

## Familias en situaciones de crisis crónicas: características e intervención

Maritza Elizabeth Jaque Alveal<sup>1</sup>; Ailin Ximena Sandoval Dominguez<sup>2</sup>; Marina Cristina Alarcón Espinoza<sup>3</sup>

Recibido: 14/06/2017 / Revisado: 06/07/2017 / Aceptado: 10/05/2018

Disponible on line:

**Resumen.** La presente investigación tiene como objetivo conocer las características de las familias en situaciones de crisis crónicas y de su proceso de intervención, según la perspectiva de duplas de intervención psicosocial. El estudio utiliza un diseño cualitativo de tipo descriptivo en el cual se realizan entrevistas focalizadas a tres duplas técnico – profesionales chilenas. Respecto de las características familiares, destacan categorías como vulnerabilidad social, funcionamiento desadaptativo, multiasistencia y fortalezas familiares. En lo que se refiere a la intervención, se describen distintas modalidades institucionales y similitudes respecto de los desafíos para el bienestar de las familias y los equipos de trabajo, destacándose el rol de las fortalezas familiares y de la integralidad en los procesos de intervención.

**Palabras clave:** Antecedentes familiares; Intervención psicosocial; Terapia familiar; Ambiente en el hogar; Población en riesgo.

### [en] Families in chronic crisis situations: characteristics and intervention

**Abstract.** The aim of this research is to identify the characteristics of families in chronic crisis situations and of the intervention processes relating to them, from the perspective of psychosocial intervention teams. The study uses a qualitative description design, with focused interviews carried out for three Chilean technical-professional teams. Certain categories stand out with relation to family characteristics, such as social vulnerability, maladaptive functioning, multicare and family resilience. Various institutional forms and similarities with respect to challenges to family wellbeing and work teams are described in the context of intervention, with an emphasis on the role of family resilience and comprehensiveness in intervention processes.

**Key words:** Family background; psychosocial Intervention; Family therapy; Household environment; At-risk population.

**Sumario:** Introducción. 1. Método. 1.1 Diseño. 1.2 Participantes. 1.3 Instrumento. 1.4 Procedimiento. 1.5 Resguardos éticos. 2. Resultados.

**Cómo citar:** Jaque Alveal, M.A.; Sandoval Domínguez, A.X.; Alarcón Espinoza, M.C. (2019). Familias en situaciones de crisis crónicas: características e intervención, en *Cuad. trab. soc.* 32(1), 165-176.

### Introducción

Las familias, como microsistemas rodeados de un contexto más amplio, dependen necesariamente de condiciones socioculturales en las que les toca vivir, por lo cual, los eventos

negativos asociados a crisis sociales y/o económicas pueden cuestionar su confianza en relación con una de sus principales funciones que es proporcionar medios básicos de subsistencia a los miembros de la familia (Fonseca, Cunha, Crespo y Relvas, 2016).

<sup>1</sup> Universidad de La Frontera, Temuco, Chile  
maritza.jaque@gmail.com

<sup>2</sup> Universidad de La Frontera, Temuco, Chile  
ailin.sandoval@ufrontera.cl

<sup>3</sup> Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. Programa de doctorado en Psicología de la Comunicación y Cambio, UAB – UB, Barcelona, España.  
marina.alarcon@ufrontera.cl

De esta forma, cuando las familias por mucho tiempo permanecen en situaciones de crisis, manteniendo dificultades múltiples y crónicas que van traspasando a las siguientes generaciones, van dañando su capacidad de cuidar a sus miembros, comienzan a abandonar sus funciones y a solicitar de un modo cada vez más dependiente la ayuda de servicios sociales. Lo anterior ha sido mencionado en la literatura como familias multiproblemáticas, multiasistidas y más actualmente como familias multicrisis o multiestresadas. (Bodden y Dekovic, 2016).

