

Intervención en familias multiproblemáticas con trastornos mentales

Beatriz Vallejo Sánchez
y Luna Nieto Acero

Resumen

En este trabajo, revisamos brevemente el concepto de “familia multiproblemática” y exponemos pautas de intervención alternativas a las tradicionales, centrándonos en aquellos casos en que aparece como paciente identificado algún miembro con un diagnóstico de enfermedad mental. Analizamos brevemente un caso práctico que está siendo atendido desde un recurso de salud mental, con las dificultades que se plantean cuando se trabaja desde un enfoque interdisciplinar, que no ecológico o sistémico.

Abstract

In this study, we look at the concept of Multiproblem Families and we introduce guidelines for alternative interventions, focusing on those cases where a family member is diagnosed mentally ill patient. We briefly analyse a case study in treatment, from a mental health resource. We look at the difficulties that may arise from an interdisciplinary approach, neither ecological nor systemic.

BEATRIZ VALLEJO SÁNCHEZ, Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara de Puertollano, Ciudad Real, España. [bvs236@hotmail.com].

LUNA NIETO ACERO. Equipo de Apoyo Social Comunitario, Rivas Vaciamadrid, Madrid, España. [lunanieto@gmail.com].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 15, núm. 2, julio-diciembre 2013, pp. 25-43.
Fecha de recepción: 7 de julio de 2012 | Fecha de aceptación: 28 de enero de 2012.

PALABRAS CLAVE

Modelo sistémico, enfermedad mental, equipo de apoyo social comunitario.

KEYWORDS

Community social support team, systemic model, mental illness.

Una visión sistémica en el tratamiento de la patología mental exige que abandonemos la connotación de los individuos como “anormales” y que empecemos a entender los síntomas como portadores de una función adaptativa dentro de un sistema en evolución (Jackson, 1981), en este caso, un sistema familiar. En las familias multiproblemáticas, este abordaje resulta complicado, en cuanto que sus características son muy diferentes de las de otras familias disfuncionales. Por este motivo, el concepto de familias multiproblemáticas, construido alrededor de los cincuenta, ha sido recuperado y actualizado por algunos autores, en un intento de comprender y dar respuesta a tales dificultades.

En sus inicios, el concepto familias multiproblemáticas refería a familias de baja extracción socioeconómica (Mazer, 1972; Scott, 1959); después expandió su uso del concepto para definir a familias cuyos miembros presentaban problemas en las relaciones interpersonales y sociales, utilizándose diferentes terminologías en función de si se ponía el énfasis en los problemas estructurales internos o de relación con el ambiente social externo. Así, se llamaron “familias aisladas” (Powell y Monahan 1969), “familias excluidas” (Thierney, 1976), “familias suborganizadas” (Aponte 1976; 1981), “familias asociales” (Voiland, 1962) o “familias desorganizadas” (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman y Schumer, 1967).

Cancrini, De Gregorio y Nocerino (1997) definieron las familias multiproblemáticas enumerando sus características más específicas: la presencia en varios miembros de la familia de comportamientos problemáticos, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa; la insuficiencia grave por parte de los padres en sus habilidades parentales; la labilidad de los límites familiares, con una fácil apertura, y

con la presencia de profesionales y de otras figuras externas que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces; y, por último, la relación crónica de dependencia de la familia respecto de estos servicios asistenciales.

Más tarde, Escartín (2004), en un intento por clarificar la diferenciación con respecto a otras familias disfuncionales, realizó un listado de comportamientos problemáticos específicos que éstas suelen presentar, bien internos (alta frecuencia de pérdidas, apego ansioso, escaso apoyo de la familia de origen, reactividad emocional escasa o excesiva, crisis cíclicas o crónicas, con alta rigidez o dificultad para los cambios y desarrollo de síntomas múltiples, como malos tratos, adicciones, etc.) o de relación con el medio (ambiente marginal, paro, pobreza, malas condiciones de habitabilidad, redes sociales empobrecidas, absentismo o escolarización deficiente, problemas legales como deudas, hurtos o agresiones, clientelismo, etc.). Destacó, asimismo, la presencia frecuente de problemas psicológicos, psiquiátricos y de salud en general (drogadicción, problemas de alcohol, malnutrición, depresiones), que son más difíciles de encuadrar en uno u otro ámbito por las implicaciones múltiples.

