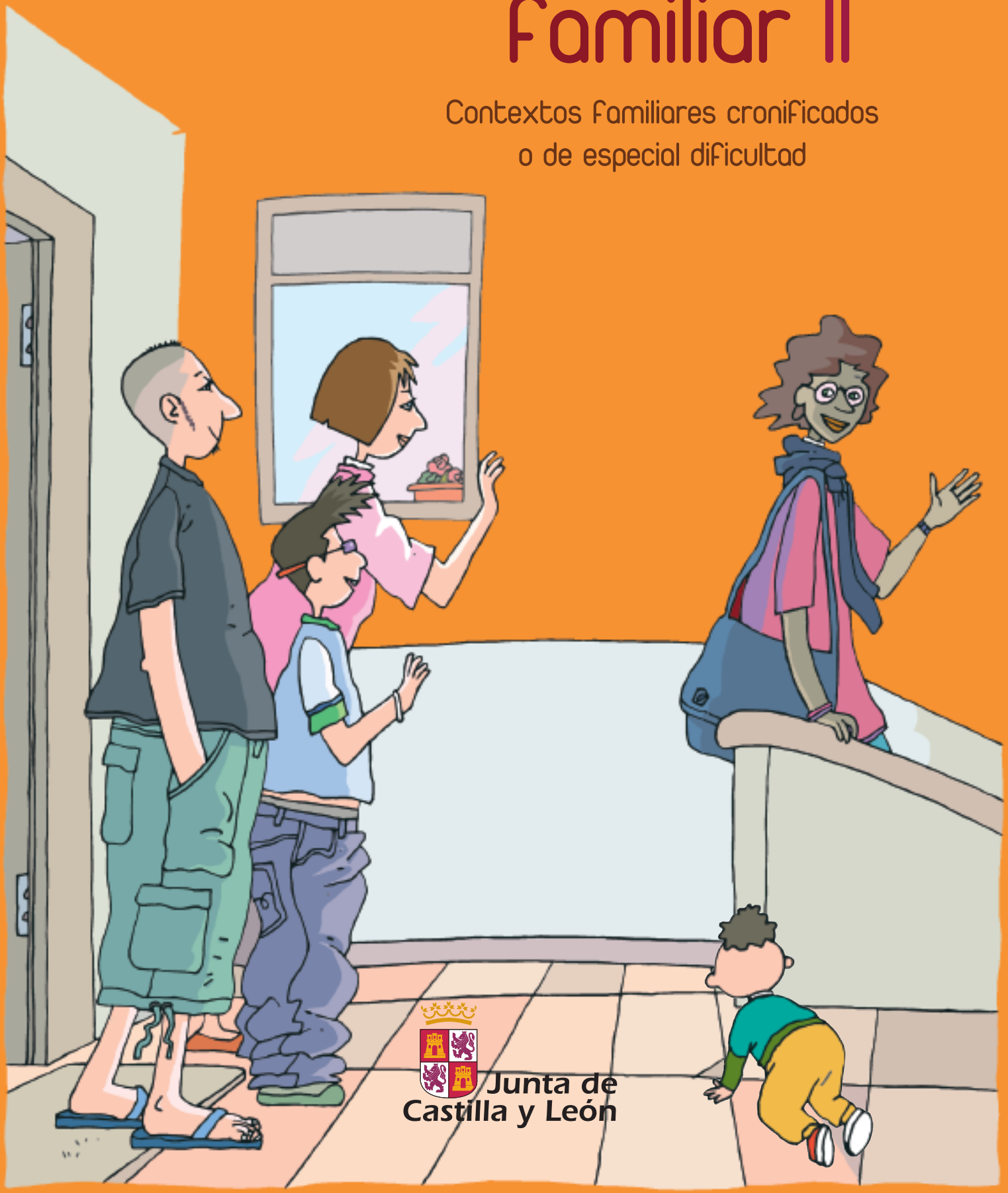
Valentín Escudero

Guía práctica para la intervención familiar II

Contextos familiares cronificados o de especial dificultad



Junta de Castilla y León

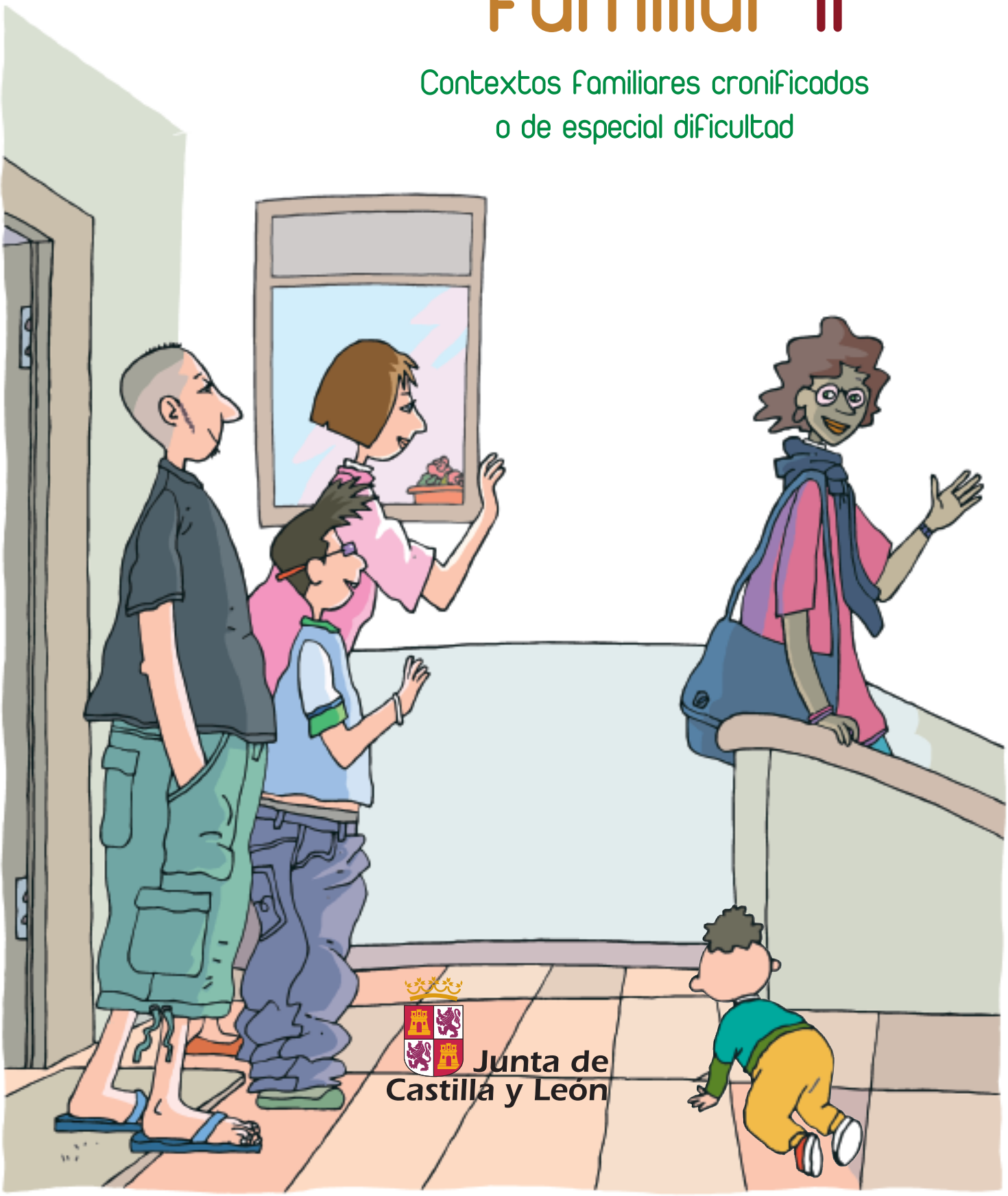
Valentín Escudero

Guía práctica para la intervención familiar II

Valentín Escudero

Guía práctica para la intervención familiar II

Contextos familiares cronificados o de especial dificultad



Junta de Castilla y León

Coordinación de la edición: M.ª Concepción Loma Rodríguez

© *Guía práctica para la intervención familiar II.*
Contextos familiares cronificados o de especial dificultad
Junta de Castilla y León, 2013
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Gerencia de Servicios Sociales

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

Índice

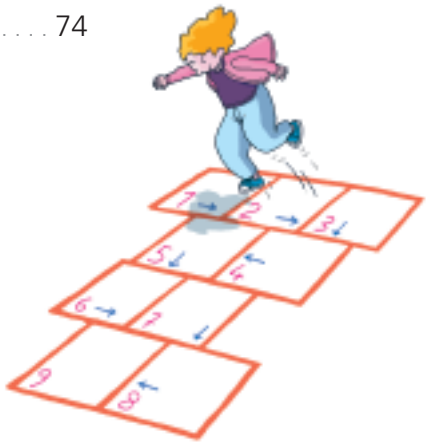
Introducción: cómo usar esta guía 7

1. Cuanto la intervención no funciona porque el problema es crónico... y viceversa 9

1.1 ¿Qué se hace crónico? ¿el contexto de riesgo, la familia, o el caso? 11
1.2 ¿Qué hemos de tener en cuenta? 13
1.3 La cronicidad como objetivo de intervención 15
1.4 Diagnosticar los perfiles de cronicidad 17
1.5 Factores que explican y mantienen la cronicidad 21
1.6 Diversidad y funcionamiento familiar: etnicidad, aculturación, y pobreza 32
1.7 Tener un problema y tener control sobre el problema 38
1.8 Cuadro resumen 41

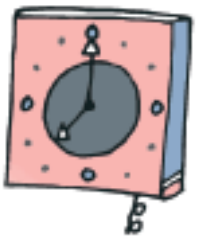
2. Cuando la enfermedad es invisible: trastornos del apego y trauma relacional 43

2.1 La teoría del apego como un mapa para orientar la intervención 46
2.2 Tipos de conducta de apego 51
2.3 Trauma relacional 58
2.4 La "enfermedad invisible" y su trayectoria evolutiva 60
2.5 El apego en la relación de ayuda 67
2.6 Comenzar desde el embarazo es la mejor opción 69
2.7 Cuadro resumen 74



3. Cuando hay una dificultad especial que requiere una intervención especializada y/o intensiva 77
3.1 Trabajar con una buena hoja de ruta 80
3.2 El caso de la enfermedad mental 84
3.3 Qué determina el efecto que tienen en los menores los problemas de salud mental de sus padres 90
3.4 Vulnerabilidad y resiliencia en las familias 95
3.5 Crear una comunidad de afectados 100
3.6 La emoción expresada en la comunidad de afectados 102
3.7 Alcoholismo y otras adicciones 104
3.8 El trabajo con la familia alcohólica: la comunidad de afectados 108
3.9 Cuadro resumen 115

4. Principios prácticos para la intervención en contextos cronificados o de especial dificultad 119
4.1 Diez ideas esenciales para la supervivencia en casos difíciles 121
4.2 Crear un contexto de intervención eficaz en tres pasos 129
4.3 Crear una asociación productiva entre las preocupaciones y los recursos (PxR=C) 138
4.4 Cuadro resumen 156

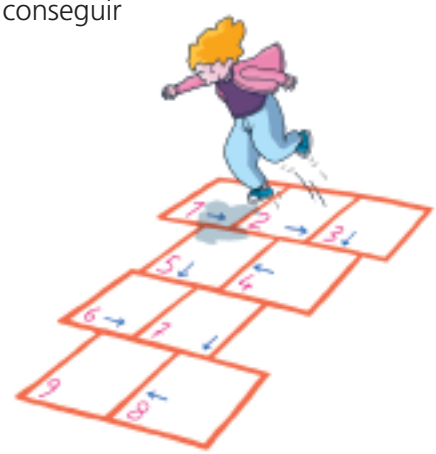


Introducción: cómo usar esta guía

Esta Guía Práctica para la Intervención Familiar II (Guía II en adelante) complementa la Guía Práctica para la Intervención Familiar (Guía I en adelante), publicada por la Gerencia de Servicios Sociales en 2009, y ambas publicaciones deberían utilizarse de manera conjunta. En concreto esta Guía II se asienta en conceptos y directrices generales descritas y explicadas en la Guía I, por lo que su comprensión y utilidad puede estar sesgada si no se ha leído previamente la anterior.

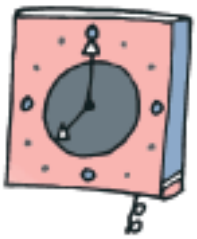
La presente guía pretende ofrecer algunas claves para entender y atender mejor algunos casos que generalmente se califican como difíciles entre los profesionales. En concreto esta Guía II se centra en estrategias y directrices para tres tipos de problemas que son frecuentes en los programas de atención familiar en el marco de los servicios sociales en general y en los programas de protección a la infancia en particular:

1. Cuando nuestra ayuda a la familia resulta poco eficaz o está estancada en contextos de riesgo o de vulnerabilidad que se califican como **crónicos** porque llevan mucho tiempo sin cambios, sin soluciones, a pesar de que se han producido intervenciones prolongadas o reiteradas en el tiempo.
2. Cuando en nuestro trabajo aparecen **los trastornos del apego** asociados a experiencias negativas o traumáticas de crianza, como la negligencia prolongada, el abuso, y el maltrato. Las consecuencias negativas de estas experiencias generan con frecuencia "casos difíciles" porque esas dificultades en la relación afectiva y de crianza con facilidad evolucionan hacia conductas conflictivas en la adolescencia, que además pueden mantenerse a lo largo del ciclo de vida. Una de las consecuencias de un trastorno severo del apego suele ser la enorme dificultad en el establecimiento de relaciones personales de confianza, incluida la relación de ayuda que nosotros necesitamos establecer para conseguir una intervención eficaz.



3. Cuando nos enfrentamos a casos que suelen sobrepasar la capacidad de nuestros equipos de atención familiar porque la situación de riesgo y vulnerabilidad está asociada a una **dificultad o patología que requiere un tratamiento intensivo o especializado**, como es la presencia de un problema severo de salud mental, alcoholismo u otra adicción en los progenitores.

Esta Guía obviamente no pretende ser un tratado sobre todos los trastornos y factores de dificultad que se analizan en cada capítulo. Simplemente pretende ofrecer unas directrices básicas y sencillas para entender bien la influencia de dichos factores en la labor de intervención familiar en el marco de los servicios sociales. La fuente de la que emanan esas directrices básicas es el trabajo formativo realizado por el autor con los equipos del Programa de Apoyo a Familias de Castilla y León de manera continuada desde el año 2007 hasta el 2012, bajo el auspicio y coordinación de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Dicha formación ha sido siempre de carácter práctico y ha incluido la presentación y análisis de casos por parte de todos los profesionales participantes. De especial importancia, como fuente de esta Guía II, fue el *'Curso de Supervisión de Casos'* que se realizó durante el año 2009, con más de 40 profesionales de 37 equipos de atención familiar. Se analizaron casos de todos esos equipos en grupos pequeños, con un seguimiento posterior del impacto que la supervisión había tenido en dichos casos.



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

Guía práctica para
la intervención
familiar II

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

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

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

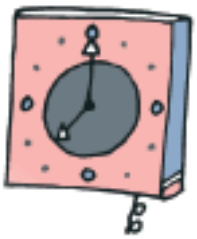
- Los factores y circunstancias de la familia que pueden asociarse a una cronificación de las dificultades.
- El análisis de las reacciones negativas que se producen en el profesional, en el trabajador.
- Y, de forma más global, el contexto de pesimismo, e incluso de estigmatización que en ocasiones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

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

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

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

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



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

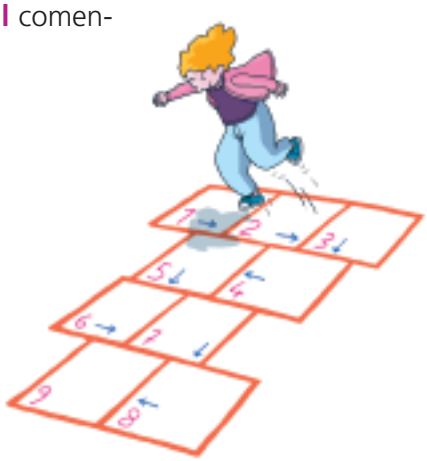
Podríamos añadir, en este nivel interpersonal o relacional, factores que se asientan en el marco de lo social, en **el nivel social**. Generalmente en las familias cronificadas nos encontramos con mucha frecuencia una situación de pobreza, de exclusión, a veces de gran aislamiento de la familia dentro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

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

1.2 ¿Qué hemos de tener en cuenta?

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

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



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

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

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

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

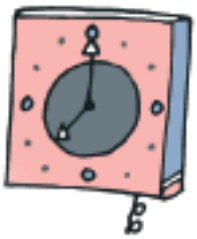
¿Analizando toda la historia de intervención con una familia que ha sido catalogada como cronificada, detectamos intervenciones fallidas?

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

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

¿Detectamos errores en el manejo de los tiempos?

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



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

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

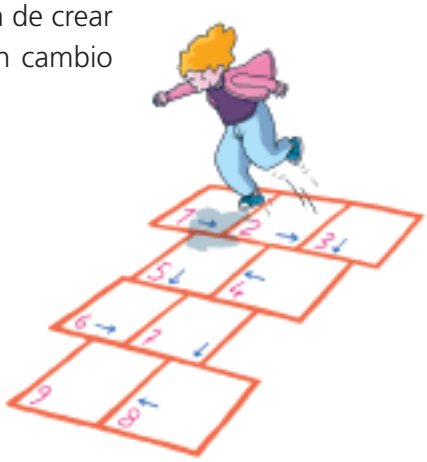
Esta última pregunta del análisis parece muy importante porque en bastantes casos nos hemos encontrado curiosamente con periodos de tiempo en los que determinadas intervenciones estaban funcionando adecuadamente. Incluso aunque no hubiesen tenido un resultado y un impacto muy grande o muy visible, visto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

1.3 La cronicidad como objetivo de intervención

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

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

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

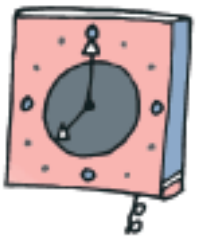


cíclico que finalmente revierte el problema o el nivel de riesgo a su nivel inicial. Dentro de esas alternativas hemos de considerar por un lado la posibilidad de imponer intervenciones y crear, a través de mecanismos de presión sobre la familia, una situación nueva que nos pueda llevar a la solución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

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

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

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



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

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

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

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

1.4 Diagnosticar los perfiles de cronicidad

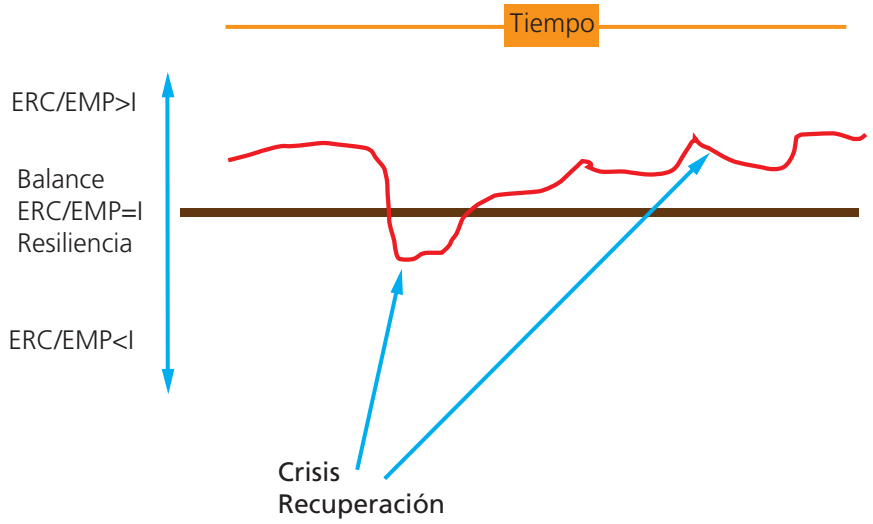
El estudio de casos analizados como representativos de contextos de riesgo y vulnerabilidad cronificada nos sugiere una tipología que puede resultar útil como "mapa" para entender y planificar el trabajo de intervención en la cronicidad.

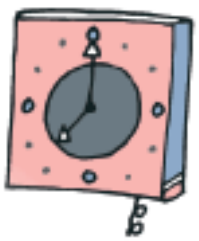
De forma resumida podemos definir tres patrones de cronicidad:

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

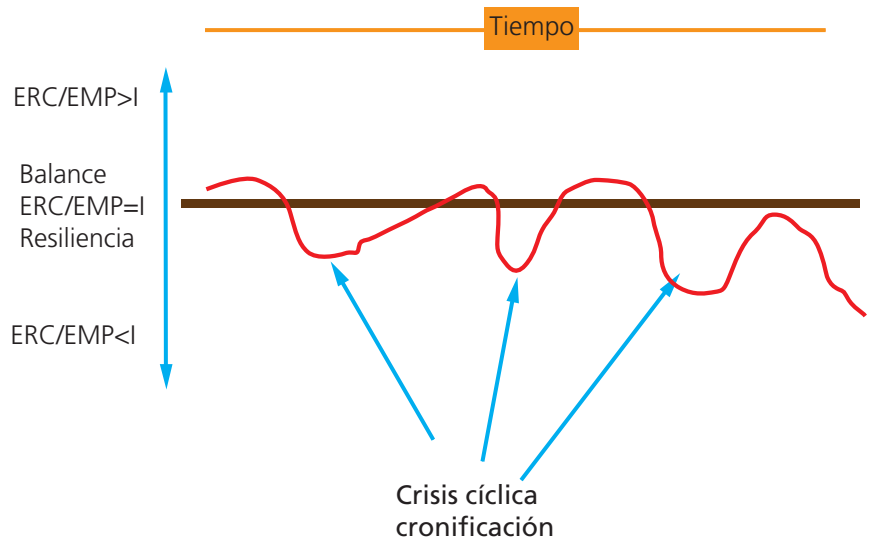
En la **figura 1** se muestra como a lo largo del tiempo se producen oscilaciones absolutamente normales en el equilibrio que tiene una familia en el balance entre su estructura de recursos para el cambio (ERC, la potencialidad de resiliencia y de afrontamiento de la familia) y la estructura que mantiene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

En esa **figura 1** vemos una situación de intervención en la que se produce en un momento temporal ***una crisis***, una bajada de la familia del nivel de afrontamiento y estabilidad por debajo de esa línea. Una crisis que en ocasiones puede llegar a elicitar la necesidad de una intervención profesional. Es una intervención puntual, que de una u otra manera consigue ayudar a generar un balance más positivo y recuperar a la familia sobre ese nivel de estabilidad.

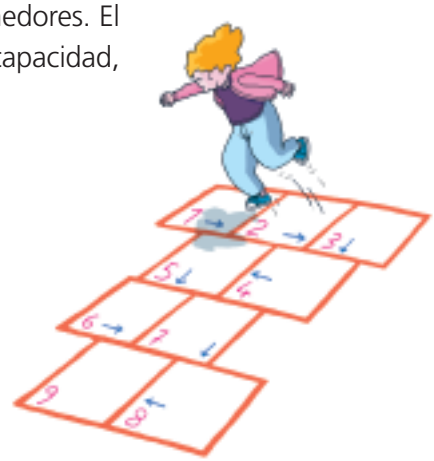




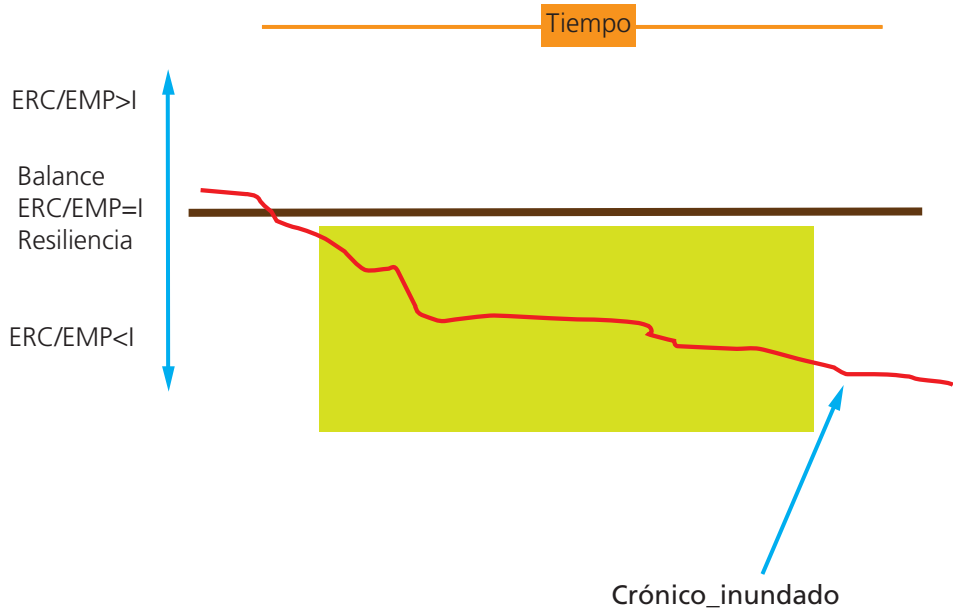
En la **figura 2** se representa uno de los perfiles más comunes de cronicidad, al que llamamos ***"cronificación por crisis cíclica"***. Lo que vemos en esta representación es que a lo largo del tiempo la situación de intervención en crisis que veíamos en la figura 1, se reproduce repetidamente y empieza a ser cada vez más profunda y más extendida en el tiempo la situación de vulnerabilidad y de crisis. Y cada vez es más tenue y más insegura la recuperación de la familia. Cuando esta situación se reproduce y se reitera a lo largo del tiempo, suele llegar un momento en que la familia no supera un umbral aceptable de afrontamiento y de protección. Lo complicado en estos casos es que con frecuencia el umbral de la intervención profesional se va desgastando, se va diluyendo, y el propio pesimismo sobre la capacidad de cambiar este perfil hace que la intervención termine formando parte de esta crisis cíclica. Y que las intervenciones se hagan puntualmente como una necesidad de parchear de alguna forma la situación, sin llegar a tener como objetivo central analizar cuáles son los factores que mantienen este perfil de cronificación y cuál es la estrategia más adecuada para romper este patrón.



El patrón de cronicidad ***"esquivo u oculto de gran deterioro"*** está representado en la **figura 3**. A pesar de que el deterioro de la situación de la familia es dramático y se ha producido a lo largo del tiempo en una clara línea de riesgo, la situación de intervención se produce muy tarde, con unas circunstancias de desequilibrio negativo que exigen por lo general medidas urgentes. Llamamos esquivo u oculto a este perfil porque suele darse en relación con problemas que tienen la ocultación o el aislamiento como uno de sus factores mantenedores. El abuso, algunas adicciones, el maltrato físico, la ocultación de una discapacidad,



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

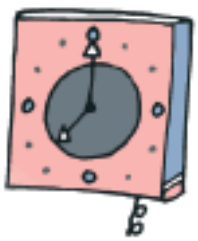


Un último perfil de cronicidad, que en cierta forma puede solaparse con alguno de los anteriores es aquel que está ***claramente asociado a un trastorno o enfermedad a su vez de tipo crónico***. Por ejemplo, una trayectoria familiar con ciclos de dificultad muy similares a los ciclos del curso de la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

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

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

La **figura 4** muestra una caracterización del marco de intervención en función de esas dimensiones. El proceso del problema cuando no hay cambios y está estancado en el tiempo puede ser crónico o crónico-crítico en función del



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

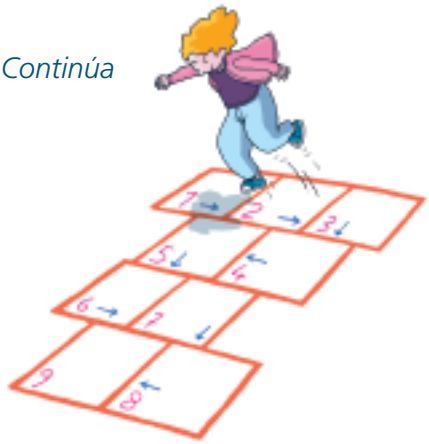
		proceso de cambio	
		estancado en el tiempo	avanza y recupera
nivel de riesgo/severidad	bajo	crónico	de apoyo
	alto	crónico-crítico	crítico

1.5 Factores que explican y mantienen la cronicidad

El estudio de los contextos familiares cronificados que hemos realizado a través del programa de análisis y supervisión de casos, en el que hemos analizado y trabajado con más de cien profesionales y más de cincuenta estudios de casos, nos ha llevado a plantear tres tipos de factores definitorios de los contextos cronificados, esos tres aspectos están resumidos en la **figura 5** y son:

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

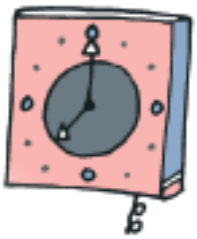
Continúa



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

Las características contextuales

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



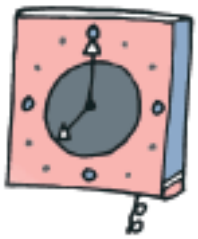
sobre la historia de intervención suele aportarnos un dibujo ilustrativo de la complejidad, de la reiteración y de la multiplicidad de servicios.

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

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

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

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

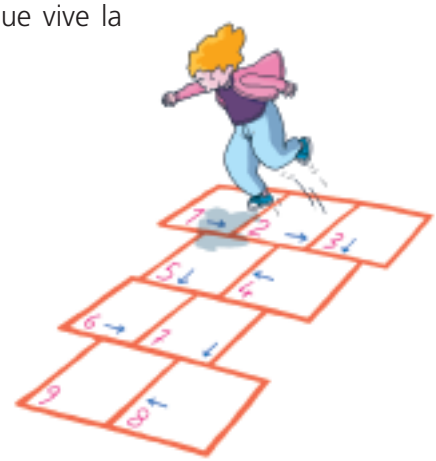


una asociación entre pobreza y aislamiento social. En algunos casos aislamiento de la familia respecto de la comunidad, en otros casos de la propia comunidad como un contexto cerrado al entorno social.

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

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

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

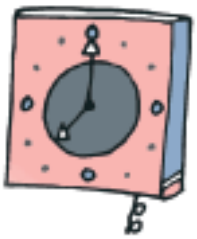


9. **Judicialización del contexto de intervención**. En algunas de las familias que hemos estudiado como ejemplos de contextos de intervención cronificados, nos hemos encontrado que se produce una implicación de la justicia en el marco de la intervención. Esta judicialización aumenta el nivel de tensión,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

Las características familiares

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

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

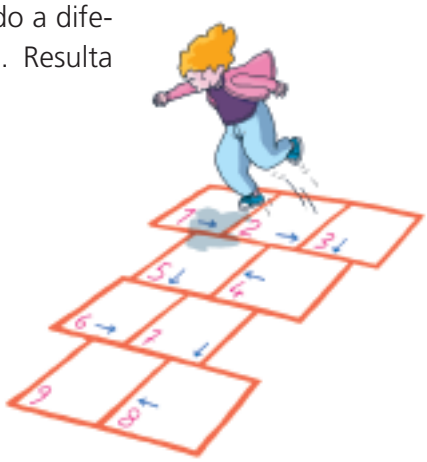


3. **Adicciones en dos o incluso tres generaciones**. Esta particular secuencia intergeneracional resulta muy común dentro de los casos estudiados como contextos cronificados. Es una particularidad del punto anterior, pero reseñable porque resulta muy complejo en ocasiones entender la transmisión de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

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

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

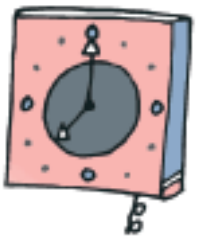
6. **Extensión de los síntomas o de las dificultades severas a varios miembros de la familia**. En el análisis realizado de casos considerados contextos cronificados en la intervención, llama la atención que nos encontramos con familias en las que un mismo tipo de problema (que a veces es somático, a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



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

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

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



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

Actitudes o posicionamiento ante los problemas

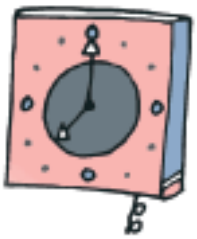
1. **Expectativas negativas de los profesionales sobre la familia**. Es fácil de entender que, a partir de todas las características comentadas previamente de los contextos cronificados, se puedan generar en los profesionales expectativas negativas sobre las soluciones y también acerca del pronóstico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

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

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

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

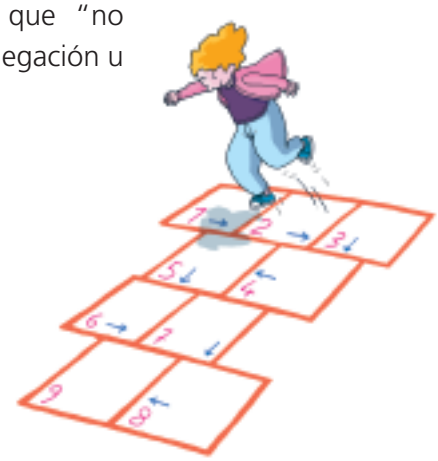
4. **Historia de mala relación entre la familia y los servicios sociales, dificultades de colaboración muy arraigadas**. La cronicidad del problema se ha generalizado en una cronificación de la mala relación entre la familia y los servicios sociales. En ocasiones nos encontramos con que las dificultades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



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

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

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

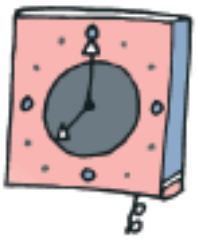


ocultación, como si fuera un ataque a nuestro trabajo de intervención, como si fuera una conducta deshonesta o de engaño personal hacia nosotros; o como si fuera una lucha en la que está en juego nuestra capacidad o reputación profesional al intentar no vernos engañados o descalificados por parte del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

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

1.6 Diversidad y funcionamiento familiar: etnicidad, aculturación, y pobreza

En ocasiones la diversidad cultural, de costumbres y modelos de familias, que por lo general es una fuente de riqueza, se torna una barrera cuando se produce una situación en la que la intervención familiar choca con diferencias graves entre el estándar de exigencia sobre las necesidades de protección a la infancia de nuestra cultura y la perspectiva de experiencias vitales de las



familias que forman parte o han sido socializadas dentro de otras comunidades étnicas o culturales. Las diferencias de todo tipo en el marco de las relaciones familiares, es decir, diferencias asociadas a la raza, a la etnia, a la religión, a la cultura, al género, a la orientación sexual, etcétera no tienen que considerarse en absoluto una fuente de dificultad. Incluso cuando esas diferencias son notables entre los trabajadores que forman parte del sistema de intervención y los usuarios de la intervención familiar. Esas diferencias en muchos casos comportan incluso un ámbito de aprendizaje y de crecimiento para todos los participantes en el sistema de intervención. Son, por lo tanto, una fuente de integración para la familia al igual que de aprendizaje y capacitación para la integración por parte de los profesionales.

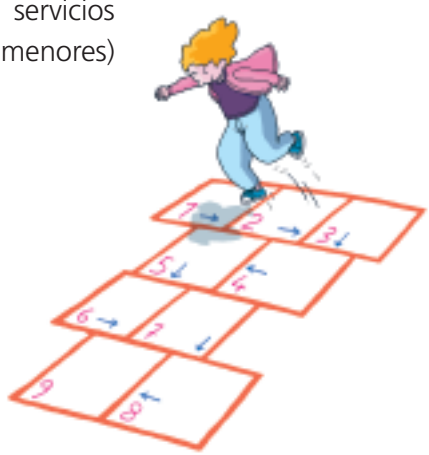
No obstante, en el estudio de algunos casos nos hemos encontrado con factores de este tipo asociados a la dificultad en el proceso de intervención, incluso a la dificultad en el establecimiento de la relación de ayuda con la familia. Esas dificultades han jugado un papel importante en la valoración de la vulnerabilidad de la familia. Esas características han podido pasar a formar parte de la estructura que mantiene el problema o del bloqueo en el proceso de cambio cuando se convierten en una barrera para la relación de trabajo entre el equipo profesional y la familia.

