patológicos de sus interacciones. El cambio se logra cuando la familia es capaz de satisfacer sus propias necesidades y desarrollar recursos de afrontamiento en situaciones de crisis (Kaplan, 1986). Por este motivo, es importante el trabajo con el fortalecimiento y expansión de las redes sociales de la FMP, lo que puede impactar fuertemente en la reducción de sintomatología de la familia. Entre otras cosas, se buscará: aumentar las habilidades de crianza de los progenitores o adultos responsables de las FMP, mejorar las relaciones familiares, involucrar en el tratamiento a personas (amigos, familiares directos, etc.) que no participan en la interacción diaria de los miembros de la FMP y que no se encuentra afectado por la sintomatología, fomentar el contacto con las redes comunitarias de las que se aisló la familia o a las que nunca tuvo acceso: clubes, instituciones educativas, centros asistenciales de salud, entre otros (Henggeler, 1999).

3.3.1 El modelo estructural

La terapia estructural de familia estudia al hombre en su contexto social y concibe a la mente tanto extracerebral como intracerebral; es decir, sugiere que la patología, el síntoma o el problema que el paciente denuncie puede estar localizado tanto en el interior del paciente, como en el ambiente o en la interrelación entre ambos (Minuchin, 2008).

Esta terapia se basa en tres axiomas, el primero establece que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, dado que la persona influye en su entorno y es afectado por éste al mismo tiempo en secuencias repetidas de interacción. El segundo axioma dice que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y en los procesos psíquicos de los miembros que la integran. Y, por último, el tercer axioma establece que cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en el contexto, formando de tal modo un nuevo sistema que afecta la conducta de todos los involucrados (Minuchin, 2008 & Bateson, 1998).

Con esta idea de ver al hombre envuelto en sus circunstancias, esta terapia no ignora el pasado del paciente, sino que lo integra a sus circunstancias actuales, buscando modificar el presente del paciente y su sistema familiar. Por eso se dice que la terapia estructural es una terapia de acción. El terapeuta trabajará para modificar la posición de los integrantes del sistema familiar, con el propósito de cambiar sus experiencias subjetivas (Minuchin, 2008).

3.3.2 Terapia Familiar Multisistémica (MST)

La Terapia Multisistémica o Multisystemic Therapy (MST) diseñada por Scott Henggeler (1999) es un modelo de tratamiento de orientación familiar basado en el modelo socioecológico de la conducta. Este modelo socioecológico ha demostrado que, los casos de serios problemas clínicos, como por ejemplo: las conductas delictivas o el abuso de drogas en una familia; están multideterminados o son el resultado de la influencia de la interacción de las aptitudes y las variables cognitivas de los jóvenes en riesgo en una familia, de las relaciones que una familia pueda tener, las interacciones con los pares, las variables escolares, las redes de soporte familiar y el contexto que se presenta en el barrio o lugar de residencia de la familia (Cunningham & Henggeler, 1999).

Este enfoque socioecológico, similar al planteado en 1987 por Bronfenbrenner, se corresponde con las diferentes estructuras que se ensamblan unas con otras, y que serán el andamiaje por donde circulará el desarrollo de una persona.

La MST es un tratamiento intensivo en el ámbito familiar y comunitario, que tiene una trayectoria mayor a treinta años (Henggeler, 2012). Originalmente, es un modelo de intervención clínica y de atención en el hogar que busca promover la fidelidad al tratamiento y hace que los terapeutas aborden factores de riesgo a nivel individual, familiar, de pares y de la comunidad.

Los principios del tratamiento de la MST son nueve y sirven de estructura para que los terapeutas puedan adaptarlos a cada caso en particular. Ellos son: 1) Encontrar el “ajuste”: busca comprender el sentido que el problema identificado tiene en el contexto en el que se desarrolla; 2) Enfoque positivo y centrado en las fortalezas: el trabajo clínico prioriza las fortalezas sistémicas y los aspectos positivos para producir un cambio; 3) Incrementar la responsabilidad: las intervenciones buscan promover las conductas responsables de los integrantes de la familia; 4) Intervenciones centradas en el presente, orientadas a la acción y bien definidos; 5) Identificar secuencias: de las conductas desviantes y de los contextos en los que se producen; 6) Intervenciones evolutivamente adecuadas: se focaliza siempre en las necesidades de desarrollo de los jóvenes; 7) Esfuerzo continuado: se requiere del compromiso de la familia, semana a semana para cumplir con ciertos objetivos terapéuticos; 8) Evaluación y responsabilidad y 9) Generalización: se promueve la generalización del tratamiento y el mantenimiento del cambio terapéutico a largo plazo; potenciando ciertas habilidades en los adultos cuidadores.

En definitiva, la MST apunta a desvincular a los jóvenes de los pares desviantes, asumiendo que el tendido de redes sociales más positivas, con pares prosociales desarrollará

conductas prosociales en general, generando mejoras significativas en el ámbito educativo, y propendiendo al desarrollo de motivación vocacional en los jóvenes. Asimismo, atiende el fortalecimiento del rol de los padres, con el fin de que puedan desarrollar y sostener las funciones de crianza que les son propias.

Este enfoque terapéutico ha demostrado que su puesta en acción logra una mejora del funcionamiento familiar y disminuye la tasa de conducta antisocial, a largo plazo, generando beneficios no sólo para el núcleo familiar, sino también para otros sistemas con los que este grupo interactúa (vecinos, colegio, sociedad en general, etc.). Como señalan Henggeler y Schoenwald (1998), es imposible avanzar en el tratamiento de una familia sin el compromiso y la activa participación de sus integrantes en todo el proceso, ya sea desde la definición del problema, los objetivos de la terapia familiar, y la implementación de las intervenciones para llegar a las metas mínimas. Una intervención excelente no surtiría el efecto deseado por el terapeuta si no existiera una sólida alianza terapéutica con el paciente; en este caso: con el sistema consultante: el grupo familiar.

3.3.3 El terapeuta como agente de cambio

El terapeuta se transforma en un agente de cambio para un sistema familiar cuando logra reparar o modificar el funcionamiento de la estructura familiar, no se espera que eduque a la familia, sino que al conocer su idiosincrasia y al poder identificar los sistemas de apoyo, regulación y socialización, entre otros, pueda contribuir a reparar aquello que no está operando de la manera más saludable para ese grupo específico de personas (Minuchin, 2008)

Los terapeutas logran credibilidad para el paciente cuando son capaces de interrelacionar varios aspectos de su hacer profesional, la MST refiere especialmente a tres cuestiones: saber conceptualizar correctamente el problema planteado por la familia, contribuir en el diseño de las soluciones del problema y hacer que se cumplan los objetivos planteados en la terapia familiar (Henggeler, 2009).

Asimismo, es responsabilidad del terapeuta mantener una mentalidad científica, lo cual implica que cada una de sus intervenciones, sus observaciones debieran tener un sostén teórico, eso que sucede frente a sus ojos tiene un correlato en lo científico y epistemológico, no se trata de algo intuitivo, sino de elaborar hipótesis y contrastarlas en relación a lo que vaya sucediendo. De esta manera, se evita caer en prejuicios y sesgos etnocéntricos que sólo enturbiarían la mirada y las intervenciones en el consultorio (Cunningham & Henggeler, 1999).

Identificar las barreras que pudieran obstaculizar el buen desenvolvimiento del tratamiento terapéutico familiar es otra tarea del terapeuta, por ello deberá observar a los adultos que debieran asumir las funciones de cuidado, cuáles son las características, qué atributos personales presentan. Cuáles son las influencias familiares y sociales para que esas funciones se puedan desarrollar correctamente (Henggeler, 1999).