Pero lo que caracteriza principalmente a este tipo de familias es la presencia simultánea y frecuente de múltiples problemas (Gómez, Muñoz y Haz, 2007) y, en nuestra opinión, el hecho de que la conducta sintomática, lejos de ser un factor de equilibrio que favorece la descarga de tensiones (como ocurre en la mayor parte de familias en las que el paciente designado presenta problemas de naturaleza psiquiátrica), agrava el desequilibrio, pues funciona como un elemento de dificultad y disgregación permanente en el sistema (Gastañaga, Ruano y Vicente, 1995; Cancrini *et al.*, 1997). Éste es el motivo por el que algunos autores empiezan a denominarlas familias “en extremo distrés” (Sharlin y Shamai, 1995), “en crisis perpetuas” (Kagan y Schlosber, 1989) o “con múltiples necesidades” (Rodríguez, 2006).

Y, por supuesto, no debe olvidarse el hecho de que la dinámica de las familias multiproblemáticas se inscribe dentro de un contexto social global que incluye a los diferentes sistemas asistenciales con los que deben interactuar. Y éstos las definen como multiproblemáticas debido a su incapa-

cidad para intervenir, contribuyendo a perpetuar sus problemas en vez de aliviarlos. Algunos autores llegan a considerar que el verdadero problema de estas familias consiste en lidiar con demasiadas instituciones y las han reconceptualizado como “familias en cuya vida intervienen múltiples organismos” (Selig, 1976), “familias multiagencia” (Colapinto, Minuchin y Minuchin, 1988), “familias envueltas con múltiples instituciones” (Imber-Black, 2000) o incluso “servicios multiproblematizantes” (Linares, 1997).

Nuestro objetivo, en este trabajo, ha sido estudiar formas de intervención más eficaces con las familias mutiproblemáticas con patología psiquiátrica, para lo cual nos hemos servido de la presentación de un caso que está siendo atendido por un recurso específico de salud mental y hemos comentado los problemas que ciertas intervenciones plantean, en contraste con otras más sistémicas. En la literatura reciente, existen escasas revisiones teóricas o trabajos empíricos en cuanto a la intervención con estas familias y, menos aún, estudios de caso donde se describan intervenciones con familias (Gastañaga et al., 1995; Ramos, 2007; y Ramos, Borrego y Sanz, 2006), debido quizá a que suelen ser intervenciones poco exitosas. Precisamente, hemos considerado que el estudio de casos en que la intervención no ha resultado eficaz puede ayudar al análisis de las estrategias tradicionales de intervención psicosocial y la reflexión de cara a un cambio de orientación, pues lo seguro es que el funcionamiento de estas familias no encaja en los modelos y metodologías tradicionales.

Pautas para la intervención con familias multiproblemáticas con problemática psiquiátrica

En una revisión efectuada recientemente por Gómez *et al.* (2007), se concluye que resulta de gran importancia el diseño, implementación y desarrollo de programas de tratamiento efectivos con estas familias, debido a su vulnerabilidad y las graves consecuencias de su funcionamiento en cada uno de sus miembros y en la sociedad en general. Esto choca con la escasez de trabajos empíricos publicados; se encontró que, en general, las

estrategias tradicionales de intervención psicosocial resultan muy poco eficaces (Lindsey, Martin y Doh, 2002).

Existen, sin embargo, algunos aspectos de la intervención sobre los que hay cierto consenso y que se refieren más a “cómo se trabaja” frente a “qué se trabaja”, pero que siguen sin ser considerados en la intervención, motivo por el cual expondremos a continuación los más relevantes.

Por sus características especiales, es primordial realizar un adecuado trabajo de coordinación con el resto de recursos que intervienen, intentando que sean los estrictamente necesarios, con el objetivo de intercambiar información importante, definir objetivos de intervención complementarios y unificar criterios. No obstante, también resulta primordial considerar que todos estos recursos asistenciales constituyen parte del sistema a intervenir. Tal delimitación del problema facilitará el análisis de la problemática y evitará que los propios servicios se impliquen en trampas relacionales (Carl y Jurkovic, 1983; Imber-Black, 2000). Así, por ejemplo, será importante indagar si hay pautas y temas isomórficos o reiterativos en la relación de la familia con los recursos sociales (por ejemplo, cómo son habitualmente los límites entre la familia y los servicios), como precaución para no tener intervenciones que reproduzcan lo que ya existe en el sistema u ofrecer “soluciones” que resultaron deficientes en el pasado.

Una vez hecha esta consideración, es necesario recordar que estas familias no suelen llegar por iniciativa propia, como en el caso presentado, y, si lo hacen, es con demandas concretas —por lo general, materiales— y en momentos de crisis. Lo anterior se entiende así si se considera que se trata de familias que se sienten maltratadas por las circunstancias y desesperanzadas sobre la posibilidad de que alguien los entienda y ayude. Y no sólo eso, sino que tienen una pobre apreciación de sus propias capacidades de éxito. Desde el inicio, por tanto, el trabajo será complicado y centrado, por un lado, en crear un vínculo adecuado y, por otro, en co-construir un contexto de cambio.