Podemos considerar para el análisis de estas situaciones especiales asociadas a factores de tipo cultural tres aspectos fundamentales, los cuales sin duda están relacionados entre sí:

- ***Diferencias étnicas en costumbres y funcionamiento familiar.***
- ***El proceso de aculturización.***
- ***Pobreza y deprivación social.***

Diferencias étnicas en costumbres y funcionamiento familiar

Hay bastantes estudios en la actualidad que han mostrado cómo las diferencias étnicas, que marcan por lo general las costumbres, entre los usuarios de los programas de atención familiar y los trabajadores de dichos programas pueden hacer más difícil el establecimiento de la necesaria alianza de trabajo que ha de basarse en un conocimiento mutuo y en una confianza mutua. Estas dificultades afectan en ocasiones a la confianza inicial en el contexto de intervención, que es un pilar esencial del modelo de intervención. Esos estudios han demostrado, por ejemplo, que algunas intervenciones en el marco de los servicios sociales (especialmente cuando tienen que ver con la protección a los menores)

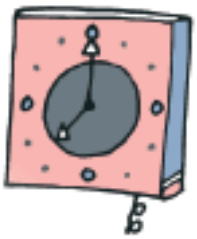


tienen un éxito mayor cuando los profesionales que las encarnan, se ajustan y reflejan de manera adecuada los valores de la comunidad de sus usuarios (bien en su estilo y lenguaje como en otras características visibles). Valores generalmente representativos culturalmente de la etnia a la que pertenecen.

Cuando la intervención está originada en una alarma sobre el nivel de desprotección de los menores y las normas (sociales y legales) de nuestra comunidad pueden aparentemente entrar en conflicto con algunas costumbres o normas de la familia, incluso en esos casos la capacidad de los trabajadores para reconocer las expectativas y las costumbres de esas familias, en lo concerniente al cuidado y a la protección va, a ser fundamental cara al establecimiento de una relación adecuada para promover una intervención eficaz. Nos encontramos con ocasiones en las que una situación de negligencia o una situación de abuso (por ejemplo, la utilización de un castigo físico o del trabajo de los menores) esté "justificada" dentro de la familia por aquello que ellos han vivido como norma aceptada en su comunidad. Es importante en esos casos que la intervención tenga una sensibilidad grande y esté adecuada al tipo de relación que vaya a considerarse aceptada dentro de la familia con la que vamos a trabajar. Tendremos que tomar en cuenta cómo funciona la jerarquía dentro de esa familia: cuáles son las figuras de autoridad, cuál es el estilo más apropiado para trabajar con subsistemas de la familia, cómo se debe proceder en los contactos iniciales y con quién deben realizarse, qué figuras, dentro de la comunidad a la que pertenece esa familia, de respeto y de autoridad pueden ayudarnos a establecer un puente de comunicación o de contacto para realizar la intervención. También va a ser importante que seamos capaces de enmarcar dentro de las costumbres y normas de esa comunidad lo que para nosotros son conductas de riesgo en relación con lo que es esperable dentro de una familia en el trato de respeto, afectividad y cuidado con sus menores.

Lógicamente nuestros indicadores de riesgo van a ser igualmente válidos y operativos para cualquier familia, pero el trabajo educativo, de negociación y de propuestas de cambio dentro de la familia, será bloqueado y descalificado si la familia tiene la oportunidad (o nosotros le damos la oportunidad) de rechazarlos porque no hemos tenido una consideración adecuada de sus particularidades culturales al relacionarnos con ellos. Dicho de otra forma, necesitaremos partir de entender y respetar el punto de vista cultural de esa comunidad incluso cuando nuestro objetivo claramente sea conseguir que esa familia cambie radicalmente alguna conducta de riesgo que puede generar o haya generado un daño.

La intervención de protección a la infancia se basa en la preservación de algunos valores y derechos de la infancia que son universales y están refrendados por la legislación de nuestro país. Estos derechos no son negociables pero sí hemos



de ser capaces de hacer esa intervención bajo el respeto a los valores específicos y diferentes en comunidades étnicas o culturales diversas. El estilo de las comunicaciones (las notificaciones, las presentaciones de los profesionales, las citas iniciales, etcétera) va a ser muy importante en el trabajo con comunidades étnicas diferentes. En ese estilo es fundamental que tanto las costumbres relacionadas con el género o con la edad sean bien manejadas por los técnicos de la intervención. **La manera en que dentro de cada comunidad cultural o étnica se negocian las cosas (dentro de la familia para la realización de tareas y la asunción de roles, como la negociación de la familia con su comunidad y con entidades o instituciones) es bastante diferente en cada cultura. Por ello se ha de tomar muy en cuenta cuál es la forma más adecuada de trabajo para no crear un círculo de antagonismo y rechazo continuo que puede ser parte de una cronificación del caso.**

El manejo de las emociones y de la comunicación dentro de la familia es muy diferente entre comunidades que provienen por ejemplo del Caribe o del norte o este de Europa, o culturas de los países latinos o mediterráneos. Y esas diferencias hacen que conductas que en unas culturas puedan considerarse cálidas y cordiales, en otras pueden considerarse frías e intrusivas. El conocimiento de las diferencias culturales y el trabajo con ellas en el proceso de intervención con la familia son cruciales. Debemos saber cómo comunicar respeto y empatía de una manera afectiva, convincente y genuina en familias que pertenecen a culturas, razas y etnias diferentes. Es importante saber en todos esos casos como utilizar el respeto, la empatía, y la cercanía emocional, para crear una intervención que pueda promover cambios necesarios, que pueda promover correcciones adecuadas para garantizar el nivel de protección.

Aculturación

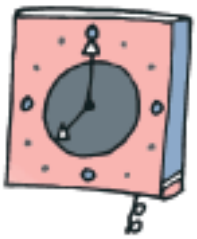
Actualmente, en el contexto en el que vivimos ha tenido un fuerte impacto la emigración desde diversos países con culturas y religiones diferentes; nos encontramos en ocasiones con que la generación de los padres o abuelos en esas familias tienen un nivel muy diferente de integración y aculturización que la generación de sus menores adolescentes. Esta diferencia es a veces observable a un nivel anecdótico en relación con los pequeños conflictos dentro de la familia acerca de la ropa, del uso de los móviles, de la música, de las bromas, etcétera. **Pero en otras ocasiones las diferencias entre la aculturización de los menores, especialmente en la pre-adolescencia y adolescencia, y la de sus padres genera conflictos serios de gran calado y situaciones que afectan al proyecto vital de la familia.** En ese sentido, la intervención se va a topar en ocasiones con un contexto en el que la familia y los diferentes subsistemas de

la familia nos van a mirar con mucha cautela y van a interpretar cualquier elemento inicial de nuestra intervención como un acto de tomar partido o como una falta de respeto a los derechos que bien los padres o bien los menores, especialmente los adolescentes, consideren que debemos garantizar.

No es raro que familias en las que se produce una situación de falta de eficacia en la parentalidad susciten la intervención por nuestra parte y nos encontremos con el dilema de que nuestra intervención, que intenta ayudar a recuperar la capacidad parental de los progenitores, sea interpretada como una falta de respeto o una forma de minar su poder y su autoridad. También es común que nos encontremos con adolescentes con un alto nivel de confusión en cuanto a lo que son sus valores familiares, las expectativas que hay sobre ellos en la familia, y las experiencias cotidianas e inevitables con sus iguales tanto en la escuela como en la calle.

Uno de los corolarios importantes de esta diferencia de aculturización es que los profesionales de la intervención, por lo general, no conocemos la lengua materna de esas familias, ni tampoco demasiado su cultura y por lo tanto vamos a estar posicionados aparentemente, aunque no sea nuestra intención, en el bando de los adolescentes, con los que sí vamos a compartir la capacidad más fluida de comunicación; porque ellos van a conocer ya nuestra lengua y porque además vamos a compartir muchos más aspectos culturales. Dentro de estas familias se pueden crean grandes divergencias, no sólo entre padres e hijos sino también entre varones y mujeres. Estas diferencias asociadas a la aculturización afectan a las expectativas sobre las metas personales de cada miembro de la familia, sobre las responsabilidades que debe asumir, sobre su proyecto de vida, etcétera.

La intervención dentro de este contexto, cuando se ha originado una alarma por una conducta abusiva, o por falta de límites en los menores y contacto con situaciones de riesgo, va a estar muchas veces interpretada como un ataque a valores culturales. El objetivo de la intervención desde nuestro ámbito nunca es, por supuesto, generar un cambio en las formas de vida o visiones del mundo de diferentes culturas sino integrar dentro de esas culturas las prácticas de protección adecuadas a nuestra legislación. Desde lo más básico, en cuanto a la integridad y derechos esenciales de los menores, hasta lo que puede estar asociado a optimizar lo más posible la proyección de futuro de los menores. En ese sentido, el dilema es saber cómo hacer una intervención respetuosa con todo el grupo familiar, con sus costumbres, jerarquía, sus valores, etcétera y al mismo tiempo con cada individuo dentro de la familia como un ser autónomo con sus propios derechos para decidir, incluso por encima de la cultura o del grupo de la comunidad de la que forma parte.



Estas dificultades generan en muchas ocasiones la reticencia de las familias a la ayuda por nuestra parte, al uso de los recursos que se les ofrece desde los servicios sociales, y a una colaboración adecuada con el sistema educativo, el sistema sanitario y el sistema de protección a la infancia. Esa reticencia puede ser en algunos casos el factor fundamental que mantiene la intervención en un estado de no avance, de no cambio y por lo tanto de cronificación.

Pobreza

Es esencial entender el efecto de la pobreza en todo lo que conlleva a la deprivación social y educativa en las familias porque en muchas ocasiones cuando se trata del trabajo con grupos étnicos minoritarios, con grupos culturales determinados de comunidades pequeñas y cerradas, se confunde la identidad de tipo cultural o de tipo étnico con el estatus socio-económico. De forma que algunos rasgos muy señalados de identidad étnica o cultural de una comunidad se confunden con la pobreza. Ésta en algunas comunidades se mantiene durante varias generaciones y se convierte de forma crónica en un factor limitador para los menores. Los mecanismos que operan en este proceso son complejos, tienen que ver con el acceso a recursos, pero también con la acomodación, con las expectativas, con la propia identidad creada dentro y fuera de esa comunidad para los menores. La forma de relacionarse dentro de esas comunidades con los servicios de atención familiar, y en general con los servicios públicos, es en ocasiones consecuencia de la propia situación de deprivación social y educativa de esas familias, y en absoluto de su identidad cultural.

La pobreza no conlleva en absoluto aislamiento, ni conlleva directamente ninguna barrera en el establecimiento de una relación de ayuda, al contrario puede ser un factor que propicie la utilización de un contexto de ayuda desde los servicios sociales. Sin embargo, las situaciones de exclusión, que generan una invisibilidad de los problemas y una barrera para el buen uso de los recursos de atención familiar y de protección, suelen estar en una proporción muy alta asociadas a condiciones de pobreza.

Una intervención psicológica, educativa, y social, se puede encontrar con una barrera de impenetrabilidad y aislamiento cuando coinciden variables de diferencias culturales, de aculturización conflictiva o deficiente, con condiciones de pobreza. **La intervención rompe esa barrera cuando somos capaces de entrar y ser aceptados dentro de los parámetros culturales de los usuarios y, al mismo tiempo, cuando damos prioridad a necesidades básicas de las familias afectadas por la pobreza**. Cuando hay necesidades básicas de alimentación o vivienda sin cubrir en la familia, la intervención ha de

integrar, lógicamente, esas necesidades básicas dentro de la protección de los menores.

1.7 Tener un problema y tener control sobre el problema

Las "actitudes iniciales" en el contexto de intervención están descritas en detalle en la guía I (capítulos 5 y 6). De forma más global, en relación con los contextos familiares cronificados, podemos representar dos grandes categorías en relación con la posición ante el problema por parte de la familia.

- **No hay un problema**.
- Sí hay un problema, pero **no tenemos control sobre el problema**.

El análisis de estas dos posiciones de la familia y de cada usuario individual ante el problema es central para entender las dificultades del caso y su cronificación. Es fundamental que exploremos los siguientes aspectos de la posición de la familia sobre el problema:

¿Cuáles son sus creencias acerca del problema?

¿Cuáles son sus creencias acerca de lo que se necesita hacer con el problema?

¿Cuáles son sus creencias acerca de quién debe hacer qué cosas en concreto en relación con el problema?

Estos aspectos se exploran a través de preguntas fundamentales de este tipo:

¿Ve, en esta situación, el usuario un problema?

¿En qué sentido lo considera un problema?

¿Para quién es un problema?

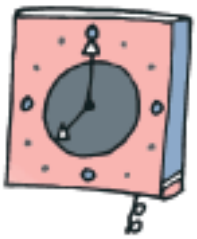
¿Quién o quiénes son las personas preocupadas o las más preocupadas por el problema?

¿Cómo piensan ellos que esto ha llegado a convertirse en un problema?

¿Cuáles son sus teorías particulares acerca de las causas pasadas o presentes del problema?

¿En qué medida creen ellos que tienen control sobre esta situación problemática?

¿En qué medida creen que en algún momento del pasado tuvieron control sobre la situación?



¿Piensan que en el presente hay algún ámbito (aunque sea pequeño) algún contexto o momento (aunque sea excepcional) en el que tienen control y pueden manejar el problema?

¿Cuáles son los significados más importantes respecto a esta situación que definimos como problema?

¿Qué tipo de sentimientos, recuerdos, valores, añoranzas, están asociados a la situación que definimos como problema?

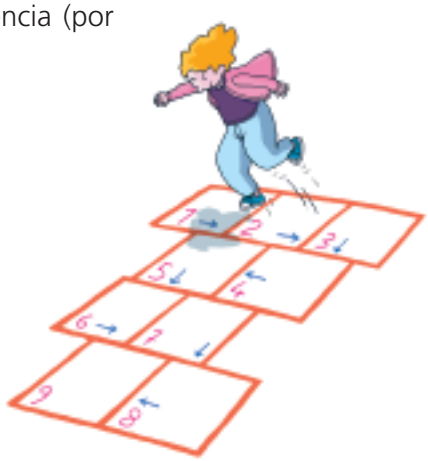
Posición de "no problema"

Es muy frecuente encontrarnos con familias cuya posición o reacción ante la intervención está definida como "falta de conciencia" sobre el problema o bien como "negación del problema". Es muy común que en torno a estas familias se den y se hayan dado, históricamente, muchos intentos de convencerles de que el problema existe e intentar generar una presión para que la familia acuerde en ver la situación tal como es definida por nosotros. En ocasiones no sólo es el contexto profesional el que produce esta presión sino también otros elementos del entorno, como la comunidad o la familia extensa. Es muy común que nos encontremos, en la historia de la intervención de la familia, diferentes intentos profesionales de construir definiciones, ideas, planes y estrategias de presión a la familia, orientados fundamentalmente a este objetivo de conseguir el reconocimiento del problema.

Uno de los riesgos fundamentales de cronificación (incluso de empeoramiento de la situación de riesgo o de vulnerabilidad de la familia) cuando su mecanismo de reacción o de defensa ante los problemas es una posición del tipo "no problema", es que se cree este círculo vicioso: *cuanta más presión generemos sobre la necesidad de reconocimiento del problema tal como viene definido por el entorno profesional, más se incremente una defensa por parte de la familia de su posición de negación del problema como una conducta adaptativa ante la tensión y la presión que ejercemos.*

Posición de "no control" del problema

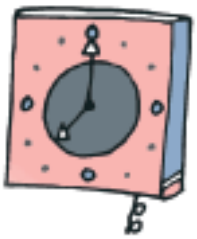
En esta posición nos vamos a encontrar casos definidos como difíciles en los que casi siempre aparece el término "**dependencia**". Familias en las que la situación de desamparo, de verse sin fe en su propia capacidad afrontamiento y solución de los problemas, es entendida como una posición pasiva. En algunos tipos de problemas también como una posición de co-dependencia (por ejemplo respecto a conductas de adicción).



Es frecuente en estos casos que el entorno profesional haya hecho o esté haciendo intervenciones dirigidas a convencer a la familia de que pueden hacer algo acerca del problema y de que se les pueden ofrecer recursos a los que ellos deberían en buena lógica responder positivamente. Es también frecuente que la respuesta, por parte de la familia, del tipo "no control" sea interpretada como una forma de evadir la responsabilidad, de minimizar la magnitud del problema, y esto puede implicar un círculo vicioso que contribuye a la cronificación del problema: *cuanto más magnificamos y evidenciamos la importancia de que la familia haga algo ante la situación que están experimentando, más nos encontramos con una respuesta de desamparo y minimización de su capacidad por parte de la familia.*

Igualmente nos podemos encontrar con que nuestra presión bien intencionada para que la familia haga algo se tiñe en un momento determinado de un tono de crítica o de frustración que genera por parte de la familia más sensación de no poder hacer nada, de no control y elicita conductas defensivas o evitativas.

Esta diferencia, respecto a situar a la familia en uno de estos dos esquemas, la posición de "no control" o la posición de "no problema", es importante porque las estrategias de intervención van a tener aspectos diferentes en cada caso (véase capítulo 6 de la guía I). Estos dos tipos de posición juegan un papel fundamental sobre la actitud de los profesionales en sus estrategias de intervención, y nos pueden ayudar a entender la creación de una situación de cronicidad en el caso. Evitar los "círculos viciosos" descritos más arriba es la estrategia prioritaria para evitar una perpetuación de la actitud disfuncional de afrontamiento adecuado del problema.



IDEAS PRINCIPALES

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

culturales de esas familias. Las diferencias entre diferentes generaciones de una misma familia respecto a la aculturación en ocasiones es parte del problema familiar y afecta también al resultado de nuestra intervención.

10. La pobreza es un factor que con mucha frecuencia condiciona muy negativamente otros factores de riesgo o vulnerabilidad de las familias, propiciando su cronicidad; si no se tiene en cuenta este condicionante social se pueden confundir aspectos claves de la intervención.

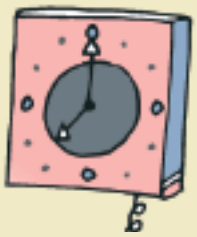
11. Hay dos "posicionamientos de la familia ante el problema" que aparecen con mucha frecuencia asociados a la cronicidad de un contexto de intervención: la posición de "no tengo un problema" (que puede ser una muestra de desconfianza o bien una estrategia de afrontamiento evitativa, a veces inconsciente) y la posición de "no tengo control sobre el problema". Evitar la creación de "círculos viciosos" sobre esas posiciones es una clave para resolver la cronicidad.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Junta de CyL (2000). Programa de Intervención familiar en situaciones de desprotección infantil. Valladolid, Junta de CyL.
- Minuchin, P. , Colapinto, J.A. y Minuchin, S. (2000) Pobreza, institución, familia. Editorial Amorrortu.
- Walsh, F. (2005). Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento. Editorial Amorrortu.

OBSERVA Y PRUEBA

1. Aplica el esquema de Diagnóstico de Perfiles de Cronicidad (sección 1.4 de esta Guía) al caso de una familia con la que hayas trabajado por mucho tiempo.
2. Compara tu diagnóstico de cronicidad para ese caso con el que haga independientemente tu compañero/a de equipo para ese mismo caso. Discutir en equipo las coincidencias y/o divergencias en ese diagnóstico.
3. Señala qué factores de la Figura 5 (Sección 1.5 de esta Guía) son claramente identificables en el caso de esa familia que conoces bien. Comprueba si tus compañeros de equipo coinciden en tu valoración.



2

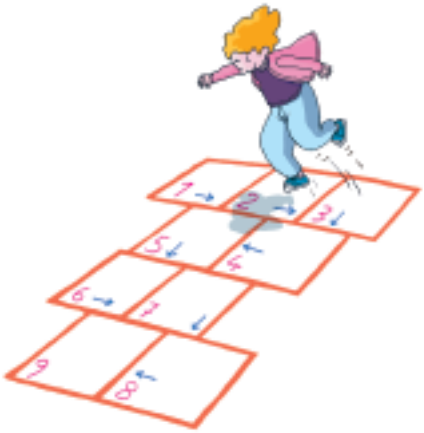
Cuando la enfermedad es invisible: trastornos del apego y trauma relacional

Guía práctica para
la intervención
familiar II

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

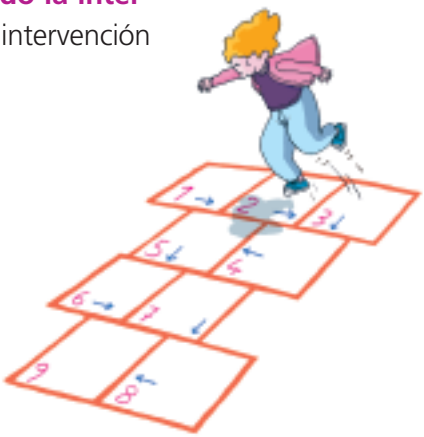
Todas las experiencias pasadas que ha tenido un menor en su relación de apego con el cuidador podrían, si aceptamos lo que los expertos dicen al respecto, organizarse en unos sistemas de representación mental, en unos modelos internos que son activos y son los que dirigen la interpretación que los menores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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

respuestas del menor como en las experiencias que ha vivido y las respuestas que le proporciona el progenitor. En definitiva, el apego se expresa en una relación interpersonal, habitualmente dentro del contexto familiar, y la relación ha de ser el foco de nuestro análisis en aquellos casos de especial dificultad.

2.2 Tipos de conducta de apego

Las clasificaciones de los tipos de conducta de apego pueden resultarnos útiles porque pueden orientarnos en la intervención al ayudarnos a entender o describir la relación de apego que vemos en los usuarios. Aunque como toda clasificación, hemos de tomarla como un marco de referencia sin más. Hay cuatro tipos de apego descritos en la literatura, los tres primeros se corresponden con la clasificación tradicional de Marie Ainsworth y el cuarto es una tipología desarrollada posteriormente.

- ***Apego seguro.***
- ***Apego ansioso-evitativo.***
- ***Apego ansioso-ambivalente.***
- ***Apego desorganizado.***

Apego seguro

Representa las condiciones adecuadas de apego. **Se trata de madres, padres, o cuidadores sensibles y que responden a las llamadas del bebé mostrándose disponibles en cualquier momento en que éstos necesitan la conducta de cercanía, momentos en los que el niño requiere el cobijo de la seguridad y la presencia de la madre**. Seguridad que se transmite a través de la voz, de la conducta no verbal, del abrazo cuando es necesario, y consigue sin dificultad generar la tranquilidad y el alivio necesario para el niño ante cualquier estímulo que haya provocado su conducta de apego, o ante cualquier situación de separación circunstancial.

Apego ansioso-evitativo

Esta categoría viene de las condiciones de observación experimental en las que se encontraron niños que se mostraban inseguros ante situaciones provocadas de separación de la madre, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre. Situaciones en las que se hacía evidente que **la respuesta de la madre, después de la separación del bebé, no generaba una recomposición del ánimo del niño, que lloraba, incluso en los**

brazos de la madre, y mantenía una actitud pasiva y preocupada. La investigación indica que esta respuesta está asociada a madres que se muestran insensibles, en diferente medida, a las peticiones del niño, a sus necesidades. Madres que incluso pueden llegar a rechazar la llamada y las señales de apego del niño. Las conductas más características de niños que han vivido o viven ese contexto de relación de apego ansioso-evitativo son de indiferencia, de evitación, y también de excesiva autonomía. **Son niños que parecen haber abandonado la posibilidad de la ayuda y de la plataforma afectiva de sus cuidadores para hacer las cosas**. El afecto que se muestra en estos niños se describe como muy inhibido, con una falta notable de expresividad de emociones negativas y positivas.

Las relaciones que establecen están caracterizadas por una tendencia al alejamiento físico, a la distancia. De ahí esta apariencia de autonomía que puede entenderse mejor como un cierto aislamiento evitativo. En general la evolución de las relaciones afectivas tienden al distanciamiento y a la incomodidad ante los acercamientos afectivos. En este tipo de apego los investigadores han descrito un **estilo de crianza caracterizado por padres indiferentes con tendencia a utilizar formalmente el castigo o estrategias punitivas, y sobre todo a desviar las conductas de cualquier expresión de apego, ignorando con frecuencia expresiones afectivas de estrés o de angustia por parte del niño**. Estilos de crianza caracterizados por una evidente dificultad en la intimidad afectiva con el niño. Estos padres dejan que los niños hagan las cosas por ellos mismos de forma precoz, los lanzan con facilidad a una situación de autonomía sin que haya una base y por lo tanto propiciando conductas de riesgo. Cuando se dan respuestas parentales a situaciones de estrés o de angustia o a búsquedas explícitas del apego, estas respuestas parentales suelen darse de una forma muy retrasada y ambigua. El desarrollo evolutivo de los niños en este contexto de apego ansioso-evitativo muestra una trayectoria hacia la adolescencia caracterizada por la inhibición y por ser niños complacientes en la infancia, que va tornándose en descontrol y agresividad dentro del contexto escolar a medida que el niño avanza hacia la adolescencia. La investigación nos describe niños con dificultad a la hora de expresarse, en la comunicación interpersonal, en el ámbito de las relaciones cercanas e íntimas, y en general para empatizar con los demás.

Los estudios realizados sobre la conducta en el marco de la escuela en la adolescencia, nos dicen **que el estilo de apego ansioso-evitativo está asociado a una tendencia a mostrarse a la defensiva ante las relaciones y a minimizar y evitar toda la parte afectiva de la relación, tanto con los padres como con los cuidadores y con los iguales**.

Todas estas características obviamente van a tener una influencia importante en la relación que establecemos con los menores y con los progenitores en la intervención. Hemos de estar preparados para interpretar adecuadamente la relación que el menor y sus padres van a establecer con nosotros y que va a ser coherente con el tipo de posición general que tienen en las relaciones, y especialmente en las relaciones que se presentan como un intento de ayudarles.

Apego ansioso-ambivalente

Esta tipología de apego proviene de los estudios tradicionales en los que a través de observaciones experimentales de madres y sus bebés de describían niños que ante una leve separación de sus madres se mostraban muy preocupados, pasándolo muy mal en el momento de la separación, con claras expresiones de ansiedad. Y ante el regreso de las madres mostraban una conducta todavía ansiosa y ambivalente, **los niños vacilaban ante el regreso de la madre entre conductas de irritación y enfado que les llevaba a mostrarse resistentes e incluso de rechazo al contacto, pero también mostrando necesidad de acercamiento y conductas reconocibles de mantenimiento del contacto**. Es decir, se observaban niños ambivalentes en su respuesta ante el regreso y el contacto de sus madres.

Esos estudios asociaban esa conducta ansiosa-ambivalente de los niños a **madres que tenían también un estilo inconsistente porque se mostraban sensibles y cálidas en su respuesta en algunas ocasiones, pero en otras su respuesta era fría e insensible sin que hubiera una pauta clara para entender estas variaciones por parte del niño**. La teoría del apego interpreta que estas pautas inconsistentes en el comportamiento afectivo y protector de la madre o de los cuidadores llevan al niño a un nivel de inseguridad muy alto acerca de la disponibilidad de su madre o cuidados en el momento en que la necesiten. Es obvio que en nuestra práctica de intervención familiar nos encontramos con progenitores cuya situación, estilo de vida, o bien alguna patología o adicción, provocan esta inconsistencia en la conducta de apego con sus hijos.

Las descripciones micro-analíticas de estos niños en contextos naturales dicen que es característica su conducta de aferramiento cuando son bebés, su conducta de irritabilidad y falta de alivio ante la presencia de los cuidadores y una escasa capacidad de exploración y de curiosidad por el entorno. Parecen más bien estar bloqueados por la ambivalencia entre la necesidad y la irritabilidad. **En el nivel afectivo se describen como niños que muestran de forma desinhibida su ansiedad y su rabia, pareciendo desde fuera exagerados en sus**

afectos negativos, y que tienen una gran dificultad en lograr una autorregulación de su estado emocional. No es raro que usen a otros niños o a otras personas para calmar su rabia y su ansiedad. Por ello, el tipo de relaciones que se han descrito en este contexto de apego ansioso-ambivalente se caracterizan por ser coercitivas, por un alto nivel de demanda y exigencia y por conductas de relación desinhibidas y externalizadoras.

El estilo de crianza asociado a esta clasificación de apego ansioso y ambivalente se caracteriza como un **patrón inconsistente** en el que nos encontramos rasgos claros de sobreprotección combinados con conductas de crianza que **oscilan previsiblemente entre la intrusividad y una involucración excesiva, y la indiferencia y la frialdad**. De forma que es llamativa la escasa capacidad de los padres para ocuparse de manera adecuada y estable de las necesidades del niño y responden más bien por un impulso generado en los propios padres.

Desde el punto de vista de los estilos educativos se han descrito padres con pautas muy inconsistentes entre lo que dicen a los niños y lo que ellos mismos hacen; o entre lo que muestran ante los demás en el ámbito social, sus descripciones del niño y de sus comportamientos, y después lo que realmente transmiten al niño en privado, generalmente más negativo y más descalificante.

El desarrollo evolutivo de niños que han sido descritos con este tipo de apego ansioso-ambivalente ha sido objeto de diversos estudios que los describen como niños ansiosos, hipersensibles, con respuestas excesivas y con muchas dificultades para enfrentar adecuadamente sus problemas y las situaciones de estrés. En la edad escolar y hacia la adolescencia los estudios nos hablan de niños con tendencia a establecer relaciones coercitivas, a ejercer una alta demanda sobre sus compañeros y a ser percibidos como niños que manipulan las relaciones. Algunos estudios describen adolescentes excesivamente preocupados, un tanto atormentados y ansiosos, que tienen respuestas exageradas sobre lo afectivo, muy vulnerables y volátiles o con una gran necesidad de controlar las relaciones íntimas y personales, y con tendencia a sentirse traicionados con mucha facilidad.

Apego desorganizado

A las tres categorías tradicionales, desarrolladas a partir de los experimentos de M. Ainsworth, se añade una descripción propuesta en estudios posteriores en la que la relación de apego aparece de una manera desorganizada, llena de contradicciones, de situaciones rígidas, incluso paradójicas. En definitiva, unas conductas de respuesta a las necesidades de apego del menor difícilmente predecibles y en muchos casos bizarra. En el plano afectivo este tipo de apego se describe marcado por respuestas afectivas descontextualizadas, con mucha labilidad emocional, afectos hiperactivados o hipoactivados. De forma global, esta descripción del apego está asociada a un tipo de relaciones de crianza desconectadas del contexto con una apariencia paradójica y que generan una dificultad

enorme para establecer una relación de apego. Se definen dos tipos de pautas de crianza dentro de este contexto del apego desorganizado:

a) ***Tipo atemorizante-autorreferente***. Se trata de un tipo también denominado apego *desorganizado activo*. Esta tipología proviene de las observaciones de **padres intrusivos, con un nivel alto de agresividad, incapaces de ver y calmar el estrés del niño, y que responden más en función de ellos mismos que de la necesidad del niño** mediante pautas intrusivas y demandantes. Este tipo de crianza genera una representación negativa y agresiva del niño, que es calificado como "insoportable", "llorón", "se porta mal para fastidiarnos", etcétera.

b) ***Tipo atemorizado-inversión de roles***. Esta crianza se denomina también apego desorganizado pasivo y se refiere a **padres que depositan la responsabilidad y la labor de crianza en el propio niño, es decir, desplazan la responsabilidad al niño.** Se han descrito conductas parentales de crianza con una tendencia a evitar la respuesta de apego y no asumir el rol parental de adulto que le corresponde. En algunos casos incluso se proyecta una imagen adulta y sexualizada de los niños, cuando por su edad esto no tiene sentido. Esta pasividad está expresada en conductas desorientadas, quizá asustadas y evitativas por parte de los padres.

¿Cómo es la trayectoria evolutiva hacia la adolescencia y el perfil de conducta de los niños con apego desorganizado?

En el tipo de desarrollo *desorganizado activo* se describen niños que se muestran agresivos, extremadamente manipuladores, acusados de "disimular", y con una tendencia a castigar a sus iguales o más pequeños. Niños con reacciones que no se ajustan bien al contexto o a la situación en la que se producen y que parecen con frecuencia sobre-reaccionar ante situaciones que para ellos son impredecibles o atemorizantes. En general son perfiles con una tendencia a la agresividad; estas historias de crianza con un apego desorganizado activo se han asociado en algunos estudios a una probabilidad de crear situaciones de maltrato familiar y también de conducta antisocial y delictiva.

Cuando el contexto es *desorganizado pasivo*, los expertos describen niños complacientes, pero que toman un rol de cuidadores de sus padres y al mismo tiempo muestran una tendencia a la soledad y una alta inhibición en algunas relaciones interpersonales. Una "sobreadaptación" que en realidad no es adaptativa. Psicológicamente, vivir una situación de apego desorganizado de este tipo parece producir una dificultad notable

en los niños cuando van haciéndose adolescentes y jóvenes, tanto en el ámbito de las convicciones como a nivel emocional, es decir, dificultad en sentir y en pensar.

La teoría del apego y sus tipologías sin duda pueden ayudarnos a entender las situaciones de intervención que nosotros afrontamos cuando podemos deducir que se han dado unas experiencias adversas y problemáticas de apego en la infancia. No obstante, cada uno de los perfiles definidos los debemos tomar siempre como un marco de referencia y no como una categoría diagnóstica rígida. Tenemos que considerar estos cuatro aspectos prácticos:

1. Si bien la teoría del apego ha mostrado, incluso desde diferentes modelos teóricos, que en los primeros años de vida (especialmente entre los seis meses y los 3 años) las experiencias de apego pueden ser especialmente importantes, investigaciones recientes demuestran que esas experiencias *se extienden a través de las relaciones con iguales, de la elección de pareja y de la relación con los propios hijos*. Es más vulnerable la persona que ha sufrido experiencias adversas de apego en todos estos procesos de relación.
2. Ese tipo de experiencias negativas en la infancia generan un tipo de respuesta y de expectativas que en ocasiones *crean un círculo vicioso y hacen que sea más probable tener que enfrentarse con experiencias de apego en la adolescencia y en la edad adulta*.
3. En la infancia y en la adolescencia nos encontramos con situaciones de soledad, de ansiedad y angustia, que aparecen como un sentimiento desagradable y prolongado que *para un niño o adolescente son vividas como algo involuntario, difícil de entender y difícil de gestionar puesto que choca con la imposibilidad de sentirse seguro y confiado con cualquier otra persona*. Esta es una experiencia subjetiva con consecuencias emocionales y conductuales muy importantes.
4. A veces los trastornos en la experiencia vivida de apego pueden asociarse a condiciones de aislamiento, es decir, falta objetiva de otras personas con las que se pueda establecer una relación adecuada (muchos cambios en el contexto de vida, continua necesidad de crear ambientes nuevos, etcétera). Todo esto que se da en muchos de los menores atendidos en los servicios de protección a la infancia tiene un reflejo en su comportamiento, y todos esos cambios se producen no sólo en su historia de inestabilidad familiar sino a veces en el recorrido que han hecho dentro del sistema de protección (diferentes dispositivos de acogimiento, diferentes educadores o diferentes profesionales ofreciendo atención). De esta manera, *el aislamiento o bloqueo emocional que se produce por las experiencias adversas*

del apego y que se asocia a dificultades de relación y conductas disfuncionales de tipo antisocial o agresividad, termina asociado también a un cierto aislamiento social porque se pierden los vínculos con un grupo cohesionado de pertenencia. Esto lo vemos en adolescentes que no terminar de tener una red social estable, un contexto de familia extensa estable o una comunidad a la que se sientan ligados.

2.3 Trauma relacional

Cuando consideramos las experiencias negativas en el establecimiento de la relación de crianza como una base segura, hemos de pensar que nos podemos encontrar con dos tipos de carencias.