En este contexto, un terapeuta que trabaje desde una perspectiva sistémica considerará a la familia como sistema consultante, entendiendo que la consulta en sí misma es un sistema –como se señalara al comienzo-, compuesto por el consultor (o profesional psicólogo) y el consultante, o la familia (Wainstein, 2006). Habiendo identificado los problemas o síntomas que presenta el/los paciente/s, considerados éstos como modalidades comunicativas entre individuos en un determinado contexto social; y reconociendo la jerarquía disfuncional de los sistemas patológicos, las intervenciones que realice el psicólogo estarán basadas, en prescripciones de comportamiento y estarán orientadas a interrumpir o alterar el ciclo de perpetuación del problema (Nardone & Watzlawick, 2007). Así, adoptando lo que se denomina una *one-down position*, estará en condiciones de lograr pequeños cambios acompañados de grandes efectos en el sistema consultante (Haley, 2012).

3.4. Generación del cambio

Para que el cambio se produzca, para que el síntoma desaparezca o la estructura familiar se reconfigure hacia un nuevo patrón de interacción positivo, el rol del terapeuta es vital. La inclusión del terapeuta como “intruso activo” genera *per sé* un cambio en el sistema familiar (Hoffman, 2010), la capacidad de maniobra en el marco del consultorio opera como un factor que comienza a reestructurar el sistema de relación de la familia, haciendo que se modifique ese entorno que sostendría al síntoma denunciado.

Si bien el éxito de un tratamiento corresponde, como se verá, a la motivación y compromiso puesto en acción por parte de la familia consultante, no es menos cierto que trabajar con el máximo dominio de la situación dentro del consultorio es importante para poder suscitar el cambio. Esto implica que el terapeuta tendrá que observar cuál es la mejor manera de lograr que todos los integrantes de la familia que tienen algún grado de participación en el sostenimiento del síntoma del paciente identificado, estén presentes en la sesión. Trabajar con varias generaciones al mismo tiempo, acelera la producción del cambio. Esto obliga al profesional psicólogo a mantener cierta distancia debido a que hay aspectos de su accionar en los que tendrá que estar

muy atento para no ser devorado por el proceso emocional de la familia. Esto es lo que se denomina mantener metaposiciones o metaactitudes, mantener una distancia emocional conveniente para tener una buena perspectiva de la situación planteada por la familia y sostener la influencia terapéutica (Bergman, 1986).

Trabajar en el *self* del terapeuta es una tarea propia del psicólogo que contribuye a evitar sesgos en las intervenciones, a mantener la capacidad de maniobra durante la sesión, al mismo tiempo que tener un mayor control de sus propias ansiedades y de no perder su capacidad de generar una influencia clínica en el paciente. Y poco a poco, lograr que éste pueda hacerse cargo de los desafíos que le propone su presente, las circunstancias que está atravesando, avanzando gradualmente hacia un cambio que pueda sostener en el tiempo por sí sólo (Rosen, 2013).

3.4.1 Nociones acerca de la adherencia al tratamiento

Existen algunos indicadores que dan cuenta del compromiso que una FMP tiene durante un proceso de terapia familiar, entre ellos se destacan: a) alto nivel de asistencia a las sesiones, b) la realización de las tareas que se les proponen –orientadas al cumplimiento de los objetivos de la terapia-, c) compromiso emocional asumido durante las sesiones (un punto significativo en tanto se puede evaluar el nivel de motivación intrínseca de la familia en resolver sus problemas cuando se muestran enérgicos o afectivos durante la participación en las sesiones, aunque los terapeutas experimentados en el trato con estos pacientes asumen que no necesariamente la extroversión de los integrantes de la familia sean signos de compromiso, porque algunas familias tienen un perfil bajo respecto de sus interacciones, y están igualmente motivadas en el tratamiento) y d) se evidencian progresos entre una sesión y otra, en relación con los objetivos planteados (Cunningham & Henggeler, 1999).

Del mismo modo, la estimación de los problemas en el proceso de terapia familiar, o las faltas de compromiso se evidencian en ciertas conductas que la familia manifiesta: a) inconvenientes para consensuar días y horarios para las sesiones, b) inasistencia a las sesiones, c) falta de seguimiento de las indicaciones durante las intervenciones (que puede darse porque alguno de los integrantes de la familia esté en desacuerdo con el lineamiento de la terapia o no lo entienda y ofrezca resistencia para su consecución), d) los objetivos planteados por la familia carecen de sustento o son poco significativos, e) se lleva un progreso del tratamiento en forma desigual y f) los miembros de la familia mienten u omiten decir ciertas cosas sobre temas importantes vinculados con el motivo de su consulta (esto se suele chequear con algún familiar

externo a la familia nuclear, quien puede revelar información contraria a la que proporciona la familia en el consultorio) (Cunningham & Henggeler, 1999).

La adherencia al tratamiento de cualquier paciente, especialmente en el caso de las FMP, implica que pueda lograrse una sólida alianza terapéutica, ese vínculo necesario para que el paciente confíe y sienta que es escuchado y comprendido por el profesional (Henggeler, 2012).

Esto se puede lograr con una conducta por parte del terapeuta que ofrezca al paciente ciertos indicadores de confianza en su proceso, como por ejemplo establecer una normalización de los problemas planteados por la familia, reducción de la ansiedad o la culpa, incentivo de la motivación y estimular las habilidades o potencialidades de los pacientes, lo cual contribuirá a una relación basada en la confianza y la comprensión (Henggeler, 1999).

Por último, dadas las características descritas de las FMP, y porque no es parte de su idiosincrasia el reconocimiento de los logros y el señalamiento de los aspectos positivos de su desarrollo, será importante atender la adherencia al tratamiento. Ésta suele verse afectada cuando los pacientes de FMP no mantienen la asistencia a las sesiones, cuando falsean u omiten datos importantes de su historia al terapeuta, cuando no logran organizarse y llevar una agenda de actividades o simplemente no comprenden cómo seguir las pautas de una intervención (Cunningham & Henggeler, 1999).

3.4.2 Fortalecimiento de la familia

Si se considera a la comunicación como un factor determinante en la conducta de las personas, baste con recordar los axiomas de la comunicación de Watzlawick (1967), el intercambio de información que promueve, para la resolución de problemas, cumplirá con dos funciones elementales: 1) un aspecto de contenido, relacionado con la transmisión de información fáctica, opiniones y sentimientos y 2) un aspecto relacional, que define un tipo de relación.

Algunos estudios han demostrado que la claridad en la comunicación es primordial para un funcionamiento eficaz de la familia. En ese sentido, promover un proceso de comunicación que estimule la claridad de los mensajes (sean éstos palabras o conductas), la clarificación de la información ambigua; una expresión emocional sincera (que permita compartir una gama amplia de sentimientos con los pares), fomentar la tolerancia de las diferencias, tener empatía mutua, responsabilizarse por los propios sentimientos y conductas, evitando acusaciones e interactuar placenteramente, haciendo uso del humor si fuera posible, contribuye a la construcción de un entorno positivo de interacción familiar (Henggeler, 2012).

Del mismo modo, resolver en forma cooperativa los problemas, pudiendo elaborar alternativas de solución creativas y, en conjunto, tomar decisiones compartidas, aprender a negociar, bregar por la equidad y reciprocidad; así como tomar lo bueno de las situaciones exitosas y aprender de esas en las que sólo hubo fracaso son algunas de las conductas que optimizan el funcionamiento de una familia. Estos cambios actitudinales formarán parte del trabajo terapéutico, que debiera tender a promover una postura proactiva por parte del paciente, con el afán de que los miembros de la familia puedan anticipar situaciones, prevenir problemas y saber cómo enfrentar las crisis que se les planteen (Walsh, 2012).