Quienes han caracterizado a estas familias han centrado la atención en la estructura del grupo familiar y en las modalidades relacionales con el ambiente social circundante, observando dificultades de adaptación a una nueva situación social, cultural y económica, el inicio y estabilización de una relación con los servicios que intentan dar respuesta a estas dificultades familiares, conllevando a que en corto tiempo acumulen interacciones con gran cantidad de profesionales e instituciones, reforzando su dependencia y desarticulando la eficiencia de las intervenciones (Panadés, 2001; González, 2004; Matos y Sousa; Minuchin, Colapinto y Minuchin, citados en Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Por la experiencia de los profesionales que intervienen con estas familias, se observa que requieren una gran inversión psíquica y emocional, ya que la mayor parte de los programas sociales trabaja con familias en situación de pobreza y riesgo social, por largos períodos de tiempo (González, 2004; Juby y Rycraft; Román; y Waish, citados en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), en instituciones del ámbito de salud, educación y/o justicia.

Relevando la complejidad que requieren estas intervenciones, Bodden y Dekovic (2016) han señalado que para estas familias la atención de salud mental regular es insuficiente, pues la ayuda sería demasiado limitada, considerando la gran cantidad de necesidades que requieren apoyos en, los siguientes aspectos por lo menos: 1) factores de niño (altos niveles de psicopatología y baja calidad de vida); 2) factores parentales (altos niveles de psicopatología); 3) el desarrollo infantil (un bajo grado de coherencia, capacidad de respuesta, control del comportamiento y apego, un alto grado de severa disciplina y control psicológico); 4) el funcionamiento familiar (bajo grado de cohesión y organización; 5) factores contextuales

(más educación especial, problemas de aprendizaje, problemas financieros y eventos negativos de la vida); 6) problemas de la red social (más conflictos con vecinos y amigos); y 7) atención de salud mental inadecuada (más uso previo de atención médica y colocación fuera de casa).

Asimismo, diversos autores han señalado que estas familias presentan características centrales, que pueden organizarse en cuatro ejes; 1) polisintomatología: presencia de problemas múltiples de gran complejidad y gravedad, más de un portador de sintomatología, y episodios recurrentes de crisis individuales y familiares; 2) desorganización: donde se aprecia una estructura caótica y comunicación disfuncional, existiendo conflictos en el ejercicio de los roles y la delimitación de los subsistemas; 3) abandono de funciones: asociado a una parentalidad poco competente que puede generar un fracaso en las funciones de nutrición y socialización, descuidando a los miembros de las generaciones menores de la familia. Este abandono de funciones también afecta el área de la conyugalidad, donde hay dificultad para establecer intercambios equilibrados e igualitarios, así como para obtener del otro lo necesario para completarse a sí mismo; y 4) aislamiento: donde se presenta un distanciamiento de la familia extensa y de la red de apoyo, careciendo de soporte frente a las crisis que atraviesan (Cancrini, De Gregorio y Nocerino, 1997; Coletti, 1997; Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

En relación al modo de intervención psicosocial requerido, Aponte (citado en Escartín, 2004), refiere que el enfoque idóneo para intervenir con familias en esta situación es el enfoque ecosistémico que considere el contexto en que se generan los problemas, la organización familiar, creencias y valores, así como los recursos de la comunidad. Escartín enfatiza que conocer estos aspectos es fundamental para no caer en reduccionismos simplistas y en errores de juicio. Del mismo modo, Panadés (2001) señala que se requiere una óptica relacional-sistémica a fin de ampliar el foco de análisis e intervención al ecosistema donde se generan, desarrollan y frecuentemente se cronifican de manera transgeneracional los problemas de estas familias.

Rodríguez, (2003) señala que la intervención con estas familias necesita tiempos muy largos, sobre todo cuando se trata de activar recursos latentes. Asimismo, González (2004),

indica la importancia de realizar diseños de programas de intervención muy realistas con objetivos concretos y alcanzables.

De esta manera, se subraya que una de las actitudes fundamentales al momento de intervenir es poder considerar a las familias no solo como parte del problema sino como parte de la solución, identificando en primer lugar los recursos con que cuentan (González, Vandemeulebroecke y Colpin, 2001).

En cuanto a la relación terapéutica Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Irribarra y Müller, (2008) señalan que una de las principales responsabilidades del interventor es favorecer, facilitar y fomentar la creación y mantención de un vínculo terapéutico con los consultantes, aún con los cuales se dificulta la creación y mantención de éste. Según Alegret y Baulenas (1997) todo proceso de cambio se encarna en una relación que lo hace posible, en un proceso de influencia recíproca y evolución conjunta. En esta relación reside el valor terapéutico que el operador puede convertir en medio de transformación.