En primer lugar, situaciones en las que se ha dado **una privación, una carencia del apego como base segura**. Situaciones de soledad, de aislamiento, de carencias en la respuesta de apego en los padres, negligencia continuada, condiciones de vida en las que se ha carecido de un contexto adecuado, casos de institucionalización en condiciones negativas, etcétera. El efecto de esa privación puede ser muy dramático en un menor.

La segunda posibilidad es una situación de **deprivación o de retirada, es decir, un contexto en que la situación de apego se ve rota o deteriorada** por las conductas inconsistentes, por las experiencias negativas, por cambios, por pérdidas que van a originar algunas de las pautas que hemos descrito en el apartado anterior sobre las diferentes clasificaciones de apego inseguro. Dentro de este marco de deprivación, es decir, de inconsistencias o rupturas en la relación de apego, nos encontramos con algunas situaciones en las que el sentido de seguridad emocional se ha roto de una manera drástica, a veces dramática, por las conductas de los propios familiares o cuidadores que eran el referente de figura de apego del menor. Son situaciones en las que ese sentido de seguridad emocional, a veces incluso la integridad física, se ha roto o se ha violado por una conducta de abuso o de maltrato por parte de una figura en la que el menor estaba depositando su necesidad de seguridad. En estos casos hablamos de **"trauma relacional" como una forma de caracterizar la ruptura de la seguridad y estabilidad del menor de una forma traumática**.

Las situaciones de abuso sexual dentro de la familia, de maltrato, de humillación física por parte de las figuras de confianza del menor, son los casos más claros en los que encontramos una respuesta de trauma relacional por parte del menor. La utilización de este concepto de trauma dentro de la relación puede sernos útil si la usamos para entender que las experiencias vividas por una persona, sea el menor o un progenitor, amenazan profundamente su

bienestar, su sentido de seguridad, generando una respuesta inestable emocionalmente caracterizada por el temor.

En general, cuando hablamos de un trauma en el ámbito de lo psicológico, nos referimos a ***la exposición de la persona a un suceso que implica una amenaza real o potencial a su vida o a su integridad psicológica o física, o bien una exposición a algo que envuelve la muerte o un serio daño o una amenaza muy importante a la integridad de otra persona, especialmente con personas con las que tienes una identificación afectiva muy importante***. Consideramos que hay una respuesta traumática cuando esa experiencia ha generado miedo y un sentido de incapacidad de ejercer un control. Normalmente en el caso de los menores hay expresiones de comportamiento desorganizadas, explosivas, y oscilaciones entre el temor y las respuestas evasivas y agresivas.

La situación de abusos sexuales, de maltrato y de humillación, representan perfectamente el contexto propicio para una situación de trauma relacional: el menor se encuentra con que las personas en las que ha depositado su confianza, en las que busca la seguridad, en muchos casos en las que ha ido encontrando una respuesta de apego, le producen un daño que resulta inexplicable, incontrolable, y que dinamita los cimientos de su estabilidad y de su seguridad.

En la práctica de la intervención familiar nos encontramos a veces con personas en las que descubrimos que su conducta parental con sus hijos podría estar asociada a experiencias traumáticas sufridas cuando ellas eran menores. Por lo tanto, hemos de estar abiertos a la posibilidad de que **los efectos de experiencias de este tipo generen distorsiones en las conductas de cuidado y crianza durante mucho tiempo de la vida de una persona cuando no ha habido un trabajo reparador, cuando no ha habido una atención adecuada sobre esa experiencia**.

Hay otras situaciones en las que la deprivación drástica, inesperada e inexplicable de la conducta de apego genera una respuesta que podríamos caracterizar de trauma relacional: cuando fallece esa figura de apego, el deterioro sintomático de una madre (o un padre o cuidador) que sufre una adicción, los síntomas por deterioro de alcoholismo; también cuando el menor es testigo y por lo tanto víctima de violencia doméstica perdiendo el sentido de seguridad tanto con la figura materna como con el perpetrador de la violencia.

Hay una asociación clara entre el trauma relacional y las descripciones de patrones de apego inseguro: en el trauma relacional hay una ruptura, o deprivación, inexplicable de la relación de apego. Son situaciones en las que es muy

importante explorar todos los episodios de esa ruptura, que a veces son secretos, provocan vergüenza y se han escondido a lo largo del tiempo, y que son los que crean una barrera para nuestra intervención que es similar a la barrera que se produce en la conexión emocional entre los miembros de la familia. Un primer síntoma de las dificultades graves de relación, en cualquiera de los usuarios de nuestro trabajo, es que nosotros percibiremos la inestabilidad y la desconfianza en el establecimiento de la relación de ayuda que pretendemos.

Cuando trabajamos con contextos familiares en los que ha habido padres inconsistentes, con un alto nivel de frustración, episodios de violencia o abuso o intrusividad prolongada, hemos de evaluar si se dan estas características:

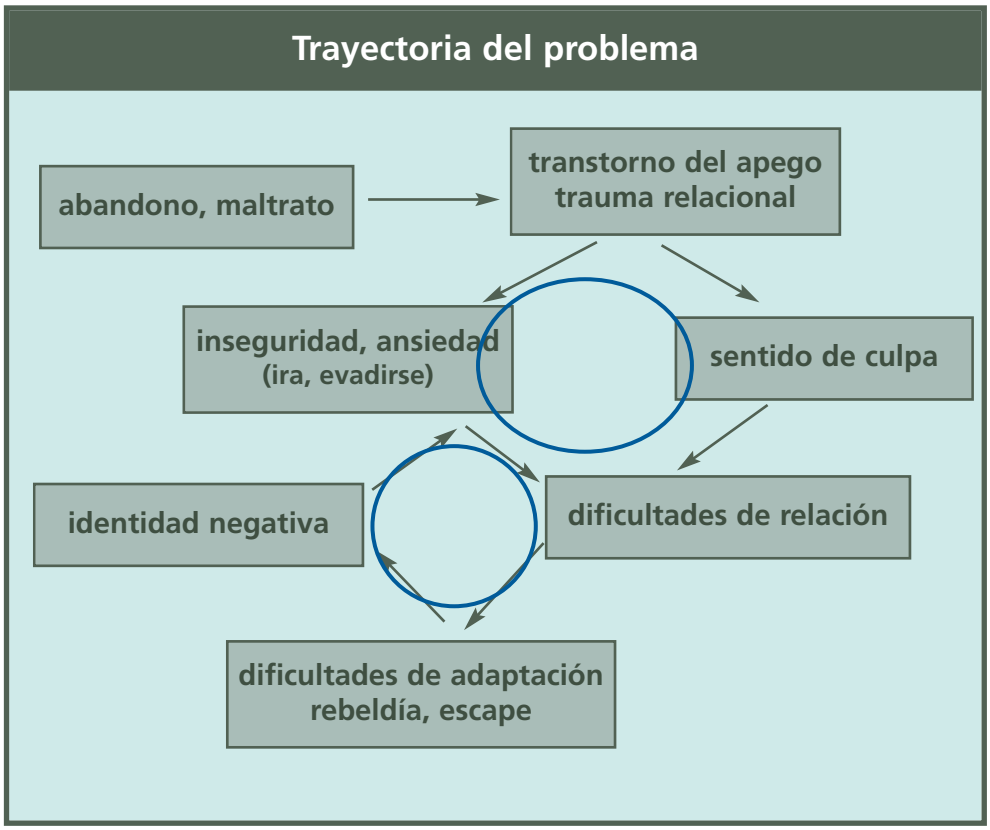
- El entorno familiar de la comunidad de las personas cercanas **no proporciona alivio** al menor.
- El menor muestra una **gran dificultad para regular adecuadamente sus emociones**.
- El menor tiene una **gran falta de confianza en sus propias sensaciones**, en lo que siente, e intenta evadirse de sus propios sentimientos.
- Es notable la **falta de confianza generalizada en otras personas, tanto iguales como adultos** y esto se va a transmitir a la relación con nosotros como profesionales.
- Detectamos una fuerte **ansiedad, que muchas veces es expresada como rabia, a través de conductas destructivas** o autodestructivas y conductas disociadas.

Con todas estas señales podemos encuadrar las experiencias vitales de ese menor y de su familia en **el marco de un trauma relacional**. Es posible que nos encontremos con más de un evento o acontecimiento traumático, normalmente dentro de la familia, que incluya abuso, abandono físico o emocional, o situaciones de maltrato. Es común que el trauma relacional sea una fuente de dificultades severas en varias áreas de funcionamiento: procesamiento de la información, gestión de emociones, relaciones interpersonales, memoria, dificultades de afrontamiento de pequeñas frustraciones, etcétera.

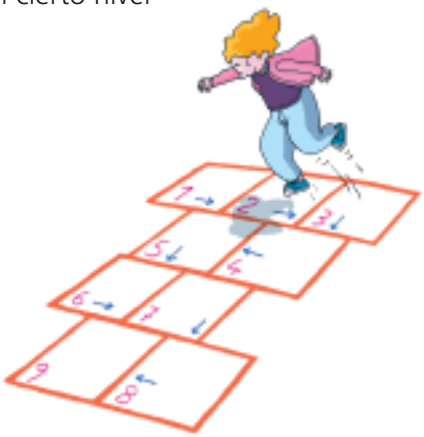
2.4 La "enfermedad invisible" y su trayectoria evolutiva

El trastorno del apego y especialmente cuando toma la forma de un trauma de relación, puede ser el núcleo, o un eslabón de partida, de una trayectoria que desafortunadamente es muy común en los adolescentes y preadolescentes que vemos en la intervención familiar. Si analizamos las diferentes descripciones

de esas situaciones de trastorno del apego vemos unas líneas comunes en sus efectos. **La figura 6** muestra un esquema global de la trayectoria evolutiva.



El elemento común es el **sentimiento de inseguridad y la ansiedad** del menor ante ese tipo de experiencias negativas de crianza. Esa dificultad está relacionada con la carencia de la seguridad necesaria para realizar un buen reconocimiento de lo que siente, un buen reconocimiento de las emociones que le permita gestionarlas de una forma adecuada. **Cuando decimos gestionar una emoción nos estamos refiriendo a identificarla y a expresarla, a saber compartirla**, requisitos necesarios para tener conductas de afrontamiento adecuadas ante nuestra propia respuesta emocional. El desarrollo de esta capacidad de gestión de las emociones obviamente necesita la figura de cuidadores que tengan a su vez la capacidad de detección, de reconocimiento y respuesta adecuada a la emoción del menor. Es la forma en que se puede producir un aprendizaje, desde esa base segura de los cuidadores, de la capacidad de encontrar el alivio necesario cuando esas emociones generan un cierto nivel de ansiedad, de impredicibilidad, de desconcierto o de temor.



¿Qué pasa cuando un menor, cuyo desarrollo cerebral está aún en proceso de maduración, se topa con situaciones de abandono, de confusión, de pérdida en las relaciones afectivas más básicas? No es difícil mediante un ejercicio sencillo de observación encontrar cuáles son las formas más inmediatas, más naturales, quizá las más fáciles, de resolver ese bloqueo que se produce ante la dificultad de gestionar este tipo de emociones negativas. Fundamentalmente nos encontramos con dos tipos de "salidas" o estrategias de pseudoalivio ante esa dificultad. Por un lado, **la ira o la rabia**, que se muestra a través de la agresividad, a veces en forma explosiva, otras en forma demandante y manipulativa. Y por otro lado, cabe la posibilidad de **evadirse, de intentar escapar de la situación**, de buscar cualquier forma que dé a nuestro cuerpo y a nuestra mente un alivio, aunque tenga unas connotaciones fundamentalmente paliativas aplazando o desplazando la angustia que no sabemos gestionar. Por lo tanto, estos dos tipos de respuesta sirven para dar salida a un contexto emocional opresivo cuando no tenemos un referente cognitivo o conductual que nos permita afrontarlo de manera adecuada y tranquilizadora.

La ira y la evasión

Desde un punto de vista psicobiológico y también desde un punto de vista antropológico, los expertos nos hacen ver que es una respuesta biológica muy básica que compartimos con otras especies y por tanto, en un cierto nivel, es adaptativa: Tanto la respuesta de escapar cuando sentimos que somos atacados o sentimos un alto nivel de inseguridad como la respuesta de defendernos mediante el despliegue de una actitud hostil. Así que las situaciones sobre las que tenemos que trabajar, clasificadas de conflictivas y disfuncionales, son en realidad la respuesta adaptativa de un menor que ha vivido las relaciones interpersonales como algo amenazante, frustrante o decepcionante.

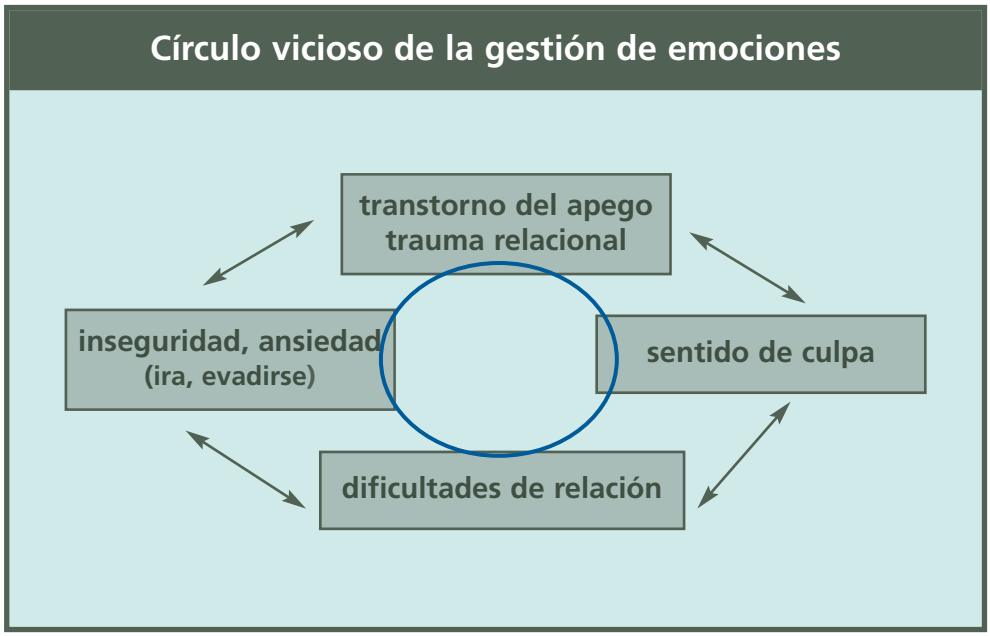
Paradójicamente con frecuencia el menor que ha experimentado relaciones de apego inseguras o experiencias traumáticas de abandono y maltrato, desarrolla un **sentido de culpa** sobre esas experiencias. Podría resultar enigmático a primera vista el hecho de que los niños víctimas de estas situaciones generen un sentido de culpa, carguen ellos mismo con la responsabilidad de lo que no ha funcionado. Sin embargo, tiene sentido desde la perspectiva emocional de un niño el desarrollar un sentido de culpa, que viene asociado a una percepción negativa de uno mismo cuando la realidad de sus relaciones más cercanas y necesarias le dice que no ha conseguido convertirse en la prioridad de sus padres. La experiencia del niño puede traducirse de esta manera*: "Si no recabo la atención, el cariño (la respuesta de apego) que necesito y hay otras cosas más importantes para mis padres, quiere decir que mi valor y mi cualidad son escasos".*

Posiblemente haya una necesidad en el menor de ser protegido, una necesidad de ser querido, como base de su conducta de convertirse en el protector de sus padres y cuidadores cuando éstos no están cumpliendo adecuadamente su función. Eso explica las conductas continuamente justificativas que puede tener un menor respecto de algunos desmanes e inconsistencias de sus padres, incluso en casos en que están sufriendo daño. La conducta de justificar, de echarse la culpa, está trasmitida en cierta forma por el tipo de relación autorreferencial que han creado los padres o cuidadores con esos niños. Pero también tiene una lógica desde la perspectiva del niño, que sabe que necesita ese contexto de cuidado de sus padres y que no encuentra en su entorno ninguna relación de apego que supla esa necesidad y que le genere la seguridad emocional y el alivio a la angustia de separación o pérdida. Por eso, y por sorprendente que parezca, la clínica terapéutica de casos de abuso de menores se encuentra a veces con la descorazonadora situación en la que una niña se culpa a sí misma de haber sufrido un abuso.

La consecuencia más evidente de este proceso que se produce cuando no hay una reparación adecuada de una situación del trastorno del apego o de trauma relacional, es que es muy alta la probabilidad de que el menor, durante su desarrollo evolutivo, desde la infancia hasta la adolescencia, vaya mostrando dificultades en el establecimiento de las relaciones interpersonales. Es lógico que esto sea así puesto que la capacidad fundamental que necesitamos para establecer relaciones interpersonales tiene que ver con saber entender los mensajes afectivos y sociales de los otros y responder adecuadamente a esos mensajes para definir un tipo de relación determinada. La base de las relaciones es fundamentalmente emocional y afectiva aunque sobre esta base se van estableciendo, con el aprendizaje y la experiencia, una serie de habilidades comunicativas y de intercambio social.

Círculo vicioso de la gestión de emociones

La figura 7 muestra como estos elementos que hemos descrito, la inseguridad y ansiedad y sus respuestas más inmediatas de ira y evasión, al igual que el sentido de culpa y la autopercepción negativa, están asociadas a dificultades de relación que a su vez refuerzan e incrementan el sentido de culpa, de frustración y de inseguridad. Llamamos a este patrón el "círculo vicioso" de la gestión de emociones. La idea de que este proceso tiene un funcionamiento de retroalimentación y que conforma un círculo vicioso es esencialmente una idea evolutiva, y refleja la trayectoria negativa que nos lleva a apreciar cómo se complica o se cronifica la consecuencia de una dificultad del apego. Especialmente cuando la seguridad emocional se ha roto de forma traumática.



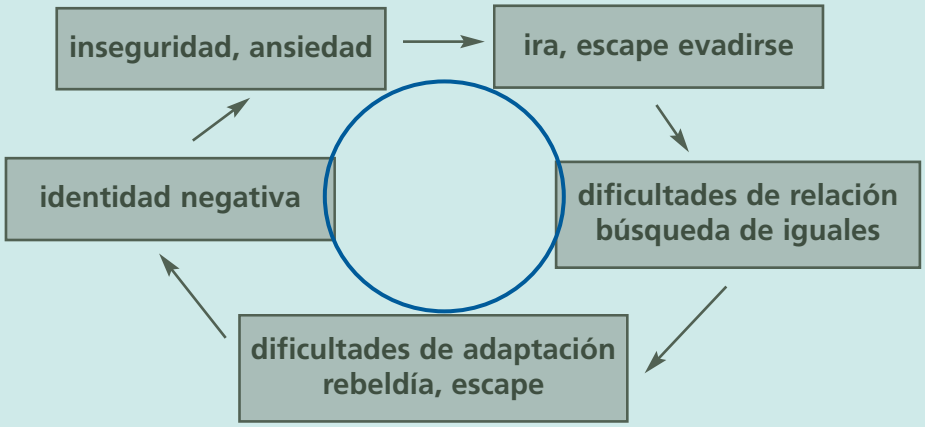
Este círculo vicioso de la gestión de emociones puede servirnos de "diagnóstico" cuando representa bien la evolución que ha tenido un niño desde la edad más temprana: sus experiencias de crianza y las carencias que ha tenido por la situación de maltrato o negligencia en su trayectoria hacia la adolescencia. Generalmente, lo que suscita la atención profesional sobre estos menores es que hay un momento que en el contexto escolar (pre-adolescencia) se detectan dificultades de relación y se observa que la respuesta emocional y afectiva, en ese marco de las relaciones sociales, es disfuncional o inadecuada.

Círculo vicioso de la identidad negativa

Si amplificamos un poco el foco de observación que estamos usando para describir el "círculo vicioso de la gestión de emociones", nos encontramos un plano más general, más social, relacionado con la construcción de la personalidad y la identidad del menor. El factor de inseguridad y ansiedad que no se gestiona adecuadamente produce un bloqueo emocional cuya salida es fundamentalmente la ira o formas de evadirse, escaparse. Estrategias, en general, evitativas de todo aquello que es vivido como una amenaza en el plano afectivo y emocional. Hemos dicho que un paso muy frecuente, casi inevitable cuando la severidad del trastorno del apego es significativa, es la dificultad en el establecimiento de relaciones. Hay un momento en el que esta dificultad empieza a ser un gran obstáculo porque las relaciones se convierten en el vehículo fundamental para la creación de una identidad social: las dificultades de relación en el marco educativo, entre iguales, y relaciones de acercamiento romántico de pareja.

La socialización es fundamental en la creación de la identidad del menor, de forma significativa en la adolescencia, porque es un momento de transición en el que el entorno de los iguales pasa a un primerísimo plano y el adolescente tiene que poner en juego los esquemas o modelos internos de relación que se ha ido construyendo en su experiencia afectiva en el entorno de la familia desde sus primeros años de vida. La búsqueda de compañeros tiene una gran importancia, porque es en ese ámbito donde el adolescente quiere encontrar el sentido de pertenencia, el vínculo de dependencia y de lealtad, el sentido de compartir, de sentirse acompañado y ser parte de algo más allá de su individualidad. Los primeros ensayos de la relación de pareja también son fundamentales en esta etapa y ahí el adolescente inevitablemente despliega su seguridad o inseguridad, sus temores ante la intimidad, sus fortalezas y sus carencias en el plano de la afectividad, de la confianza en la relación romántica con otras personas.

Círculo vicioso de la identidad negativa



Cuando las dificultades en su gestión emocional empiezan a generarle barreras importantes en el establecimiento de relaciones resulta comprensible, podríamos decir que adaptativo, la búsqueda de otros adolescentes con los que comparta algunos de esos rasgos o al menos las consecuencias de esas dificultades, cierta marginalidad, rebeldía, o aislamiento. De forma que las dificultades de relación se tornan de manera natural, en este proceso evolutivo, en dificultades de adaptación. Esto se expresa en el conflicto de integración en la escuela, ya que

es la tarea principal a esa edad, con expresiones como el fracaso escolar, problemas de conducta, conducta antisocial, el acercamiento a conductas prohibidas, y el inicio en consumo de drogas.

Las consecuencias de todas estas dificultades de adaptación van encerrando al adolescente en una posición difícil en la que el paso del tiempo, tan importante y trascendente en la trayectoria desde la infancia hasta la adolescencia, va construyendo un espacio en el que el adolescente puede sentirse atrapado. Perder medio año, un año, o dos años, de integración escolar, de adquisición de habilidades, de integración en actividades con iguales, no es fácil de recuperar en ese momento del ciclo de vida. De forma que puede ocurrir que el sentido de pertenencia de un menor con estas dificultades de adaptación se vaya construyendo en torno a otros compañeros, que se ven en una situación similar, y por tanto reforzados por un enfrentamiento hacia el sistema que los rodea.

En muchas ocasiones nos encontramos que precisamente todas estas dificultades en las que se encuentra el adolescente en su desarrollo vital son a su vez dificultades que él está reproduciendo en su entorno escolar, familiar y social, cuando se inician conductas de riesgo. Esto se convierte con facilidad en una justificación para amplificar sus dificultades de relación. Se convierte, por ejemplo, en una justificación para los padres, ya que les permite no asumir su responsabilidad en cuanto a pautas de parentalidad que no han funcionado, en cuanto a conductas de negligencia tanto afectivas como en el ámbito de los límites y de la disciplina. La dificultad que tiene y las que crea el adolescente se convierten en una justificación o explicación de las dificultades que tienen y han tenido históricamente sus padres.

Este proceso desencadena con mucha facilidad la creación de una identidad negativa: **el adolescente ha de construir un personaje que le sea adaptativo dentro de este marco de dificultad**, puede presentarse como el malo, el poderoso, el que no tiene miedo al riesgo, el que causa cierto temor o respeto; puede presentarse como la persona libre que no necesita a nadie, que desafía la autoridad y las normas; también puede construirse un personaje vulnerable, victimizado o débil, sin esperanza; o bien un personaje aislado, frio, distante y desentendido de las necesidades que otros tienen y que a él no le afectan.

Esta identidad negativa la podemos ver como una expresión de una gran necesidad interna del adolescente. En el contexto de una historia de vida marcada por el abandono o por el maltrato, con experiencias adversas de apego, nos debería resultar entendible que estas conductas disfuncionales (que se convierten en las "quejas" fundamentales sobre el adolescente en la intervención familiar) son "adaptativas" para el adolescente. Son lo que él puede o sabe hacer y lo que de manera más inmediata ha ido creando como identidad. No son conductas

funcionales ni adaptativas para nosotros porque las vemos desde un contexto diferente y las analizamos desde la perspectiva de lo que el adolescente podría conseguir o desde las expectativas que creamos cuando olvidamos las experiencias que el adolescente ha tenido en su vida. Lo cierto es que esta identidad negativa, por lo general, es fuente de más problemas y no resuelve las dificultades de relación. Por ello el círculo de inseguridad y de ansiedad se va cerrando y creando así una dinámica en que la dificultad para conseguir una situación emocional segura y las dificultades de relación y de adaptación producen esta retroalimentación de la identidad negativa. A veces en el trabajo con adolescentes resulta fácil hablar con ellos del personaje que han creado y del aprecio que tienen hacia ese personaje, aun reconociendo todas sus carencias y la valoración negativa que se hace de él desde fuera. La asimilación paulatina de ese personaje va perpetuando el círculo vicioso de la identidad negativa **(figura 8)**.

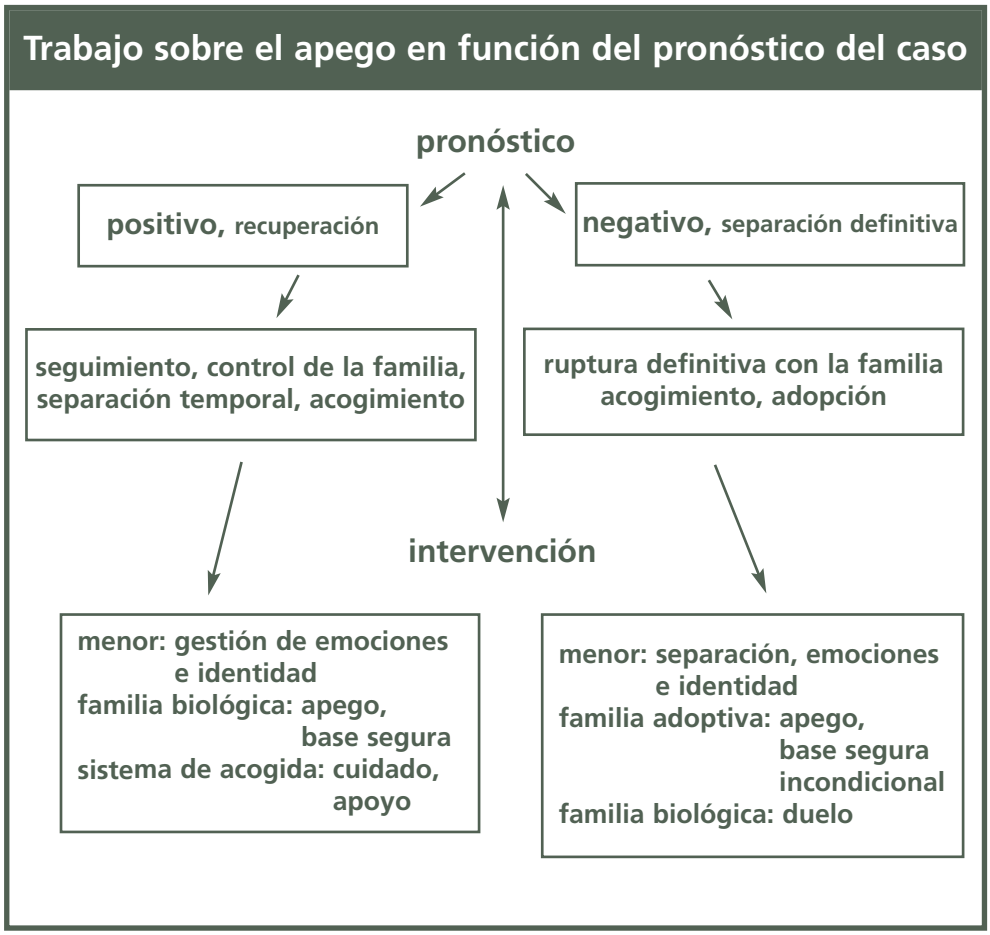
2.5 El apego en la relación de ayuda

El mapa que hemos ido construyendo sobre la trayectoria de los trastornos del apego en un menor nos señala dos niveles de intervención muy claros:

1. **La reparación del apego** como una base segura y el trabajo importantísimo de propiciar la ayuda en **el aprendizaje de la gestión de emociones**.
2. **El desarrollo de identidad**, el sentido de pertenencia, la integración en una red social variada y positiva que permita unas expectativas de autoeficacia y una proyección al futuro optimista para el adolescente.

Este mapa podemos interpretarlo también desde la óptica de la **trasmisión intergeneracional de las dificultades de apego y del establecimiento de relaciones emocionales seguras**. Cuando definimos esta trayectoria de lo que hemos denominado la "enfermedad invisible" debemos también hacer el esfuerzo de evaluar qué papel juega en cada momento y en cada uno de estos eslabones o transiciones, la familia en sus diferentes subsistemas y en sus diferentes funciones.

El trabajo sobre el apego en el marco de la protección al menor que ha sufrido situaciones de trauma relacional ha de estar bien orientado. La **figura 9** ofrece un esquema general orientativo en función de la "hoja de ruta" que se ha ido marcando en todo el proceso de intervención en función del pronóstico del caso, es decir, en función de la evaluación de la posible reunificación o no de la familia con el menor. Es esencial diferenciar bien cuál es la expectativa que se tiene sobre el apego hacia el menor en cada uno de los agentes de la intervención y en los familiares y figuras de cuidado.



Otra de las enseñanzas prácticas que nos ofrece el conocimiento de la teoría del apego para nuestra intervención se refiere al tipo de relación de ayuda que podremos establecer con usuarios que pueden haber sufrido un trastorno del apego. No se puede obviar nunca que sus dificultades de relación van a afectar también al establecimiento de nuestra relación de ayuda con ellos. Si olvidamos esta posibilidad será muy probable que sucumbamos a interpretaciones muy negativas sobre ellos. La **figura 10** representa un esquema sencillo que puede orientarnos sobre cómo debe ser nuestra propia actitud ante el establecimiento de la relación con un usuario que haya tenido dificultades de apego severas. La idea esencial es que el terapeuta no debe perder su convicción y optimismo, pero debe rebajar y ajustar sus expectativas sobre la respuesta del adolescente en función de las conductas de apego de éste.

Tipo de apego que observamos en el usuario	Orientación de nuestra actitud a la hora de crear una relación de ayuda
Apego inseguro evitativo	
Su pauta para afrontar el fallo en el apego es retraerse y evitar situaciones de apego	Intentos muy intensos de acercarnos y con expectativas altas sobre la respuesta del menor se convierten en una amenaza. Mantendremos una postura afectuosa pero respetando su distancia
Apego inseguro ansioso ambivalente	
Su patrón suele ser maximizar las acciones encaminadas a provocar una respuesta por parte de acogedores, educadores y terapeutas, pero con poca capacidad de que le produzca alivio	Todo lo que haga un profesional muy volcado y muy motivado con grandes expectativas resultará insuficiente, lo que genera frustración y ansiedad en el usuario y en el profesional. Tenemos que anticipar la frustración del usuario y mostrar una gran estabilidad y constancia ante los altibajos de la relación.
Apego inseguro caótico	
Quizás la peor condición para la relación de ayuda profesional; suelen ser personas que han interiorizado que quien los tiene que cuidar es quien los daña y se aprovecha	El usuario responde con esa pauta (falta de pauta, o muy incoherente) también ante la relación de ayuda, así que el profesional puede frustrarse con facilidad. Lo esencial por lo tanto es no mostrar frustración y tener una perseverancia que genere seguridad en el usuario

2.6 Comenzar desde el embarazo es la mejor opción

La relación de apego seguro es un factor primordial para garantizar la relación adecuada de protección de los menores, y el desarrollo de esa relación de apego comienza muy temprano, en las primeras semanas de vida del niño. **Por ello las condiciones favorables para establecer esa relación son esenciales y necesarias desde el momento del embarazo**. El corolario práctico de este hecho es muy obvio: el desarrollo de un embarazo positivo, tanto en el plano emocional y psicológico como en el ámbito de la de salud y del entorno social de los padres, puede ser un factor predictor de una crianza

segura y protegida. Desde la perspectiva de la intervención en el ámbito de la protección a la infancia, la constatación de esta realidad, apoyada por el conocimiento científico, nos aboca a planificar intervenciones de apoyo temprano para tener eficacia, conjugar la intervención con la prevención, y evitar la cronificación de situaciones de desprotección.

Las conductas de riesgo durante el embarazo, al igual que las pautas de cuidado disfuncional hacia los bebés, generalmente asociadas a dificultades psicológicas y sociales en las madres y a condiciones ambientales estresantes, tienen unas consecuencias nefastas para la protección a la infancia. Esas consecuencias están asociadas, por ejemplo, a problemas como la mortalidad infantil, partos prematuros, bajo peso y otras complicaciones en el recién nacido, abusos y negligencia con los niños, malos tratos, embarazos continuados, aislamiento social, pobreza o marginalidad. La investigación reciente nos indica que, incluso determinadas dificultades de comportamiento social de los menores (como violencia y otras conductas antisociales), pueden estar relacionadas con las conductas de riesgo y maltrato sufridas por el menor durante el embarazo y su primera infancia.

Las dificultades en el establecimiento de una relación adecuada que garantice la seguridad y confianza del menor en el periodo prenatal y de primera infancia son más comunes en familias en situación de carencia económica, social y afectiva, mujeres jóvenes solas, madres adolescentes y sin apoyo familiar o social, madres con hijos institucionalizados o con otras medidas de protección, pertenecientes a minorías étnicas y sin apoyo del entorno, o con estilos de vida claramente incompatibles con el adecuado cuidado de los hijos. También **las dificultades sufridas por las madres en su propia historia de crianza como hijas, así como las secuelas de historias vitales marcadas por el maltrato y la negligencia, son factores psicológicos asociados a la dificultad de una relación de cuidado y apego adecuados con sus bebés**. Su capacidad de autocuidado y de cuidado de sus hijos está, con frecuencia, condicionada por su pasado de maltrato, inmadurez psicológica o falta de apoyo interpersonal o social.

Todas estas condiciones negativas señaladas contribuyen de forma notable a que en estas familias de riesgo los padres actúen de forma inadecuada durante el embarazo y las primeras etapas de la vida del niño, lo que puede tener desastrosas consecuencias si se marginan de los servicios de salud o crean una relación negativa, bien de evitación o bien de dependencia, con los servicios sociales. En esas situaciones se incrementa el riesgo de violencia familiar o negligencia en el cuidado de los niños.

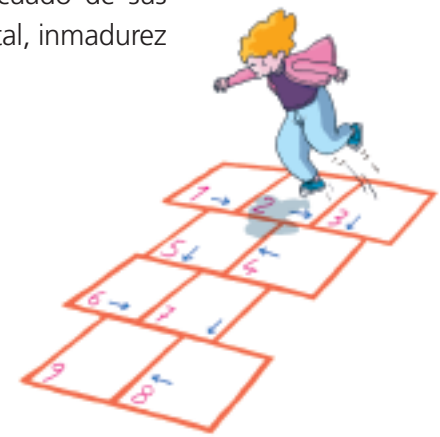
La investigación ha aportado evidencias en los últimos años sobre el impacto y resultados que tiene la intervención preventiva en el marco de la atención prenatal y de primera infancia. Esencialmente, la **constatación de que la intervención en un estadio tan temprano como el periodo de embarazo y los primeros meses de cuidado y relación con el bebé, tiene una influencia muy positiva a medio y largo plazo sobre el comportamiento del menor (tanto psicológico como social), al igual que sobre el ajuste emocional y social de la madre**. Este tipo de intervención temprana puede tener un efecto preventivo en conductas de abuso y negligencia parental y también en conductas de riesgo de los menores.