Para estimular e involucrar a los pacientes de las FMP se requiere de la habilidad del terapeuta para gestionar esa motivación intrínseca que manifiestan al llegar a la consulta, en una actitud proactiva a favor de la permanencia en el tratamiento. De tal modo, se respetará a la FMP en su singularidad, hablando su mismo lenguaje y logrando transformar los obstáculos en oportunidades de progreso con el propósito de generar altas tasas de asistencia, el cumplimiento de las tareas, la activación emocional durante las sesiones y la medición de los avances en los objetivos mínimos planteados (Henggeler, 1999).

4. Método

Tipo de estudio

Profesional. Estudio de caso.

Participantes

Grupo familiar integrado por siete miembros. Dos adultos y cinco menores de edad. Residentes en la localidad del conurbano bonaerense de José C. Paz. Asistentes a la consulta psicológica en un Centro Psicológico de la provincia de Buenos Aires; con motivo de una derivación escolar realizada al hijo varón de 11 años; quien - al momento de la consulta - manifestaba conductas de dispersión y falta de adaptación en la escuela. El trabajo con esta familia permitió observar la polisintomatología de sus integrantes, entre ellos un adolescente, hijo mayor, con problemas de adicción a las drogas.

La familia inició en 2015 un tratamiento que duró cuatro meses, en un total de 16 encuentros de 45 minutos cada uno. Empezando por el trabajo con el menor aludido como paciente identificado; y siguiendo luego por otros miembros del grupo. Se trata de una familia con dos adultos, la mujer de 38 años y madre de 5 hijos (uno de 18 años y el paciente identificado de 11 años), fruto de una primera relación con un sujeto de quien no sabe nada ni mantiene contacto. Tampoco sus hijos. Además, tiene dos hijas de 10 y 8 años, respectivamente, cuyo padre es su actual pareja, un hombre de 43 años, chofer de colectivo, que vive con ella. La mujer adulta tiene una quinta hija, una niña de 3 años, hija extramatrimonial, concebida en un momento de distanciamiento de su actual pareja. La menor lleva el apellido de la actual pareja, pese a que no es su padre biológico. Todos conviven en la misma vivienda.

Se trabajó con la opinión de los dos terapeutas que atendieron a esta familia para conocer específicamente cómo se construyó el motivo de consulta y qué tipo de intervenciones se aplicaron y para qué. Ambos psicólogos del sexo masculino, de entre 35 y 40 años. El primero con diez años en la institución donde se realizó esta Práctica Profesional V, y el segundo perteneciente exclusivamente al Centro Psicológico donde se atendió la familia. Ambos profesionales trabajan en la temática de FMP desde hace cinco años; y se especializaron en el enfoque sistémico casi desde sus inicios en el ejercicio profesional. Además, se tomó en consideración la opinión experta de un doctor en psicología, de 50 años, residente en Carolina del Norte, Estados Unidos, mentor de la Multisystemic Therapy (MST) y especialista en FMP desde

1992. Del mismo modo, se consultó a un terapeuta sistémico, hombre de 35 años, que no trabajó con la FMP protagonista de este TFI, aunque tiene experiencia con este tipo de pacientes y además investiga sobre el tema. Brindó su visión respecto del trabajo clínico que en general se desarrolla con estos pacientes.

Instrumentos:

Historia clínica de la familia: En el acceso a este material clínico, se buscó conocer principalmente el genograma de la familia, acceder a las principales quejas manifestadas en las entrevistas y relevar los aspectos más significativos que los terapeutas hayan destacado.

Video de la entrevista de admisión de la familia: A partir de su observación, el interés estuvo focalizado en detectar el estilo interaccional de sus miembros, tanto desde el aspecto verbal como del no verbal, para ampliar así la información relativa a la estrechez o no de los vínculos; evaluar y lograr identificar las alianzas o coaliciones en el grupo.

Entrevistas semi-estructuradas a tres terapeutas: Se entrevistó a los dos terapeutas intervinientes en el tratamiento de la FMP objeto de estudio de este plan. Se indagó a los profesionales psicólogos que atendieron a la familia para conocer qué tipo de intervenciones realizaron, cuáles fueron los ejes u objetivos del tratamiento y los resultados alcanzados. Las entrevistas tuvieron una duración estimada de 60 minutos por cada profesional.

El tercer terapeuta entrevistado fue un profesional psicólogo que trabaja en la institución donde se realizó esta práctica profesional V, pero que tiene experiencia con FMP en otro centro de atención psicológica sistémica e investiga sobre esta temática en el ámbito académico. El objetivo de esta entrevista semi-estructurada fue conocer su visión respecto del abordaje que se realiza con este tipo de pacientes, las características principales que puede reconocer en ellos, en qué cree que una intervención sistémica puede contribuir para favorecer el cambio en estas familias y todo lo novedoso que pueda aportar en materia clínica respecto de esta temática. Asimismo, y como aporte extraordinario, se sumó la opinión experta desde el exterior, de un psicólogo norteamericano que ha diseñado el modelo MST Studies (*Multisystemic Therapy*), con el fin de enriquecer el aporte clínico de este trabajo. Interesó aquí indagar sobre las razones que lo llevaron a desarrollar el MST, por qué evaluó que esa herramienta es útil para trabajar con FMP, qué aptitudes o habilidades considera que debiera tener un terapeuta que esté interesado en el trabajo con FMP y qué es lo que más lo motiva del trabajo con estos pacientes.

Procedimiento:

Para recavar todos los datos *supra* mencionados, se gestionó una visita al Centro Psicológico donde se atendió la familia aquí presentada durante el mes de junio, con el fin de acceder a su historia clínica y al video de su entrevista de admisión. En dos jornadas, se realizaron las entrevistas semi-estructuradas a los dos terapeutas que atendieron a estos pacientes, en encuentros de 45 minutos cada uno.

La entrevista al profesional psicólogo que trabaja e investiga sobre la modalidad de abordaje en FMP se realizó en forma personal. Para el caso del referente de Estados Unidos, la entrevista se realizó por correo electrónico. Esta consulta se realizó debido a la importancia que, en general, se le otorga a la generación de conocimiento proveniente de ese país en materia de aplicación clínica en Argentina.

5. Desarrollo

A continuación, se analizarán los datos más relevantes del caso clínico de la familia multiproblemática que, a los fines de este trabajo, será citada como la Familia P. Se resguardará la identidad de todos los miembros de esta familia, por lo que se apelará a “hijo” e “hija” según sea el caso; se hablará de la Sra. M para referirse a la madre y al Sr. P para referirse al padre. Cabe destacar que la autora de este trabajo nunca ha tomado contacto directo con esta familia, y sólo accedió a la información que sigue por intermedio de los terapeutas que asistieron a estas personas.

5.1 Describir los objetivos del abordaje en pacientes miembros de familias multiproblemáticas, desde una perspectiva sistémica.

Un modelo de abordaje sistémico en el trabajo con familias, supone un análisis de la composición familiar para comprender el contexto en el cual se ubica el paciente identificado, vale decir: el sujeto portador del “síntoma”. Si bien un individuo es la unidad mínima de un sistema familiar, representa, al mismo tiempo, una parte del conjunto. La psicología sistémica considera que toda persona colabora en la formación de las pautas familiares y, en simultáneo, se cree que la personalidad y la conducta son el resultado de lo que una familia espera y deja que suceda. Por este motivo, la tarea principal será poder indagar cuál es la función que ese “síntoma” viene a cumplir en un contexto sociohistórico determinado de una familia (Minuchin, Carlopinto & Minuchin, 2009). En el caso de la Familia P, la lectura de la historia clínica permitió conocer detalles de su composición como grupo familiar.