Para el establecimiento de una relación de confianza será muy importante transmitir aceptación y neutralidad y evitar las interpretaciones o juicios de valor para que puedan dar pequeños pasos o tomar riesgos relacionales,

así como las “etiquetas” que simplifican la relación y congelan el proceso de cambio, en cuanto que se vuelven profecías a cumplir (Casas, 1985).

El profesional debe comenzar por conocer cómo la familia define sus problemas, y cuestionar y ampliar lo que ya dan por sentado (cuestionando el síntoma). Según Lorenzo (1993), es frecuente la presencia de un “chivo expiatorio”, un miembro sobre el que la familia proyecta sus problemas por miedo a reconocer sus conflictos y la responsabilidad de todo el grupo en ellos. Watzlawick, Weakland y Fish (1986) hablan de realizar un trabajo de reestructuración donde se dé otro sentido a los acontecimientos y se extraiga el problema de su definición de “síntoma”, que impide la solución porque es algo ajeno a nosotros y sobre lo que no tenemos poder de cambio.

Por nuestra parte, deberemos devolver a las familias el análisis que hemos efectuado de las necesidades, de cara a consensuar objetivos y co-construir un foco de intervención, las cuales conservaremos como punto de referencia durante todo el proceso. Esto, por un lado, aumenta el compromiso, por lo general errático, al permitir a la familia integrar y valorar los objetivos como propios, ver los beneficios de la intervención e involucrarse de un modo más activo. Por otro lado, minimiza la dependencia crónica, pues acota el trabajo profesional a ciertos objetivos y deja otros fuera; también ayuda a mantener una dirección en la intervención y además otorga organización a una familia que se caracteriza por no tenerla (Gómez *et al.*, 2007).

Es importante que los objetivos establecidos sean realistas, estén dentro de la capacidad y motivación de los miembros de la familia, se definan de una forma concreta (no sirven definiciones vagas e imprecisas como “mejor paternidad” o “menos conflictos conyugales”) y sean progresivos.

Otra tarea inicial fundamental será el apoyo y contención emocional, reduciendo la intensidad. Una buena escucha aumentará la sensación de la familia de estar siendo comprendida y reconfortará, aunque deberá realizarse siempre dentro de un contexto estructurado con límites muy claros —y necesariamente flexibles— en las entrevistas.

En cuanto a la intervención sobre la múltiple y grave sintomatología, el objetivo inicial será reducir la intensidad de los síntomas como suicidio,

incesto, malos tratos, consumo de alcohol, etcétera, para poder trabajar después sobre aquello que los sostiene.

Frente a la desorganización imperante, el profesional busca intervenir la estructura y dinámica de las familias, con la finalidad de mejorar su funcionamiento global, para lo cual será muy difícil trabajar con todos sus miembros. Por esa razón, resulta frecuente el trabajo por subsistemas.

El primer objetivo de cambio suele ser la mejora de las relaciones de apego (Wynne, 1984), debido a la importancia de procesos como la pertenencia afectiva y la identidad, para lo cual es necesario valorar y trabajar sobre las funciones parentales abandonadas. En general, los progenitores de estas familias han tenido experiencias de crianza inadecuadas en sus propias familias de origen, lo que da lugar a apegos emocionales no resueltos y dificultades de diferenciación (Bowlby, 1989,1990; Bowen, 1991), lo cual genera más vulnerabilidad ante estados de tensión e importantes consecuencias en la salud mental de los hijos, en la medida en que esperan que éstos se ocupen de ellos, en vez de ocuparse de lo que correspondería a su edad. En la actualidad, existen intervenciones diseñadas específicamente para potenciar el desarrollo de un apego seguro o mejorar patrones de apego inseguros con prometedoras aplicaciones a esta población (Juffer, Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2005).

Posteriormente, nuestra intervención tiene que orientarse a potenciar los recursos y facultades del individuo y las familias, a conferirles poder para recobrar la independencia y el control sobre sus vidas. Para ello, es necesario que los profesionales lo presupongan posible y que refrenen su conducta controladora, ayudando sin sustituir.

Algunos autores (Caplan, 1993; Gómez y Kotliarenco, 2010) presentan un enfoque de terapia familiar centrado en la resiliencia, la cual se entiende como la capacidad de sobreponerse a la adversidad de forma creativa, transformando el suceso negativo y potencialmente dañino en un aprendizaje enriquecedor (Gómez *et al.*, 2007). Este enfoque va más allá de la resolución de problemas, puesto que se ocupa de su prevención al movilizar los “recursos latentes de la familia que sufre, contribuyendo a que supere con mayor eficacia la adversidad y se recupere fortalecida

gracias al apoyo y colaboración mutuas” (Walsh, 1996: 28), minimiza los efectos negativos, potencia su adaptación ante retos futuros.