Cambios en las conductas de riesgo para la salud prenatal

La exposición prenatal al tabaco, alcohol, y otras drogas tiene un efecto comprobado de riesgo para al crecimiento fetal y también, en una medida menor, de riesgo de parto prematuro y problemas de desarrollo neurológico, como déficits de atención o un desarrollo cognitivo y de lenguaje deficiente. En diversos programas de intervención prenatal se ha trabajado con éxito la reducción por parte de las madres del consumo de sustancias de este tipo. Igualmente, en dichos programas se han realizado intervenciones sobre otros factores conductuales de riesgo prenatal: una ganancia inadecuada de peso por parte de la madre, dieta inapropiada; detección y tratamiento temprano de complicaciones en obstetricia (como infecciones o disfunciones de la tensión arterial).

Cuidado competente y apego como prevención del abuso y la negligencia

Cuando los padres tienen empatía con sus bebés y son capaces de entender y responder a sus primeras señales comunicativas, es mucho menos probable que se produzcan situaciones de abuso o negligencia. Los padres aprenden con más facilidad las competencias evolutivas que los niños han de mostrar en cada periodo evolutivo y esto previene lesiones y daños. Resulta fundamental, por lo tanto, ayudar a que los padres desarrollen esas habilidades de cuidado competente. Dichas habilidades están influenciadas por características de los padres y también por algunos factores ambientales o contextuales. Los padres que crecieron en un hogar con estilos de crianza caracterizados por el rechazo, el abuso, o la negligencia pueden tener más dificultades para un trato adecuado de sus bebés. Por otro lado, los padres que tiene problemas de salud mental, inmadurez



psicológica, u otro tipo de discapacidades pueden tener también dificultades para el cuidado de sus bebés. Aunque estos factores (tanto la historia de vida de los padres como sus problemas de inmadurez o salud mental) no pueden apenas cambiarse, sí es factible reducir o mitigar sus efectos negativos en la crianza de sus hijos, como han demostrado diversos programas de intervención prenatal.

Hay otros factores de tipo social, como el aislamiento social y la falta de apoyo familiar, que también están asociados a tasas más altas de abuso y negligencia, ya que propician situaciones de vida estresante que pueden interferir en el cuidado del embarazo y del bebé. También hay evidencias de la investigación que sugieren que algunas características psicobiológicas de los hijos pueden afectar al grado en que los padres son competentes en su cuidado durante los primeros meses. Cuando los niños nacen con algún tipo de perturbación neurológica producto de un mal cuidado prenatal (como el consumo de drogas por parte de la madre), se produce una ansiedad y estrés mayor en los padres que pueden llegar a constituir un factor de riesgo. Igualmente, algunas investigaciones han mostrado que niños con un problema severo de hiperactividad por un déficit de atención pueden tener más probabilidades de lesiones, en parte debido a las dificultades de los padres para entender y regular las conductas del niño. Por todo ello, las intervenciones orientadas a conseguir conductas de cuidado parental más apropiadas tienen en cuenta que el nivel de madurez y apoyo social de los padres, así como un entorno no estresante, incrementan la probabilidad de un cuidado protector y la reducción de conductas de abuso o negligencia.

Cambios en el perfil de vida parental

Uno de los factores de riesgo más importantes que bloquean la capacidad de una buena experiencia de maternidad, con un nivel apropiado de educación en la madre y preservando su autonomía y su capacidad de participar en la vida laboral, es tener embarazos muy seguidos y sin preparación adecuada, especialmente en madres sin una pareja estable. Los programas de intervención prenatal han conseguido buenos resultados para este tipo de situaciones, constatando que cuando se produce un cambio en el perfil de maternidad hay una mejoría sostenida en el tiempo tanto para la madre como para los hijos.

Cambios en el riesgo de conductas antisociales en los niños

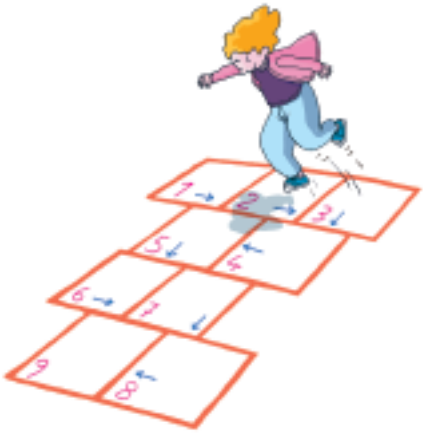
Las dificultades en relación con el cuidado adecuado durante el embarazo y primeros meses de vida pueden convertirse en factores de riesgo para la aparición de conductas antisociales en los niños. Este tipo de conducta disfuncional

es frecuente en niños que muestran en su adolescencia problemas por agresividad o violencia. Algunos estudios han encontrado que algunos niños con este tipo de conducta problemática tienen déficits de desarrollo neuronal o madurativos, asociados a unas condiciones prenatales claramente inadecuadas, y a un rechazo del cuidado del bebé en sus primeros meses de vida por una falta de regulación en la agresividad. Los programas de intervención prenatal se orientan a modificar este perfil de riesgo para las conductas antisociales en los niños: nacer en un hogar con padres adictos, sin apoyo social, con un entorno conflictivo y tolerante a la violencia y con embarazos muy seguidos sin un contexto adecuado para el cuidado maternal.

Los resultados en programas de intervención prenatal y de primera infancia

Una de las fuentes de evidencia empírica sobre resultados de programas de intervención prenatal y de primera infancia son los estudios de resultados del grupo de Olds y colegas. Esos estudios norteamericanos han evaluado grandes muestras y con grupos de control o comparación. Una característica muy interesante de dichos estudios es que han hecho seguimientos de más de 15 años para los niños que han nacido en el contexto de la intervención prenatal del programa. De forma sintética pueden destacarse estos resultados asociados a la intervención prenatal y de primera infancia en comparación con las muestras no intervenidas:

- 79% menos de casos comprobados de abuso de niños o negligencia.
- Una media de 39 meses menos de percepción de ayuda social.
- 44% menos de problemas de conducta en la madre por abuso de alcohol o drogas.
- 69% menos de arrestos de la madre.
- Durante el embarazo, las mujeres mejoraron la calidad de sus dietas.
- Durante y Después del embarazado tuvieron menos número de infecciones renales y problemas de hipertensión.
- Uso más adecuado de los servicios sociales.
- Reducción en un 25% del consumo de tabaco o 75% menos de partos prematuros.
- Cuando los niños llegan a la adolescencia:
    - > 56% menos de arrestos policiales de los niño.
    - > Menos consumo de alcohol y drogas.
    - > 60% menos de huida del hogar.



IDEAS PRINCIPALES

1. El trastorno del apego, especialmente cuando se asocia a situaciones traumáticas de abuso, maltrato o pérdida, genera con frecuencia conductas disfuncionales complejas difíciles de identificar y de tratar. El término "enfermedad invisible" representa esa dificultad.

2. La Teoría del Apego nos ofrece un interesante mapa para orientar algunas intervenciones. Desde esa teoría se describen diferentes tipos de apego inseguro (Evitativo, Ambivalente, y Desorganizado) asociados a diferentes estilos y circunstancias de crianza y que pueden ayudarnos a entender algunos patrones problemáticos en las relaciones interpersonales y sociales de nuestros usuarios.

3. Cuando las rupturas en la relación de apego se producen de forma traumática (abuso intrafamiliar, maltrato infantil por parte de los cuidadores, grave abandono, etc.) se quiebra de forma importante la seguridad y la estabilidad emocional de un menor. La sensación persistente de ser incapaz de tener control sobre lo que le ocurre en la vida es una característica del trauma. Las consecuencias de esa experiencia vital pueden prolongarse en el ciclo de vida de esa persona.

4. Las claves relacionales para detectar una dificultad severa en el vínculo de apego son estas: el entorno de relaciones familiares no proporciona alivio al menor, lo cual le provoca una gran dificultad para regular adecuadamente sus emociones y falta de confianza en sus propias sensaciones y en todo lo que le rodea. Es frecuente que todo este desequilibrio emocional y relacional provoque conductas agresivas, auto-destructivas, o disociadas.

5. El "trauma relacional" genera inseguridad, desconfianza y sentido de culpa; lo que a su vez propicia que se produzcan importantes dificultades de relación interpersonal. A este proceso le llamamos "el círculo vicioso de la gestión emocional".

6. Debemos comprender que algunas conductas disfuncionales de un menor, como la ira y las conductas de evasión o escape, son esperables cuando hay un trastorno del apego. Para ayudar a cambiar esas conductas necesitamos primero entender la función que tienen dentro de ese marco de trastorno del apego.

7. Las dificultades de relación devienen con facilidad en problemas de adaptación (escolar, social, familiar), especialmente en la adolescencia. Estos problemas de adaptación con frecuencia van generando la creación de una "identidad" negativa en el menor (el menor se identifica con rasgos nega-

tivos de su comportamiento social) que a su vez propicia más situaciones de inseguridad y ansiedad. A este proceso le llamamos "círculo viciosos de la identidad negativa".

8. La intervención familiar puede trabajar en la reparación del apego y de la seguridad emocional. Esto se puede hacer a través de intervenir en el círculo viciosos de la gestión de emociones (enseñando a mejorar dicha gestión en los menores) y en el círculo vicioso de la identidad negativa (propiciando, mediante actuaciones educativas, la construcción de una identidad positiva e integrada socialmente).

9. El programa de intervención prenatal y de primera infancia es una estrategia eficaz de intervención temprana. Durante el periodo de embarazo y primeros meses de vida se dan las circunstancias más favorables para establecer la relación de apego y modificar las adversidades que pudieran incidir negativamente en dicha relación.

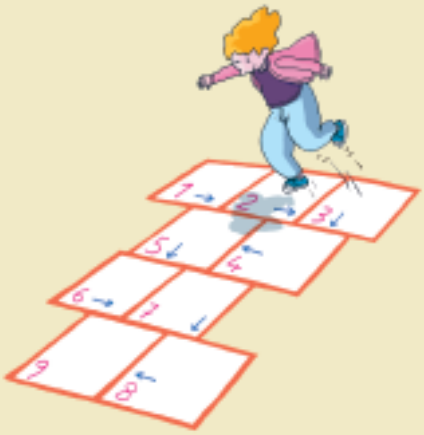
QUÉ MÁS CONSULTAR

- Bowlby, J. (1998) El apego. Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1989) Una base segura. Editorial Paidós.
- Marrone, M. (2009) La Teoría del Apego. Un Enfoque Actual. Editorial Prismática.

OBSERVA Y PRUEBA

1. Realiza una entrevista con un adolescente desde la perspectiva del apego: explora cómo ha sido su historia de crianza y las respuestas de apego de sus padres o personas que lo cuidaron; intenta detectar las adversidades que pudo experimentar y cómo las recuerda; explora su estilo comunicativo en la actualidad y la forma de relacionarse que tiene con iguales y adultos. Intenta definir un tipo de apego.

2. Realiza la misma entrevista desde la perspectiva del apego pero ahora con la madre o padre del adolescente que has entrevistado previamente. Centrando la entrevista en la experiencia como hijo que tuvo esa madre o padre cuando era un niño. Intenta definir el tipo de apego que tuvo.

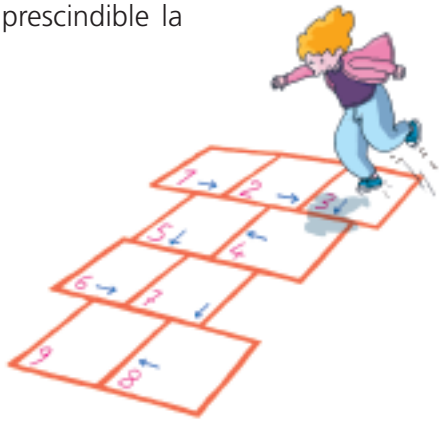


3 Cuando hay una dificultad especial que requiere una intervención especializada y/o intensiva

Una de las razones más habituales por las que la intervención con una familia se torna complicada o se cronifica es la existencia de una dificultad o una patología que requiere un tratamiento intensivo o especializado. Con frecuencia se trata de dificultades o patologías relacionadas con la salud mental o adicciones. En el análisis de la **ecuación de balance del sistema familiar** (modelo de análisis descrito en detalle en la Guía I, capítulo 3) es importante que, cuando estudiemos la estructura que mantiene el problema (véase **figura 11**), valoremos y ponderemos adecuadamente los condicionantes biológicos que tienen que ver con una patología o dificultad que requiere un tratamiento especializado. Son casos en los que la primera idea que debe figurar en la intervención como un axioma fundamental es ***"no podemos hacerlo solos"***. Todo el trabajo de intervención familiar en el marco de los servicios sociales se debe hacer en un contexto de colaboración dentro de la red profesional, pero en estos casos esta exigencia se convierte en un elemento central del análisis y la intervención en el caso.

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

De especial importancia, por su frecuencia, por sus características específicas, y por la constatación que tenemos de la dificultad que entraña, es el trabajo con familias en las que hay una persona con un trastorno de salud mental o una persona con una adicción, especialmente los casos de alcoholismo y toxicomanías. Son situaciones que en el análisis de los casos que se cronifican dentro del marco de nuestro trabajo son muy frecuentes, esto quiere decir que es un factor muy ligado a la cronificación. La razón (como ya hemos indicado en el capítulo 1), en parte, es que ese tipo de dificultades o patologías suelen tener un curso largo, a veces inevitablemente crónico, y que requiere un trabajo de atención durante mucho tiempo y con fases en las que es imprescindible la



intervención especializada (como la medicación psiquiátrica, la desintoxicación, el seguimiento a través de analíticas, etcétera).

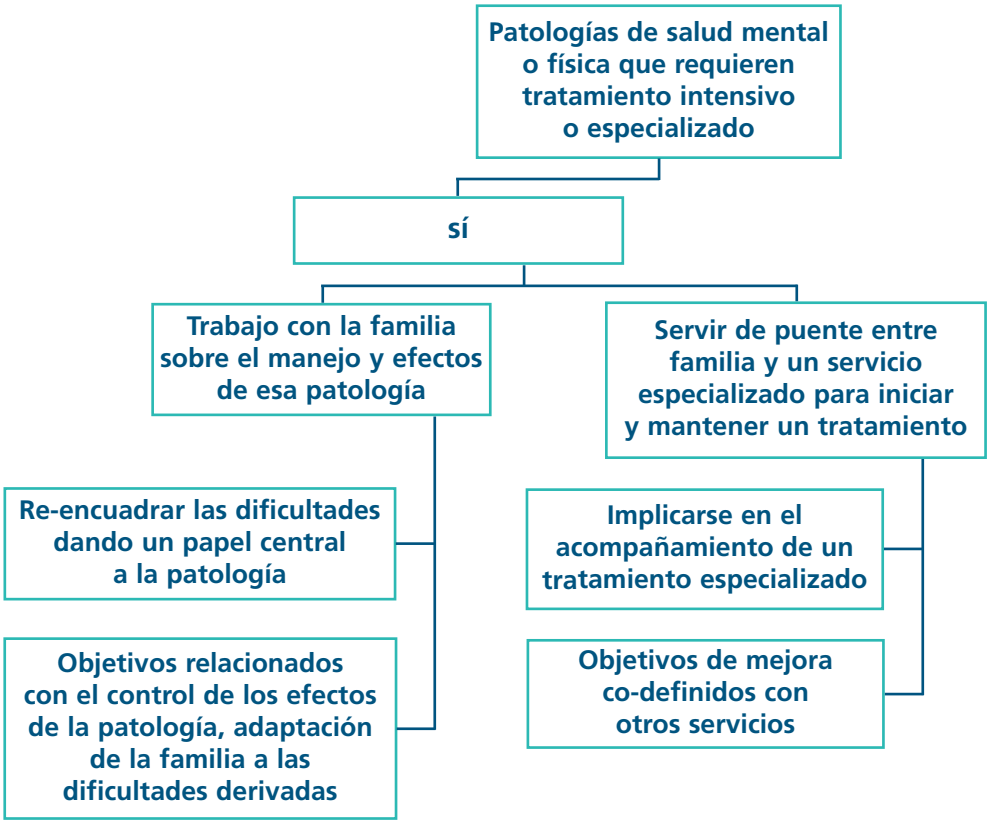
Una primera advertencia que hemos de considerar en el trabajo con estos casos es que se va a producir con frecuencia la tentación de asumir una gran responsabilidad, cuando no la idea explícita o implícita de que podemos responsabilizarnos totalmente de la intervención. Bien por un entusiasmo relacionado con una falta de experiencia por parte del profesional, bien por una expectativa de autoeficacia basada en que el profesional o equipo tiene formación sobre la patología o dificultad que conlleva el caso, nos podemos encontrar con una estrategia valiente y comprometida de asumir la intervención pensando que sólo necesitaremos algunas ayudas puntuales de servicios especializados. Hay ocasiones en que esto se hace y sale bien, por lo tanto caeríamos en una postura muy radical si descartamos esta posibilidad; por ejemplo, hay casos en los que existiendo un problema de salud mental o de alcoholismo, un buen trabajo del equipo de atención familiar consigue un cambio significativo y una situación estable de seguridad para la familia, incluidos los menores. Pero si consideramos la ecuación de balance entre la estructura que mantiene el problema y la estructura de recursos para el cambio, seguramente en esas experiencias de intervención exitosa estábamos trabajando con casos en los que el balance era bastante equilibrado y los recursos de la familia han permitido generar una gran capacidad de cambio.

3.1 Trabajar con una buena hoja de ruta

Esta es la directriz principal en este tipo de situaciones: hay que crear una" hoja de ruta" adecuada desde el momento en que la valoración del caso nos indica la incidencia de un factor que vamos a llamar "especial", léase trastorno de salud mental, alcoholismo u otras toxicomanías.

Esta "hoja de ruta" tiene que considerar la capacidad y sensibilidad de la familia para entender la incidencia de ese factor, sus implicaciones y la forma de crear condiciones y cambios adecuados. Pero cuando la valoración del caso nos dice que hay un nivel de dificultad grande, que no se producen avances y que estamos en el contexto de cronificación o riesgo de cronificación, no deberíamos derrochar más tiempo, y nuestra "hoja de ruta" para el proceso de intervención debería basarse en el esquema que se representa en la **figura 12**. La trayectoria de intervención se bifurca en dos líneas de actuación que han de seguirse en paralelo. Por un lado, **la línea orientada a trabajar como mediadores, como un servicio de puente o conexión entre la familia y el dispositivo de atención especializado que el caso requiera** (psiquiatría, salud

mental, centro especializado en toxicomanías, servicio especializado de alcoholismo, etcétera). En esa línea empezaremos por valorar cuál es la situación, el diagnóstico, antecedentes, gravedad, curso de la enfermedad, etcétera de la patología. La otra línea de actuación que seguiremos en paralelo **está centrada en nuestro trabajo psicoeducativo con la familia sobre el manejo adecuado de esa patología y el conocimiento de sus orígenes, de sus circunstancias, de los efectos que tiene y de los efectos que se pueden proyectar en el futuro**.



Volviendo a la línea de actuación en la que nos definimos como un sistema "puente" (entre la familia y los servicios especializados), va ser muy importante nuestra capacidad de acceso y comunicación con esos servicios especializados. Lógicamente, esta capacidad depende no sólo de nosotros sino de la disposición al trabajo en red y del conocimiento de nuestro trabajo por parte del servicio especializado que tiene responsabilidad en este caso. Es fundamental trabajar siempre y a todos los niveles, desde las estructuras directivas hasta el contacto más de campo, para crear una situación de alianza entre los profesionales en todo este trabajo.

Es importante **que conozcamos, sin necesidad de ser unos especialistas o eruditos en la materia, lo más fundamental de ese tipo de dificultades o de patologías**. Este conocimiento es esencial no sólo para su transmisión didáctica a la familia, sino también para la comunicación adecuada con los profesionales de los servicios especializados y para nuestra propia seguridad cuando trabajamos con estos casos, seguridad que transmitiremos a la familia.

La directriz fundamental en esta línea de actuación es **implicarse en el acompañamiento de ese tratamiento especializado**. ¿Qué queremos decir con implicarse? Es más que hacer una derivación y esperar simplemente a un seguimiento puntual para saber qué ha pasado. Y no es asumir el peso de la intervención, algo imposible cuando ha de ser especializada o intensiva, lo cual supondría absorber desproporcionadamente nuestra capacidad de trabajo en una familia. Ese nivel de implicación no puede definirse de una manera exacta puesto que cada familia requerirá unas actuaciones particulares muy determinadas. En algunos casos puede incluir el acompañamiento del paciente o de algún familiar a un centro de salud, a una unidad de desintoxicación, siempre y cuando este acompañamiento provoque una actitud activa y no dependiente o pasiva de la familia. Lógicamente, no podemos convertirnos en la persona que se ocupa del paciente, de llevarlo o traerlo a un servicio, supervisar su medicación, etcétera puesto que nuestro trabajo es conseguir que eso sea una actitud estable y sostenible de la estructura familiar.

Dentro de esta línea de actuación, estableceremos unos objetivos adecuados y realistas de lo que es esperable como mejoría o tratamiento de la patología, de lo que son los mínimos y de lo que sería un resultado óptimo. Estos objetivos han de estar sustentados en un buen conocimiento del curso de ese tipo de patología o problema, y obviamente de lo que el servicio especializado nos indique (óptimamente a través de informes claros y específicos).

En cuanto a la segunda línea de actuación, en la que nos centramos en el trabajo educativo con la familia sobre el **manejo adecuado de las circunstancias y los efectos de la patología específica,** lo esencial consiste en dos intervenciones que organizan y centran nuestro trabajo. Es importante enfatizar que tener claras y estructuradas estas intervenciones es crucial en un proceso de intervención que generalmente está plagado de crisis, recaídas, situaciones que producen conflictos, dudas, etcétera.

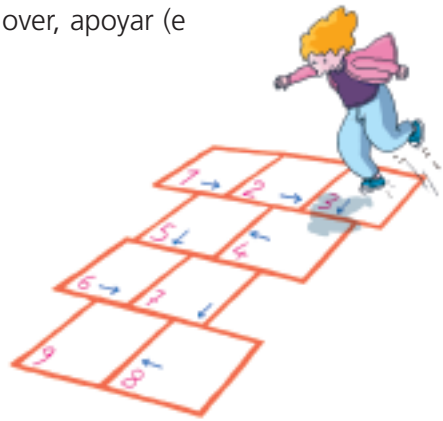
La primera de esas intervenciones es reencuadrar la experiencia de dificultad, de crisis o de desamparo, que puede existir en la familia. A veces incluso la experiencia de conflicto entre los miembros de la familia, o de la familia con

el paciente que sufre la patología. **El reencuadre consiste fundamentalmente en intentar organizar y explicar a la familia las dificultades que sufre, y las experiencias negativas que hubo en el pasado y que están ocurriendo en el presente, poniendo como centro de las mismas la enfermedad o la patología**.

Es común que en la familia haya un desconocimiento de la etiología y de las consecuencias de esa enfermedad, o incluso interpretaciones plagadas de sentido de culpa o de acusaciones de maldad o irresponsabilidad sobre la persona alcohólica o sobre aquella con un diagnóstico de salud mental. Es probable que nos encontremos con una perspectiva de la familia en la que esa enfermedad o dificultad grave no ocupe el lugar que le corresponde y, por ello, genere un alto nivel de desestructuración y bloquee el curso natural del desarrollo del ciclo de vida, lo cual tiene especial incidencia negativa cuando hay menores que se vean arrastrados en sus rutinas por esa desestructuración. Esta labor de reencuadre es complicada y a veces hay que hacer intervenciones educativas sólo con alguna parte de la familia que tiene más capacidad de entender o cuyas experiencias les pueden ayudar a comprender y enmarcar adecuadamente la influencia de esa enfermedad en la familia. Existen muchas experiencias de intervención familiar y de grupos familiares (incluyendo o no al paciente) en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia y otras patologías de salud mental; igualmente hay muchas experiencias de intervención grupal en el marco del alcoholismo y las adicciones, y todas ellas nos pueden servir como base o al menos ofrecernos algunas directrices útiles a la hora de crear este reencuadre en que le damos el papel adecuado a la enfermedad o dificultad especial. Se trata de "poner a la enfermedad en su lugar".

La segunda intervención fundamental es **crear objetivos concretos con la familia en los que se plasmen formas de controlar y contener los efectos de esa enfermedad o dificultad en la vida de la familia**. Dicho de otra forma, objetivos pequeños y progresivos orientados a que la familia se capacite para adaptarse a todas las dificultades derivadas de la enfermedad. En esta línea de actuación no se trata tanto de ayudar a la curación de la persona o personas de la familia que son los pacientes identificados con un diagnóstico, se trata de que la familia pueda convertirse en la mejor familia de un padre o una madre con esa enfermedad o la mejor familia para convivir con una persona que tiene un problema de alcoholismo, o la mejor familia para preservar a los menores de los síntomas y fases negativas de un familiar con un trastorno severo de salud mental.

Es importante diferenciar estos objetivos de aquellos que tenemos en la línea paralela de actuación y que sí van encaminados a facilitar, promover, apoyar (e



incluso empujar en algunos momentos creando condiciones coercitivas o de presión) al paciente, para que bien pueda recuperarse de su enfermedad (si se contempla la posibilidad de recuperación total) o bien se mantenga en las mejores condiciones para ser el paciente óptimo de una enfermedad crónica.

3.2 El caso de la enfermedad mental

No resulta fácil definir algunos términos que se entremezclan en relación con la salud mental, como son "problemas de salud mental", "enfermedad mental", "enfermedad psiquiátrica" o "trastorno mental". Dentro de lo que puede resultarnos de más utilidad en el contexto de la intervención en el marco de los servicios sociales, podríamos decir que el término dificultad o "problema" de salud mental se usa de una forma más general para aquellas situaciones que se relacionan con problemas no muy severos y que por lo tanto no llegan a cumplir los criterios de un diagnóstico psiquiátrico. La enfermedad mental es un término que sí se utiliza para casos en los que existe un trastorno mental diagnosticable. Si bien hay muchos usuarios de la intervención familiar que viven en condiciones de estrés y dificultad, y que tienen problemas de salud mental que pueden requerir algún tipo ayuda especializada de manera puntual, cuando nos referimos a enfermedad mental estamos calificando una situación más grave y crónica.

Una enfermedad mental es un trastorno que tiene un diagnóstico clínico y cuyas consecuencias interfieren con la capacidad social, emocional y cognitiva de una persona. Los diagnósticos de este tipo, generalmente, se hacen sobre la base de algunas clasificaciones muy aceptadas dentro de la comunidad médica y científica (como el DSM o el ICD10) y de forma general requieren la presencia de alguno de estos síntomas: alucinaciones, desorden del pensamiento, distorsión severa del humor; conducta irracional sostenida (que indica la presencia de delirios o alucinaciones).

Precisamente por la complejidad de los diagnósticos, por la dificultad de diferenciar lo que puede ser una dificultad o problema de salud mental como algo diferenciado de un diagnóstico clínico de enfermedad mental, es difícil saber con mucha exactitud la prevalencia de la enfermedad mental en el marco de la atención familiar desde los servicios sociales. Al margen del número de familias afectadas, sí hay una serie de conclusiones importantes que están consensuadas en muchos estudios:

- ***Los problemas de salud mental de los padres son una razón relevante y significativa por la que muchos menores son remitidos a los servicios de protección a la infancia.***

- ***Hay bastantes evidencias de que existe un vínculo entre la enfermedad mental en los padres y la negligencia con los hijos.***
- ***Los niños cuyos padres tienen una enfermedad mental tienen estadísticamente un riesgo mayor de sufrir consecuencias adversas diferentes al maltrato****, como por ejemplo la capacidad de desarrollar dificultades o problemas de salud mental cuando se hacen mayores, sufrir complicaciones perinatales u otros problemas de salud en los primeros años de vida, mostrar problemas de conducta en la infancia y en la adolescencia, sufrir las consecuencias asociadas al estrés de tenerse que ocupar del cuidado de aquel padre que tiene la enfermedad mental.*

No obstante, es importante no caer en la visión tremendista que, a veces, los estudios epidemiológicos nos ofrecen con la mejor intención, queriendo sensibilizar a los profesionales de la intervención de las consecuencias de la enfermedad. **Hay que considerar que hay algunos factores específicos de las familias con enfermedad mental que van a influir en la capacidad de resiliencia de las familias afectadas**. Factores que van a determinar el nivel de vulnerabilidad pero también el nivel de resiliencia. Fundamentalmente esos factores son:

- ***El nivel de conciencia de los padres sobre la enfermedad mental y el reconocimiento de los efectos que la enfermedad tiene en ellos mismos y en especial en los hijos.***
- ***La severidad y la cronicidad de la enfermedad mental y la edad que tienen los hijos cuando la enfermedad mental aparece en el padre que la sufre. Por cronicidad estamos refiriéndonos sobre todo a la serie de episodios de recaída que se reiteran en el tiempo, especialmente cuando estas recaídas requieren hospitalización.***
- ***El hecho de que la enfermedad mental haya sido diagnóstica y se haya puesto en marcha un tratamiento apropiado y que sea seguido y apoyado por el paciente y la familia.***

En definitiva para entender bien cómo la enfermedad mental o los problemas serios de salud mental van a marcar el trabajo de intervención familiar, hemos de considerar una serie de aspectos que vamos a revisar de forma esquemática:

- ***¿Qué evidencias tenemos de que la enfermedad mental puede ser un factor de riesgo o de negligencia infantil?, y especialmente,***

¿en qué condiciones la enfermedad mental se convierte en un factor de riesgo y en qué condiciones es una circunstancia bien asumida y afrontada por la familia?

- ***¿Cuál es el impacto y las dificultades de salud mental en el desarrollo de los hijos?***
- ***¿Cuáles son los factores condicionantes que reducen la probabilidad de consecuencias adversas para los niños respecto a la enfermedad mental de sus padres?***
- ***¿Qué debemos de tomar en cuenta cuando realizamos una evaluación de riesgo generado por los problemas o la enfermedad de salud mental de los padres?***

Obviamente hemos de considerar cuáles son las claves de las estrategias de intervención que van a garantizar la seguridad de los menores y el apoyo que es necesario proporcionarles cuando sus padres tienen problemas severos de salud mental. Igualmente hemos de tener claves a cerca del tipo de apoyo que requiere en estos casos la familia en general: esposos, hermanos, padres, etcétera, del progenitor que tiene una enfermedad mental.

Los estudios que se ocupan de todas estas cuestiones normalmente se refieren a unas cuantas formas de enfermedad mental severa como son la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno bipolar, la combinación de abuso de drogas y enfermedad mental y algunos trastornos de personalidad severos que distorsionan mucho la capacidad de relación y de vida social del paciente. Si tuviésemos que destacar las principales conclusiones negativas de la investigación sobre esos perfiles de enfermedad, podemos afirmar que:

- La esquizofrenia está correlacionada estadísticamente con una probabilidad alta de perder la tutela de los hijos y, en general, con consecuencias adversas en la vida de estos hijos.
- Cuando las situaciones de depresión severa se dan en periodos de maternidad con niños pequeños, los estudios encuentran una cierta probabilidad de que se produzcan trastornos del apego que, a su vez, están asociados con dificultades posteriores en la adolescencia.
- Hay evidencias estadísticas de que la enfermedad mental combinada con abuso de drogas, está significativamente correlacionada, en términos estadísticos, con el maltrato infantil.

Si consideramos todo ese tipo de trastornos conjuntamente, su prevalencia es variable dependiendo de los diferentes estudios epidemiológicos que a lo largo de las últimas cuatro o cinco décadas se han venido realizando, pero

generalmente se asume que la incidencia de problemas severos de salud mental está en torno al 20% de la población (entre el 14% y el 24% en España). Esto suscita algunas preguntas importantes.

¿Qué porcentaje de la población con dificultades severas de salud mental tienen niños que dependen de su cuidado parental? Dentro del marco del tratamiento de la salud mental adulta no ha habido hasta hace poco una atención adecuada para registrar las edades, la situación y las condiciones de vida de los hijos de los enfermos, y por ello esta pregunta sigue estando abierta y tiene gran trascendencia.

¿Existen evidencias de que los padres con problemas de salud mental tienen una mayor probabilidad de ser negligentes o cometer abuso con sus hijos? La respuesta a esta pregunta, si nos basamos en la evidencia de la investigación, no es tan sencilla como podría parecer inicialmente. Existe un estereotipo que nos hace pensar que hace falta un problema de salud mental para ser capaz de hacer un daño grave a un hijo, especialmente cuando es pequeño. Es cierto que se han encontrado evidencias en los estudios y en los registro de prevalencia del maltrato, de la existencia de problemas diversos de salud mental en los padres. Por ejemplo, se ha encontrado que las lesiones serias producidas por el maltrato físico en niños menores de dos años están asociadas a padres que tienen claramente una muy pobre salud mental (aunque la existencia de un diagnóstico formal de evidencia de enfermedad mental no era frecuente). En función de la severidad de la situación de maltrato o negligencia y de las medidas que se han necesitado tomar en los menores, los estudios tienden a indicar que cuanto mayor es la gravedad del problema más fácil es encontrarse con claras evidencias de problemas de salud mental o enfermedad mental en los padres. La enfermedad mental aparece, según algunos estudios internacionales, en un porcentaje cercano al 10% en los casos de atención de menores por situación de riesgo y el 20% de esos casos muestran una incidencia de abuso de drogas. Sin embargo, cuando se han analizado casos que han requerido medidas de protección como el acogimiento residencial o familiar, el porcentaje de dificultades serias de salud mental y abuso de drogas (o ambos problemas combinados en los padres) parece ser mayor.

Se puede concluir que los padres de un número considerable de casos que han requerido alguna atención por parte de los servicios de protección a la infancia, tienen algún tipo de dificultad de salud mental y sin embargo **pueden ser dificultades que no son evidentes sobre la base de los problemas o situaciones de riesgo que inicialmente generan la notificación a los equipos de intervención familiar**. Comúnmente no son problemas que hayan tenido previamente un diagnóstico o un tratamiento adecuado. Podemos decir

que hay estadísticas acerca de la enfermedad mental en personas adultas que son padres y también estadísticas acerca de los menores que necesitan protección porque tienen padres con problemas de salud mental, sin embargo ambas estadísticas no son equivalentes y ambas muestras no se corresponden de forma automática.

¿Cuál es el impacto a corto plazo y a largo plazo de los niños que tienen padres con algún trastorno o dificultad grave de salud mental? Lo primero a tener en cuenta para entender adecuadamente las respuestas a esta pregunta es que la enfermedad mental de los padres no constituye necesariamente un riesgo que requiera una atención de los servicios de protección a la infancia. Sin embargo, hay evidencias en la investigación de que los niños que se crían en familias con esas dificultades tienden, desde una perspectiva estadística, a tener un riesgo mayor de sufrir algunas adversidades o problemas. Es un asunto complicado el concluir sobre el impacto de la enfermedad mental de los padres en los menores por la heterogeneidad que hemos señalado más arriba de la valoración y diagnóstico de lo que pueden considerarse enfermedades de salud mental y enfermedad mental diagnosticada. Por otro lado, **es frecuente que se dé una coexistencia de otros factores estresantes y de riesgo familiares que complican definir cuál es en concreto la contribución de una enfermedad mental en la situación de riesgo o desprotección de los menores**.

También el debate acerca del nivel que hay en factores de riesgo genéticos que interaccionan con los factores ambientales para producir dificultades o resultados negativos de salud mental en los menores aporta otro elemento de complejidad. Sin embargo, podemos establecer algunas directrices a tomar en cuenta que sí pueden ayudar a entender la respuesta a esta pregunta del impacto sobre la enfermedad mental de los padres en sus hijos.