La Familia P llegó a la consulta en mayo de 2015, derivados por recomendación de las autoridades de la escuela primaria a la que asiste su hijo de 11 años. Este hecho, se convirtió en un primer indicador clínico para el terapeuta, en términos de que la motivación de iniciar un tratamiento no fue intrínseca; lo cual ameritó observación para asegurarse la posterior adherencia al tratamiento. A la entrevista de admisión asistieron únicamente la Sra. M y el Sr. P. Ella es ama de casa, trabaja por largas horas en casas de familia como personal doméstico y él es un chofer de colectivo que tiene una carga horaria 8 horas diarias, en horarios rotativos. Llegan al centro psicológico porque era el correspondiente a la obra social del gremio de los choferes. La Sra. M tiene 5 hijos en total, dos de ellos (las hijas de 10 y 8 años) son hijas biológicas del Sr. P. Los otros tres hijos son dos varones, de 18 y 11 años respectivamente –hijos de una primera pareja de hecho que la Sra. M mantuvo hacía unos años, y llevan el apellido materno ya que su progenitor

nunca los reconoció- y una niña de 3 años, fruto de una relación espontánea que mantuvo durante un período de crisis matrimonial con el Sr. P. Al padre biológico de ésta última hija no volvió a verlo más, por lo que no sabía nada de él al momento de la consulta. No obstante esta situación, la pequeña lleva el apellido del Sr. P. Durante la entrevista, la Sra. M manifestó que este hecho se debe a que el Sr. P quiere mucho a esa niña, aunque no sea legítimamente suya. Los dos hijos varones de la Sra. M no mantuvieron nunca contacto con su padre biológico desde el momento de la separación de la pareja. El mapa de relaciones familiares se completa con la figura de una abuela paterna de los hijos varones. La mujer, de unos 55 años de edad, era vecina de la familia y estaba muy pendiente de sus nietos, especialmente del de 11 años; justamente del paciente identificado. El menor, de acuerdo a lo relatado por sus padres, buscaba refugio en esa abuela toda vez que se sentía incomprendido o enojado con alguno de ellos.

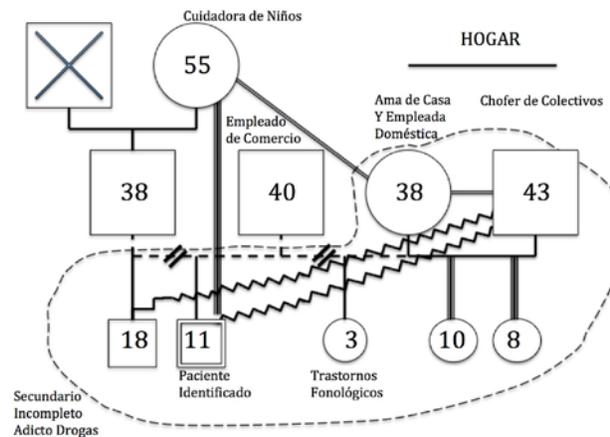


Figura 1. Genograma de la Familia P

El genograma de la Familia P muestra una serie de complejidades en su trazado y nivel de relaciones entre sus miembros (Figura 1).

Durante la entrevista de admisión, los padres relataron que, alguna vez, habían visitado ese centro de asistencia psicológica por los problemas de adicción a las drogas del hijo de 18 años, pero que ahora la escuela los mandaba a consultar porque su hijo de 11 años tenía algunas conductas desfavorables para su aprendizaje: *“la maestra me dijo que mi nene no hace caso, el otro día parece que se negó a copiar la tarea que estaba en el pizarrón, algunos compañeritos me dijeron que lo notan como que se aísla y se enoja cuando lo van a buscar y esas cosas...”*, relató la madre, según se observó en el video de admisión. El Sr. P, por su parte agregó: *“lo que nos preocupa a nosotros es que no hace la tarea, no podemos ver lo que hace en la escuela, pero*

en casa no quiere estudiar, no hace caso tampoco. Yo le hablo, a veces lo reto, pero me grita y se va.”. La Sra. M siempre escuchó atenta y ratificó lo dicho por el Sr. P, acotando que, efectivamente, su hijo era muy desobediente. En este sentido, es importante señalar que *“toda FMP es un sistema organizado en el cual los encargados de la crianza y socialización de los más chicos, carecen de las habilidades necesarias para llevar con éxito esas tareas”*, expresó un psicólogo investigador sobre esta temática, al ser consultado por los problemas más comunes que presentan las FMP.

Indagando sobre el resto de los miembros de la familia, el terapeuta pudo saber que el Sr. P tenía buenas relaciones con todos sus hijos, excepto con el mayor de 18 años y con el niño de 11 años. Ambos adultos entrevistados asumieron que toda la familia vivía con temor porque el joven de 18 años consumía drogas y todos especulaban con que fumaba paco. *“Cuando él está bien, está todo bien, ahora cuando consume se pone violento y está todo mal”*, dijo con una notable cadencia en la voz la Sra. M, lo que la angustió e hizo llorar, según consta en la filmación. Lo que emerge de esta descripción tiene que ver con que la FMP no se define por la presencia de un síntoma individual, sino el rol que éste juega en un síntoma mayor, el síntoma familiar que es precisamente la tendencia a la desorganización y al caos. Como explica Linares (en Cancrini, De Gregorio & Nocerino, 1997) la principal característica de este tipo de familias es el estilo de hacer y relacionarse, además de los múltiples problemas que pueden afectarlos.

Otro de los terapeutas que atendió a la Familia P, explicó que este panorama familiar implicó diseñar una estrategia de abordaje interdisciplinaria. El aspecto psicológico fue importante, aunque no el único. *“Generalmente, la duración de los tratamientos con FMP como esta suelen ser breves, porque lo que se busca es que la familia logre reorganizarse, para lo cual en primer lugar hay que ayudar a los papás a que recuperen sus roles, a que puedan establecer un nivel de jerarquías claro para todos los miembros de la familia, donde los límites sean específicos y se respeten; de manera tal que lo que se pueda reconstruir sea esa estructura elemental que organice la vida de los más pequeños, de los hijos. Esto fue lo primero que pudimos observar en este caso clínico, hacía falta que se reconstituya esa estructura familiar que pueda darles contención a los hijos”*, señaló. Así lo creen también Minuchin, Minuchin y Carlopinto (2000), quienes consideran que la meta principal en el trabajo con familias debiera ser el de aportarles habilidades prácticas, es decir: ayudarlas a que movilicen y desarrollen sus propios recursos para generar un cambio; para conferirles poder. Una terapia familiar estructural implica, entonces, ofrecer herramientas para cambiar el presente del sistema familiar. Y esto lo

hace el terapeuta a partir de cambiar la posición de los miembros de la familia, para que cambien simultáneamente las experiencias subjetivas de sus integrantes (Minuchin, 1974/2008).

5.2 Describir el rol del terapeuta sistémico en el trabajo clínico con pacientes miembros de familias multiproblemáticas.

En relación con lo expuesto anteriormente, un psicólogo investigador en la temática de FMP explicó que *“el eje central del trabajo clínico con FMP implica darle a los padres la maniobra de sus propias familias, a partir de aprender a monitorear a sus hijos, ayudarlos a juntarse con otro tipos de pares y aprender a generar momentos positivos en familia”*. Estos tres pilares: generar momentos positivos en familia, monitoreo y entrenamiento para que los hijos se junten con pares prosociales representan el eje central de las intervenciones que promueve el modelo de Terapia Multisistémica (MST), desarrollada por Scott Henggeler (1999) y que se diseñó especialmente para el tratamiento de FMP. Todos los psicólogos consultados han coincidido en que el abordaje de FMP genera en los terapeutas un gran compromiso emocional, requiere de una combinación de formación, entrenamiento y apasionamiento. Además, un terapeuta familiar se reconoce muy activo, “pone el cuerpo”, relató uno de ellos durante las entrevistas, y agregó: *“tiene que hacer como el antropólogo, meterse en la tribu y estudiarla. Y a diferencia de lo que hacían los antropólogos en las tribus, acá hay que hacer algunos cambios de patrones, no solamente estudiarlos”*.