En general, será necesario mejorar la competencia del individuo para dominar ciertas dificultades o situaciones de estrés y favorecer una reacción más adaptativa. Esto incluiría las habilidades comunicacionales y de ayuda mutua; la capacidad para el manejo de las emociones, que ayude a identificar, elaborar y comunicar sentimientos; la prevención de conflictos, que sirva para anticipar las consecuencias de sus conductas y sus decisiones o, una vez que los conflictos han aparecido, para entrenar la habilidad de resolución de problemas (que, podría incluir, pedir ayuda de manera adecuada) y aumentar su autoeficacia y optimismo. Por otro lado, sería también necesario potenciar el apoyo social-cognitivo, emocional y material.

En muchos casos, los servicios sociales que intervienen en los diferentes casos proporcionan sólo ayuda material (por ejemplo, económica), sin considerar que la asistencia y reparación retrospectiva son insuficientes por sí solas. Serían más efectivas acciones preventivas comunitarias y globales que contribuyeran a la solución de la grave problemática psicosocial de base (Navarro, 2002; Packman, 2006).

Por último, volvemos a resaltar lo importante que resulta la relación entre la familia y los recursos y de estos últimos entre sí. No puede olvidarse que este tipo de familias suele interactuar con múltiples servicios durante largos periodos, sufriendo la tensión de su propia problemática y el estrés adicional que provoca el trato con estos servicios. Pero, además, es necesario prestar atención a las consecuencias sobre los profesionales para quienes muchas veces el trabajo con familias multiproblemáticas parece desalentador y agotador (Gómez *et al.*, 2007). Con frecuencia hay en los profesionales sentimientos de desaliento, frustración, impotencia o fracaso, los cuales será importante gestionar adecuadamente en beneficio tanto del profesional como del caso, pues contribuyen, a modo de profecía autocumplida, a la cronificación de los problemas de las familias multiproblemáticas. Cuidar al profesional de reacciones típicas, como el agotamiento o “síndrome de estar quemado”, descrito por González (2004), a causa del

elevado tiempo que dedican a la atención de personas con problemas de alto contenido emotivo y al hecho de que una filosofía principalmente humanista “choca frontalmente con la deshumanización, la despersonalización y la burocracia de los sistemas de protección social donde éstos trabajan”. O las descritas por Coletti y Linares (1997): la angustia de la espera, para evitar que el profesional sustituya a la familia en vez de activarla, y la ansiedad de la cronicidad, el fracaso, las recaídas, ayudándole a manejar los momentos de involucramiento y alejamiento emocional.

Para la prevención de estos problemas en los profesionales, resulta primordial la formación continua, compartir los casos, la discusión y supervisión —lo cual ayudará a tomar distancia y reflexionar, expresar sentimientos y dificultades, aprender a leer los pequeños avances y a resaltarlos con entusiasmo, para poder recurrir a ellos en momentos de recaídas y retrocesos— y el replanteamiento de los objetivos y las intervenciones, sin temer dar marcha atrás y modificar las estrategias. Desde la perspectiva sistémica, se enfatiza la importancia de clarificar y reflexionar sobre las propias relaciones familiares, pues puede ayudar a reconocer cuando las vivencias dentro de la propia familia interfieran en la relación con la familia en tratamiento. En todo caso, el profesional debe ser consciente en todo momento del rol que ocupa con respecto al sistema familiar concreto con que está trabajando, pues, como antes se ha adelantado, un análisis y reflexión sobre la problemática debe incluir no sólo la estructura y relaciones intrafamiliares, sino también, y más aún que en otros casos, la relación de esa familia con el sistema amplio en que se encuadra, y de otros subsistemas externos entre sí.

Exposición breve de un caso

ANTECEDENTES DEL CASO

Se trata de una familia con 5 miembros: Juliana, de 50 años, ama de casa; su marido, Francisco, de 54 años, albañil en paro; y sus tres hijos: María, de

24 años, dependiente, que acude a casa sólo los fines de semana, José, de 20 años, y Antonio, de 17, sin estudios y en paro.