- La exposición fetal a condiciones adversas y estresantes en las madres embarazadas, junto con los efectos de la medicación asociada a las dificultades de salud mental, incrementan el riesgo de complicaciones perinatales, así como de problemas de conducta, como la irritabilidad y las respuestas negativas durante los primeros meses de vida de un niño. También hay evidencias de la aparición de disfunciones neurológicas en niños que han nacido de madres que han usado fuerte medicación antidepresiva durante el embarazo, aunque no está claro que esos efectos se prolonguen a largo plazo.
- La investigación ha sido muy consistente en mostrar que existe una incidencia mayor de problemas emocionales de desarrollo y conductuales en niños cuyos padres tienen un trastorno mental en comparación con la

población general. Pero ésta es una asociación estadística y modulada por otros factores de la familia, por lo tanto no deben crear ningún prejuicio en nuestro trabajo de intervención.

- Algunos niños con padres con problemas de enfermedad mental, especialmente en familias uniparentales, asumen el rol de cuidador del padre. Esto no pasa únicamente en niños que podemos considerar adolescentes sino incluso, según algunos estudios, en niños con edades en torno a los cuatro y cinco años. Se ha utilizado el término de **"niños invisibles"** para estos menores que asumen roles de cuidados de sus padres con enfermedad mental porque los profesionales que atienden los dispositivos de salud mental de adultos, a veces no han tenido una conciencia suficientemente clara de que sus pacientes eran padres. Y porque en la atención general a las familias y a los menores no ha habido conciencia suficiente de la importancia que tiene el hecho de que los padres de los menores no reciban un tratamiento adecuado para su enfermedad mental.

El asumir responsabilidades en el cuidado de sus padres no hay por qué asociarlo de forma automática a consecuencias negativas, puesto que hay algunos aspectos positivos que pueden estar asociados a la situación de esos menores. Sin embargo, la investigación nos ofrece sobre todo una imagen de claras consecuencias negativas: estos niños se han descrito como menos felices que sus compañeros en la escuela, más deprimidos, con menor autoestima y con una mayor probabilidad de querer abandonar el hogar familiar pronto.

Los niños que viven solos con padres con una enfermedad mental como la esquizofrenia han sido descritos como especialmente aislados en algunos estudios sobre la evolución vital de los adolescentes. El término "parentalización" se refiere a niños que dejan de lado las necesidades de su edad y comienzan de forma precoz a tomar un papel de esposo, o un papel de cuidado parental. Ellos quieren que sus padres estén bien, toman esto como una función importante y además suelen mostrarse frustrados cuando se les ignora durante los procesos de evaluación de las necesidades o dificultades de salud mental de sus padres. Hay que considerar que estos menores, a veces, no dejan ver su estrés y el impacto negativo de esta actitud de parentalización porque tienen miedo, bien por vergüenza o bien por la propia lealtad a sus padres.

Algunos estudios indican que el estrés y la conducta disfuncional de estos menores pueden aparecer de forma disociada y mostrar una cara hacia fuera de chicos tranquilos y maduros. Pero cuando muestran conductas antisociales, dificultades de comportamiento, es frecuente que el foco de atención se

centre precisamente en estas dificultades y su diagnóstico, obviando la relación entre su conducta y su función respecto a la enfermedad mental de sus padres.

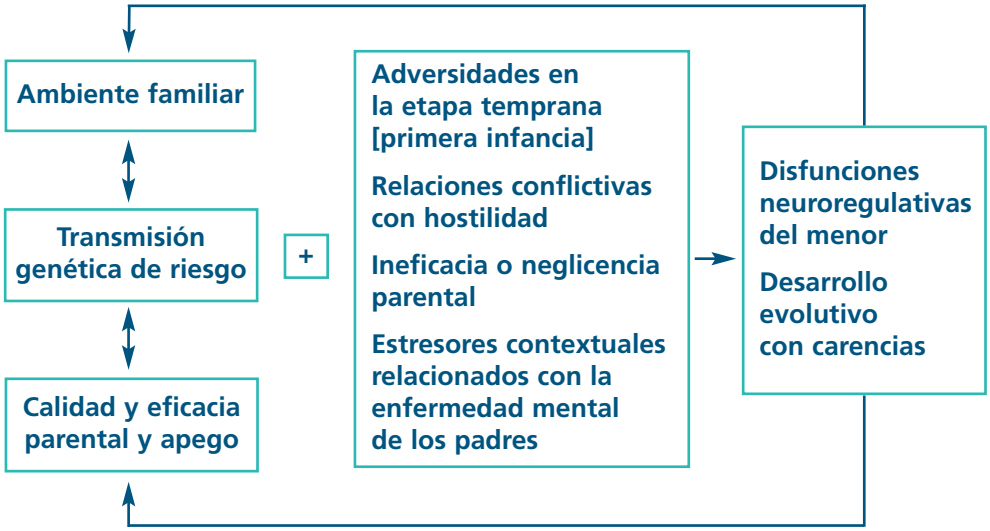
A pesar de todos los aspectos anteriores, es importante dejar claro que los estudios sugieren que estos menores no están en un riesgo inevitable de sufrir negligencia o retrasos en el desarrollo simplemente sobre la base de que sus padres tienen una enfermedad mental. Ni esta enfermedad va a tener automáticamente un impacto negativo sobre la relación padres/hijos. El grado en el que se va a producir un impacto en los menores está relacionado con la severidad de la enfermedad mental y con la frecuencia de los episodios o recaídas de dicha enfermedad. **Cuando los padres tienen un reconocimiento adecuado de su condición de enfermos es muy común que los dispositivos de atención de salud hagan un trabajo muy exitoso con esas familias**. Así mismo, es importante reconocer que las consecuencias negativas que hemos esquematizado más arriba para los hijos asociadas a los padres con problemas severos de salud mental no necesariamente llevan a la ocurrencia de negligencia. Hay otros factores de riesgo que están implicados en ese proceso y que influyen en la probabilidad de que se den unas conductas de cuidado parental disfuncionales y que, además, puedan transmitirse de una generación a otra. No debemos confundirlos y estigmatizar la enfermedad mental.

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

¿Cuáles son los mecanismos que explican que padres con problemas severos de salud mental puedan tener un impacto adverso en el desarrollo evolutivo y en la estabilidad afectiva de sus hijos? Ésta seguramente es la pregunta fundamental y cuya respuesta nos va a dar las directrices más importantes para la intervención familiar en los casos en los que hay una incidencia de enfermedad mental en los progenitores o cuidadores.

La **figura 13** muestra el proceso que explica el mecanismo de influencia adversa de enfermedad mental de los padres sobre los problemas de desarrollo y estabilidad afectiva de los hijos. La transmisión genética de la vulnerabilidad a padecer dificultades de salud mental puede ser un riesgo evidente según la investigación, pero es igualmente evidente que el ambiente familiar, la parentalidad y el estrés que se produce en ambos padres, es un factor al menos tan potente como el efecto de la genética. Hay algunos estudios internacionales que han comparado hijos de padres con esquizofrenia que fueron dados en adopción con otros niños similares que fueron dados también en adopción sin tener un antecedente de esquizofrenia en sus padres; y esos estudios encontraron que

entre ambos grupos solo había diferencias cuando se trataba de familias adoptivas con características disfuncionales. Es decir, el efecto genético sólo se manifestaba cuando el niño vivía en un ambiente familiar disfuncional y no así cuando se criaba en una familia estructurada y funcional. Este tipo de estudios y otros similares han ido consolidando la idea de que **un ambiente familiar adecuado puede tener un efecto protector eficaz para aquellos trastornos mentales que tengan una cierta predisposición genética**.



Por otro lado, tampoco la estructura genética de la transmisión de padres a hijos está plenamente clarificada desde el punto de vista de la investigación. Para los profesionales de la intervención familiar, en el marco de los servicios sociales es de gran importancia entender la relevancia que tienen otros factores que contribuyen a la vulnerabilidad parental, como son las experiencias negativas y adversas en la infancia o el funcionamiento interpersonal pobre asociado a una baja autoestima en los padres que tienen problemas de salud mental. Esta combinación de factores de vulnerabilidad hacen que sea probable tener unas relaciones familiares caracterizadas por la hostilidad y el conflicto, además de tener unas habilidades parentales muy pobres. Los menores en estas familias disfuncionales se exponen con mucha probabilidad a una afectividad insuficiente o incoherente por parte de sus padres, así como a conductas y condiciones negativas en la crianza.

La consecuencia más clara y relevante para nuestro trabajo es la dificultad de que se produzca una situación de apego seguro para los niños en esas familias. Hay que considerar también lo frecuente que es **la aparición de otro tipo**

de factores estresores contextuales de tipo social como son la pobreza, la falta de apoyo social y un ambiente tolerante al conflicto y a la violencia. No es difícil que en esa combinación de factores se produzcan mecanismos neuro-reguladores disfuncionales en el desarrollo de los niños y, por lo tanto, nos podemos encontrar con expresiones de falta de adaptación adecuada en los menores.

Esta descripción de la complejidad de la interacción entre factores ambientales y biológicos nos lleva sin duda a la conclusión práctica más importante: **el sentido emocional y cognitivo de falta de seguridad de los menores proviene, por lo general, de la dificultad de las relaciones de apego que no han construido una base segura para el menor**. Un corolario de esta conclusión es que muchos de estos mecanismos descritos en la **figura 13** son los mismos que operan en el caso de otros menores en familias vulnerables o de riesgo. Por lo tanto, hemos de tener en cuenta cuál es la parte específica asociada al problema o enfermedad mental y cuáles son los factores más generales que no son específicos de la enfermedad mental.

Cuando analizamos el círculo vicioso de los diferentes mecanismos o procesos que conectan las dificultades de salud mental con las dificultades de desarrollo y crianza de los niños se suscita la siguiente pregunta: ¿Hay una evidencia de que se produzcan consecuencias adversas para los niños asociadas a **trastornos de salud mental específicos**? Hay una considerable cantidad de estudios sobre los efectos de trastornos de tipo psiquiátrico en la parentalidad, especialmente sobre la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar; también se podría considerar la importancia de algunos subtipos dentro de los diagnósticos psiquiátricos (por ejemplo la esquizofrenia paranoide o desorganizada, o el trastorno bipolar tipo 1 o tipo 2), pero la realidad es que la investigación apenas ofrece resultados que diferencien de manera específica los efectos de los trastornos de salud mental en las dificultades de crianza y protección de los niños.

Lo más probable es que el grado en el que las habilidades parentales están distorsionadas por un trastorno psiquiátrico se asociarán con peores situaciones y resultados para los menores. Por ello aspectos como la severidad del trastorno, por ejemplo si incluye episodios psicóticos o no así como la frecuencia de episodios y recaídas de enfermedad mental, van a ser aspectos determinantes del impacto que tenga la enfermedad en la protección de los menores. En la investigación sobre dificultades severas de salud mental tradicionalmente ha prevalecido el centrarse en el paciente como un ser adulto y en sus dificultades adaptativas en relación con el curso de la enfermedad, y no tanto en el paciente como padre o como madre. Por otro lado, la atención sobre los hijos

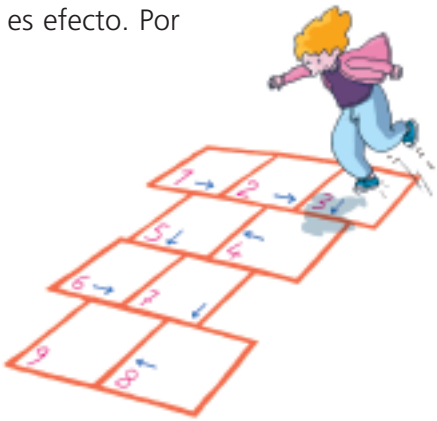
de los pacientes de este tipo de enfermedades ha sido escasa, así como la consideración del sistema global de la familia. No obstante se pueden definir algunos aspectos asociados a trastornos específicos:

Esquizofrenia

Los expertos dicen que los hijos de mujeres con esquizofrenia representan un grupo particularmente vulnerable. Algunos estudios norteamericanos indican que, aproximadamente, la mitad de las mujeres con esquizofrenia que se han estudiado dentro de dispositivos de tratamiento indican que han sido madres y que, aproximadamente, la mitad de sus hijos nacieron antes de que se hiciese un diagnóstico claro de la enfermedad. Hay muchas madres con un diagnóstico de esquizofrenia que mantienen la custodia de sus hijos, aunque éstos pueden estar criados o cuidados en gran medida por otros familiares cercanos como sus abuelos. El diagnóstico no determina el tipo de eficacia parental y el nivel de protección, hay muchos factores que tienen que ver con el entorno, el apoyo social, la adherencia a los tratamientos, etcétera, que actúan en interacción con los efectos de la enfermedad, y es este tipo de interacción la que va a predecir mejor las dificultades de los menores.

Depresión

Hay bastante más conocimiento, a través de los estudios de investigación, de los efectos de la depresión en la parentalidad. Esto se debe a que, en muchos países del ámbito occidental, la depresión tiene en las estadísticas de salud mental una altísima prevalencia. Sin embargo, es muy contradictorio todo lo que tiene que ver con la depresión por la enorme variabilidad en la forma en la que aparece en términos de severidad, duración y cronicidad. Los diagnósticos de depresión tienen criterios muy diferentes y a veces se integran dentro de categorías generales como la de "trastornos afectivos". Por otro lado, hay una asociación tan importante entre la depresión y otros factores contextuales que nos obliga a tener mucha precaución cuando trabajamos con una familia donde se ha producido, en algún momento, un diagnóstico de depresión en uno de los progenitores. Los estudios sobre la depresión indican que está asociada a situaciones de deprivación socioeconómica, a personas con poco apoyo social, a los conflictos de pareja, a situaciones de violencia doméstica y en general de ambientes familiares desestructurados, por lo que es difícil saber qué efectos tiene la depresión en los comportamientos de parentalidad. La asociación que existe entre el diagnóstico de depresión y todos estos factores contextuales nos llevan al dilema de preguntarnos qué es causa y qué es efecto. Por



ejemplo, podríamos puntuar de esta forma ese tipo de asociaciones que se encuentran en los estudios sobre la depresión: los problemas de pareja pueden predisponer la aparición de un trastorno como la depresión, y un trastorno como éste con diagnóstico psiquiátrico a su vez afecta negativamente a la relación de pareja. Pero también podríamos decir que ambos, el trastorno y la relación de pareja, podrían estar causados o asociados a condiciones previas: dificultades en la infancia, predisposiciones genéticas, situaciones sociales muy negativas, acontecimientos traumáticos, etcétera.

Desorden bipolar

Esta dificultad que nos podemos encontrar como diagnóstico en algunos de los progenitores o adultos de las familias con las que trabajamos se llamaba antes "psicosis maníaco-depresiva" porque es un desorden que tiene en algunos periodos la apariencia de depresión y en otros periodos una expresión maníaca de euforia y de hiperactividad. Es bastante contradictorio lo que la investigación nos ofrece sobre los efectos de este tipo de trastorno en la parentalidad, seguramente por las diferencias que se dan en el curso de esta enfermedad en función del tipo de fases o en función de cuál es el tipo de comportamiento disfuncional del paciente y cómo es entendido y afrontado por el entorno familiar. En algunos pacientes de las familias con las que trabajamos nos podemos encontrar en periodos en los que no hay una expresión depresiva o maníaca, sino una estabilidad de apariencia bastante normal. El nacimiento de un niño en una madre con un diagnóstico de trastorno bipolar puede generar un riesgo de recaída, especialmente cuando otros factores del entorno hacen que ese nacimiento se convierta en un factor estresante.

Trastornos de personalidad

Hay estimaciones que indican, por ejemplo, que entre un 10% y un 15% de los adultos en Estados Unidos están afectados de un trastorno de personalidad, y las cifras que podemos encontrar con facilidad en informes divulgativos sobre trastornos de personalidad límite nos ofrecen también unos porcentajes bastante altos. No obstante, todo lo relacionado con los trastornos de personalidad como diagnóstico resulta complicado de interpretar por los desacuerdos que hay al respecto. Incluso desacuerdos entre expertos sobre si esto supone en realidad una enfermedad mental. Es muy común que esta idea de trastorno de personalidad tenga tratamientos diversos y un diagnóstico comórbido con otras dificultades o con adicciones. También que los trastornos de personalidad en adolescentes y jóvenes se confundan con dificultades de estos adolescentes

en su historia de crianza en relación con el apego, o con las experiencias negativas o incluso traumáticas de maltrato o negligencia.

Desde nuestra perspectiva en la intervención familiar en los servicios sociales sí podemos afirmar que los padres que tienen este diagnóstico de trastorno grave de personalidad suelen estar entre los usuarios más difíciles de manejar y que a veces generan situaciones de riesgo severas y especialmente complicadas de prever. Por ello, sea cual sea la adecuada definición del término "trastorno de la personalidad" en el ámbito de la salud mental, hemos de considerar que deberíamos ser cuidadosos en estudiar el tipo de conductas y de condiciones que han llevado a ese padre o madre a recibir esa calificación dentro de los servicios de salud mental.

3.4 Vulnerabilidad y resiliencia en las familias

La resiliencia se refiere a las variaciones que encontramos en unos individuos con respecto a otros en la respuesta que dan a la adversidad, a las diferencias en afrontar un mismo tipo de situación adversa; esas diferencias están relacionadas, seguramente, con alguna predisposición biológica, y también con los aprendizajes de experiencias que se han ido acumulando a lo largo del proceso vital y con el tipo de respuesta que vemos en nuestro entorno. La probabilidad de situaciones de riesgo o desamparo se reducen cuando hay respuestas positivas ante la adversidad. Este tipo de respuestas positivas alientan, por un lado, mejores resultados ante la adversidad, y por otro lado, se refuerza esa forma positiva de afrontar en el futuro las adversidades.

La vulnerabilidad es la otra cara de la moneda, es el producto de nuestra ecuación de la estructura que mantiene el problema, **la reducción de la capacidad de afrontamiento, el incremento de la probabilidad de caer en un círculo vicioso**. El concepto de resiliencia, al igual que el de vulnerabilidad, es multidimensional y como describimos en nuestra fórmula (capítulo 3 de la guía I), está asociada a la interacción de condicionantes y recursos biopsicosociales, estando la enfermedad mental ubicada en ese ámbito de los condicionantes biológicos o biopsicológicos. Las principales variables de vulnerabilidad que están directamente relacionadas con los trastornos de salud mental pueden resumirse de la siguiente manera:

1. **El nivel de conciencia sobre los efectos de la enfermedad mental por parte del paciente en sí mismo y en los demás, especialmente en los menores**. La investigación que podemos encontrar con facilidad sobre este aspecto, así como un claro consenso con cualquier especialista

con el que hablemos, nos dice que una conciencia adecuada de la causa, curso, pronóstico y condicionantes de la enfermedad mental está asociada a una prevención eficaz del maltrato, de la negligencia hacia los menores. Este resultado es generalizado a la familia y entorno cercano de los progenitores con diagnóstico de enfermedad mental. Por ejemplo, en el caso de las personas diagnosticadas con trastorno bipolar o esquizofrenia se considera que hay un porcentaje alto de ellos, cercano al 50%, que tienen en algunos momentos del proceso de la enfermedad dificultades para ser conscientes de lo que pasa. Esto es generalizable al entorno familiar del paciente, que no son conscientes, no conocen, o no saben cómo interpretar los síntomas de la enfermedad. Esta falta de conciencia lleva a interpretaciones erróneas, algunas conflictivas, y fundamentalmente impide una búsqueda adecuada de tratamiento. Y sabemos que un diagnóstico apropiado conlleva un apoyo necesario de la enfermedad, generalmente con un tratamiento especializado, que puede incluir medicación, y en esas condiciones los padres igual que cualquier otro enfermo van a poder mejorar notablemente. Se considera que el 60% de enfermos con diagnóstico de esquizofrenia mejoran significativamente con el tratamiento y que en torno a un 25% recuperan un nivel de funcionamiento muy alto. Sin embargo, y desafortunadamente, hay estimaciones que nos dicen que hay un porcentaje alto de personas con trastornos mentales que no reciben el tratamiento o incluso no tienen un diagnóstico adecuado. Y un porcentaje también alto que no tiene un seguimiento adecuado de su situación de enfermedad mental durante un tiempo bastante prolongado. Puede haber casos en los que, en ese tiempo en el que la dificultad de salud mental está sin el diagnóstico y tratamiento adecuados, se produzca una situación de maternidad o sea un período de tiempo en el que ya se tienen hijos. Por otro lado, debemos estar atentos en nuestra relación de trabajo con las familias en las que hay una dificultad de este tipo sobre un fenómeno claramente reconocible: la falta de conciencia de la enfermedad por parte del paciente y de su entorno dificultan el seguimiento adecuado del tratamiento cuando éste existe. A veces sobre la base de razones de peso, como los efectos secundarios de la medicación. Por ejemplo el hecho de que el paciente gane mucho peso, tenga movimientos corporales involuntarios o mala coordinación motriz e incluso alguna situación de infección o debilitamiento, etcétera. Todo esto es fácil que lleve a una falta de acuerdo, o incluso rechazo del tratamiento, que tendrá sin duda una repercusión negativa en la parentalidad y en la disponibilidad de respuesta apropiada a los menores.

2. **La severidad, la cronicidad y los tipos de diagnósticos**. La severidad entendida como distorsiones importantes de la conducta normal del individuo como alucinaciones, delirios, aislamiento extremo, etcétera, va lógicamente a tener mayor repercusión que otros tipos de dificultades de salud mental. Pero hemos de tomar muy en cuenta que en ocasiones la cronicidad se produce en pacientes que no tienen episodios agudos (que exigen tratamientos de urgencia), y esas situaciones de cronicidad pueden tener un efecto negativo considerable sobre el entorno familiar. De hecho, nos puede ser útil considerar que el diagnóstico en sí mismo lo hemos de tener en cuenta pero que no va a determinar nuestro trabajo; y sin embargo, sí lo va a hacer la severidad en que aparece el trastorno en el enfermo, así como la cronicidad del mismo.

3. **Nivel de apoyo especializado y de acceso a recursos**. Es muy importante tener claro que la enfermedad mental va a producir una valoración más positiva o más negativa sobre la protección en función, como hemos dicho más arriba, de la conciencia y tratamiento adecuados de la enfermedad. Éste a su vez va a estar relacionado con las posibilidades de atención que se producen en el entorno de la familia. Hay algunas experiencias descritas sobre la influencia que tiene el nivel de apoyo y de recursos accesibles a la familia. Es fundamental tener un sistema educativo bueno y acogedor para estos niños, un control de salud accesible para ellos y un contacto cercano con orientadores o psicólogos escolares conocedores del problema de salud mental existente en la familia del menor.

Si consideramos las variables que pueden darnos alguna indicación sobre el mayor o menor impacto negativo de la enfermedad mental de los padres que sean **exclusivamente características de los niños**, debemos fijarnos en lo siguiente:

- Los niños que son más pequeños en el momento en el que se produce el inicio de la enfermedad mental de los padres son más vulnerables, un menor ya adolescente puede entender con menos confusión la presencia de la enfermedad.
- El temperamento del niño va a tener una influencia positiva cuando es tranquilo, cuando no presenta rasgos de ansiedad o disfuncionalidad.
- Las relaciones de apoyo del entorno del niño, incluidas las que le ofrece el progenitor diagnosticado y también las que provienen de la familia extensa o de relaciones familiares cercanas, son fundamentales porque la conexión emocional y el apoyo social con otras personas (especialmente

adultos) que le proporcionan seguridad tiene un efecto moderador importante en la distorsión que produce la enfermedad mental del padre.

- Los niños varían en el tipo de estrategia de afrontamiento que tienen ante las dificultades que provienen de la enfermedad mental de sus padres; es muy difícil definir la razón de por qué hay esta diferencia, que es a veces muy notable entre hermanos, en cuanto a la estrategia de afrontamiento, pero hemos de pensar que aquellos niños que aceptan y se adaptan adecuadamente (con una estrategia buena de afrontamiento) al estrés de la enfermedad mental parental tienen muchos menos problemas de ajuste social, escolar y psicológico.

Tenemos que aceptar que, por lo general, hay una multiplicidad de condiciones que moderan y median en el efecto que una enfermedad mental produce en el entorno de la familia, y especialmente en la posibilidad de situaciones de riesgo, de negligencia o de maltrato. No parece que ni los expertos en la investigación, ni tampoco la experiencia en el entorno de nuestros programas de intervención familiar, puedan apoyar la idea de que los factores estresantes que puedan estar asociados a los problemas de salud mental funcionen de una manera sumativa. **Más bien parece que algunas combinaciones de situaciones o factores en el entorno de una familia en la que hay enfermedad mental en uno o varios de sus miembros provoquen un contexto muy particular. Por eso el análisis de los casos es siempre un proyecto único y específico para un menor y su familia**. De hecho, las variables psicosociales que afectan en el entorno de la enfermedad mental son similares a las que afectan de manera genérica en el riesgo de maltrato y desprotección: el aislamiento social *versus* un buen apoyo social, el conflicto familiar y la ruptura *versus* la estabilidad y la buena relación familiar, el estatus socio-económico bajo (especialmente en condiciones significativas de pobreza) *versus* un estatus socio-económico alto.

Cuando la enfermedad se da en ambos progenitores, lógicamente, la dificultad es mayor que cuando se da en uno solo de los padres; igual que cuando la enfermedad se produce en un contexto de paternidad muy temprana (madres muy jóvenes sin experiencia y maduración psicológica adecuada) o cuando la enfermedad mental ocurre al mismo tiempo que otros factores de tipo psico-biológico, como por ejemplo las adicciones o el alcoholismo.

Podemos decir, con una visión positiva, que cuando en una familia con la que estamos trabajando nos encontramos un problema de salud mental debemos inmediatamente valorar:

- El nivel de conciencia que hay sobre ese problema y el nivel de diagnóstico.
- La disponibilidad y buen uso de los Servicios de Salud Mental.
- Las conductas saludables de maternidad cuando la persona con diagnóstico de enfermedad de salud mental está embarazada.
- Las relaciones afectivas apropiadas de apoyo en la pareja y en los amigos.
- El nivel socio-educativo general del entorno en el que viven.
- La edad de los niños y el momento del ciclo de vida en el que aparece la enfermedad.
- El impacto que puede tener sobre las tareas fundamentales de ese estadío del ciclo de vida.

3.5 Crear una comunidad de afectados

En general, en los trastornos que podemos considerar enfermedad mental, como la esquizofrenia o el desorden bipolar, cabe pensar que existe una base biológica, y esto quiere decir que el paciente tiene una vulnerabilidad biológica mayor que cualquier otra persona para desencadenar la enfermedad, los síntomas de ésta cuando se producen situaciones estresantes o acontecimientos vitales inesperados que no se afrontan adecuadamente. La familia no tiene una responsabilidad directa sobre la causa de la enfermedad, la esquizofrenia puede considerarse una disfunción de base biológica y por lo tanto darse en familias que funcionan a la perfección. Nuestra actitud, por lo tanto, puede ser la de **crear una comunidad compuesta por todos aquellos afectados por la enfermedad (los familiares, especialmente los niños, y lógicamente el propio paciente) para generar un buen entendimiento de lo que es el trastorno de salud mental, su funcionamiento y sus efectos**.

Hemos de promover una actitud abierta y de colaboración con la familia. La tarea de crear esta comunidad de afectados va a chocar con interpretaciones erróneas, con el conflicto, y con otra multiplicidad de factores psicosociales que puedan confundir el efecto de la enfermedad. Pero hemos de tener una posición clara sobre el trastorno y sobre sus necesidades. Es fundamental tener un enfoque positivo y seguro sobre lo que es el trastorno del paciente y lo que puede solucionarse con un tratamiento y estrategia adecuadas por parte de la familia. Nuestra intervención es solo una parte de un tratamiento. Siempre hay que dejar claro que ese tratamiento incluye la atención por parte de un profesional especializado y con mucha frecuencia la utilización, al menos durante algún tiempo, de medicación.

Hemos de evitar transmitir la idea de que la familia causa la enfermedad, si bien en nuestro análisis hemos de evaluar todos los condicionantes familiares

que mantengan o empeoren la situación y hagan que la enfermedad tenga como consecuencia situaciones de desprotección de los menores. Ese es el objetivo de construir una comunidad de afectados: entender que nadie es culpable y que, trabajando unidos, una vez que se entiende la influencia central de la enfermedad, se puede conseguir mucho. La familia no tiene la culpa de la enfermedad y los datos sobre el carácter hereditario de la misma son bastante desconocidos y no deben influir en atribuciones erróneas o negativas por parte de la familia.

Algunas enfermedades, como por ejemplo la esquizofrenia, tienen síntomas que se llaman "positivos" y síntomas "negativos". Los síntomas positivos, a pesar de esta denominación que parecería referirse a algo bueno, son síntomas visibles, conductas disfuncionales muy externas y claras, como los delirios y las alucinaciones. Estos síntomas son muy variables en los enfermos, aparecen de forma diferente en unos y otros con expresiones diferentes. No es raro que la familia pueda, en algún momento, llegar a tomarlos como manipulaciones, cuentos del paciente, cosas que se inventa y no entenderlas como síntomas.

Los síntomas negativos son conductas relacionadas con lo que no se hace, con lo que no es capaz de hacer el paciente (retraimiento, aislamiento, inhibición), y tampoco están controlados por el paciente. Cuando la familia no entiende esto, puede enfadarse con el paciente por considerarlo vago, negligente o incluso desagradecido. Sin embargo, en la comunidad de afectados debe quedar claro que muchos de estos comportamientos no están bajo el control del paciente y que incluso no mejoran fácilmente con los fármacos. Como ya hemos dicho más arriba, una idea que debe asentar la esperanza en la comunidad de afectados es que al menos una de cada cuatro personas con esquizofrenia se recupera muy bien y puede estar estable y funcionar bien durante muchos años. Un porcentaje muy alto, aunque no tenga ese nivel de recuperación excelente, mejorará mucho y podrá llevar una vida relativamente normal sin apenas recaídas y hospitalizaciones. Esa normalidad incluye un trato adecuado con los niños, aunque requiera la comprensión y apoyo de la comunidad que estamos creando, especialmente de las personas en la familia que puedan tener un rol de apoyo y de cuidado.

En esta comunidad de afectados (que nos incluye a nosotros mismos) debemos dejar bien claro que la enfermedad mental está muy relacionada con el estrés, en el sentido de que éste afecta y elicita los síntomas en muchos casos; podríamos usar la expresión de que "la enfermedad hace que los pacientes se muestren muy sensibles al estrés", por lo que es importante que toda la comunidad de afectados entienda cuáles son las situaciones más estresantes, cómo se producen y cómo se manejan mejor por el bien de todos.

Una buena comprensión de los fármacos como herramienta de ayuda es fundamental; especialmente solicitar todas las explicaciones por parte de los médicos que nos hagan entender el por qué y el para qué de los fármacos. Estas explicaciones, como todas las demás señaladas más arriba, deben extenderse a los menores: en función de la edad que tengan haremos la explicación en el lenguaje más adecuado, incluido lo que respecta a los fármacos.

3.6 La emoción expresada en la comunidad de afectados

Es uno de los resultados de la investigación sobre factores psicosociales más confirmado y claro de la investigación sobre familia y enfermedad mental. La investigación inicial se produjo en una unidad de psiquiatría social en Londres intentando averiguar qué papel jugaba la familia, sus comportamientos, sobre el curso de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia. Estudios sencillos pero muy controlados mostraban que los pacientes que convivían con un familiar que era muy crítico con ellos, o bien que tenía una gran sobreimplicación emocional con ellos, recaían con mayor probabilidad. Repetidamente veían en las observaciones de la investigación que el hecho de convivir con un paciente que criticaba de forma insidiosa al paciente o que mostraba hostilidad clara con él (bien fuese abierta o contenida) era un predictor de la recaída del paciente. Igualmente vieron que cuando un familiar tenía una actitud de mucha sobre involucración, que estaba excesivamente implicado emocionalmente con el paciente y su enfermedad, también era una actitud que predecía recaídas en el paciente. **A este tipo de influencias negativas de la familia las llamaron "emoción expresada alta", contrastándola con la "emoción expresada baja" de familias que tenían una respuesta más tranquila, sin criticismo y sin sobreprotección o sobreimplicación emocional, mostrando una preocupación razonable y calmada**.

Este tipo de resultado es replicado en muchas culturas, en muchos países, y además en otro tipo de trastornos de salud mental severos diferentes a la esquizofrenia. Ha habido algunos estudios que no han encontrado una relación tan clara, pero la inmensa mayoría han confirmado el valor que tiene la emoción expresada para predecir las recaídas. Hay otros dos aspectos que moderan esta relación. Uno es el tiempo que ese familiar, que puede ser crítico o sobreinvolucrado, pasa con el paciente: si es muy poco tiempo la influencia puede ser menor, aunque si la relación es muy negativa y la expresión de criticismo, de hostilidad, es consistente y dolorosa para el paciente, incluso en poco tiempo le va a afectar.

El otro aspecto que va a moderar ese efecto de la "emoción expresada" es la medicación, puesto que en muchos pacientes supone una protección que

influye en su sensibilidad a las situaciones estresantes y en el tipo de respuesta que vayan a ser capaces de dar.

Las razones por las que un familiar puede tener una actitud crítica o sobreimplicada son diversas y están relacionadas con la comprensión y conciencia de la enfermedad, con las características y experiencias de los familiares, o con circunstancias particulares que está viviendo esa familia. En realidad la emoción expresada es un tipo de interacción. Cuando se ha observado cuidadores y profesionales en hospitales de salud mental se ha visto que algunos de ellos tienen una actitud crítica con unos enfermos y no con otros. Seguramente dentro de las familias es muy variable (y de hecho es modificable) el tipo de emoción expresada. **La sobreimplicación emocional suele estar más relacionada con una respuesta emocional muy asentada en los sentimientos del familiar o del cuidador del paciente, y posiblemente no sea fácil de modificar**. Si bien el criticismo es una respuesta también emocional de enfado y que a veces se presenta de forma extrema como hostilidad, la sobreimplicación emocional suele estar relacionada con sentimientos de culpa y angustia sobre el futuro del paciente, y aparece más en los padres que en cualquier otro familiar.

Es curioso que apenas se ha estudiado cómo es el comportamiento de los hijos menores sobre sus padres con enfermedad mental. El esquema más común de investigación sobre "emoción expresada" ha sido valorar como es ésta en los padres de hijos jóvenes o adultos. Pero nosotros, como profesionales de la intervención familiar en el marco de la protección a la infancia, podemos sacar partido de considerar cuál es la interacción que se produce entre los padres con dificultades severas de salud mental y sus hijos menores.

Cuando en la comunidad de afectados creamos un estilo de afrontamiento positivo pondremos atención al conocimiento de la enfermedad, a entenderla de forma adecuada, a entender la necesidad de tratamiento. Pero también al análisis de cómo se vive la enfermedad por los menores, qué sentimientos produce, qué emociones despierta y qué necesidades de expresión emocional tienen los menores (rabia, ira, sentimiento de culpa) y también el resto de adultos del entorno familiar. Es importante entender que la respuesta adecuada es especialmente buena cuando se consigue crear un ambiente de calidez y unión en el entorno de la familia y con el paciente, lo que implica paciencia y tolerancia sobre las dificultades de éste, y también entender que no se trata de que las personas de la comunidad de afectados simplemente no sean críticos o controlen su hostilidad o sus expresiones de sobreimplicación emocional, sino que poco a poco vayan poniendo en marcha estrategias colectivas de afrontamiento positivo, tengan una actitud adecuada hacia los síntomas y hacia las

conductas del paciente, una respuesta adecuada no sólo ante sintomatología positiva, sino también negativa, evitar un lenguaje que hable de "ya está, ya sale con sus desvaríos".