Henggeler, desde Estados Unidos, agregó: *“la función principal del terapeuta es ayudar a la familia a alcanzar los resultados deseados. Entre las habilidades que debiera tener podría citar: la experiencia en técnicas de intervención basadas en la evidencia y la terapia familiar; una actitud optimista y positiva hacia la gente; flexibilidad; fuerte sentido común; sentido del humor y estar dispuesto a trabajar duro y a seguir siendo positivo, aún en contextos difíciles”*. Bergman (1986) considera a estas últimas características como “la manera de poner un toque personal” en las sesiones, y da ejemplos de eso que el psicólogo debiera llevar al consultorio: el humor, la metáfora, la confrontación y la provocación, inclusive la distracción.

El contexto de vulnerabilidad socioambiental en el que se encontraba la Familia P, se constató a partir de la lectura de la historia clínica y del relato de los terapeutas que la asistieron. En las primeras sesiones revelaron la existencia de episodios repetitivos de jóvenes que frecuentaban al hijo de 18 años, que apedreaban el frente de la vivienda por algún enfrentamiento relacionado con las drogas. Ambos padres, el hijo de 11 años y la hija mayor de 10, que asistieron a una de

las tantas sesiones, manifestaron su temor a que estas “personas violentas” entraran a la casa y les hicieran daño. En el barrio siempre se presentaban escenas de violencia, robos o delincuencia en general. Bronfenbrenner (1987) se refirió a desarrollo ecológico para explicar el modo en que los seres humanos interactúan con diferentes sistemas, y definió como un sistema primario a la familia. Desde un punto de vista del desarrollo psicosocial, el terapeuta familiar observa al sujeto como un sujeto interaccional, cuya conducta es un emergente del estilo de intercambio que mantenga con otros sistemas, ajenos a su núcleo familiar; ya sea: grupo de amigos, vecinos, la escuela, el club, etc. (Wainstein, 2016).

Los hechos particularmente destacados en la biografía de la familia, llevó a los terapeutas que los asistieron a actuar como “coordinadores de redes”, tal como ellos mismos se definieron. *“La mejor estrategia, es tener una estrategia. La nuestra fue, en este caso: fortalecer el rol de los padres; fomentando en particular el compromiso de la Sra. M para que acompañe a su hijo mayor a realizar un tratamiento por adicciones. Se promovió que pusieran límites a este hijo que se drogaba; que supiera que si llegaba alcoholizado o drogado, no entraría a la casa. Y si no respetaba los horarios familiares para estar en su hogar, tampoco. Este trabajo exigió compromiso de los padres, valor para poder desarrollar ese aspecto de su forma de ser padres que no tenían incorporados, pero que con el tiempo les permitió ganar poder; ya no tenían que tapiar las ventanas por temor a los ataques violentos de su hijo y sus amigos, sino que eran ellos quienes marcaban las reglas de juego en su familia. La madre fue muy consecuente con esto, de alguna manera se puso el tema al hombro y acompañó a su hijo en todo un tratamiento contra las adicciones que se decidió hacer con motivo de la terapia familiar”*. Poco a poco la Familia P fue involucrándose con la red de asistencia médica de su localidad, donde se encontraba precisamente un centro de atención para personas con problemas de adicción a sustancias, y que ellos nunca se habían animado a consultar. *“Se los ayudó a pensar en estas alternativas”*, señaló uno de los psicólogos. A medida que avanzaba el tratamiento del hijo mayor, y disminuían el nivel de conflictividad en el hogar, al hijo de 11 años le empezó a ir mejor en el colegio, al igual que el resto de los integrantes de la familia.

El modelo de Terapia Multisistémica (MST), visto en forma pura, está diseñado para que dure seis meses como máximo, y es esperable que el primer cambio o meta mínima se cumpla al cabo de la primera entrevista. En el contexto de la Familia P y *“en general, esto no sucede localmente, donde las familias suelen realizar un pequeño cambio positivo y creen que ya tienen el problema solucionado y abandonan el tratamiento”*, destacó uno de los terapeutas. Considerando esta

variable, los terapeutas se focalizaron en jerarquizar el rol de los padres de la familia, psicoeducándolos y explicándoles cómo tenían que proceder para monitorear a sus hijos, saber con quiénes se juntaban o cómo generar momentos positivos con ellos. Se esperaba que aprendieran a generar condiciones prosociales, identificando los factores de riesgo del entorno en el que vivían, para poder evitarlos. El tratamiento incluyó también el fortalecimiento de los lazos positivos que ya existían con la abuela paterna.

En síntesis, mediante la psicoeducación, se ayudó a los padres a que pudieran utilizar pautas más directivas, en las que fuera posible establecer permisiones y prohibiciones. El terapeuta buscó clarificar algunos límites difusos y abrir un poco los límites rígidos que de pronto aparecían. Minuchin (1974,2008) consideraba que en todo contrato terapéutico estaba presente el reconocimiento de la posición de liderazgo del terapeuta, en tanto experto capaz de manipular el sistema familiar con el fin de lograr un cambio. Así, el ejercicio de este rol implica, entre otras cosas, hacer uso de ciertas operaciones reestructurantes de un sistema; por ejemplo: captar pautas transaccionales de la familia, señalamiento de los límites, asignación de tareas, apoyo, educación y guía, entre otras. El trabajo clínico con la Familia P permitió que los padres fueran capaces de *“ofrecer un mundo más organizado a sus hijos”*, aclaró uno de los terapeutas que atendió a la familia, *“cuanto más organizado se lo ofrezcan, mayor será la posibilidad de reducir la incertidumbre, disminuir las ansiedades, reducir los comportamientos compensatorios para que baje esa ansiedad y así van forjando un terreno fértil para la expresión de emociones positivas”*.

5.3 Analizar los obstáculos que aparecen en la clínica con familias multiproblemáticas para lograr adherencia al tratamiento.

La Familia P no mostró demasiados obstáculos en cuanto a la adherencia al tratamiento, durante el proceso de 16 sesiones. Sólo se registraron dificultades en el acceso a todos los miembros de la familia, es decir: no fue posible reunir a toda la familia en el consultorio. El hijo de 18 años y la abuela paterna no asistieron jamás a las sesiones. En el primer caso, los padres explicaron que siempre resultó *“difícil convencerlo”* de que se sumara a la terapia. Y en el segundo, resultaba *“complicada la logística para hacer que viniera al consultorio”*, explicó uno de los psicólogos que atendió a la familia; en referencia a la falta de disponibilidad horaria de la abuela, quien aparentemente no podía ausentarse de su trabajo para ir especialmente a la consulta. El resto de los integrantes de la familia siempre concurrió y mostró apertura al cambio y la colaboración.

Uno de los aspectos que se podría señalar en relación con la adherencia al tratamiento tuvo que ver con la motivación, los terapeutas tuvieron que hacer un fuerte trabajo de seguimiento en relación con las tareas planteadas a la familia. En particular dos: 1) la asistencia en el tratamiento por adicciones que la madre fue motivada a iniciar para su hijo de 18 años, para lo cual los psicólogos debieron tomar contacto con el centro de prevención de la drogadicción para explicar el trabajo terapéutico que se realizaba con la familia y, al mismo tiempo, saber el proceso de mejora del adolescente y 2) monitorear las acciones que los padres iban haciendo con el niño de 11 años por el que iniciaron el tratamiento. Debido a que los terapeutas no iban al territorio, como plantea originalmente el modelo de MST (Henggeler, 1999) vale decir, no visitaban el barrio o el centro de adicciones personalmente, todo el seguimiento se realizaba telefónicamente, alentando a los padres a continuar con sus tareas de padres y a marcarles las mejoras que iban apareciendo. Esto resultaba importante, en tanto que reconocer los logros de una familia contribuye a que sus integrantes aprendan a apoyarse en sus propios éxitos; fomentando así el crecimiento de su confianza e idoneidad, que luego les permitirá asumir mayores desafíos (Walsh, 2012).