Juliana, la “paciente identificada”, se encontraba en tratamiento psiquiátrico en un Centro de Salud Mental desde 2002, con los diagnósticos de “retraso mental leve” y “trastorno depresivo con síntomas psicóticos”; fue derivada en 2007 a un Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC), un recurso multiprofesional de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera que trabaja en estrecha colaboración con el anterior recurso, y cuya seña de identidad es el trabajo en el entorno más próximo de la persona, pues los profesionales se desplazan al domicilio o entorno comunitario.

Este caso, nos pareció que se encuadraría dentro de la definición de familias multiproblemáticas por la presencia de problemas graves y múltiples en varios de los miembros, el aislamiento social y la intervención de numerosos recursos asistenciales.

DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

La relevancia en este caso de la presencia de una enfermedad mental en la madre procede del hecho de que afectó de forma significativa la vida familiar. Desde el inicio de los síntomas más graves, hace aproximadamente diez años, se generó en la familia una situación confusa, incierta y tensa, de tristeza en algunos y frustración o ira en otros, lo cual supuso para todos ellos buscar una organización diferente de la que tenían.

Las dificultades para adaptarse a esta nueva situación (en el nivel individual y familiar) configurarían con el tiempo una familia desestructurada y desorganizada, con un sistema de roles totalmente invertido.

En líneas generales, podría decirse que el subsistema parental, formado por un padre, cada vez más periférico y con menor presencia e incidencia afectiva en la vida familiar, y por una madre que adoptó un rol de enferma, irresponsable e incapaz, no habría podido desempeñar un papel normativo adecuado. Como consecuencia, los hijos y otros adultos o instituciones tuvieron que asumir el rol parental, lo cual es típico en las familias multiproblemáticas. En este caso, los tres hijos y una auxiliar

a domicilio del Ayuntamiento se habían ocupado de la organización doméstica, repartiéndose tareas y responsabilidades, incluido el cuidado y atención de su madre (darle la medicación, acompañarla a las citas, darle la asignación para sus pequeños gastos e incluso decidir la ropa que debía ponerse). Todo ello había alimentado el sentimiento de frustración e inutilidad de Juliana y había sido fuente frecuente de hostilidad y conflictos dentro del domicilio, generando frecuentes episodios de violencia, con insultos y agresiones mutuas, que deterioraban progresivamente la comunicación intrafamiliar y contribuían a un debilitamiento del vínculo y un alejamiento emocional entre los miembros. Así, la otra función parental básica, de aporte de cuidado y cariño, también se había visto afectada.

Junto a esta problemática, la familia había presentado importantes dificultades económicas, educativas, laborales, de vivienda y legales. Los escasos ingresos económicos, procedentes únicamente del subsidio por desempleo del padre y de alguna aportación de la hija mayor a los gastos eran administrados muy deficientemente. Podían tener una videoconsola junto a la nevera vacía. No pagaban el alquiler de la casa desde hacía meses, con lo que los desperfectos que se iban originando no se reparaban y las condiciones de habitabilidad empeoraban en una vivienda ya de por sí con muchas carencias.

Además de estos problemas internos, la familia no disponía de una red social de apoyo normalizada, siendo ésta la meramente profesional. El escaso contacto que tenían con la familia extensa lo habían ido perdiendo y tampoco contaban con amistades u otras relaciones, excepto las que tenían los hijos con su grupo de iguales. En el caso de los dos hijos menores, estas relaciones eran preocupante debido a problemas delictivos menores (por ejemplo, enfrentamientos con la policía) en los que se habían visto involucrados.

Por su escasa adaptabilidad y flexibilidad, toda esta situación generaba crisis constantes que desestabilizaban el funcionamiento de la familia, lo cual bloqueaba la evolución del sistema en lo que sería un ciclo evolutivo familiar normal, esto es, con un aumento progresivo de la diferenciación mutua y la construcción de proyectos de vida independientes (Erickson,

1982; Haley, 1973). Pero la familia no se movilizaba para hacer ningún cambio, sino sólo para pedir ayuda externa, la cual solía ser económica o material. Ello sólo aumentaba progresivamente la delegación de funciones y disminuía las competencias de los miembros adultos que debían asumirlas, lo cual, hasta ese momento, no había llevado a ninguna parte.

LÍNEAS GENERALES DE TRATAMIENTO

El trabajo con Juliana y su familia por parte del EASC se mantuvo desde 2007 hasta la actualidad, pasando por diferentes fases y adoptándose diferentes líneas de intervención a lo largo del tiempo.

Al inicio, se adoptó una postura sobreproteccionista y directiva, para lo cual se empezó realizando dos visitas semanales a Juliana y a sus familiares.

Un día a la semana acudía un educador social que, con el objetivo de que Juliana fuese recuperando sus competencias y habilidades y asumiese un rol más activo y adecuado en la familia, empezó ayudándola a estructurar su tiempo y a aumentar progresivamente sus actividades y tareas.