Crear la comunidad de afectados va a ser una estrategia exitosa cuando, además del cambio en el afrontamiento de la enfermedad, implique un reconocimiento de la necesidad del trabajo especializado del profesional de la salud mental y una colaboración buena con ese tipo de servicios.

3.7 Alcoholismo y otras adicciones

Sin duda otro de los problemas en los que es imprescindible el trabajo en red, la colaboración entre servicios y la intervención de servicios especializados, se da en la intervención con familias en las que hay un miembro alcohólico o con otra adicción. Un niño que es criado en el entorno de progenitores o cuidadores que abusan del alcohol o de otro tipo de sustancias, sufre las consecuencias de esa situación de forma directa y de forma indirecta con un impacto que en muchas ocasiones tiene una prolongada duración y que afecta a muchas áreas de su comportamiento. Una primera expresión visible de ese tipo de experiencia en los menores la encontramos en una diversidad de emociones contradictorias y que son difíciles de gestionar para un menor. Expresión de sentimientos de este tipo:

Vergüenza: los padres transmiten el mensaje de que hay un secreto, algo de lo que no se debe hablar o no se habla, y que el niño va interiorizando en secreto con una gran vergüenza (no querer invitar a sus amigos, dificultad de pedir ayuda o de preguntar sobre esta adicción a otras personas).

Culpa: es bastante común que el menor se culpe en parte de la conducta de beber de su padre o su madre.

Ansiedad: es muy común que la ansiedad se refleje en una preocupación constante por parte del niño sobre lo que pasa en casa. Preocupación sobre lo que pueda pasarle a su padre alcohólico (hacerse daño, enfermar, morirse), y también preocupación o temor por las situaciones de violencia que se puedan producir en relación con el consumo del alcohol.

Verse incapaz de establecer relaciones: el hecho de estar continuamente decepcionado por la conducta de beber de su padre o madre genera con mucha frecuencia, dificultades en la conducta de apego y una desconfianza en sí mismo y en los demás.

Confusión: el padre alcohólico puede pasar de una conducta eufórica o cariñosa a enfadarse, desconsiderar absolutamente, o ignorar al menor.

La rutina de un día cualquiera, que es fundamental para un niño, no existe como algo predecible, incluso las horas de irse a la cama o las horas de comer pueden cambiar de forma constante en una familia con un problema de adicción.

Rabia: el menor puede sentir rabia ante la conducta de beber de sus padres o de adicción, puede sentir angustia y rabia ante el acto de consumo por parte del padre pero también un sentimiento similar sobre su otro padre (o familiares adultos) por no impedirlo y no ser capaces de protegerlo.

Soledad y desamparo: los menores fácilmente pueden sentirse desamparados y aislados ante la dificultad que van viendo de que las cosas puedan cambiar o mejorar; a veces el sentido de aislamiento y soledad es muy fuerte aunque se dé en una situación en la que el niño esté rodeado de otras personas.

Comúnmente, el inicio del trabajo con una familia donde hay una situación de alcoholismo u otra adicción en los padres comienza en un ambiente en el que percibimos vergüenza, secreto, silencio sobre las conductas de consumo abusivo. Sin embargo, las dificultades que reconoce la familia pueden referirse al menor: dificultades muy serias del niño en la escuela, aislamiento por parte de los demás, conducta antisocial de agresividad o violencia (incluso actos delictivos), quejas muy frecuentes de dificultades físicas, como dolores de cabeza o de estómago, menores que inician situaciones de abuso de alcohol o de drogas, y en algunos casos ideas o amenazas de suicidio y conductas de tipo depresivo en los menores.

Las conductas de riesgo como el alcoholismo y adicción a otras drogas tienen consecuencias de riesgo muy constatadas. Se acumulan ya décadas en las que se han ido estudiado y conociendo bien los condicionantes que se van creando en los menores que viven con algún miembro de la familia con un problema de adicción, de forma especial estos dos aspectos:

1. **El alcoholismo y la adicción a otras drogas tienden a extenderse al resto de la familia.** Los hijos de padres adictos están más en riesgo de adquirir conductas de alcoholismo o adicción que otros niños, éstos son datos estadísticos que han de tomarse como una condición de riesgo. Los niños de padres adictos están estadísticamente entre el grupo de riesgo más alto de iniciarse en el consumo de alcohol y otras drogas, tanto desde el punto de vista de factores genéticos como del ambiente familiar.

   El uso de drogas por parte de los padres y sus hijos adolescentes está altamente correlacionado; por lo general, si los padres consumen drogas

es fácil que los hijos tengan más posibilidades de iniciarse. La influencia de las actitudes parentales en relación con el consumo de drogas en los menores es muy importante, tanto como el hecho de que sus padres abusen o no de las drogas; un adolescente que percibe que sus padres son permisivos, muy tolerantes acerca del uso de drogas, tendrá más facilidades para iniciarse en el consumo de éstas.

2. **La interacción dentro de la familia está muy marcada por el abuso de drogas en una familia en la que hay adicción.** Las familias afectadas por alcoholismo tienen mayores niveles de conflicto que las familias no alcohólicas, beber de forma abusiva es un factor muy importante en la ruptura familiar y en el conflicto. El ambiente de hijos de padres alcohólicos se caracteriza por la falta de conductas parentales, manejo pobre de las condiciones de vida en el hogar, grandes dificultades en la comunicación familiar y por lo tanto los menores se crían en un ambiente en el que hay una gran falta de eficacia parental. Hay problemas familiares que se han asociado en la investigación con la adicción o el consumo de alcohol de los progenitores: mayor conflicto familiar, violencia psicológica o física, muy baja cohesión familiar, un decremento en la organización de la familia, mayor aislamiento de la familia respecto a la comunidad, un incremento del estrés (incluidos los problema de tipo laboral y las enfermedades), las dificultades de pareja, las dificultades económicas y una alta frecuencia de mudanza en la familia de una población a otra o de una casa a otra dentro de la misma población.

Los padres que sufren una adicción carecen con frecuencia de la habilidad para proporcionar una estructura y una disciplina en la vida familiar. Pero al mismo tiempo podrían esperar que sus hijos sean competentes, e incluso pueden ser muy exigentes con ellos respecto a sus tareas y obligaciones escolares o incluso a su responsabilidad en las tareas de casa. Los hijos de padres adictos, con frecuencia, han recibido disciplina muy punitiva y negativa por parte de sus padres. Algunos estudios internacionales indican que el abuso de drogas forma parte de más de la mitad de los expedientes de riesgo en la infancia, y una gran parte de los informes de profesionales de protección a la infancia incluyen el alcoholismo u otras adicciones como un factor que contribuye en muchos casos a las situaciones de riesgo.

En general, parece que los niños que ya han nacido de madres drogodependientes, es decir, que han sido expuestos a las drogas durante el embarazo, tienen una probabilidad estadística dos o tres veces mayor de sufrir situaciones de negligencia o de abuso. En el estudio de los adolescentes que realizan fugas de sus casas hay un porcentaje altísimo en el que se da una

situación de alcoholismo en su familia. Algunos estudios muestran que más de la mitad de esos hogares donde hay adolescentes con fugas, tienen una situación de abuso de alcohol o de otras drogas. Un porcentaje muy alto de los niños que sufren abandono o son puestos en acogimiento directamente desde los hospitales al nacer, son de padres adictos.

Los hijos de padres adictos muestran con frecuencia síntomas de ansiedad e incluso de depresión. Los estudios al respecto muestran que la ansiedad y los trastornos de ansiedad están asociados a las experiencias de crianza en una familia con adicción, lo cual genera unas tasas más elevadas de diagnóstico psiquiátrico y psicológico en estos niños. Por ello, los niños, de padres adictos experimentan mayores problemas de salud mental y físico en comparación con la población de familias sin adicciones.

El coste evaluado en algunos países del gasto sanitario con el abuso de alcohol y drogas indica que hay una repercusión importante, no sólo en el gasto de tratamiento de los padres adictos, sino en cubrir las necesidades de protección y bienestar de los hijos. Incluso los países que han estudiado el coste económico, como Estados Unidos, asociado al síndrome alcohólico fetal indica un enorme gasto por esa causa; así como las necesidades de hospitalización y tratamiento de trastornos psiquiátricos en niños que viven en un entorno de familias adictas. Igualmente los datos estadísticos sobre la tasa de problemas de conducta son desafortunadamente negativos para los hijos de padres adictos. Algunas características de dificultad de comportamiento, como falta de empatía, de adaptación social, de adaptabilidad interpersonal y especialmente de baja autoestima y dificultades en el control del impulso, aparecen con mucha frecuencia en los hijos de padres alcohólicos.

También los hijos de padres adictos pueden tener peor rendimiento y mostrar dificultades de adaptación en el entorno escolar. El efecto directo o indirecto de la adicción de los padres tiene consecuencias en capacidades de aprendizaje, de lectura, de comprensión, de cálculo y de lengua tanto a través del deterioro de los niños que han sido expuestos de forma prenatal al abuso de sustancias por parte de sus padres, como a través de toda la distorsión afectiva y educativa en el entorno familiar afectado por la adicción. El absentismo escolar, dejar la escuela o cambiar de colegio es, sin duda, una consecuencia del estilo de vida de los hijos de padres alcohólicos o con otras adicciones.

A pesar de todas esas estadísticas, los niños de padres adictos pueden beneficiarse mucho y de forma muy significativa de los esfuerzos de los miembros no adictos de la familia y de otros adultos para ayudarlos. Los niños que han sido capaces de afrontar de manera eficaz la situación traumática de crecer en

una familia afectada por el alcohol o la adicción, a menudo han tenido el apoyo eficaz de un padre no alcohólico, de un abuelo, de un profesor o educador cercano, de un adulto del entorno cercano a la familia. Este apoyo de otros adultos, por lo general, incrementa su sentido de autonomía, su independencia, la capacidad de desarrollar habilidades sociales. El apoyo ha demostrado ser eficaz para ayudarlos a enfrentarse a las experiencias emocionales difíciles y además para crear estrategias de supervivencia en el día a día de la convivencia con un progenitor adicto. Así se ha señalado, por ejemplo, que las actividades de grupo o los programas específicos grupales para estos niños, consiguen reducir el sentimiento de aislamiento, especialmente la vergüenza y el sentido de la culpa por tener padres alcohólicos o adictos. De esta manera se mejora mucho la influencia de otros adolescentes y la importancia del apoyo mutuo. La capacidad de establecer y mantener relaciones personales o relaciones íntimas, expresar sentimientos y solucionar problemas interpersonales, está muy ligada al sentido de autoestima y de autoeficacia de los hijos de alcohólicos que han sabido afrontar su situación, casi siempre gracias a la ayuda de otros adultos, de un profesional o de un familiar.

3.8 El trabajo con la familia alcohólica: la comunidad de afectados

"Los hijos en una familia con alcoholismo son menores en riesgo". Esta frase está casi asumida como un axioma y se basa en todas las condiciones de riesgo descritas más arriba. Sin embargo, es muy importante que tomemos en cuenta que la gran mayoría de hijos de padres alcohólicos no tienen problemas relevantes de adicción ni tampoco de salud mental cuando son adultos. Al igual que en el caso de las dificultades de salud mental, hemos de tener en mente esta pregunta fundamental como un marco general: ¿Cuáles son los factores, tanto del menor como de la familia, que pueden determinar una situación de vulnerabilidad o resiliencia? ¿qué papel juega el alcohol en la estructura que mantiene el problema? ¿cómo interacciona con otros factores positivos y negativos?

Se debe tener en cuenta que las dificultades del alcohol aparecen con frecuencia en combinación con otro tipo de dificultades de comportamiento, de trastornos de la personalidad o psiquiátricos, y en ocasiones con otro tipo de adicciones. Se han señalado también los riesgos directos e indirectos del efecto del alcohol en las situaciones de embarazo: directos a través del síndrome que se puede producir en el feto, e indirectos por el descuido de aspectos de cuidado maternal, de nutrición, de conductas de abuso hacia la madre, y de un incremento muy significativo de las situaciones de estrés durante el embarazo.

Pero lo fundamental desde el punto de vista de la intervención familiar son los efectos duraderos del abuso del alcohol en la estructura de la familia, en sus funciones fundamentales de protección y cuidado y en el impacto negativo que tiene sobre la eficacia parental. Desde nuestra perspectiva del trabajo de la intervención familiar desde los servicios sociales, es muy interesante el hecho de que en el tratamiento del alcoholismo se utilizó, antes que en otro tipo de trastornos, la idea de usar un marco similar al de "la enfermedad crónica" y un modelo muy parecido al de "la enfermedad crónica física" para involucrar al paciente y al entorno de su familia en grupos de apoyo y en tratamientos dirigidos a ocuparse de sus propias necesidades como familiares de la persona alcohólica.

Hay una serie de ideas que han ido emergiendo en el tratamiento del alcoholismo en relación con la familia que pueden resultarnos útiles: conductas que posibilitan el abuso del alcohol, codependencia, reglas implícitas y roles de la familia alcohólica. Todas ellas se pueden trabajar educativamente en la comunidad de afectados.

Posibilitar

Este patrón de relación familiar con el consumo del alcohol se refiere a que los miembros de la familia que no abusan del alcohol hacen más fácil que la persona que abusa del alcohol persista en su consumo. Por ejemplo, cuando un hijo elige no contar a su madre alcohólica lo desagradable que ha sido verla borracha y comportándose de manera inapropiada mientras sus amigos estaban en casa. Normalmente este tipo de conductas se hacen con una intención protectora, como en este ejemplo lo sería proteger a la madre de esa situación vergonzosa, aunque el resultado es que se está posibilitando que continúe en su abuso del alcohol. Es muy fácil encontrar múltiples ejemplos de este tipo, como la mujer que justifica ante el jefe de su marido su ausencia al trabajo por estar "indispuesto" o con "gripe", o cualquier otra circunstancia familiar, evitando hacer evidente que sus ausencias se han debido al problema del alcohol. En los menores, como ya hemos señalado, es absolutamente adaptativo el impulso de cuidar y proteger a sus progenitores. Son las personas que ellos necesitan y las personas por las que quieren ser queridos. Esta motivación puede explicar muchas conductas que sin embargo terminan posibilitando la situación de abuso del alcohol. La dependencia que tiene la familia respecto a la persona o personas con el problema de abuso del alcohol es en ocasiones económica. Pero con más frecuencia es afectiva, o de poder dentro de la estructura familiar. En nuestra intervención familiar en el contexto de los servicios sociales es frecuente que nos encontremos con menores asumiendo

conductas de cuidar a sus padres alcohólicos, haciendo cosas como cocinar para ellos, curar heridas que se han podido producir por caídas, llamar a la policía si sus padres se ven involucrados en alguna pelea o situación de riesgo, etcétera. Asumir esos roles parentales con sus propios padres, o con hermanos más pequeños, suele estar, sin embargo, disociado del reconocimiento del problema de adicción de los padres; y por lo tanto, en muchas ocasiones termina convirtiéndose en una conducta que posibilita la continuidad del patrón de abuso del alcohol.

Codependencia

Se observa a veces que un familiar que no tiene una conducta de abuso del alcohol va desarrollando una serie de síntomas en su propio comportamiento: ansiedad, aislamiento de otras personas, humor depresivo, expresiones psicosomáticas, vergüenza, irritación y también negación o proyección de las dificultades de su familiar alcohólico. Es bastante común que este miembro no alcohólico de la familia, por su relación con la persona alcohólica, niegue o minimice estos síntomas. Esta pauta de conducta llamada tradicionalmente codependencia, igual que las conductas que posibilitan la permanencia del abuso del alcohol son, comunes en los esposos de la persona alcohólica. Pero también aparecen en los hijos, e incluso son conductas que persisten en algunas familias cuando los hijos se han hecho mayores y se han emancipado, o incluso han creado su propia familia. Aunque ellos no tengan ninguna dificultad de abuso de alcohol o de adicción, pueden continuar teniendo una conducta tolerante (o codependiente) o con su propia pareja o con los hijos adolescentes.

Reglas implícitas, no habladas, dentro de la familia

Los profesionales que trabajan en servicios específicos de tratamiento a familias con miembros alcohólicos describen reglas implícitas que siguen los miembros de la familia, como mecanismos desarrollados en la convivencia con el alcoholismo, pero de los que no se habla. Especialmente no mostrar sentimientos, no hablar del problema y también no confiar en nada de lo que dice la persona alcohólica. Puede sernos útil tener en cuenta esta idea cuando nos encontramos trabajando con familiares, especialmente con menores, de familias con uno o varios adultos alcohólicos. La primera reacción a nuestro señalamiento de la adicción puede ser problemática si estamos desafiando o rompiendo una regla implícita que se ha establecido como un mecanismo de defensa para ellos. Explorar cómo se siente un menor cuando ve una situación

clara de abuso de alcohol de su padre o de su madre puede ser algo muy difícil para ellos, no hemos de olvidarlo.

Roles en la familia alcohólica

La literatura sobre el trabajo con familias en las que hay un problema de alcoholismo describe algunos roles estereotipados que pueden entenderse como formas diferentes de tratar el alto nivel de ansiedad y estrés que habitualmente tienen estas familias:

- **El "hijo problema" o "chivo expiatorio".** En la familia nos encontramos con un adolescente en el que se centra toda la atribución de dificultades y toda la responsabilidad, desviando así la atención del problema de abuso del alcohol en los progenitores. El comportamiento del adolescente se convierte en chivo expiatorio. Puede tratarse de conductas detectadas en la escuela, dificultades de atención, diagnóstico de trastorno cognitivo, o dificultades de aprendizaje. Es importante que consideremos en esos casos en qué medida esas dificultades, junto con una enorme focalización por parte de la familia sobre ellas, son una manera de responder a la ansiedad y estrés de los familiares. Se crea en esta situación un círculo vicioso en el que este tipo de expresión de dificultades en el comportamiento del niño desvían la atención y encubren la conducta problemática de abuso del alcohol. Este encubrimiento perpetúa la dificultad y aumenta la ansiedad y el estrés en el niño. Este círculo perpetúa unos roles que a su vez encubren y mantienen el problema del consumo del alcohol y la pauta de dificultad que se genera en la dinámica de la familia.
- **El "héroe" o hijo hipermaduro.** Una respuesta del menor adaptativa al estrés y ansiedad generada por el alcoholismo de los padres es demostrar su capacidad, su valía, a través de acometer tareas de una forma extraordinaria. Por ejemplo, asumir roles y responsabilidades parentales de una manera madura y precoz. En el caso de los hijos, este tipo de rol se da en situaciones en las que uno de sus padres tiene el problema de abuso del alcohol y el otro mantiene una conducta muy preocupada o de codependencia, dejando así la responsabilidad parental.
- **La "mascota" o el "payaso".** Este rol describe el desarrollo por parte del menor de un papel de entretenimiento, de distracción, con conductas extemporáneas, que se toman a broma y que llaman la atención, siendo a veces una salida a situaciones de agresividad u hostilidad en la familia. Terminar llamando la atención, con reacciones excéntricas o humorísticas,

ante una situación de agresividad provocada por la bebida de sus padres es un rol que puede aparecer como salida ante la ansiedad.

- **El "niño perdido".** Se refiere a adaptarse pasivamente a la conducta de abuso de alcohol de su padre o padres y a todos los efectos que esto tiene en la familia. Esconderse, no llamar la atención, retraerse, es una alternativa de evitación y supervivencia. Curiosamente, nos podemos encontrar con niños que consiguen no llamar la atención de sus propias dificultades y de la dificultad del alcohol en la familia hasta que son adolescentes.

En general, el contexto de la familia en relación con las pautas, reglas y roles que se establecen como mecanismo de supervivencia a la adicción está caracterizado por la represión de los sentimientos y emociones, por un alto nivel de autocrítica y auto exigencia en los hijos y por sentimientos de aislamiento, de culpa y abandono.

La intervención familiar

La primera directriz, como se ha señalado anteriormente, en el contexto de cualquier otra adicción u otro problema de salud mental, es que hay que afrontarlo de forma directa: la dificultad del alcohol debe tomarse como un foco central de la intervención. Cuando esto no se hace adecuadamente, especialmente en familias en las que los problemas de adicción juegan un papel importante de la historia de la familia, las posibilidades de crear un cambio dentro de ella son muy pequeñas. Una de las razones por las que a veces parece que haya una falta de interés en el problema de la adicción por parte de la familia es que se genera una situación de negación y de impotencia al respecto. Y esto se transmite y se puede contagiar a los profesionales que hemos de trabajar con estas familias. Si la familia nos plantea las dificultades de comportamiento de un hijo como el problema central, y nosotros descubrimos que hay un factor importantísimo de adicción o alcoholismo, es normal que sintamos el temor de una reacción negativa de la familia cuando intentemos mover el foco de atención hacia este problema. Vamos a encontrarnos con una reacción de rechazo o incluso con la respuesta de desentenderse o dejar de colaborar en la intervención cuando hacemos ese señalamiento.

Es difícil que en una entrevista con la familia nos encontremos claramente con una situación asociada al abuso del alcohol, como borrachera, incoherencia verbal, falta de equilibrio, etcétera. Esto, en muchas ocasiones va a confundirnos y hacernos seguir, sin querer, la misma pauta que sigue la familia: dejar de lado la situación del alcoholismo y focalizarse en otras dificultades. De forma intuitiva es fácil darse cuenta de que tampoco es conveniente obviar

otras quejas o dificultades de la familia e imponer un esquema en el que la adicción sea el centro; esto podría generar un rechazo inicial muy fuerte a la intervención. Por lo tanto, hemos de aceptar el trabajo en todas esas quejas y dificultades e ir poco a poco asociándolo a la situación de alcoholismo e ir creando las condiciones adecuadas. **No se debe entrar de una forma confrontativa, pero hay que tener cuidado en no caer en reproducir la respuesta de negación de la persona alcohólica y de su familia**.

Algunas pautas a seguir en la intervención

1. Dar mucha importancia a **conseguir frenar la conducta de beber**, teniendo esto en mente como un objetivo central.
2. **Bloquear y desactivar conductas, que no siendo el propio consumo del alcohol suponen amenazas para la salud, la vida, o la libertad** de los otros miembros de la familia, especialmente las conductas de violencia o destructivas.
3. **Bloquear y sacar a los menores de los patrones inadecuados que han adoptado en función de la conducta alcohólica de sus padres**, por ejemplo, los roles parentales y su responsabilidad sobre tareas que no les corresponden.

Cuando **no se ha conseguido parar ese consumo y poner en tratamiento a la persona**, hemos de poner atención a una serie de aspectos importantes en relación con los niños y el resto de la familia:

1. **Educarlos sobre lo que supone el abuso del alcohol para el curso vital y el contexto de vida en la familia; sobre todo aliviar en los menores el sentido de culpa.**
2. **Proporcionar un contexto seguro y de buena conexión emocional, en el que pueda hablar y expresar sentimientos acerca del padre alcohólico.**
3. **Hay que evaluar el grado de negligencia física y emocional con los menores** desde sus primeros momentos de vida**.**
4. Hay que poner **atención a las conductas sintomáticas en los menores** y, en función de su edad, ayudarlos a entender que esas conductas pueden tener que ver con el estrés de vivir con un padre alcohólico**.**
5. Definir con la familia **el estilo de comunicación que tienen al margen de la conducta de alcoholismo** y cómo este estilo se ve afectado por ese problema.

6. Como norma general hay que tener una gran **precaución sobre posibles situaciones de abuso** que se hayan podido dar en la familia y también sobre la tendencia a focalizar los problemas en alguno de los menores como "chivo expiatorio".

El trabajo con la familia **cuando sí se está dando un tratamiento especializado** a la persona alcohólica, y por tanto un proceso de recuperación, es muy importante. Hay algunos objetivos esenciales:

1. Ayudar a los padres a asumir su **responsabilidad parental, a crear límites poco a poco de una forma segura y estable**; es importante para esto enseñarles a practicar las decisiones sobre límites en pequeñas situaciones cotidianas.
2. **Trabajar con los menores el reconocimiento de sus emociones, de sus sentimientos, ya sean de ira, de tristeza, o de vergüenza**. Hablar con ellos acerca de los cambios que esperan que se produzcan ahora que la adicción de su progenitor o progenitores está en tratamiento.
3. **Normalizar** en la familia las reacciones y respuestas de temor, inseguridad, de miedo al futuro, etcétera.
4. Ayudar a los padres a **recuperar unas respuestas adecuadas de apego**, superando el sentido de culpa por todo lo que no han hecho o no han podido hacer previamente con sus hijos.
5. Ayudar a que la familia **se identifique con una forma de funcionamiento** que tuvieron quizás en el pasado, o que pueda representar su forma de ser o el estilo de su familia extensa.

En definitiva, es muy importante considerar que el objetivo de parar y aislar, o afrontar con mucha eficacia, las consecuencias de la adicción es central. Y también que cuando esto se consigue en la familia es esperable un vacío, porque la conducta de alcoholismo ha organizado sus vidas y por lo tanto necesitan aprender una nueva forma de crear estructura y estabilidad. Es muy importante que la familia aprenda nuevas rutinas y rituales que les procuren una nueva identidad, un sentido de reconocerse como familia y que esté al margen del alcohol.

IDEAS PRINCIPALES

1. Cuando trabajamos con una familia en la que hay una dificultad severa de carácter psicobiológico, como una enfermedad mental o una adicción, la intervención debe tener una planificación específica marcada por dos líneas de trabajo: por un lado, el trabajo psico-educativo con la familia sobre la enfermedad (sus causas, efectos, y afrontamiento), y por otro lado, el trabajo de "puente" o mediación entre la familia y el servicio de atención especializada que sea adecuado.
2. Una de las intervenciones fundamentales consiste en hacer un re-encuadre: ayudar a que la familia entienda cómo se relaciona la enfermedad mental o la dependencia del alcohol/drogas con las dificultades que sufre en otros ámbitos, tanto en las experiencias negativas que hubo en el pasado como las que están ocurriendo en el presente.
3. Aunque estadísticamente hay una asociación entre enfermedad mental en los padres y desajustes psicológicos y emocionales en los hijos, esta asociación está muy determinada por factores que se pueden modificar. Esto es también aplicable al caso del alcoholismo y otras adicciones.
4. Los factores que pueden proteger a un menor hijo de padres con enfermedad mental de sufrir consecuencias adversas de la enfermedad son: que consigamos crear una conciencia clara en toda la familia sobre la enfermedad y sus efectos, que haya un diagnóstico y un tratamiento apropiados, y que se ponga mucha atención sobre las necesidades y preocupaciones personales que tiene el menor (por ejemplo, evitar que adopten una conducta parentalizada de cuidado o protección de sus padres).
5. La transmisión genética de cierta vulnerabilidad a padecer algún trastorno mental es contemplada por los investigadores, pero hay pruebas muy claras de que el ambiente familiar, la parentalidad, y el estrés de los padres, son factores de gran importancia para explicar la posible influencia adversa sobre los hijos de la enfermedad mental de los padres.
6. Los efectos del alcoholismo de los padres sobre los hijos tienen un vertiente social importante (pérdida del trabajo, mudanzas y otros cambios, etc.) pero es muy importante el efecto emocional que a veces es menos visible: sentimientos de vergüenza, culpa, aislamiento, confusión, rabia, y desamparo.
7. La co-dependencia (síntomas psicológicos y a veces físicos en la pareja de la persona alcohólica), el secreto, y algunos roles particulares de los menores ("chivo expiatorio", "hipermaduro", "gracioso","niño perdido") son

pautas que debemos trabajar con la familia que convive con un problema de alcoholismo.

8. Crear una "Comunidad de afectados" es una estrategia de intervención psico-educativa necesaria en nuestro trabajo con familias que tienen un problema de enfermedad mental o alcoholismo. Consiste en unir a todos los "afectados" psicológicamente, emocionalmente, afectivamente, y socialmente (en general la familia y personas cercanas) para generar una buena estrategia de afrontamiento, sin culpabilidad y dando prioridad a la protección de los menores.

9. La Emoción Expresada es una característica muy importante de la "comunidad de afectados" y se puede modificar con nuestra intervención educativa. Se trata de modificar las actitudes de los familiares que son críticas-hostiles o sobre-implicadas hacia el paciente. El clima de "emoción expresada" que resulta más productivo en la comunidad de afectados se caracteriza por una preocupación razonable, compartida, calmada, y afectiva ante las dificultades.

10. En el trabajo con contextos familiares afectados por problemas de salud mental o adicciones tenemos que ayudar "poner a la enfermedad en su lugar": explicar sus causas y consecuencias, priorizar su tratamiento, y proteger toda la parte sana de la familia (incluido el paciente) ante el riesgo de generalización de expectativas negativas o contaminación del pesimismo.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Bonés, K., y colegas (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. Revista Psicothema (vol. 22).
- Combrinck-Graham, L. (2006) Children in Familiy Contexts. Guildford Press.
- Kuipers, E., Leff, J., y Lam, D. (2004) Esquizofrenía. Guía práctica para de trabajo con las familias. Editorial Paidós.
- Steinglas, P. (1999). La familia alcohólica. Editorial Gedisa.

OBSERVA Y PRUEBA

1. Observa y haz un listado con las diferentes formas en que diferentes familias entienden, explican, y denominan las enfermedades mentales.
2. Explora en detalle los indicadores de Emoción Expresada descritos en este capítulo cuando hagas una entrevista con los familiares de una persona que tienen enfermedad mental.
3. Indaga y Observa los sentimientos de un menor que sea consciente de un problema severo de alcoholismo en uno de sus padres o en ambos. Haz la misma indagación y observación con algún usuario adulto que tiene o tuvo un padre (o ambos padres) alcohólico.

4 Principios prácticos para la intervención en contextos cronificados o de especial dificultad

El tipo de situaciones de intervención caracterizadas por las dificultades que se han venido revisando en los capítulos anteriores de esta guía seguramente no requieren habilidades o técnicas radicalmente diferentes a las que se utilizan en casos que no están caracterizados por esas dificultades. Sin embargo, si hay una serie de ideas básicas que pueden ayudar a orientar nuestra manera de afrontar este tipo de casos.

4.1 Diez ideas esenciales para la supervivencia en casos difíciles

La actitud que toma el profesional no es estrictamente una técnica. Sin embargo, las consecuencias que produce una u otra actitud ante una situación de dificultad son cruciales. En muchas ocasiones la situación que consideramos crónica se reafirma en su dificultad desde el momento en que el profesional la está experimentando como tal. En el trabajo con una familia en la que no se producen avances y la severidad del problema es alta, el profesional marcado por el estrés y la negatividad puede perder maniobrabilidad y capacidad de ver soluciones.

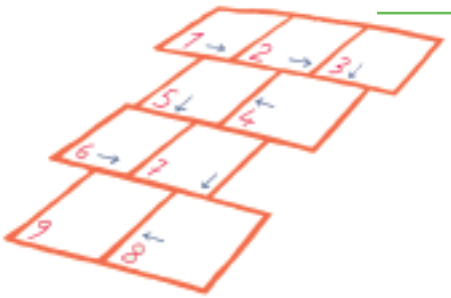
¿Cómo podemos describir una actitud que facilite la maniobrabilidad y la capacidad del profesional? Seguramente estas diez ideas puedan ser útiles para orientar ese tipo de actitud positiva:

1. **Resistir bien las crisis, lo imprevisto, lo ambiguo.** Es importante evaluar cómo nos estamos sintiendo ante situaciones de crisis, ante el estancamiento y ante la ambigüedad o ambivalencia por parte de la familia respecto a situaciones de riesgo. Cuando el profesional detecta que lo que siente es una gran necesidad personal de que se produzca un cambio, una gran necesidad de poder cerrar con rapidez la situación de dificultad, es fundamental que sea capaz de centrarse en esa sensación de necesidad. Somos útiles y eficaces cuando mantenemos la capacidad de reflexionar, de buscar cosas nuevas, de imaginar situaciones que a los usuarios les parecen imposibles. Y

para eso debemos tener un sentimiento de confort ante las situaciones de crisis. Es normal que nos contagie un cierto nivel de estrés, la conciencia de la necesidad o de la urgencia, pero siempre sin sobrepasar el nivel adecuado de estrés de rendimiento, es decir, ese que nos provoca motivación pero no parálisis o temor. No hay una conciencia quizá suficientemente clara del componente de intervención en crisis que tiene el trabajo de los equipos de atención familiar en el marco de los servicios de sociales y de protección a la infancia. Sirva, por lo tanto, este punto de esta guía para llamar la atención en nosotros mismos sobre nuestras reacciones ante los contextos de crisis y de dificultad. ¿Cuál es nuestra primera reacción al descubrir un acontecimiento crítico de recaída, de retroceso, en el curso del trabajo con una familia? ¿Qué adjetivo le podemos otorgar a esa primera reacción? ¿Temor? ¿Desasosiego? ¿Excitación? ¿Interés? ¿Energía? ¿Motivación? ¿Curiosidad? ¿Necesidad de acción? ¿Inhibición? Es el tipo de ejercicio autoreflexivo que debemos hacer en esas situaciones, tanto individualmente como en el trabajo en equipo.

2. **Optimismo.** En el plano de lo que es nuestro trabajo profesional, el optimismo es parte esencial de la actitud más productiva. Es un elemento directamente asociado a la capacidad y a la maniobrabilidad del profesional. Uno de los componentes del optimismo en este contexto es la convicción que tenemos sobre la capacidad de cambio de las familias con las que trabajamos. Es muy importante tener un modelo que nos resulte válido de lo que significa el cambio de la familia y que se ajuste a las necesidades y dificultades con las que trabajamos. El optimismo es una actitud que representa y transmite al usuario nuestra convicción de las posibilidades de mejorar las cosas, lo que incluye en muchos casos una interpretación positiva de situaciones complejas. Esto sólo es posible si el profesional es capaz de focalizarse en los aspectos positivos o prometedores de una situación difícil, por pequeños que estos sean. Si queremos verlo desde una perspectiva más técnica o especializada tendremos que considerar que el optimismo está relacionado con:

   a. **Tipo de atribución causal** sobre las cosas que nos rodean (locus de control) y en concreto con el hecho de hacer atribuciones sobre la capacidad interna que tenemos para cambiar las cosas. En este sentido, la actitud optimista del profesional está afianzada en un modelo y una formación que lleva a atribuir la causa de los cambios a lo que hacemos, tanto profesionales como usuarios, para conseguir esas transformaciones de la realidad, aunque sea en pasos muy pequeños.



b. **La autoeficacia**, que se va desarrollando a través de integrar en nosotros mismos el análisis de lo que hemos conseguido y de lo que somos capaces de conseguir.

c. **Expectativas de éxito,** que supone trabajar con las expectativas más positivas de todo el rango de posibilidades que se nos presentan. Este aspecto es muy importante porque la investigación en psicología ha demostrado el poder que tienen las expectativas para modular la motivación y por ende la conducta y sus resultados. Es decir, la capacidad de conseguir cosas. Las expectativas se están demostrando importantísimas como un poder de la condición humana. Por lo tanto, el optimismo no debemos tomarlo como un valor o una declaración de intenciones, sino más bien considerarlo todo un modelo técnico que guíe nuestra reflexión y nuestra formación para incrementar nuestra capacidad de maniobra.

3. **Tener una visión flexible, amplia y abierta, de la realidad social con la que trabajamos.** Esto puede parecer más un planteamiento ideológico que una característica técnica sobre la actitud del profesional. Sin embargo, es imprescindible integrar la complejidad, la multidimensionalidad, que aparece en los casos de familias con alto nivel de dificultad. Y es prácticamente imposible realizar ese tipo de análisis desde una perspectiva rígida y limitada de la realidad social. Por ejemplo, nos vamos a encontrar con modelos de familia (modelos de estructuras y de relaciones familiares) muy diversos y a veces aparentemente excéntricos, de los que vamos a aprender que pueden también resultar funcionales. Nos vamos a encontrar con soluciones a situaciones de alta dificultad que funcionan aun siendo soluciones poco comunes, raras, o que no se ajustan a un modelo razonable.