A medida que avanzaron en el tratamiento fueron notando mejoras en el aspecto estructural de la familia, todo a partir de una motivación externa, *“nunca hubo motivación interna, las FMP como la Familia P son familias que no logran funcionar muy autónomamente, que van y vienen de los servicios asistenciales; por eso nuestro objetivo fue que puedan insertarse en las redes y que sean esas mismas redes las que vayan llevándolas a seguir creciendo”*, puntualizó uno de los psicólogos.

Uno de los obstáculos que se observó en la Familia P se presentó al inicio del tratamiento y estuvo vinculado con la motivación para el cambio por parte del paciente identificado, el hijo de 11 años. En declaraciones del menor, se mostraba reticente a obedecer al Sr. P, ya que su argumento era que él no era su padre. El joven, de acuerdo a lo planteado por los terapeutas, mostró su enojo con su madre explicando que era muy molesto para él notar cómo ella pasaba por alto la diferencia en la presión y exigencia que el Sr. P aplicaba en él, a diferencia del trato que recibían sus hijas biológicas.

El terapeuta familiar incentivó a ambos padres a que ayuden a cambiar, escuchen y validen la experiencia de este niño, con interés genuino, porque eso les iba a permitir cambiar el modo de relacionarse con él y haría que cambiaran todos al mismo tiempo. Esto es lo que Minuchin (2008) llamó técnica de enfocar en la vivencia la realidad de constituir un holón. En el marco del

consultorio, la Familia P pudo practicar estas acciones por medio de la técnica de la escenificación, o el hacer “como si” las cosas fueran de otro modo.

Lo anterior, se vincula estrechamente con el aspecto comunicacional de las interacciones humanas, un aspecto en el que la Familia P debió trabajar para validar al otro en la comunicación, aprender a aceptar la comunicación del otro y evitar el “sí, pero...”, que representa una negación en sí misma (Nardone & Watzlawick, 2007).

5.4 Analizar la inclusión de las redes sociales del paciente en el trabajo con familias multiproblemáticas.

Como toda FMP, la Familia P se mostraba muy aislada de los otros ámbitos o redes sociales que implican al vivir en sociedad. Al momento de iniciar el tratamiento sus redes eran únicamente la propia familia, los grupos de pares de su hijo de 18 años y la escuela de sus otros hijos. Y específicamente, el nivel de intercambio interpersonal entre los miembros de la red familia, carecía de las funciones básicas de: apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, ayuda material y de servicios, etc. (Sluzki, 1996), por lo que se buscó acercar a un núcleo más íntimo a los propios integrantes de la Familia P, quienes a primera vista mantenían conflictos y distanciamiento entre sí. A medida que el tratamiento fue avanzando y la familia pasó de la queja inicial *“mi hijo de 11 años tiene problemas en la escuela, es desobediente, se aísla y se niega a hacer la tarea; y en casa no hace caso”*, fueron emergiendo otras situaciones que tenían impacto en el estilo de interacción de los miembros de la familia (Figura 2).



Figura 2. Redes sociales originales de la Familia P

Al profundizar en estas cuestiones, el terapeuta pudo saber que el joven de 18 años generaba mucho malestar en la familia, la relación que mantenía con otros jóvenes del barrio representaba un potencial riesgo para los demás, lo que para Henggeler (1999) son los “pares desviantes”. Esos pares desviantes habían tomado algunas veces la casa de la familia “como por asalto”, según calificó el Sr. P, para buscar dinero o “lo que sea” para luego cambiarla por alguna sustancia.

Todas estas escenas, generalmente se daban por la tarde o noche, angustiaban mucho a los padres y a los hermanos de esta familia. En apariencia, y de acuerdo al relato de uno de los terapeutas que asistió a esta familia, el hijo de 11 años era quien más afectado se veía por estas situaciones. Sin contar, que la pequeña de 3 años ya empezaba a manifestar problemas fonológicos, y mostraba cierta dificultad para incorporar el lenguaje.

Si bien esta familia no vivía hacinada ni mucho menos, tenían una modesta casa propia emplazada en un barrio humilde de lo que se conoce como el segundo cordón del Conurbano bonaerense, tal como consta en la historia clínica. En general, sus habitantes eran gente de clase baja y trabajadora, sus necesidades eran abundantes y los efectos de la falta de empleo o proyecto de futuro hacían que la droga y la delincuencia estuvieran presentes en el barrio. Con lo cual el ambiente psicosocial aumentaba la tensión en el sistema familiar, que de por sí carecían de las habilidades para poder afrontar situaciones complejas (Bronfenbrenner, 1987).

En una entrevista virtual realizada a Scott Henggeler, el psicólogo norteamericano explicó que *“las familias socialmente desfavorecidas no tienen los recursos o la fe en el sistema de asistencia psicológica como para asistir a un gran número de sesiones regulares. Si un tratamiento intensivo de salud mental debía ser proporcionada a estas familias, las barreras de acceso a los servicios deben ser eliminadas - y el modelo basado en el hogar de la prestación de servicios es el ajuste perfecto para eliminar estas barreras-. En segundo lugar, los modelos de asistencia ambulatorios en los tratamientos de salud mental siempre fueron, al menos en Estados Unidos, ineficaces con adolescentes que presentaban problemas graves, y esto fue en gran parte debido a su incapacidad para hacer frente a la verdadera causa de estos problemas de una manera pragmática. Creo que los médicos necesitan abordar las causas de la conducta antisocial o de los problemas psiquiátricos en todo el contexto de la vida de los jóvenes - en casa, con sus familias, en la escuela y en sus barrios”*.

En este sentido, Cunningham y Henggeler (1999) entienden que el entramado de vínculos interpersonales e institucionales que tengan los individuos, representan una red social que les permitirá y facilitará la integración en una comunidad, con el propósito de convertirse en un sostén emocional, de regulación y adaptación social; al tiempo que contribuirá a que una familia obtenga la ayuda material y de servicios que demande oportunamente. Algo que, de otro modo, le resultaría difícil lograr.

Promediando el final de las sesiones pautadas con la Familia P, sus redes de interacción se habían ampliado considerablemente (Figura 3).

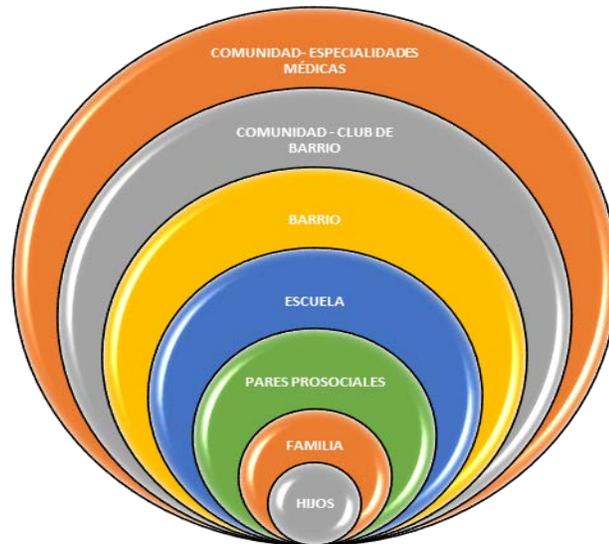


Figura 3. Enfoque Multisistémico: Redes sociales ampliadas de la Familia P

El tratamiento de la Familia P culminó en agosto de 2015 cuando los terapeutas evaluaron que había adquirido cierto nivel de autonomía y eran capaces de sostenerlo en el tiempo. El servicio de atención psicológica siempre quedó disponible para que los padres lo vuelvan a consultar si lo deseaban.