Otro día acudía un trabajador social o un psicólogo para intervenir en la familia, con los objetivos de mejorar la conciencia de los problemas y aumentar la motivación y adherencia al tratamiento de la madre; ofrecer apoyo y contención, facilitando un espacio de descarga y desahogo si lo necesitan; asesorar y apoyar en la relación con otros servicios (por ejemplo, en la realización de trámites para obtener una pensión no contributiva para la madre); tratar los problemas internos de relación; y hacer un trabajo de reestructuración de roles, básicamente intentando modificar la imagen de enferma de la madre, que con el tiempo habían creado entre todos, para que pudiesen ir volviendo a delegar funciones en ella.

Discusión

En este caso, el trabajo se realizó sobre todo en el nivel individual cuando se entendió que la persona diagnosticada con una patología de enferme-

dad mental era “la paciente”; se intervino con la familia únicamente en la medida en que ésta facilitaría el tratamiento. Éste es un abordaje que compartimenta a la persona, en el cual no se interviene en el sistema total, sino en determinadas “partes” del individuo problema y de la familia, quienes contribuyen a la estigmatización y a la cronificación de la enfermedad mental (motivo por el que nos planteamos sería necesario un cambio de visión).

Por otro lado, se dedicó especial atención a aspectos del encuadre —en los cuales se intentó marcar límites claros y firmes en la intervención— y al trabajo en red, en coordinación con los múltiples recursos que apoyaban en el caso (Servicios Sociales del Ayuntamiento de la localidad, Salud Mental, Atención Primaria, Centro de Día, etc.). Se establecieron reuniones periódicas con todos ellos, en un intento de evitar que se solapasen objetivos e intervenciones, así como la saturación de profesionales y de la propia familia. McNeil y Herschell (1998) recomiendan, en los casos de sobreintervención profesional como éste, la estrategia de priorizar las derivaciones al igual que debe hacerse con las metas, utilizando una estrategia más secuencial que simultánea de derivación. En este caso, la intervención simultánea de muchos profesionales de diferentes ámbitos de intervención pudo saturar los recursos de respuesta de la familia y limitaron el éxito de la intervención. Quizá un criterio más adecuado de funcionamiento hubiese sido la intervención de un equipo de profesionales mínimo necesario, quienes recurrieran, eso sí, al resto de la red cuando se saturaran los recursos de respuesta, puesto que algunos autores consideran en todo caso que ningún equipo puede lidiar por sí solo con todos los pedazos de solución necesarios para superar ciertas dinámicas de funcionamiento entre las familias y los profesionales (Haz, Díaz y Raglianti, 2002).

Con el paso del tiempo, se consiguieron avances discretos en prácticamente todos los objetivos inicialmente planteados. Se consiguió una mayor autonomía y una implicación más activa especialmente de parte de Juliana en los ámbitos familiar y social (menos en el área ocupacional), que repercutió de forma directa en una mejora de su salud física y mental (al aumentar, por ejemplo, la adherencia a los tratamientos o su autoestima

personal) y en una disminución de la sensación de carga familiar y de los conflictos internos en la familia, resultados reforzados con la intervención en el resto de la familia.

No obstante lo anterior, los profesionales del EASC seguían percibiendo que la motivación al cambio era escasa, pues era más extrínseca que intrínseca, y las crisis que la paralizaban, constantes. La familia “cumplía con las tareas” pactadas mientras la supervisión y ayuda era estrecha, pero continuaba teniendo muchas dificultades. Esto fue generando en los profesionales —y probablemente también en la familia— un sentimiento de frustración e impotencia creciente, por lo que el equipo decidió delegar de manera progresiva funciones y responsabilidad a la familia. Con ello, se pretendía adoptar una postura únicamente de apoyo y contención, prestando una ayuda más activa sólo de forma puntual.

Resulta curioso que se percibiese esta delegación de responsabilidad como consecuencia del fracaso, cuando debiera ser percibida más bien, y por el contrario, como un efecto del éxito. Tal vez ello se relacione con prestar una especial atención a los aspectos deficitarios del sistema y sus miembros, frente al enfoque de la resiliencia, que no implica negar o minimizar los problemas, por ejemplo, de salud mental o violencia intrafamiliar, sino reconocerlas como tales y derivar a instancias especializadas para su tratamiento cuando sea necesario, tratando, al mismo tiempo, y como tarea fundamental, de identificar y potenciar áreas “sanas”, de cara a aumentar la capacidad futura para enfrentar problemas similares o de otra índole.