4. **Curiosidad.** La actitud profesional más productiva, aquella que es capaz de generar motivación en las familias, suele estar fundada o alimentada en la curiosidad del profesional. La expresión de la curiosidad más sencilla es la pregunta ¿Qué voy a aprender de esta familia? ¿Qué nueva comprensión voy a tener de esta familia que acabo de conocer? Una parte importante de la intervención familiar se basa en nuestro conocimiento de las familias, y puede ser de varios tipos:

   - **El conocimiento reflexivo.** Todo aquello que nos proporciona nuestra formación profesional, nuestra experiencia acumulada en información sobre casos: las valoraciones, intervenciones, mediciones realizadas con los casos, nuestro trabajo a través de la formulación de

técnicas y procedimientos, el intercambio estructurado en los equipos y en la red profesional, etcétera.

- **La intuición.** El conocimiento reflexivo es el que se considera más importante, el que representa un aspecto formal de credibilidad, el que se nos exige desde el ámbito académico y profesional. Pero la intuición es muy importante en la práctica porque representa una manera de conocer lo que funciona en nuestro trabajo y que no es fácilmente explicable en forma de un procedimiento a seguir. La intuición está relacionada con un mecanismo mental que nos permite interpretar y tomar decisiones con rapidez sobre la base de elementos que están en nuestra experiencia, sin que tengamos un procedimiento razonado y pautado para explicarlo. La intuición es un gran recurso, especialmente cuando se pone al servicio del trabajo en equipo y dentro de un contexto en el que se toman precauciones y se debaten diferentes opciones entre los profesionales.
- **La curiosidad es igualmente un tipo de conocimiento**, al menos, un motor del conocimiento, porque representa **"saber que no sabemos"** o bien intuir que hay muchas cosas de la familia con la que trabajamos que todavía deberemos descubrir y que nos van a ayudar a ser útiles para esa familia.
- Podríamos decir finalmente que hay un **conocimiento falso** y envenenado que puede destruir nuestra capacidad de ayuda profesional. Se presenta en la ceguera que provoca la soberbia de creer que lo sabemos todo sobre una familia o una persona con la que trabajamos. Es la antítesis de la curiosidad, y nos impide por ello motivar para el cambio a ese usuario o esa familia.

5. **No sentirse emocionalmente vulnerable.** Este aspecto de la "actitud como técnica" de intervención nos lleva a la importancia que tiene nuestro mundo emocional y todo aquello que puede ser inconsciente cuando estamos inmersos en la relación de ayuda con la familia. Compartir las situaciones de sufrimiento, de debilidad, de dolor, de impotencia o desesperanza por la que pasan, en muchas ocasiones, los usuarios de nuestra intervención, especialmente cuando se trata de menores, puede generar vulnerabilidad a cualquier persona que sea mínimamente sensible. Es un valor que el profesional sea sensible. Es fundamental que el profesional veterano no pierda la sensibilidad y es importante activarla y alimentarla en lo posible porque está asociada con la motivación y la capacidad de conectar emocionalmente con el usuario. Sin embargo, la "línea roja" de

esa sensibilidad es no actuar con base en la propia vulnerabilidad. No actuar orientado a protegerse uno mismo y no actuar para curarnos a nosotros mismos de nuestro dolor o sentido de impotencia ante la situación de la familia con la que estamos trabajando. Esa "línea roja" indica que nuestro análisis y nuestras decisiones serían erróneas y estarían empezando a pervertir el sentido de la intervención profesional con las familias. De nuevo aparece la sencilla idea de preguntarse con frecuencia (como un ejercicio de reflexión individual y también de trabajo en equipo): *¿Cómo me siento? ¿Cómo me está afectando esto? ¿Qué síntomas de respuesta emocional vulnerable veo? ¿Qué síntomas ven mis compañeros en mí? ¿Qué signos veo yo en mis compañeros ante esta situación?* Esas preguntas deben ser parte de una rutina del trabajo en equipo y de la supervisión. No debe considerarse algo anecdótico, o excesivamente íntimo o privado, puesto que es la única manera de construir una fortaleza necesaria para una actitud que promueva la maniobrabilidad y eficacia del profesional.

6. **Trabajar con la parte sana de la familia.** En los contextos de interacción cronificados o de dificultad alta es donde más se activa un enfoque del trabajo orientado precisamente a lo patológico, al análisis forense del daño, a los factores de riesgo, etcétera. Es en parte lógico que esto sea así. Sin embargo, paradójicamente, la actitud más productiva consiste precisamente en ser capaces de encontrar y trabajar los aspectos más sanos y más fértiles de esa familia para provocar el cambio. La capacidad que tengamos de convertirnos en una pequeña excepción dentro del contexto de negatividad y pesimismo que sume a la familia en pautas disfuncionales, es la que nos permite convertirnos en un recurso eficaz. Esto supone ir contra corriente incluso de la familia, que puede mirar con incredulidad nuestro interés en la estructura de recursos que ellos tienen para generar cambios. El punto de partida de la intervención en casos cronificados, resistentes o de alta dificultad, deben ser aquellos elementos que supongan un pilar positivo, una base segura, una motivación adecuada sobre la que comenzar la tarea de generar cambio en la familia. Una de las expresiones de este enfoque orientado radicalmente hacia los recursos es apoyar en todo lo posible a las personas que conforman la familia como un paso imprescindible para combatir las conductas, actitudes, patrones y estructuras disfuncionales que están generando daño a la propia familia. Esta distinción de apoyar a la persona como un mecanismo para combatir o para corregir cosas que ella hace (que la dañan a ella o a otros miembros de la familia) es complicada porque la persona al

fin y al cabo, se define en lo que hace. Sin embargo, como mecanismo de intervención es una idea útil que se expresa, por ejemplo, en lo que se ha explicado en el capítulo 3 bajo el nombre de crear una "comunidad de afectados"; esa labor de externalizar el problema y separarlo de las personas de la familia, al menos como un intento de poder sentarnos todos y mirar con un espíritu positivo, no culpabilizado, del problema con la intención de unirnos en la solución. No nos tenemos que extrañar que la primera resistencia para trabajar con un enfoque orientado a los recursos y basado en la búsqueda de la parte sana y capaz de la familia, provenga inicialmente de la propia familia. Hemos de tomarlo como una respuesta lógica de la inercia que provoca la dificultad, la impotencia y la cronificación. Por ello es fundamental la actitud optimista de los profesionales y el trabajo positivo de los equipos y de toda la red profesional en torno a estas familias. Uno de los primeros corolarios prácticos de esta idea es analizar si los objetivos de la intervención conectan con alguna necesidad o preocupación reconocida por la familia (o al menos por algunos miembros de la familia). Este aspecto es muy importante porque en las situaciones cronificadas, o que han tenido una trayectoria crítica y de alta dificultad se suele producir una activación del sistema profesional y de toda la red profesional que con facilidad cae en definir los objetivos sin considerar apenas las necesidades y preocupaciones de la familia. Esto es así porque el mapa de la dificultad que tenemos los profesionales puede hacer pequeñas las necesidades que la familia vive como fundamentales o inmediatas. El reconocimiento de esas necesidades es una parte fundamental de trabajar dando un apoyo a las personas e invitándolas a formar parte de una comunidad de afectados.

7. **No lo podemos hacer solos.** Hemos dedicado todo el capítulo 3 de esta guía al ámbito en el que es obvio que se requieren intervenciones especializadas, a veces intensivas, de otros dispositivos de la red profesional. El trabajo en red y la alianza entre profesionales es una directriz básica en cualquier intervención. Pero en el tipo de casos sobre los que estamos tratando en esta guía, esta directriz se convierte en un axioma. Lo más frecuente en el trabajo con contextos de especial dificultad es que nuestra intervención sea un eslabón o una pieza de un rompecabezas que tiene sentido en la medida en que encajen las demás piezas o se unan los demás eslabones. El trabajo en red en estas situaciones no es una declaración de intenciones, sino una necesidad. El trabajo en red no sólo significa coordinación y colaboración, sino que implica considerar el sistema profesional como parte potencial de la cronificación o dificultad del caso.

Esto supone tener un modelo de trabajo en el que se asuman los obstáculos y las dificultades que crea en ocasiones la propia red profesional y que pueden convertirse en una parte del círculo vicioso que mantiene el problema. No hace falta, cuando se tiene un modelo de trabajo apropiado, vivir este aspecto de las dificultades y descoordinaciones de la red profesional con culpabilidad. Hay que analizar y experimentar esa función con responsabilidad.

8. **Cerrar es abrir.** Esta es una realidad fácil de constatar si se tiene una visión amplia de lo que ocurre dentro del sistema global de ayuda en los servicios sociales: casi nunca el cierre del expediente de trabajo de un profesional en un equipo particular dentro de un programa o servicio específico supone el final de la trayectoria de recuperación de las familias. Esta afirmación es especialmente aplicable a los casos difíciles por su cronificación o por los factores de riesgo asociados a enfermedad o a trauma. En ese sentido, es importante que cuando se termina una intervención, especialmente cuando se toma una medida que supone un cambio importante en la vida de una familia, el profesional piense "qué es lo que está abriendo". Deberíamos tener la capacidad de preguntarnos cada vez que cerramos una valoración, una intervención, o un expediente, qué es lo que estamos abriendo, qué es lo que se va a provocar no sólo para la familia sino para otras instancias profesionales. En algunos casos esto es fácil de imaginar. Por ejemplo, cuando se toma una medida imponiendo la separación de un menor de sus padres como medida de protección se están abriendo posibilidades y se está generando por lo común, una situación nueva de intervención para otros profesionales. Pero debemos ser capaces de darnos cuenta de esto también en situaciones en las que se cierra una intervención y la familia pasa a una situación que podríamos llamar "de normalidad". Todo lo que ha supuesto la crisis de la familia va a tener una repercusión para los menores en la escuela y en su entorno social.

9. **La línea recta no siempre es la distancia más corta entre dos puntos.** Esta afirmación que desafía un principio evidente de la geometría, solamente es una provocación para entender que cuando trabajamos con las familias afectadas por múltiples o prolongados factores de estrés, el recorrido entre la valoración que hacemos del problema y lo que consideramos la solución no siempre es lineal, lógico, o incluso razonable. La creatividad va a ser fundamental para encontrar ese camino particular que tienen las familias para recorrer esa distancia entre el estancamiento y el cambio. Esta idea nos ayuda a no reproducir intervenciones y estrategias

que no han funcionado con antelación a pesar de ser lógicas y correctas. Pueden ser correctas desde un punto de vista técnico, pueden ser lógicas, pero seguramente serán incompletas o mal ajustadas a la experiencia de la familia si se han intentado previamente y no han funcionado. Debemos, en esas situaciones, comenzar por no repetir en el ámbito profesional lo que no funciona e incentivar la creatividad. No siempre un problema de naturaleza severa o un problema cronificado requieren soluciones largas, dolorosas o de sacrificio. Y casi siempre requieren soluciones creativas y diferentes de lo que se ha intentado o ha dictado el sentido común. Es importante entender que el cambio casi siempre comienza por un pequeño eslabón, por un primer paso consistente en que alguien hace algo diferente o deja de repetir algo que estaba perpetuando un problema. Ese primer paso pequeño a veces no avanza directamente hacia el punto esperado sino, que indica un tipo de trayectoria o rodeo, que sin embargo sí podría funcionar.

10. **De la queja al compromiso y no al revés.** En las situaciones familiares cronificadas es de especial importancia entender que el recorrido que podemos prever para que se produzcan cambios significativos, casi siempre sigue este esquema:

    queja > posibilidad > motivación > compromiso

    - Debemos ser capaces de poner atención a las quejas y a las expresiones de dificultad, de impotencia y de pesimismo para extraer posibilidades pequeñas. Para "inventar" algunas posibilidades ofreciéndolas siempre con mucha modestia y como algo que no suponga un gran desafío a la familia. De manera que sean capaces de verlas como una posibilidad, aunque se acerquen más a una ilusión, a un recuerdo, o a un deseo, que algo que puedan claramente ver como una realidad factible. Cuando hacemos bien ese trabajo de crear posibilidades suele ser generalmente a través de preguntas adecuadas. **Y de una actitud positiva pero también posibilista (pensar que podemos aprovechar bien cosas que se hayan prácticamente descartado).** El siguiente paso es la capacidad de motivar, la capacidad de definir una visión de lo que supondría esa posibilidad. También la motivación implica nuestra eficacia en proponer los recursos, los pasos que pueden o podrían empujar hacia delante esa posibilidad. Cuando hay un nivel de motivación creado sobre una posibilidad nacida de una situación de queja, entonces podemos intentar crear un pequeño compromiso. Crear esto implica hacer una prueba, un trato orientado a

intentar algo. Un compromiso implica a todas las personas, incluidos a nosotros los profesionales, en alguna parte de lo que se va a hacer.

- Este recorrido "queja-posibilidad-motivación-compromiso" tiene una dirección y tiene en cada familia un tiempo y una forma. Esta idea sencilla puede parecer intrascendente, y sin embargo choca radicalmente con una conducta habitual dentro del curso ineficaz en la intervención con familias cronificadas, que es el comenzar por poner en la mesa un compromiso y posteriormente motivar o intentar venderlo a la familia, lo cual suele dar lugar a quejas y a resistencia. Es decir, recorrer el camino del cambio de esta manera es como conducir por una carretera en dirección contraria, difícilmente podremos avanzar mucho tiempo sin correr un riesgo de choque. Es muy importante que sepamos qué podemos pedir a cada familia en cada momento de nuestro trabajo con ella, y también qué podemos pedir y no pedir a cada miembro de la familia. Lo que vayamos a pedir en cada caso y en cada momento va a venir bien orientado si se basa en una actitud de escucha sobre sus quejas y necesidades para crear posibilidades, a partir de las cuales trabajemos la ilusión y la motivación. Sólo cuando tenemos la sensación (intuición) de que hay un terreno abonado para establecer compromisos debemos dar ese paso y generar objetivos pautados y definidos en indicadores.

4.2 Crear un contexto de intervención eficaz en tres pasos

En la Guía Práctica I (capítulo 4) se definen las cuatro dimensiones fundamentales para la creación de la alianza de trabajo o alianza terapéutica con la familia; esas dimensiones representan el contexto óptimo para un trabajo realizado como colaboración activa entre el profesional y la familia. Al mismo tiempo, esas dimensiones representan el termómetro con el que podemos medir a lo largo del curso del trabajo con un caso la solidez de la alianza de trabajo y, por lo tanto, la solidez del contexto de intervención en el que estamos. Esas dimensiones se definen en la **figura 14** y el modelo SOATIF nos ofrece además una herramienta consistente en algunos indicadores, fácilmente observables en las entrevistas con la familia, que nos sirven para valorar la fortaleza de cada una de esas cuatro dimensiones de la alianza terapéutica.

Enganche en el proceso de intervención

El usuario le ve sentido al programa/intervención, se transmite la sensación de estar involucrado en la intervención y trabajando coordinadamente con el psicólogo/educador, que los objetivos y las tareas en la intervención pueden discutirse y negociarse con el profesional; que tomarse en serio el proceso es importante, que el cambio es posible.

Seguridad dentro del sistema de intervención

El usuario ve la intervención como una oportunidad para arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en el programa, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva.

Conexión emocional con el psicólogo/educador

El usuario ve al psicólogo/educador como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia; sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés y sentido de pertenencia; de que al psicólogo/educador le importa de verdad y que "está ahí" para él, de que el usuario y el profesional comparten una visión del mundo (por ejemplo, que tienen perspectivas vitales o valores similares), que la sabiduría y experiencia del profesional son relevantes.

Sentido de compartir el propósito

Los miembros de la familia se ven a sí mismos como trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; sentido de solidaridad en relación con la intervención ("estamos juntos en esto"), de que valoran el tiempo que comparten en entrevistas del programa; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la intervención.

En ese modelo, la creación de **seguridad** puede considerarse una auténtica precondición para el trabajo de intervención eficaz con la familia. **La conexión emocional**, que también se ha definido como empatía o seguridad emocional del usuario en la relación con el profesional, se entiende como un elemento mediador importante en el cambio que la intervención pretende ayudar a provocar en la familia. El modelo, globalmente, lo podemos utilizar como un marco de referencia y también para el análisis de los casos más cronificados o de mayor dificultad y resistencia el cambio. Los indicadores de cada una de las cuatro dimensiones nos puede servir como una medida micro-analítica del estancamiento o de la falta de implicación, *versus* cambio y colaboración, en nuestro trabajo con las familias. Y como una estrategia esencial a la hora de afrontar la intervención con un caso que tenga las características de dificultad y cronicidad descritas en los capítulos previos de esta guía. Podemos seguir una pauta definida en tres pasos:

Primer paso: seguridad para conectar

↓

Segundo paso: conectar para enganchar

↓

Tercer paso: conseguir un enganche sistémico

La creación del contexto de intervención adecuado cuando se dan condiciones de gran dificultad en la familia debe ser un foco que nos guíe y nos sirva de estrategia. A esta estrategia le debemos prestar mucha atención y concentración puesto que las crisis (acontecimientos imprevistos, las recaídas sintomáticas de la enfermedad o de la adicción, etcétera) nos van a distraer y desviar en muchas ocasiones de la estrategia. La acumulación, paso a paso, de estas cuatro dimensiones es una trayectoria que nos puede llevar a un buen resultado si somos capaces de pautarla de forma estable y sólida.

Primer paso. Seguridad para conectar. [Figura 15]

La idea principal de este paso ***es convertir la intervención en una base segura, es decir, establecer una relación que sea vivida tanto por la familia como por los profesionales como una base segura para trabajar juntos***. La similitud con el concepto de apego no es casual: la relación de ayuda con los menores y adultos de la familia y con el conjunto del sistema

familiar ha de tener características similares a una relación de apego segura. Obviamente no es lo mismo, pero es fácil de entender que la respuesta del sistema profesional a las situaciones de ansiedad, dificultad, temor, impotencia, etcétera, han de asemejarse a las respuestas seguras de apego por parte de un progenitor o un cuidador.

Primer paso. Seguridad para conectar

Seguridad	→	Conexión emocional
Acepta la contradicción No amplifiques, no fuerces el avance Evita patrones de escalada Maximiza los indicadores de seguridad, garantiza la no intrusión		Acepta su posición-actitud Valida su experiencia subjetiva Diferencia las personas del problema/conflicto Busca qué tienes en común con el usuario, por qué puede gustarle
La intervención como una base segura		Conectar antes que corregir!

Puesto que hemos descrito en los capítulos previos la importancia de la seguridad, absolutamente crucial en todo lo que tiene que ver con lo que hemos llamado la "enfermedad invisible" (trastornos del apego y trauma, capítulo 2), no hace falta subrayar la importancia que tiene este eslabón esencial del primer paso de esta estrategia. ¿Cómo vamos a conseguir crear las condiciones necesarias de seguridad? Es importante, como se refleja en la **figura 15**, ser capaces de aceptar todas las contradicciones que sin duda nos vamos a encontrar en la relación con la familia, las situaciones en las que la relación inicial nos va a transmitir la idea de que no necesitan ayuda, de que nosotros no somos las personas que podemos hacer algo por ellos; o de que les vendría bien nuestra ayuda pero no creen que nos interesemos, o de que la mejor ayuda que podemos darles es dejarles en paz, etcétera.

Las experiencias traumáticas de apego provocan desconfianza e inseguridad en las relaciones interpersonales y esto se traduce, lógicamente, en la relación con nosotros; nuestra oferta de ayuda va a tener una respuesta de inseguridad que a veces nos va a parecer caprichosa e irritante. Es muy importante entender

esto y tomarlo como contradicciones esperables que son parte del problema, y no actitudes personales negativas hacia nosotros. Y por lo tanto, no entrar en situaciones que creen una espiral de rivalidad o de antagonismo que amplifiquen la inseguridad. No hay que forzar el establecimiento de objetivos, hay que ir poco a poco, comenzar, como se ha explicado previamente, con una actitud "posibilista" contagiada de ilusión y motivación, sin anticipar inadecuadamente compromisos. Es más importante todo lo que no se hace que lo que podríamos denominar "estrategias técnicas activas". Lo que no se hace representa no reproducir todo aquello que en una situación cronificada y deteriorada ya se ha intentado repetidamente sin éxito. Es muy importante maximizar todos los indicadores de seguridad.

Nos debemos hacer la pregunta *¿Nosotros nos sentimos seguros? Y también, ¿qué indicadores tenemos sobre la seguridad que siente nuestro usuario?* Cuando tengamos una respuesta positiva a ambas preguntas o al menos no veamos ningún indicador negativo, esto nos va a permitir focalizar nuestro trabajo en la conexión emocional. Esta se refiere al sentido de aceptación y apoyo entre el usuario y la persona del profesional. Cuando se da esa relación de conexión emocional nos encontramos con una respuesta afirmativa a esta pregunta sobre el usuario, ¿se siente emocionalmente entendido?

Cuando en un contexto de seguridad se produce una apertura por parte del usuario consistente en contarnos sus dificultades de una forma desinhibida y sincera mostrando claramente sus emociones (sean llanto, miedo, preocupación o alegría), la conexión emocional se va a hacer evidente porque la persona va a sentir confianza y alivio. Simplemente por ser escuchada de una forma que no implica que hacemos un juicio o que hacemos una corrección o intento de modificación de lo que el usuario expresa. **El sentido de "sentirse emocionalmente comprendido" implica sentirse acompañado, no juzgado, y escuchado con empatía, es decir, sentirse un poco menos solo en su dificultad**.

En este primer paso de vincular la seguridad con la conexión emocional nos puede ser de ayuda una idea sencilla: **la importancia de conectar antes que corregir**. Es una experiencia intuitiva y muy común: lo que alguien nos pueda decir en relación con algo que debíamos corregir, que hacemos mal, tiene un impacto importante siempre que esa persona nos importe. Esa conexión emocional hace eficaz, en alguna medida, la corrección que nos hagan. Esto se puede observar con facilidad en los menores con sus padres, con los profesores, en cualquier persona con su pareja, etcétera. Cuando nos concentramos en corregir la pauta de comportamiento de alguien con el que no hemos establecido una conexión emocional y no hay una base segura en nuestra relación,

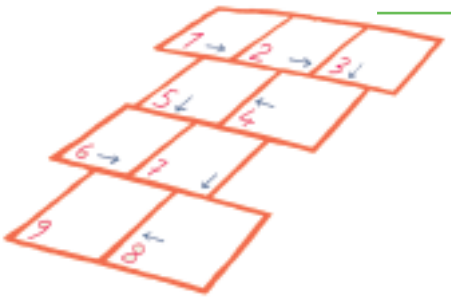
sólo vamos a tener eficacia en la medida en que la situación lo obligue, y seguramente de forma muy circunstancial y limitada en el tiempo hasta que ese contexto de obligación pierda poder o se desvanezca.

Las claves para conseguir una buena conexión emocional con el usuario son:

- **Aceptar la posición inicial**, sea cual sea ésta, del usuario; bien esté expresando victimismo, dolor, rabia e incluso hostilidad. Esto no quiere decir en absoluto que expresemos acuerdo o que justifiquemos sus conductas, al igual que en relación con la seguridad, aceptar las contradicciones no quiere decir quedarse en ese punto. La aceptación de su posición, de su actitud supone que reconocemos a la persona como fuente válida de emociones y sentimientos. Es un punto de partida.
- **Validar su experiencia subjetiva**, es decir, confirmar, preguntar, intentar acercarnos lo más posible a la manera en que ha vivido subjetivamente la realidad del problema con el que estamos trabajando.
- **Diferenciar a la persona del problema**. Hemos de clarificar que aceptamos a la persona y validar su experiencia subjetiva. Sin por ello renunciar a nuestra expectativa sobre el cambio que sabemos se puede y se va a producir en la situación problemática o de riesgo con la que estemos trabajando. Hablamos con el usuario como persona, no como problema.
- **Buscar un nexo común que podamos tener con el usuario**, puesto que la conexión emocional se refiere a un aspecto de sintonía entre la persona del profesional y la persona del usuario. Es importante que nuestra curiosidad nos lleve a buscar experiencias o sentimientos que podamos tener en común, lo que no es difícil considerando los aspectos más universales y básicos de la condición humana. "Soy humano, nada de la condición humana me es ajeno", es una inspiradora frase en este sentido (atribuida a Terencio, siglo II a. C.).

Segundo paso. Conectar para enganchar. [Figura 16]

La creación de conexión emocional en nuestra intervención tiene un fin muy específico que es crear una implicación adecuada de la familia en la intervención. **El establecimiento de una relación emocional segura es para nosotros un elemento mediador en el proceso de crear cambios en la familia**. Ese proceso va a ser eficaz en la medida en que la familia forme parte activa del mismo, por lo tanto, una buena relación caracterizada por la empatía y la conexión emocional en sí misma no es una finalidad en nuestro contexto. El objetivo es que esa



relación sirva de palanca para comenzar a establecer una colaboración productiva de la familia, que se ha de hacer evidente en pequeños compromisos eficaces de cambio. La conexión emocional se evalúa a través de esta pregunta sencilla: **¿Se siente este usuario emocionalmente entendido?** Como ya hemos señalado, la respuesta positiva suele estar asociada al hecho de que se sienta validada su experiencia subjetiva, la forma en que el usuario experimenta sus dificultades, la forma en que ha vivido las dificultades asociadas a la cronicidad, a la enfermedad de salud mental, etcétera.

Segundo paso. Conectar para enganchar

Conexión emocional	→	Enganche
¿Se siente el usuario emocionalmente entendido?		Optimismo Trabaja con posibilidades muy pequeñas Crea ilusión y motivación Proyección al futuro
Siente que se valida su experiencia subjetiva Siente que se reconoce su persona como algo diferente al problema		

Cuando hay una buena conexión emocional, el usuario siente que nosotros reconocemos su persona como algo valioso, positivo y con futuro, aunque sus problemas sean graves, tanto para él como para nosotros. Es decir, hemos conseguido que al margen de la severidad del contexto de dificultad, el usuario perciba que nosotros reconocemos su persona como algo diferente al problema. Es esa situación la que va a facilitar casi de forma automática el inicio de una involucración más activa y productiva. Como hemos subrayado, el optimismo y la convicción sobre el cambio son un elemento clave en los casos cronificados o que conllevan una dificultad especial. Es central la idea de trabajar con posibilidades muy pequeñas: no olvidar ser positivo y posibilista. La creación de ilusión y de motivación está también relacionada con la utilización de un enfoque orientado al futuro: trabajar en estos casos de dificultad con técnicas de proyección al futuro en las entrevistas, en la planificación de tareas, en la visualización de objetivos.

Tercer paso. Conseguir un enganche sistémico y productivo. [Figura 17]

La implicación de la familia comienza con indicadores pequeños que van a marcar la diferencia sobre la situación de estancamiento, de crisis reiterada o de cronicidad. Es muy importante la atención a indicadores de enganche que siendo pequeños van a ser significativos, y debemos preguntarnos si hay claridad sobre estos pequeños cambios significativos. Hemos de poner atención a los signos de motivación del cliente sobre las posibilidades de cambio, es decir, el contagio en el cliente del posibilismo, una inoculación clara de ilusión respecto a pequeños objetivos. Por lo general, la aceptación por parte del cliente de esta actitud mostrada por el profesional es sin duda el síntoma fundamental para comenzar a construir objetivos más amplios.

Tercer paso. Conseguir enganche sistémico

Enganche	→	**Compromiso en la familia / comunidad**
¿Hay ya indicadores claros de enganche?		**Construir una meta para la familia** **Re-encuadre** **Enfatizar lo que ellos tienen en común, lo que les une** **Promover compromisos (entre ellos y contigo)** **Uso de preguntas circulares** **Uso de proyección de futuro**
El usuario está motivado sobre posibilidades pequeñas de cambio **El usuario acepta mi optimismo**		

Cuando alguno de nuestros usuarios, algún miembro de la familia, comienza a aceptar y compartir con otras personas pequeños compromisos, hemos establecido el inicio de lo que podemos denominar un "enganche sistémico", que es imprescindible en casos con factores cronificados o de especial dificultad. Ese compromiso sistémico lo definimos como una implicación sólida del entorno familiar. Es crucial en los casos en los que un adolescente se presenta como el objeto de dificultad en la familia, así como en los casos en los que la situación de riesgo está asociada a la dificultad severa de salud mental o adicción por parte de un miembro adulto de la familia. El compromiso en la familia requiere de una meta que sea claramente para toda la familia. Hemos dejado claro que

se requiere el trabajo coordinado de la familia y frecuentemente de la red profesional. En ese sentido, incluso cuando un miembro de la familia aparece como el que encarna los síntomas de la enfermedad, el problema de comportamiento, etcétera, lo fundamental es crear un "reencuadre", de forma que la percepción de la familia de las soluciones y el cambio que se tiene que producir se debe a todos sus miembros, es "cosa de todos".

El reencuadre es un cambio que conlleva una nueva perspectiva de lo que les pasa, y cambia el significado de lo que estaba ocurriendo hasta ahora y también transforma el tipo de soluciones necesarias. Por ejemplo, el análisis de las dificultades de apego o de las situaciones de ruptura traumática del apego vividas en una familia por el adolescente nos lleva a entender de otra forma sus problemas de conducta (de rebeldía o aislamiento del menor) y a enfocar de otra manera el tipo de intervención necesaria y la actitud de colaboración que la familia tendrá en este caso. Igualmente, un reencuadre en el caso de una familia con una madre o padre con problemas severos de salud mental o de alcoholismo pondrá esta enfermedad o dependencia en el centro de la experiencia de vida que tienen, y permitirá que interpreten de otra manera las dificultades que han acarreado por mucho tiempo, como la vergüenza, la incomprensión, el sentido de impotencia, etcétera. Y les motivará a unirse en el trabajo de convertirse en la mejor familia posible de una persona con ese problema y conseguir el mejor nivel posible de recuperación.

Este cambio que denominamos "reencuadre" implica una **educación de la familia sobre sus dificultades, pero también una reconexión y unión de la familia**. Es importante poner mucho énfasis en todos los aspectos positivos que unen a los miembros de la familia, todo lo que tienen en común, es decir la comunidad de afectados. El reencuadre es una precondición para facilitar los compromisos, no sólo de algún usuario miembro de la familia con nosotros los profesionales, sino muy especialmente para promover compromisos entre ellos. Los compromisos implican que un miembro de la familia asume una responsabilidad, un pequeño cambio bajo la condición de que otros miembros de la familia están asumiendo conductas similares complementarias.

La idea es que el resultado de todo eso genera un compromiso sistémico que puede ser productivo, siempre sin olvidar que las pautas de colaboración han de comenzar desde los elementos más pequeños y cotidianos y avanzar hacia cambios de mayor calado. Desde el punto de vista técnico sigue siendo válida, en este paso, la idea de trabajar prioritariamente la proyección al futuro, es decir, sacar a las familias del pesimismo de lo que han vivido por muchos meses y años y motivarlos en las pequeñas posibilidades de mejora que esperan a la vuelta de la esquina.

4.3 Crear una asociación productiva entre las preocupaciones y los recursos

Cuando trabajamos con un caso en el contexto de factores de riesgo cronificados o de especial dificultad, el marco inicial del trabajo suele estar dominado por las preocupaciones y las dificultades, y por una visión negativa y pesimista de la realidad. Como se representa en la **figura 18**, lo más común es:

- Las conversaciones que representan nuestra intervención con la familia, tanto cuando hablamos con ellos como dentro de la red profesional, están **dominadas por la preocupación**.
- Frecuentemente **los objetivos o planes** de actuación son una parte importante y protagonista del contexto de análisis y de la conversación con esta familia y sobre esta familia.
- Queda **muy minimizado todo lo que tiene que ver con los recursos o factores protectores** de la familia. Esto tiene una lógica muy natural, la cronificación y dificultad de los factores de riesgo en el contexto de esta familia van creando un clima que oscurece las posibilidades y los recursos.

Como se representa en la **figura 18**, estos tres aspectos (las preocupaciones, los factores de riesgo, y los planes u objetivos de actuación y la minimización de los recursos) están distantes y aislados entre sí. Generalmente nos encontramos con una desconexión grande entre los planes que están basados

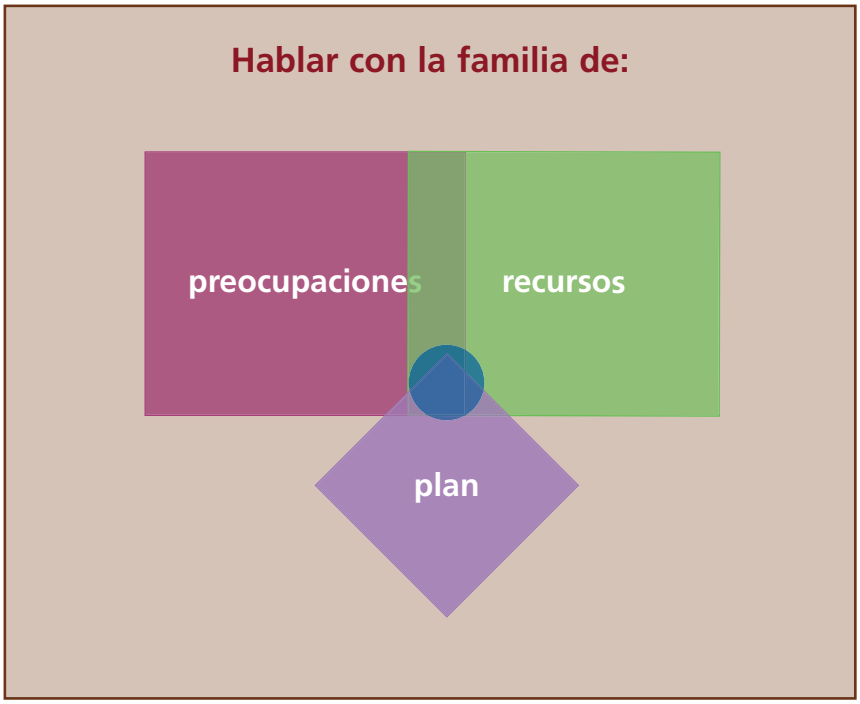
en las necesidades imperiosas de mejora y cambio en la familia y el tipo de preocupaciones, temores y sentimientos negativos que dominan el contexto de la familia y del profesional. Por lo tanto, una estrategia esencial y básica es conectar de forma adecuada estos tres aspectos: preocupaciones, recursos y plan de actuación con la familia. Esta conexión la representamos por el esquema PxR=C (Preocupaciones x Recursos = Cambio). La **figura 19** representa el primer paso de esta estrategia, es inevitable mantener una atención sobre las preocupaciones y dificultades pero nuestra estrategia va a comenzar por tres cambios importantes:

1. **Amplificar nuestras conversaciones, nuestras indagaciones, nuestra reflexión y nuestra búsqueda sobre los recursos de la familia.** Ser extremadamente atentos y minuciosos sobre todos los aspectos que puedan significar motivación, capacidad, pequeños compromisos, es decir, todos los recursos de la familia.