Desde la perspectiva de la complejidad, la intervención deberá contemplar necesariamente un amplio abanico de recursos de tipo terapéutico, educativo, social y jurídico. Por lo tanto, resulta necesario en muchos casos el abordaje en forma de red profesional (Pandes, 2001). Coletti (1997) afirma la importancia del trabajo en duplas al intervenir con estas familias. Una pareja de terapeutas, incluso de diferentes especialidades, es más indicada para hacer frente a las múltiples urgencias y situaciones que se presentan en intervenciones con familias que vivencian crisis crónicas y recurrentes. Así además el apoyo emotivo mutuo que se obtiene del trabajo en dupla es un instrumento eficaz para el trabajo con la familia.

Por otro lado, considerado la experiencia profesional, Rodríguez (2003) y González (2004) señalan que este trabajo implica un desgaste del operador psicosocial, ya que la exposición a vivencias y emociones fuertes es muy intensa. Coletti (1997), describe algunas reacciones emocionales que se generan en los profesionales como la angustia de la espera de los cambios en las familias, la ansiedad de la cronicidad frente a las problemáticas y la vivencia de inmodificabilidad de la situación. Estas reacciones crean sentimientos de rendición y de resignación que pueden terminar en indiferencia y en repetir las intervenciones sin reflexión.

Con la terapia familiar, la intervención conocida como estructural se señala como eficaz, siendo su meta el inducir una organización familiar más adecuada, que maximice el crecimiento y potencial de sus miembros (Stanton y Todd, 1987). Su capacidad para afectar directamente la estructura del sistema, es más fácilmente aceptada y elaborada por los usuarios (Coletti, 1997).

Una delimitación del sistema que incluya las relaciones en curso con los servicios y una estrategia terapéutica centrada en la no sustitución y en la recuperación de los roles familiares que han dejado de ejercer, puede conducir a una mejoría de la situación en círculo vicioso característica a estas familias en que se convierten en crónicas las crisis (Cancrini, De Gregorio y Nocerino, 1997).

Por otro lado, el enfoque narrativo se interesa en comprender los procesos a partir de los cuales las personas describen, explican y enfrentan las situaciones que viven cotidianamente. Propone la intervención a partir del reconocimiento de recursos, el uso del lenguaje y el reconocimiento del sujeto como agente activo del cambio, teniendo en cuenta su percepción y relatos de sí mismo y de los otros. En el trabajo familiar invita a cogenerar relatos alternativos que le permitan a los sujetos representar nuevos significados a su experiencia y a la forma como se reconocen. A partir del encuentro con los otros, y de la activación de sus recursos particulares y de la red, es posible construir resiliencia al tiempo que se establecen nuevas relaciones y se reconstruyen historias (Riaño, 2009).

Así también, se ha utilizado el enfoque estratégico para el abordaje de problemáticas en Atención primaria en salud a través de la terapia familiar breve (TFB) centrada en soluciones. La terapia familiar breve postula que quienes acuden a ella disponen de los recursos necesarios para superar sus problemas, pero que a veces no los ven (Schade, Beyebach, Torres y González, 2009). El profesional trabaja por objetivos acordados con la familia. Estos objetivos deben ser claros, observables y estar conductualmente bien definidos. Trabajar por objetivos en lugar del problema contribuye a abreviar la terapia y facilitar la evaluación de los avances o retrocesos. De acuerdo con este enfoque, un cambio pequeño es suficiente para que se logre un cambio total del sistema, lo importante es lograr que los miembros de la familia lo puedan ver.

En relación a los posibles resultados de las intervenciones y a sus posibilidades de cambio, es necesario considerar el cambio como un proceso discontinuo, contrapuesto a una noción de cambio lineal, gradual y progresivo. El profesional necesita aprender a reconocer y valorizar los procesos de cambio mínimo o de mejoría ligera, dado que en estas familias, los cambios pueden llegar a ser imperceptibles (Gómez, Muñoz y Haz, 2007). Para Alegret y Baulenas (1997) es importante incluir criterios de evaluación desde el comienzo del trabajo, de modo de permitir orientarse y adquirir criterios claros que permitan constatar los efectos de la intervención.