“Cuando se les proporcionan los recursos correctos, estas familias están dispuestas a trabajar duro para lograr los tipos de resultados que todos queremos para nuestros hijos”, enfatizó Henggeler.

6. Conclusiones

El propósito de este trabajo consistió en analizar la modalidad de abordaje de una FMP, en el marco de un dispositivo de psicología con orientación sistémica; la familia aludida no tenía experiencia en tratamientos similares y había llegado por una derivación de la escuela de su hijo de 11 años, quien manifestaba problemas de conducta. Así, comenzó la entrevista de admisión, profundizando en aspectos del comportamiento de ese menor.

No obstante, la terapia implicó ir más allá del paciente identificado o “portador del problema” (Minuchin, 1974/2998). El proceso de construcción del objetivo de la terapia implicó conocer la estructura de la familia y las relaciones entre sus integrantes, para lo cual se diseñó un genograma, que los propios padres colaboraron en delinear (Walsh, 2012), lo que les permitió observar la complejidad de sus interacciones (Mc Goldrick & Gerson, 2006). Del resultado de este mapa de red familiar surgieron datos muy útiles y complejos a la vez: los terapeutas se encontraban con una familia donde – desde un punto de vista del ciclo vital (Falicov, 1991)- había algunos integrantes que manifestaban ciertos síntomas que estarían obstaculizando el pasaje a otro escalón de su ciclo vital, tal era el caso de un adolescente de 18 años que era adicto a las drogas y cuya conducta ya mostraba serios indicios de violencia; una menor de 3 años que experimentaba limitaciones severas para la expresión del lenguaje y sus padres nunca habían pensado en llevarla a un especialista, una abuela paterna, no conviviente que se hacía cargo casi exclusivamente de su nieto de 11 años; desdibujándose así las funciones parentales que parecían estar delegadas en alguien ajeno al hogar. Además, como un signo más de las características de las FMP, se observó un hecho confirmatorio de la infravaloración de los vínculos afectivos y legalmente reconocidos (Cancrini, De Gregorio & Nocerino, 1997), al observar que una menor de 3 años llevaba el apellido de alguien que no era su padre biológico. La madre de la familia había tenido a sus 5 hijos con 3 hombres diferentes.

Con todo, el trabajo de los terapeutas consistió en hacer que esta familia adquiriera y desarrollara recursos para poder reorganizarse, reposicionando las jerarquías al interior de la estructura familiar (Minuchin, 1974/2008), ayudando a que los padres pudieran afrontar los desafíos que les proponía cada situación problemática de sus hijos. En ese sentido, el foco de la atención estuvo en hacer posible la expansión de las redes sociales de la familia, haciendo que tomen contacto con los sistemas de salud para proveer de atención a su hija menor con

problemas fonoaudiológicos, que pudieran atender y ayudar a socializarse mejor al pequeño de 11 años; para lo cual se promovió la inscripción del niño en una escuela de fútbol; a cuyas prácticas el padrastro lo acompañaba con el objetivo de que pudieran compartir ese momento positivo y de mayor proximidad de modo tal que aprendieran a interactuar distinto y mejor entre ellos. La madre también empezó a llevar a un club social a las otras hijas. En el caso del adolescente de 18 años, la madre y el padrastro comprendieron que eran ellos quienes tenían que ejercer sus funciones parentales (Barudy & Dantagnan, 2009) estableciendo límites más rígidos en relación con este hijo que se había ocupado de generar temor en su familia. Entonces, de una situación en la que habían tapiado las ventanas por temor a que se las rompieran los amigos, o pares desviantes, del adolescente; pasaron a establecer reglas de convivencia claras por las que ese hijo sabía que no podría ingresar a su hogar si volvía después de determinado horario, y mucho menos si estaba alcoholizado o había consumido drogas. Esas soluciones intentadas fallidas que los padres habían tomado, por falta de recursos, y que no hacían más que reforzar las conductas antisociales de su hijo (Henggeler, 1999); ahora se habían transformado en un cambio a favor de un estilo interaccional más enriquecedor para todos. Los terapeutas trabajaron en conjunto con el centro asistencial de prevención de las adicciones al cual el adolescente comenzó a asistir. Todo lo hecho por estos padres para aprender a poner límites hizo posible generar espacios genuinos de interacción con sus hijos, donde a partir de experiencias emocionales correctivas (es decir: nuevas pautas de intercambio con el otro, que se dan con éxito y las pueden repetir) empezaron a incorporar y hacer habituales otras conductas en los subsistemas parental y filial. Aquí radica el cambio.

En cuanto a las limitaciones de este TFI, y al esquema de trabajo planteado, se podría pensar en que resultó un poco ambicioso considerando que no se tuvo acceso directo a los pacientes protagonistas del presente caso clínico, y eso representa una diferencia importante en términos de cantidad y calidad de la información recogida. La posibilidad de participar en forma simultánea del tratamiento de una familia, acompañando su desenvolvimiento, tomando contacto con los terapeutas en forma directa durante el momento de las intervenciones (imaginando que se podría haber observado una cámara Gesell en vivo, por ejemplo); o eventualmente participar de alguna reunión de supervisión, hubiese permitido tener un mayor nivel de profundidad y especificidad en la descripción del caso. La idea de haber podido conocer a la familia, hubiese sido útil para tomar información de primera mano,

especialmente si se hubiera asistido como coterapeuta (a modo de un observador no participante), presenciando sesión por sesión.

Uno de los objetivos de este trabajo implicó describir los obstáculos relacionados con la adherencia al tratamiento en FMP. Si bien esos objetivos fueron planteados en forma genérica en el afán de abarcar los aspectos más importantes de un sistema consultante de estas características, resultó complejo poder desarrollarlo teniendo en cuenta que en el caso de la Familia P no había registro de algún tipo de resistencia al tratamiento, falsedad de los datos brindados por sus integrantes, o ausentismo en las sesiones pautadas; sino más bien todo lo contrario. Para todas las fuentes consultadas, esto resultaba atípico en relación a los potenciales inconvenientes planteados por algunos autores citados en el marco teórico.

Con respecto a la institución donde se realizó la Práctica de Habilidad Profesional V, lo único que podría señalarse como una limitación tuvo que ver con la imposibilidad de conocer y hacer prácticas en el centro de atención psicológica con la que la fundación tenía convenio; dado que era precisamente allí donde se practicaba la terapia familiar. Más allá de que la Familia P ya no formaba parte de los pacientes de ese centro de salud, lo cierto es que hubiera resultado muy valioso y enriquecedor para este trabajo y para la formación de la autora de este TFI, conocer en forma directa el estilo de trabajo en equipo de los profesionales psicólogos que están allí. Al profundizar en el estudio de este caso clínico, y en la temática de FMP en general; se advierte el potencial que representa para el mercado profesional de los psicólogos poder formarse y entrenarse como terapeuta familiar. Cuestiones imprevistas hicieron imposible concretar esta parte de la práctica profesional y sin dudas hubiera aportado valor a este TFI, en el sentido de haber sido testigo de cómo se ejerce el rol de terapeuta familiar. Desde un punto de vista metodológico no se advirtieron limitaciones, por fuera de las ya citadas.