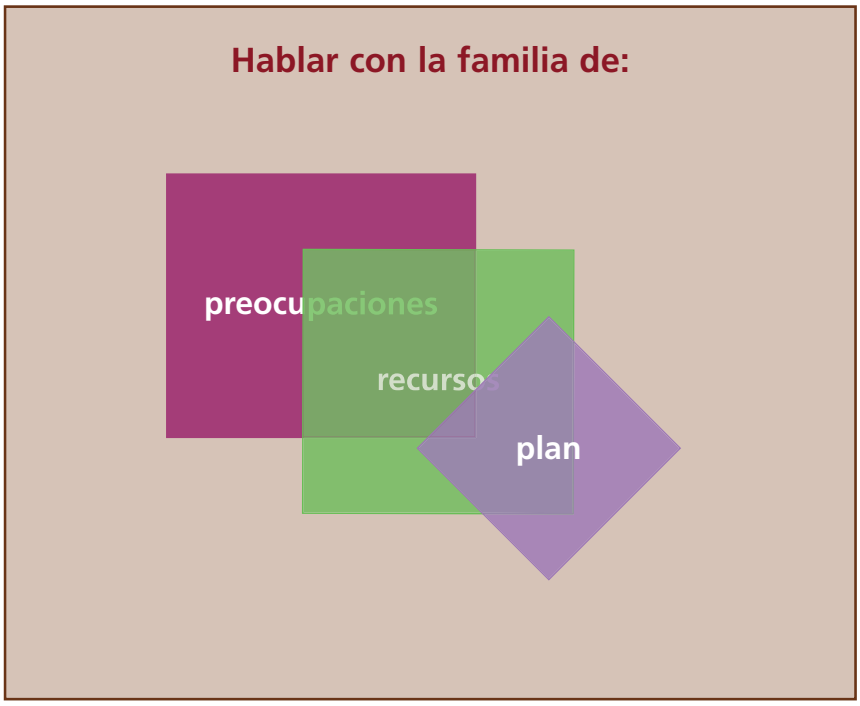
2. **Conectar en nuestras conversaciones (sean éstas entrevistas directas con los usuarios o bien entre profesionales) nuestro trabajo sobre recursos de la familia con las preocupaciones y factores de riesgo.** Este aspecto, pareciendo obvio, a veces no lo es tanto. Cualquier elemento positivo que podemos reseñar en una familia sólo se convierte en un auténtico recurso cuando entendemos que producirá un efecto si lo asociamos a alguna preocupación o dificultad. Por ejemplo, podemos decir que la actitud de la abuela Rosa en la familia García es "muy positiva", que cuando hablamos con ella muestra afecto e interés por María, "su nieta de 12 años", que está viviendo con mucha dificultad el problema de alcoholismo de su madre. En este ejemplo, darle protagonismo a esta actitud y disposición de la abuela es amplificar el escenario de los recursos. Pero solamente cuando conectamos de alguna forma la actitud de Rosa con la dificultad de María convertimos una actitud positiva en un recurso: por ejemplo, la posibilidad de que Rosa llame por teléfono a María con más frecuencia e incluso la posibilidad de pasar unas horas del fin de semana con ella.

3. **Definir intervenciones que conecten de forma directa con alguna preocupación o necesidad de la familia y a la vez con algún recurso disponible en la familia.** Este punto central representado en la **figura 19** es la llave del cambio. Por ejemplo, podemos establecer que María pase las mañanas del sábado con su abuela Rosa, una vez que ésta se ha comprometido con ello como una forma de facilitar que la madre de María recupere las reuniones en la asociación de exalcohólicos, a las que había acudido hace un par de años y que ahora podría estar dispuesta a reanudar si se generan algunas condiciones propicias. Esta idea

de conectar preocupaciones y necesidades con recursos e insertar ahí la planificación de nuestras intervenciones no es sencilla de poner en práctica. Fundamentalmente porque en los casos de factores de riesgo cronificados o de especial dificultad, la inercia de todo lo negativo tiene una enorme fuerza sobre la familia, que con facilidad se contagia a nosotros, los profesionales. Por ejemplo, resulta difícil poner en marcha intervenciones orientadas a cambios pequeños simplemente porque la visión de otros aspectos preocupantes y graves, restan significación o proyección a las intervenciones pequeñas. Podemos desanimarnos sobre la ayuda que va a proporcionar la abuela Rosa a María sabiendo que Juan, el marido de su madre, también con un problema de alcoholismo, va a estar el sábado por la mañana en la casa enfadado si su hija no está para ayudar; quizás molesto porque esté con la abuela, lo que puede enturbiar las posibilidades de que la madre dé el paso de recuperar sus reuniones en la asociación de exalcohólicos. Pues bien, la estrategia fundamental en este caso es poner en marcha esta pequeña intervención y buscar un cambio y un recurso que bloquee la actitud negativa de Juan y facilite la posibilidad de cambio de su mujer. Juan podría beneficiarse de ir a comer con su hija y Rosa después de haber llevado en su coche a su mujer a la reunión en la asociación de exalcohólicos.



La estrategia debe de avanzar poco a poco hasta conseguir un gran solapamiento de los recursos sobre las preocupaciones y dificultades tal como se representa en la progresión de la **figura 20**. La idea es que **el trabajo con la parte sana de la familia tenga un gran protagonismo, de manera que se desentierren, se engrasen y se pongan en marcha todos los recursos biológicos, psicológicos y de red social de una familia**. En el momento en el que esto comience a ocurrir, todas nuestras intervenciones se van a producir con más facilidad y más eficacia puesto que se asientan en este solapamiento de recursos y preocupaciones.



En las entrevistas con la familia es donde creamos un escenario para poner en práctica esta estrategia de asociación productiva entre la preocupación y los recursos. Es importante tener claro el marco global o conceptual de lo que significa trabajar con una orientación más radical hacia los recursos, precisamente en contextos familiares cronificados o de especial dificultad. Esa orientación tiene componentes analíticos y técnicos. Desde el punto de vista técnico, lo que más nos puede ayudar es definir nuestra interacción con la familia en forma de preguntas que estimulen y motiven el cambio más allá de su función de recogida de información. La **figura 21** nos ofrece un listado de tipos de preguntas necesarias sobre las preocupaciones.

Pregunta por las preocupaciones

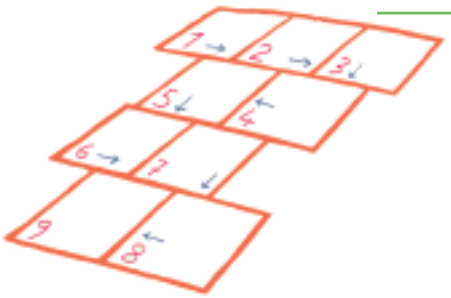
- ◊ **Pregunta por los hechos (denuncias, alarmas, daños)**
- ◊ **Pregunta por los sentimientos ante la situación**
- ◊ **Pregunta por sus experiencias pasadas como hijos**
- ◊ **Pregunta por los efectos del problema en las relaciones y de las relaciones en el problema**
- ◊ **Pregunta por las necesidades**
- ◊ **Pregunta por el futuro**
- ◊ **Pregunta por preocupaciones de otras personas**
- ◊ **Pregunta por la intervención en curso**

Obviamente es importante preguntar por hechos que son relevantes:

- *¿Qué es lo que ocurrió cuando vuestro padre llegó borracho y gritando ayer por la noche?*
- *¿Quién fue la persona que abrió la puerta y cómo respondió a su conducta agresiva?*
- *¿Dónde estabais vosotros dos y la niña pequeña?*
- *¿Qué fue lo que ocurrió?*
- *¿Qué daño se produjo?*
- *¿Quién llamó por teléfono a vuestro tío?*

Pero también es importante preguntar por los sentimientos ante la situación o realidad problemática de la familia:

- *¿Cómo te sientes cuando ves a tu madre en esa situación que parece delirante?*
- *¿Cómo llamarías a lo que sientes, vergüenza, rabia?*
- *¿Esta situación te hace sentir diferente a otros niños de tu edad?*
- *¿Qué crees que siente tu hermano pequeño cuando se pone a llorar al oír los gritos entre tú y tu padre cuando éste viene borracho?*
- *Ahora que estamos hablando de todos estos años y que me habéis contado dificultad tras dificultad en vuestra situación por lo que le pasa a Juan, noto un sentimiento colectivo o similar en todos vosotros. ¿Qué nombre le pondríamos a esa manera de sentirse?*



Cuando trabajamos con padres en contextos de la "queja" sobre sus hijos menores, por ejemplo la queja de adolescentes cuyo comportamiento escapa al control de sus padres, resulta interesante preguntar por sus experiencias como hijos en el pasado; es decir, combinar la preocupación de los padres en cuanto que padres con las experiencias, vivencias y preocupaciones, que tuvieron como hijos. Curiosamente a veces estas preocupaciones y dificultades que tuvieron como hijos siguen existiendo en la actualidad (a pesar de ser adultos) con sus propios padres, los abuelos de sus hijos.

- *¿Cuál era tu situación cuando tú tenías exactamente la edad de tu hijo Ramón?*
- *¿Cómo te veían tus hermanos o amigos en aquella época?*
- *¿Cómo respondías a tus padres cuando éstos tenían esa actitud que has definido como dureza o distancia contigo?*
- *¿La experiencia que sufriste con tus padres cuando tenías 14 años se parece en algo a lo que está pasando tu hija Elena?*
- *¿La relación con tu madre sería un buen modelo de lo que tú esperas o haces con tu hijo Yago?*

En este marco de la importancia que tienen los sentimientos y las experiencias debemos incluir las relaciones interpersonales de forma directa. Es importante ver qué conexiones hacen las personas con las que trabajamos entre el problema que sufren y las relaciones que tienen entre ellos, por eso resulta productivo indagar en los efectos que el problema tiene en las relaciones pero también en cómo las dificultades de las relaciones afectan al problema.

- *Estos años de conflictos, denuncias, fugas de vuestro hijo Juan ¿os han afectado a vuestra relación como pareja y a vuestra relación como padres que tienen que tomar decisiones como si fueran buenos socios?*
- *¿Cómo te afecta la enfermedad mental de tu madre y todo lo que haces por ella a la hora de relacionarte con tus amigos?*
- *¿Te influye en tu capacidad de salir, divertirte, ligar o de traer amigos a casa?*
- *¿Crees que este distanciamiento entre vosotros como pareja os hace perder fuelle y energía para ser eficaces en el cuidado de Antonio?*
- *¿Os parece que todo el enfrentamiento que se ha ido creando por el alcoholismo de Manuela podría influir en que ella cada vez tenga más oportunidades de beber y exprese más ese desprecio que tanto os duele?*

Es importante ante las preocupaciones y los factores de riesgo no olvidarse de preguntar de forma adecuada por las necesidades individuales de cada usuario, de cada miembro de la familia.

- *¿Qué crees que ahora mismo haría las cosas un poco más fáciles en tu vida como una niña normal de 13 años?*
- *Usted, Rosa ¿qué cree que necesita para poder seguir siendo un apoyo de su hijo con todas las dificultades que le acarrean sus problemas de salud mental?*
- *Te has estado ocupando de tus hijos, de todas las consecuencias y dificultades del problema de bebida de tu marido, de la rebeldía y los problemas legales de Kevin, pero, ¿quién se ocupa de cuidarte a ti, qué es lo que tú necesitarías y qué es lo que te podría ayudar a sostener tu fuerza en este momento?*

Aunque resulte paradójico, una forma muy interesante de tratar las preocupaciones es preguntar por cuestiones referidas al futuro y no sólo a las cosas que pasaron o al estrés que están sufriendo en el presente.

- *Esta dependencia y responsabilidad que os es inevitable con vuestro hijo de 14 años va a evolucionar irremediablemente. ¿Cómo os imagináis que puedan ser las cosas dentro de 5 años cuando él tenga 21 años?*
- *Si las cosas siguen así: ¿Qué es lo que más os preocupa del deterioro que vamos observando en la salud y en los síntomas de vuestro padre?*
- *María, tienes 75 años y eres ahora mismo la persona fundamental en el cuidado de Rosa, de Carlos y los niños. ¿Qué te preocupa si piensas en ti y en ellos en los próximos 10 años?*

Cuando hablamos con uno o varios miembros de la familia es fácil que ellos se desahoguen y comenten sus preocupaciones y sus necesidades, pero no tanto que se pongan sobre la mesa las preocupaciones de otras personas. Preguntar por esas otras personas y sus preocupaciones clarifica el contexto y la definición más colectiva de la comunidad de afectados:

- *¿Qué es lo que crees que preocupa más a tus dos hijos sobre tu problema con el alcohol, puesto que ellos no viven ya contigo?*
- *¿Qué es lo que crees que preocupa a la trabajadora social y a la orientadora del colegio sobre lo que pasa entre vosotros y vuestro hijo Christian?*

- *¿Qué pensáis que puede preocupar a vuestros padres cuando ven su incapacidad para cambiar esta situación?*
- *Me dices que tu madre es muy complaciente y protectora de tu hija y que esto no te gusta, pero ¿has pensado que esto puede ser lo que le preocupa a ella?¿Crees que puede tener una preocupación por lo que te ocurra a ti?*

Otro ámbito de las preguntas por las preocupaciones y por las dificultades es el que se refiere a la intervención y a las actuaciones que se están realizando con la familia:

- *¿Por qué ves con tanto pesimismo esta posibilidad de la que estamos hablando?*
- *¿Qué es lo que te da miedo?*
- *¿Hay algo que crees que va a ser imposible?*
- *¿Piensas que lo que hemos hecho hasta ahora puede llegar a enfadar o poner agresivo a tu padre?*
- *¿Os preocupa que lo que está funcionando bien con vuestra hija pequeña tenga alguna consecuencia negativa como distanciaros de ella?*
- *¿Pensáis que esto puede empeorar porque se haya producido o se vaya a producir una denuncia?*
- *¿Presionar a Roberto para que haya entrado en una desintoxicación va a generar un odio hacia vosotros por su parte?*

En la estrategia para cambiar el panorama pesimista y de impotencia en los casos con factores de riesgo cronificados o de especial dificultad es clave nuestro trabajo sobre los recursos y factores protectores. La ejecución técnica de ese trabajo se expresa esencialmente en preguntas e indagaciones sobre los recursos. El elemento motivacional de este tipo de preguntas y conversaciones es crucial. La **figura 22** lista un tipo de **preguntas esenciales sobre los recursos**.

Pregunta por los recursos

- ◊ **Pregunta por lo que ha hecho bien (ha funcionado)**
- ◊ **Pregunta por sus fortalezas y valores**
- ◊ **Pregunta por sus experiencias positivas como hijos**
- ◊ **Pregunta por lo que podrán hacer**
- ◊ **Pregunta por el futuro, por las ilusiones**
- ◊ **Pregunta por las personas que comparten/apoyan**
- ◊ **Pregunta por el buen uso que harían de la ayuda**

Preguntar por lo que ha funcionado, por lo que se ha hecho bien es muy importante, incluso cuando esas excepciones han sido esporádicas, pequeñas o poco visibles.

- *Entonces aunque dices que la semana resultó horrorosa conseguisteis que el viernes Jorge no saliese y que llegaseis a estar bastante bien con él: ¿Qué es lo que hicisteis?*
- *Cuando Manuel está en casa no se produce ninguna discusión ni tampoco agresividad cuando llega vuestro padre del bar de abajo:¿Qué es lo que es diferente esos días, o qué es lo que hace diferente Manuel?*
- *Entonces a pesar de que las cosas han empeorado tenéis claro que conseguisteis durante todo el mes de agosto que las cosas estuviesen estables, es verdad que eran vacaciones y os fuisteis al pueblo, pero:*
    - *¿Qué es lo que hicisteis?*
    - *¿Qué había allí de diferente?*
    - *¿Cómo has conseguido olvidarte de la preocupación por tu madre y pasártelo bien en la excursión?*
    - *O sea, que ahora se levanta media hora antes y no discutís ¿qué es lo que habéis hecho los dos?*

Dentro de los recursos es muy importante explorar las fortalezas, los valores y cualquier aspecto que genera apoyo a un miembro de la familia o a ésta como grupo. A veces nos vamos a encontrar con que las personas, en su decepción o sentimiento de impotencia, son reacias o les cuesta hablar de fortalezas y valores positivos. Y sin embargo, si insistimos y lo hacemos con delicadeza nos podemos encontrar con que esto les genera una inyección muy positiva de esperanza.

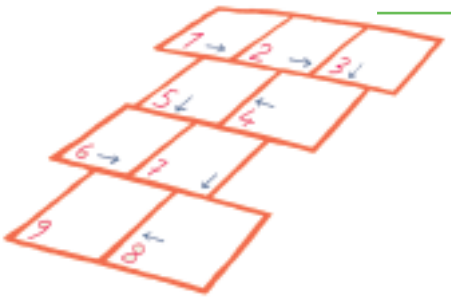
- *Rosa, ¿qué es lo que te ha dado a ti fuerza para soportar todo esto que me estás contando?*
- *María, Manuel, ¿qué os ha mantenido unidos ante la dificultad durante tantos años?*
- *Jorge, ¿cuál es la idea, o el sentimiento que te ayuda a sobrellevar el problema de tus padres e incluso a cuidarlos?*
- *¿De dónde sacas la fuerza para contener tu rabia?*
- *¿Qué crees que te ayuda a pedir disculpas o a reconocer, aunque te cueste hacerlo, delante de ellos?*
- *¿Qué cosas te unen a tus padres?*
- *¿Pensar en tu madre fallecida y hablar con ella es la única cosa que te da fuerza para continuar?*

Al igual que hemos comentado al referirnos a la exploración de las preocupaciones es importante que cuando hablemos con los padres nos acordemos de que fueron hijos y seamos capaces de indagar en sus experiencias positivas, en el recuerdo de lo más positivo que pudieron vivir como hijos.

- *¿Qué sensación de seguridad y de afecto recuerdas de tus padres y tu abuela cuando tenías la edad exacta que tiene ahora tu hijo Andrés?*
- *¿Cómo recordáis vosotros la sensación de cariño que teníais cuando eráis hijos y qué pensáis que os gustaría proporcionar a Rosa y Pilar?*
- *¿Qué recuerdos positivos tenéis de vuestros padres ante situaciones de dificultad cuando erais niños o adolescentes?*

Un elemento importante de la exploración de los recursos tiene que ver con lo que hemos llamado **actitud positiva y posibilista**, es decir preguntar por lo que podrían hacer, por lo es como una posibilidad aunque dentro de un marco que en el presente está teñido de escepticismo:

- *Entonces, ¿qué es lo que sí creéis que todavía podríais hacer por pequeño que sea?*
- *Bueno, estamos hablando de cosas que habéis hecho y sabéis hacer, ¿podríais probar alguna de esas cosas que me habéis contado aunque fuese sólo como un experimento a ver qué pasa?*
- *Si esto ocurriese en las mejores condiciones ¿se os ocurre que podríais hacer algo?*
- *Pensemos hipotéticamente que al menos un par de días hay esas condiciones, ¿qué podríais hacer?*



En la trayectoria de la queja al compromiso hemos de ser constantes, convincentes y eficaces a la hora de crear ilusión y preguntar por el futuro. El aspecto interesante del futuro es que, al menos en el plano de la ilusión o la fantasía, siempre está abierto a todo.

- *Si se diese una situación en la que vuestro padre Manuel dejase de beber y regresase a casa después de una buena cura de su problema;*
  - *¿Cómo sería el primer día en vuestra vida en ese momento?*
  - *¿Cómo te vas a dar cuenta dentro de dos años de que las cosas han mejorado y no necesitas estar tan enfadado y enrabietado con tus padres porque ya empiezas a hacer tu vida?*
  - *Una vez que no tengas esta dependencia, ¿qué es lo que más ilusión te hace?*
  - *¿Qué podrías hacer?*
  - *Aunque en este momento puede resultar doloroso esto que te voy a decir, ¿cuál es tu fantasía, tu ilusión para tu vida dentro de 10 años cuando, obviamente, ya no tendrás que ocuparte de Manuel?*
  - *¡Ah! entonces, ¿te estás imaginando a ti mismo llevando algún regalo a tu madre?*
  - *Entonces, ¿crees que tú sí conseguirás tener una pareja que funcione?*
  - *¿Con qué tipo de persona te imaginas que harás una pareja?*

Es muy importante para la creación de una comunidad de apoyo, de una red en la que te sientas seguro y apoyado, usar preguntas y trabajar en las entrevistas a cerca de las personas que comparten las preocupaciones y tienen disposición de ayudar o apoyar. No siempre son personas que están cerca y pueden echar una mano, pero aun así la familia puede sentir un apoyo moral o espiritual.

- *Entonces, tu vecina Rosa, a pesar de tener 75 años y de no ser tu familia ¿es la persona que más tranquilidad te da cuando se dan estos episodios?*
- *¿Quiénes son ahora mismo las personas en las que confías?*
- *¿A quién acudirías si mañana te encuentras ante una situación muy delicada y complicada que pone en riesgo tu vida?*
- *¿Quién te sirve de paño de lágrimas?*
- *¿Llamar por teléfono a tu abuela en República Dominicana es algo que te inyecta optimismo y te hace sentir más querida?*

- *¿Tienes la sensación de que tu hermano, que está a mil kilómetros, te apoya y está ahí si quisieras contarle lo que te está pasando?*
- *¿La memoria de tu hermana fallecida es un apoyo que puedes llevar contigo?*
- *¿Te sirve recordarla o hablar con la foto que tienes de ella en tu habitación?*

Un aspecto que puede ser importante en el trabajo sobre los recursos se refiere a ayudas externas de la comunidad, de la familia externa o del sistema profesional. Lo que es importante para crear un sentido de responsabilidad, de autoeficacia y de atribución interna de las potencialidades de la familia, es preguntar y anticipar el buen uso que pueden hacer de esas ayudas, bien las estén recibiendo, bien son ayudas que podrían recibir.

- *Veo la necesidad de un centro de día para Jorge, pero me gustaría que hablásemos sobre lo que haríais vosotros con ese tiempo y ese alivio que os generaría el centro de día.*
- *Si realmente ayudase tu hermano, realmente no tendrías que pasar por la situación actual y podrías cumplir más en la escuela. Hablemos exactamente de lo que crees que podría hacer tu hermano y cuál es el provecho que tú le ibas a sacar.*
- *Si conseguimos que tu padre entre en rehabilitación va a haber algunos cambios, exactamente ¿qué es lo que tú harías para ti mismo?*
- *Que se diese una situación de separación de Antonio nos parece que generaría una reducción muy grande del conflicto, y lo que yo me pregunto es; ¿cómo aprovecharíais esto y qué cambios vais a hacer vosotros para que a la vuelta de Antonio las cosas estén mejor y vosotros más preparados para afrontar una convivencia?*

Cuando conseguimos mezclar, combinar, asociar adecuadamente las preguntas sobre las preocupaciones con las preguntas sobre los recursos que hemos venido describiendo en las dos secciones anteriores, nos puede resultar más fácil y natural **generar planes, compromisos y sugerencias o peticiones específicas de cambio a la familia**. Desde el punto de vista técnico, la **figura 23** representa una tipología sencilla de preguntas que refuerzan las intervenciones específicas; formas de explorar sobre planes y acciones de cambio en la familia.

Pregunta por los planes de cambio

- ◊ **Preguntas de escala**
- ◊ **Preguntas de proyección al futuro**
- ◊ **Preguntas sobre indicadores de mejoría**
- ◊ **Preguntas sobre emancipación y autonomía**
- ◊ **Preguntas sobre aprendizajes que pueden usar**
- ◊ **Preguntas para confirmar objetivos**
- ◊ **Preguntas para confirmar actuaciones**

Preguntas de escala. Hemos venido definiendo de forma reiterada el cambio como algo que se inicia con pequeños pasos y como una trayectoria progresiva, hemos señalado reiteradamente que esta filosofía sobre la forma de promover y empujar el cambio es especialmente importante en el trabajo con familias con factores de riesgo cronificados o de especial dificultad. Las preguntas de escala son sencillas y útiles para plasmar y desarrollar esta idea.

- *Si el nivel de tensión que se estaba produciendo por las reacciones de Christian lo midiésemos como una especie de termómetro entre 1 y 10, siendo 10 una agresividad insufrible y extrema y 1 absolutamente tranquilo y sin importancia:*
  - *¿Cuál sería la puntuación que tú darías en relación con como están las cosas hoy?*
  - *¿Cuál crees que es la puntuación que va a dar tu madre ahora cuando le pregunte lo mismo?*
- *Estáis diciendo que en esta escala que os he propuesto, las cosas ahora mismo, entre 1 y 10, estarían entre un 2, opinión de Juan, en un 2,5 opinión de Rosa y un 4, la opinión más optimista, de Manuela. Me gustaría saber qué creéis que tendría que pasar y qué tendríamos que hacer para que todos pudiésemos señalar que estamos en un 4 la semana que viene.*
- *Si cogemos esta escala que estamos usando y representásemos cuál era la puntuación que refleja lo que pasaba antes de que Kevin entrase en el centro de día y ahora, ¿qué puntuación pondríais?*
  - *¿Qué puntuación pondríais sobre el cambio que se ha producido, no con Kevin, sino en vuestra relación de pareja?*

- *Si el nivel de rabia que tenías en las discusiones con tus padres cuando se produjo la denuncia de violencia fuese un 10, y un 1 es no sentir nada y poderte reír con tranquilidad,*
    - *¿Qué puntuación darías sobre la rabia que te produce la discusión que hemos tenido ahora, hace un momento, en la entrevista?*

Preguntas de proyección al futuro para asentar y definir de forma específica algunos planes o intervenciones.

- *Cuando mañana comencemos a poner en marcha este plan de que se ocupe Juan de lo que venía haciendo Rosa y ella pueda salir;*
    - *¿Cómo podríamos describir lo que va a pasar al inicio de la mañana? ¿qué va a estar haciendo cada uno de vosotros?*
    - *¿Cómo podríamos definir lo que va a ocurrir a la vuelta de Rosa?*
- *Si pudiéramos ver el futuro dentro de una semana, ¿qué efectos va a tener nuestro plan en lo que cada uno de vosotros estará haciendo el próximo sábado?*
- *Si pudiésemos tomar una pastilla, aquí con estas botellas de agua, y esta pastilla produjese un efecto tan bueno que todas las dificultades y preocupaciones de esta familia desapareciesen en 24 horas, eso quiere decir que mañana a esta hora, a eso de las 4 de la tarde, empezaríamos a notar esas diferencias.*
    - *Juan ¿Qué es lo primero que empezarías a notar tú diferente a las 4 de la tarde? ¿y tú, Manuel? ¿y tú, Rosa?*
    - *Y ¿qué sería lo siguiente más claro que os haría celebrar por daros cuenta de que esta pastilla funciona? ¿Sería en la cena, sería a la hora de salir?*
    - *¿Qué pasaría al día siguiente?*
    - *¿Cómo os daríais cuenta de que los efectos son estables?*
- *Pues bien, ahora sabemos lo que pasaría con una pastilla tan fabulosa. ¿Qué cosa podríamos hacer cada uno de nosotros mañana por la tarde como si la pastilla hubiese, realmente, funcionado?*
    - *¿Hay alguna de esas cosas que se producirán cuando el cambio ocurra que podemos comprometernos, cada uno de nosotros, a ir haciendo o a intentar ir haciendo?*
    - *¿Qué creéis que va a ocurrir de diferente este sábado?*
    - *¿Qué creéis que me vais a contar el lunes que sea diferente y qué habrá ocurrido si cumplimos el compromiso que me acabáis de dar?*

Otro aspecto muy importante en la planificación de la intervención es marcar con concreción las mejorías. Para esto debemos hacer preguntas y establecer con claridad en la familia indicadores de pequeñas o grandes mejorías. **Los indicadores** son muy importantes porque no son una descripción exhaustiva de lo que queremos que cambie, pero tienen un poder de motivación y de verificación muy significativo. *Un indicador es una conducta visible que para todos los miembros de la familia tiene un significado claro, unívoco y contundente*. Por ejemplo, decir que un chico va a llamar por el móvil a una hora determinada para avisar de que ya se encuentra en algún sitio parece una cosa intrascendente; o decir que un padre va a ir al entrenamiento de fútbol de su hijo sin pasar previamente por el bar y si quiere tomarse un vino lo va a hacer a la vuelta del entrenamiento acompañado de su hijo. Pueden parecer dos conductas de cierto interés pero intrascendentes, sin embargo una familia puede entender que esas conductas significarían un cambio sustancial y profundo en la familia si comienzan a producirse. Por lo que son en sí mismas, pero especialmente por lo que representarían de cambio de actitud y de comportamiento dentro de la familia.

- *¿Qué sería algo que si ocurriese en los próximos días os haría pensar que realmente Javier ha empezado a cambiar?*
- *¿Qué tendrías que ver tú que hace tu padre en los próximos días, cuando tu madre se encuentre mal, que para ti signifique que él ha cambiado su actitud?*
- *¿Qué puedo escribir en mi libreta como un signo claro de que las cosas van mejor para que os pregunte la semana que viene si realmente esto ha pasado?*
- *Me dices que para ti un indicador de respeto sería que él no sea agresivo o se porte bien, pero lo que necesito anotar es qué cosas tendrías que ver en él, pequeña y clara, que para vosotros signifique respeto.*

En general es muy importante todo lo que tiene que ver con **la emancipación y la autonomía** en el trabajo con familias en los que hay un nivel alto de dependencia a causa de la cronificación de factores de riesgo. Las preguntas sobre autonomía o emancipación marcan una motivación y además definen los pasos que tenemos que dar para llegar a esa situación.

- *¿Qué es lo que para ti es razonable en el cuidado de Juan pero que te permita hacer lo que tú llamas tu vida?*
- *¿Qué es lo que te permitiría vivir mejor si tus hermanos echaran una mano?*

- *¿Qué consideras que todos podrían hacer para que nadie tenga que tener un sacrificio tan grande y que cada uno pueda hacer sus cosas?*
- *¿Qué sería para ti recuperar la confianza de tus padres y que, por lo tanto, pudieses recuperar un poco de independencia?*

Cuando en el proceso de intervención se han dado **aprendizajes** y se han adquirido habilidades podemos utilizar la exploración y las preguntas para reforzar ese potencial.

- *¿Todo esto es algo que conseguisteis hacer bien después del grupo en el que participasteis? Vamos a hablar de cómo usasteis este aprendizaje en las próximas semanas.*
- *Cuando habéis tenido la ayuda de Juan, las cosas han ido relativamente mejor, vamos ahora a definir cómo hacer lo mismo sin Juan.*
- *¿Quién se va a ocupar de hacer qué cosa?*
- *Esto que has conseguido con tu hijo ahora que él tiene 18 años lo vamos a aplicar con Lucía, ¿qué es lo que crees que podrás hacer?*
- *¿Qué podrás aplicar en Lucía?*
- *De lo que me habéis contado ¿qué es lo que pensáis que podemos aplicar en el problema?*
- *¿Qué tenemos ahora?*
- *¿Qué es lo que aprendiste de todo el tormento que tuviste que pasar con tu hermano?*
- *¿Cómo vamos a poner en marcha todo lo que sabes hacer?*
- *Aunque la situación y la persona de Carmen es diferente, ¿qué es lo que sí aprendisteis de los trucos que vamos a poner en marcha ahora?*

Otro aspecto fundamental, aunque parezca menor, que tiene gran importancia sobre la eficacia de nuestra planificación de intervenciones es preguntar para **confirmar y reasegurar los objetivos** que vamos estableciendo. Con frecuencia los objetivos que damos por hecho no están tan asumidos o entendidos como pensamos por parte de la familia. Ir muy despacio y confirmar el acuerdo, la comprensión y compromiso con los objetivos es esencial.

- *¿Entonces estáis de acuerdo en que si Bruno deja de fumar porros en su habitación lo tomaremos como una forma de respeto y le reconoceremos que es un avance?*
- *Bruno, ¿estás de acuerdo en que si ellos dejan de criticarte o llamarte drogadicto estarán reconociendo tu esfuerzo y tu respeto?*

- *Me gustaría que os dierais la mano como una forma de dejarme a mí claro que habéis hecho este acuerdo y que vamos a intentar ponerlo en marcha.*
- *Manuel, llevamos un rato hablando y tú has estado callado. ¿Ves alguna dificultad o tienes alguna reticencia en lo que los demás creen que podremos proponernos para las próximas semanas?*
- *Os voy a leer lo que he anotado como objetivo que sale de esta reunión y los indicadores que pueden demostrar que este objetivo se cumpla: decidme, por favor, si queda claro o si no lo he anotado de forma adecuada.*

En la misma línea que la confirmación de objetivos, es muy importante **confirmar las actuaciones** e intervenciones que se vayan a producir. Especialmente la fiabilidad que puede tener la intervención profesional para la familia; la confianza que tienen en ella y si alguna parte de la familia puede sentirse desafiada o descalificada, o vivir nuestra intervención como una intromisión. Esto es especialmente importante cuando definimos actuaciones que puedan afectar directa o indirectamente a algunos miembros de la familia que no están en la entrevista.

- *Hemos dicho que sería de utilidad que Rosa y su hermano vengan a una entrevista con el psicólogo; ¿estáis de acuerdo con esto?*
- *¿Crees tú, Rosa, que tu hermano va a vivir bien esta idea?*
- *Manuel, ¿crees que puede ser de utilidad lo que ellos están diciendo?, que la educadora pueda ayudar a Pilar en la visita al centro de salud.*
- *¿Creéis que esto que vamos a hacer en colaboración con el psiquiatra está bien aceptado por todos?*
- *¿Pensáis que la reacción de Pedro va a ser la que habéis dicho? o ¿alguien tiene alguna duda y debemos volverlo a pensar y darle otra vuelta?*

IDEAS PRINCIPALES

1. Las Diez ideas para la supervivencia en casos difíciles son: Resistir bien las crisis; Fomentar técnicamente el Optimismo; Desarrollar una visión flexible y abierta de la realidad de los usuarios; Fomentar la Curiosidad y la Intuición; Fomentar la sensibilidad pero controlar nuestra vulnerabilidad; Trabajar con la "parte sana" de la familia; Asumir que "no lo podemos hacer solos"; No olvidar que "Cerrar es Abrir"; Entender que el cambio se relaciona más con la creatividad que con la lógica; y Avanzar desde la queja al compromiso y no al revés.

2. El contexto de intervención sólido y eficaz se consigue en tres pasos: Crear Seguridad para facilitar una buena conexión emocional entre profesional y usuarios; Utilizar la conexión emocional con el usuario como una base segura y de confianza para conseguir que se implique en las actuaciones de la intervención; Conseguir una implicación o enganche sistémico, es decir, de compromiso de la familia con el profesional pero también entre ellos.

3. Cuando trabajamos en contextos de riesgo cronificados o con factores de especial dificultad, es natural que el marco inicial esté dominado por las preocupaciones y por el pesimismo, oscureciendo por lo tanto el necesario trabajo de fomentar y estimular los recursos positivos y protectores de la familia.

4. Debemos amplificar y profundizar en la búsqueda y desarrollo de recursos propios de las familias, conectando esos recursos con sus preocupaciones y dificultades.

5. Nuestras intervenciones deben de sustentarse en este criterio: los objetivos que definimos están asociados a un recurso y a la vez conectados con una preocupación que la familia siente como propia.

6. Las entrevistas son una de las herramientas fundamentales de intervención familiar. Por ello el diseño de las entrevistas tiene que basarse en preguntas apropiadas. Preguntas estimulantes y constructivas sobre las preocupaciones de la familia, sobre sus recursos y potencialidades, y también sobre los plantes de intervención que estamos creando con la familia.

QUÉ MÁS CONSULTAR

- Friedlander, M., Escudero, V. y Heatherington, L (2009). La alianza terapéutica. Editorial Paidós.
- Junta de CyL (2000). Programa de Intervención familiar en situaciones de desprotección infantil. Valladolid, Junta de CyL.

OBSERVA Y PRUEBA

1. Haz una reflexión personal sobre cómo serían aplicables las 10 ideas planteadas en la sección 4.1 en tu trabajo con alguna de las familias que más dificultad te han planteado.
2. Usa el esquema de "tres pasos" para analizar retrospectivamente qué aspectos no fueron bien desarrollados en un caso que tuvo o tiene unas características claras de estancamiento o cronicidad.
3. Escribe el guión de una entrevista de trabajo para una familia determinada combinando los listados de preguntas (por las preocupaciones, por los recursos, y por los planes) que componen el esquema "RxP=C" (sección 4.3).

Guía práctica para la intervención familiar II

Contextos familiares cronificados o de especial dificultad

Junta de Castilla y León

Servicios Sociales de Castilla y León