Lo más negativo de esta percepción de fracaso de los profesionales es quizás que fue transmitida así a la familia. En este sentido, podría haber resultado útil realizar con más frecuencia, como recomiendan McNeil y Herschell (1998), revisiones de los avances con la familia, tanto entre los propios profesionales como con los miembros del grupo familiar, con miras a facilitar la sensación subjetiva de éxito y potenciar la motivación.

Conclusiones

El trabajo con familias multiproblemáticas es largo y costoso. Constituye una intervención que se prolonga en el tiempo y que, a pesar de la importante dedicación requerida, no consigue grandes resultados en la mayoría de las ocasiones. Es muy fácil sufrir retrocesos o “pasos para atrás” en objetivos que se creían ya conseguidos; las crisis y dificultades parecen no terminar nunca. Todo esto supone un factor de desestabilización añadido en aquellos miembros de la familia con problemas de salud mental; de ahí la importancia de desarrollar y programar intervenciones más eficaces basadas en la reflexión y en la evidencia.

Además, genera importantes consecuencias en los mismos profesionales que intervienen en el caso, las cuales resultarán muy relevantes, pues no es sólo el tipo de problema que presente la familia o la gravedad de éste lo que determinará el pronóstico e incluso la consideración de una familia como multiproblemática. Esto, a su vez, abonará el terreno para un desenlace u otro (Ramos *et al.*, 2006). La evolución de la familia dependerá también del contexto en que se aborde la problemática familiar (por ejemplo, en el ámbito social o clínico, como el caso que hemos presentado), que incluiría aspectos como los recursos o capacidad de intervención de que dispongan (o crean disponer) los profesionales, de los estereotipos con que trabajen (Oliva y Michelena, 2009) o de la definición del foco de intervención.

Según Aponte (1991), las familias multiproblemáticas presentan problemas ecosistémicos que requieren intervenciones ecosistémicas. El contexto profesional no debe ser un impedimento para realizar intervenciones terapéuticas adaptadas a estas familias. En este sentido, en la actualidad se están proponiendo modelos de intervención alternativos, como el enfoque de la resiliencia familiar, que autores como Gómez y Kotliarenco (2010) o Sousa (2008) consideran prometedores debido a los resultados iniciales positivos que se están encontrando tras la implementación de programas bajo este enfoque (Gómez, Cifuentes y Ross, 2010).

Este trabajo no pretende ser una revisión teórica sobre el concepto de familias multiproblemáticas o sobre las estrategias de intervención que

otros autores han realizado previamente, sino aportar una visión más aplicada de la teoría, reflexionando y analizando formas más tradicionales de intervención en el ámbito psicosocial con familias multiproblemáticas, que pueda servir como retroalimentación ante la modificación de estas estrategias, tanto para los profesionales que trabajan directamente con estas familias como para los responsables de organizaciones sociales frente a un cambio en las políticas de inversión o estrategias de intervención. No obstante, se precisa mayor investigación sobre metodologías de intervención eficaces, de cara al aumento del cuerpo de conocimientos científicos.

REFERENCIAS

- Aponte, H. J. (1976). Under-organization in the poor family. En P. J. Guerin (comp.). *Family Therapy*. Nueva York: Gardner.
- (1981). Structural family therapy. En A. S. Gurman y D. P. Kins Kern (comps.). *Handbook of Family Therapy*. Nueva York: Brunner-Mazel.
- (1991). Training on the person of the therapist for work with the poor and minorities. En G. K. Lewis (ed.). *Family Systems Application to Social Work*. Nueva York: The Haworth Press.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- (1990). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cancrini, L.; De Gregorio, F. y Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti y J. L. Linares (comps.). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- Caplan, G. (1993). Psicología orientada a la población. Teoría y práctica. En J. Navarro; A. Fuertes y F. J. Bustamante (coords.). *Ensayos y conferencias sobre prevención e intervención en salud mental*. Salamanca: Junta de Castilla y León.
- Carl, D. y Jurkovic, G. (1983). Triángulo entre agencias: problemas en las relaciones agencia-familia. *Family Process*, 22, 441-451.