Gómez Muñoz y Haz señalan que se hace necesario estimular la investigación en países de habla hispana sobre las características específicas que adopta la familia en situaciones de crisis crónicas en estos contextos; sobre metodologías de intervención desarrolladas y su efectividad. Los autores manifiestan que es prioritario desarrollar un cuerpo de conocimientos fundamentado en la investigación científica de estos factores para retroalimentar a los encargados de las políticas públicas, de la administración de las organizaciones sociales y a los equipos profesionales. Con el objetivo de mejorar el diseño de los programas y en definitiva, la intervención profesional.

Así entonces, con la presente investigación se buscó responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características de las familias en situaciones de crisis crónicas y de la intervención con dichas familias desde la perspectiva de duplas de intervención psicosocial en contextos de salud, Programa de atención a niñas, niños y adolescentes en situación de desprotección y Programa de atención a adolescentes infractores de ley? Planteándose como objetivos: 1) Caracterizar las familias atendidas y 2) Caracterizar el proceso de intervención que se realiza con estas familias, desde la perspectiva de duplas técnico-profesionales que trabajan en los servicios psicosociales señalados.

## 1. Método

### 1.1. Diseño

La investigación se realizó desde el enfoque cualitativo con un carácter descriptivo, buscando identificar y señalar las características de las familias en situaciones de crisis crónicas

y de la intervención con estas familias desde la perspectiva de los entrevistados.

### 1.2. Participantes

La muestra estuvo compuesta por tres duplas de trabajo que incorporaron un profesional psicólogo, un asistente social y/o técnico psicoeducador, con experiencia en intervención en una institución de atención psicosocial. Los participantes pertenecían a equipos que se desenvuelven en tres contextos institucionales diferentes: salud pública (Atención primaria en salud), responsabilidad penal juvenil (Programa de Libertad asistida especial) y protección de derechos de infancia y adolescencia (Programa de fortalecimiento familiar). El muestreo fue de caso típico, ya que se entrevistó a profesionales y/o técnicos con experiencia en el tema de investigación, convirtiéndose en informantes clave para conocer el fenómeno en estudio.

El criterio de inclusión fue que los participantes tuvieran experiencia de al menos tres años en intervención con familias en situaciones de crisis crónicas en una misma institución psicosocial.

### 1.3. Instrumento

Para la recolección de los datos se utilizó una entrevista focalizada, que abarcó la descripción por los participantes de las siguientes dimensiones: identificación de los participantes de acuerdo con su especialización y experiencia laboral; descripción por los participantes de las características de las familias multiproblemáticas; aspectos de la intervención con estas familias desde la perspectiva de la experiencia de los entrevistados, así como de los resultados de los procesos de intervención; y finalmente reflexiones respecto a las condiciones necesarias para una intervención óptima con estas familias.

### 1.4. Procedimiento

Luego de realizar una aplicación piloto de la entrevista y validarla con una revisión interjueces, se procedió a la recolección de la información.

Para la obtención de los datos se contactó a las tres duplas de intervención a las cuales se les solicitó su participación a través de un consentimiento informado. Se realizó una sesión de entrevista con cada dupla, de una hora aproximadamente, registrada por medios magne-

tofónicos, transcribiéndose posteriormente de modo literal. Posteriormente se solicitó a cada dupla entrevistada la revisión y validación de la entrevista transcrita.

Para el análisis de los datos se efectuó un análisis de contenido simple, obteniéndose categorías que fueron organizadas en una red conceptual, lo que permitió obtener los resultados que fueron analizados considerando el marco teórico de esta investigación.