A modo de perspectiva crítica, es dable destacar que el estilo de abordaje terapéutico fue el indicado en el trabajo con la Familia P; especialmente las intervenciones vinculadas con la expansión y fortalecimiento de las redes sociales de la FMP estudiada. El pasaje del aislamiento a la diversificación de las relaciones sociales fue realmente significativo y positivo para la familia (Henggeler, 1999). Un repaso por los datos biográficos de la Familia P permite darse cuenta que la queja inicial de esta familia partió de una denuncia formulada por la escuela respecto de la conducta inapropiada de un hijo de 11 años; y la incursión en un proceso psicológico de terapia familiar favoreció la puesta en evidencia de otros síntomas en

los integrantes de la familia. Apareció aquí el problema de adicciones del hijo de 18 años, el temor del resto de la familia a los arrebatos emocionales y violentos de este adolescente y su grupo de pares, que atentaban contra la tranquilidad del hogar; una sustitución en el rol de crianza de la madre, ocupada por una abuela paterna no conviviente de esta familia. Inclusive, situaciones de parentalidad no legítima, como el hecho de otorgar el apellido paterno a una menor de edad (la hija de 3 años) que no era hija biológica del Sr. P; todas éstas relaciones típicas de las FMP en las que se infravaloran los vínculos afectivos y legalmente reconocidos, generando un efecto en el estilo interaccional (Cancrini, De Gregorio & Nocerino, 1997).

No obstante lo anterior, y considerando que el mayor trabajo con FMP se centra en ayudar a los padres a encontrar recursos para la crianza y socialización de sus hijos, es importante que ellos sean capaces de ofrecer contextos relacionales diferenciados donde se ponga en juego lo afectivo, los momentos íntimos o positivos en familia, lo lúdico y el aprendizaje que opera básicamente por modelado (Barudy & Dantagnan, 2009).

Por lo tanto, teniendo en cuenta que esto aplica para todos los hijos de una FMP, hubiese sido recomendable reforzar las intervenciones inclusivas del tratamiento, en el sentido de abarcar a todos los integrantes de la familia; es decir: en el caso de la Familia P permitir la participación de las hermanas en las actividades deportivas (desde un lugar de acompañamiento al menos) del varón de 11 años. O generar alguna estrategia que implique la participación de todos para su realización y de la que tuviesen que dar cuenta todos a la siguiente sesión; o proponer ciertas acciones que impliquen una conexión emocional más profunda entre todos ellos. Porque, además de la multiproblematicidad que presenta esta familia, de su carácter de familia ensamblada también; tal vez hubiese sido importante trabajar para que sus integrantes logren una autopercepción de unidad, de familia singular y única. Esto podría haber contribuido al sostén de los logros entre ellos mismos, a la promoción de los hábitos de cuidado, de bienestar, de sana competencia y de respeto a las experiencias individuales que serían los recursos para sostenerlos en situaciones críticas.

Si bien uno de los objetivos de la estrategia terapéutica tuvo que ver con la transformación de una relación distante y conflictiva entre el Sr. P y los hijos de 18 y 11 años a una relación intermedia (en el marco de la red social más íntima); donde ese subsistema parento-filial sirva de espacio para la contención, asistencia y reconocimiento de los sujetos; se infiere que hubiese sido muy favorable pedirle a los padres que fueran juntos a acompañar a su hijo de 11 a los partidos de fútbol, por ejemplo; o que ambos sean quienes estén presentes y se ocupen

de asistir, llevar o traer al adolescente de 18 años al centro de atención a drogadependientes. Esta acción conjunta de los adultos hubiese contribuido a fortalecer el subsistema parental; no sólo desde lo emotivo sino también desde lo conceptual, donde ambos puedan percibir y darse cuenta del sentido que representa ocuparse de un hijo y de cuidarlo. Claro que esto necesariamente requeriría de cierta evaluación del tiempo y energía disponible que cada uno de los adultos pudiera ofrecer para ese potencial escenario.

El diseño y elaboración de este TFI representó una instancia de aprendizaje muy enriquecedora en la temática de FMP, y más aún en el estilo de abordaje sistémico con este tipo de pacientes. Se espera que todo lo presentado aquí contribuya a los interesados en la terapia familiar y que necesiten aproximarse a las nociones básicas del trabajo clínico con sistemas consultantes complejos, como lo son las FMP. En particular, el caso de la Familia P permite conocer el modo en que se muestran las características de aislamiento, desorganización y polisintomatología en estas familias, cuyo grado de vulnerabilidad psicosocial es mayor que en las demás. Leer este TFI contribuiría a conocer algunos ejemplos de intervenciones orientados a fortalecer el desarrollo de las FMP, apelando a la generación de oportunidades y motivación para la renovación y acrecentamiento de su red social; entendiendo a ésta última como esos otros ámbitos sociales, comunitarios, laborales, académicos o de amistades con los que debiera interactuar. Además, por supuesto, de los sistemas de salud y las agencias sociales de promoción social.

Para fomentar el trabajo clínico con familias, se sugiere promover y estimular la expansión de los dispositivos de entrenamiento de terapeutas en todo el país, considerando que el ejercicio de la terapia familiar requiere de una formación específica y una debida supervisión. Del mismo modo, surge la inquietud de pensar en la posibilidad de incentivar el trabajo en conjunto de las instituciones de psicología sistémica con el Estado para evaluar el diseño de políticas de salud pública que impliquen la adopción de modelos de intervención en terapia familiar y su correspondiente medición a nivel nacional para conocer el impacto que éstos tienen en otros ámbitos de la sociedad, como el judicial, el carcelario o educativo; desde un punto de vista presupuestario. Esto último, pensando desde un modelo de interacción social más amplio, donde se piense a los profesionales de la salud mental como actores necesarios y apropiados para la generación del cambio.

7. Referencias

- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Bergman, Joel S. (1986). *Pescando barracudas. Pragmática de la Terapia Sistémica Breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Borduin, Ch., Cone, L., Fucci, B., Blaske, D., Williams, R., Mann, B., & Henggeler, S. (1995). *Multisystemic Treatment of Serious Juvenile Offenders: Long-Term Prevention of Criminality and Violence*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4), 569-578.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development*. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Oxford: Elsevier. *Reprinted in: Gauvain, M. & Cole, M. (eds.), Readings on the development of children*, 2nd. Ed.(1993, pp. 37-43). NY: Freeman.
- Cancrini, L., De Gregorio, F. & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti & J. Linares, *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 45-82). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Cunningham, P. & Henggeler, S. (1999). *Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy*. *Family Process*, 38 (3), 265-281.
- Falicov, C. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect*, 26, 697-714.
- Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A. (2007) Multiproblem Families at Social Risk: Characteristics and Intervention. *PSYKHE* 2007, Vol.16, N° 2, 43-54. Pontificia Universidad Católica de Chile Sociedad Protectora de la Infancia.

- Haley, J. (2012) *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Henggeler, S. (2009) *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents*, Second Edition.
- Hurst, N., Sawatzky, D. & Pare, D. (1996). Families with multiple problems through a Bowenian lens. *Child Welfare*, 75(6), 693-708.
- Kaplan, L.W. (1986). *Working with multi-problem families*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Lamas, C. (1997). Los primeros contactos. En M. Coletti & J. Linares (Ed.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 83-124). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Levi-Strauss, C. (1989) *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Linares, J. (1997). Modelo sistémico y familia multiproblemática. En M. Coletti & J. Linares (Ed.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella* (pp. 23-44). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Ditzel, L. & Maldonado, M. (2004, octubre). *El apoyo a la familia en sus funciones primordiales, un eje fundamental de la reforma del Sename*. Ponencia presentada en el XIX Congreso Panamericano del Niño, Santiago, Chile.
- Matos, A. & Sousa, L. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 65-80.
- Mc Goldrick, M. y Gerson, R. (2006). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1974, 2008). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. C. (2008). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (2007). *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder Editorial.
- Navarro, M. (2002). *La intervención psicosocial con familias multiproblemáticas: La perspectiva ecológica*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, España.
- Rosen, S. (comp.) (2013). *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. España: Paidós Terapia Familiar.

- Sharlin, S. & Shamai, M. (1995). *Intervention with families in extreme distress (FED)*. *Marriage & Family Review*, 21 (1-2), 91-122.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multiproblem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2), 163-179.
- Wainstein, M. (2016). *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2009). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2009). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Walsh, F. (2012). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.