- Casas, F. (1985). *La terapia familiar y el enfoque de Virginia Satir*. Recuperado el 10 de junio de 2012, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pdf-000197.pdf>.
- Colapinto, J.; Minuchin, P. y Minuchin, S. (1988). *Working with Families of the Poor*. Filadelfia: Reviews Temple University.
- Coletti, M. y Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- Erickson, M.H. (1982). My voice will go with you. En S. Rosen (comp.). *The Teaching Tales of Milton Erickson*. Nueva York: W. W. Norton and Co.
- Escartín, M. J. (2004). Familias multiproblemáticas y servicios sociales. *BITS: Boletín Informativo Trabajo Social*, 6. Recuperado el 20 de junio de 2012, de <http://www.uclm.es/bits/sumario/28.asp>.
- Gastañaga, J. L., Ruano, M. J. y Vicente, C. (1995). La intervención con familias multiproblemáticas. *Documentación social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 98, 171-179.
- Gómez, E.; Cifuentes, B.; y Ross, M.I. (2010). *Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile*. *Universitas Psychologica*, 9, 817-833.
- , Muñoz, M. y Haz, A. M. (2007). *Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención*. *Psyche*, 16, 43-54.
- y Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19, 103-132.
- González, V. (2004). Familias multiproblemáticas, dificultades de abordaje. *Trabajo Social*, 6, 145-156.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy*. Nueva York: W. W. Norton and Co.
- Haz, A.M.; Díaz, D. y Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención para abordar problemas de riesgo. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 23-28.
- Imber-Black, E. (2000). *Familias y sistemas amplios. El terapeuta familiar en el laberinto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Jackson, D. (1981). El problema de la homeostasis familiar. En I. Winkin (ed.). *La nueva comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Juffer, F.; Bakermans-Kranenburg, M. y van Ijzendoorn, M. (2005). Enchancing children's socio-emotional development: A review of intervention studies. En D. M. Teti (ed.) *Handbook of Research Methods in Developmental Science*. Oxford: Blackwell.

- Kagan, R. y Schlosber, S. (1989). *Families in Perpetual Crisis*. Nueva York: Norton and Company.
- Linares, J. L. (1997). Modelo sistémico y familia multiproblemática. En M. Coletti y J. L. Linares (comps.). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- Lindsey, D.; Martin, S. y Doh, J. (2002). The failure of intensive casework services to reduce foster care placements: An examination of family preservation studies. *Children and Youth Services Review*, 24, 743-775.
- Lorenzo, J. (1993). Intervención profesional con familias multiproblema desde los servicios sociales municipales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 2, 153-168.
- Mazer, M. (1972). Characteristic of multiproblem house hold: A study in psychosocial epidemiology. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, 23-54.
- McNeil, C. y Herschell, A. (1998). An essay for practitioners. Treating multiproblem, high stress families: suggested strategies for practitioners. *Family Relations*, 47, 259-262.
- Minuchin, S.; Montalvo, B.; Guerney, B.; Rosman, B. y Schumer, F. (1967). *Families of the Slums: An exploration of their Structure and Treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Navarro, I. (2002). *Intervención psicosocial con familias multiproblemáticas: la perspectiva ecológica*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Oliva, V. y Michelena, A. (2009). *El caso, el contexto y la trama. Narrativas que demandan nuevos desenlaces*. Recuperado el 7 de mayo de 2012 de <http://www.etfsantpau.com/mediapool/67/674939/data/OLIVA.pdf>.
- Pakman, M. (2006). Reducción del riesgo en familias multiproblemáticas: la micropolítica de la justicia social en la asistencia en salud mental. *Terapia familiar y de pareja*, 42, 698-717.
- Powell, M. y Monahan, J. (1969). Reaching the reject trough multifamily group therapy. *International Journal of Groups Psychotherapy*, 19, 35-43.
- Ramos, R.; Borrego, M. y Sanz, A. (2006). La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas (II), una investigación clínica. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 17, 111-127.
- (2007). Propuestas para un abordaje sistémico con familias multiproblemáticas. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 18, 55-162.
- Rodríguez, A. (2006). *Concepto de familias multiproblemáticas*. Recuperado el 5 de mayo de 2012, de <http://www.psicooactiva.com/arti/default.asp?id=40&dp=0>.

- Scott, D. (1959). *Multiproblem Families as a Concern to the Community*. Victorian Council of Social Services.
- Selig, A.L. (1976). The myth of the multi-problem family. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 526-532.
- Sharlin, S. y Shamai, M. (1995). Intervention with families in extreme distress (FED). *Marriage and Family Review*, 21, 91-122.
- Sousa, L. (ed.) (2008). *Strengthening Vulnerable Families*. Nueva York: Nova Science Publishers.
- Thierney, L. (1976). *Excluded Families*. Nueva York: Columbia University Press.
- Voiland, A. (1962). *Family Casework Diagnosis*. Nueva York: Columbia University Press.
- Walsh, F. (1996). *El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío*. *Family Process*, 35, 261-281.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. H. y Fish, R. (1986). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Wynne, L. C. (1984). Un modelo epigenético de procesos familiares. En C. Falicov (comp.). *Transiciones en la familia*. Buenos Aires: Amorrortu.