### 1.5. Resguardos éticos

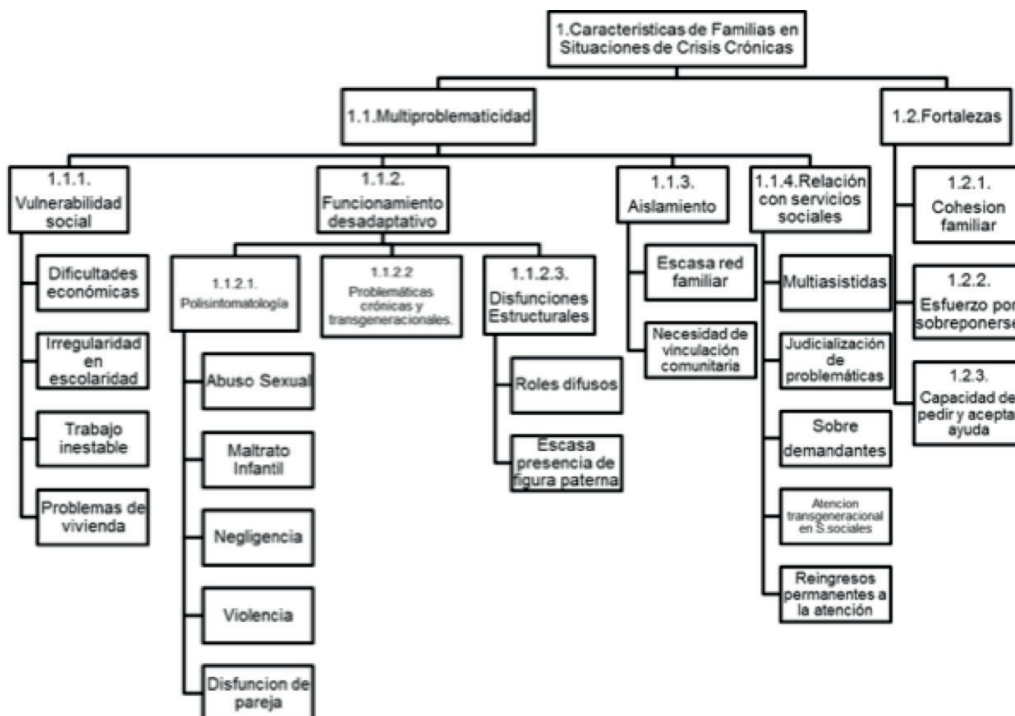
Entre los resguardos éticos se encuentra la participación voluntaria e informada de los entrevistados, asegurándose la confidencialidad de los datos. Además, se les dio a conocer a los participantes los principales hallazgos de la investigación. Para concretizar estos resguardos los entrevistados firmaron un consentimiento informado

## 2. Resultados

En respuesta a los objetivos de la investigación: Caracterizar las familias en situaciones de crisis crónicas y caracterizar el proceso de intervención, desde la perspectiva de duplas psicosociales; los resultados arrojan dos árboles de categorías: 1. Características de las Familias en situaciones de crisis crónicas y 2. Características de la Intervención con familias en situaciones de crisis crónicas

En el primer árbol (Figura 1). 1. Características de las familias, se aprecian dos categorías: 1.1. Multiproblematicidad y 1.2. Fortalezas. En 1.1. Multiproblematicidad, se encuentran cuatro subcategorías: 1.1.1. Vulnerabilidad social; 1.1.2. Funcionamiento desadaptativo; 1.1.3. Aislamiento y 1.1.4. Relación con los servicios sociales.

Figura 1: Árbol de Categorías 1. Características de las familias en situaciones de crisis crónicas.





La primera 1.1.1.Vulnerabilidad social, referida a condiciones sociales que ponen en riesgo o dificultan, en la familia, la satisfacción de su bienestar asociado a subsistencia y calidad de vida, se divide en: Dificultades económicas, Irregularidad en escolaridad, Trabajo inestable y Problemas de vivienda.

La segunda 1.1.2.Funcionamiento desadaptativo, definida como aspectos del funcionamiento de la familia que dificultan responder satisfactoriamente a las necesidades y problemáticas que enfrentan sus miembros. Se subdivide en: 1.1.2.1.Polisintomatología, 1.1.2.2.Problemáticas crónicas y transgeneracionales y 1.1.2.3.Disfunciones estructurales. La primera es 1.1.2.1.Polisintomatología, presencia de problemas múltiples de gran complejidad, generadores de crisis y malestar en la familia, tales como: Abuso sexual, Maltrato infantil, Negligencia, Violencia y Disfunción de pareja; La segunda 1.1.2.2.Problemáticas crónicas y transgeneracionales, se refiere a que las problemáticas han estado presente en las familias por un periodo de tiempo superior a tres años y que no se han podido resolver, así como la presencia de problemáticas transmitidas a través de generaciones. La tercera 1.1.2.3.Disfunciones estructurales, es entendida como alteraciones en la organización del sistema que dificultan el adecuado funcionamiento de éste, la que a su vez se subdivide en: Roles difusos y Escasa presencia de figura paterna.

La subcategoría 1.1.3.Aislamiento, entendida como escasa vinculación con redes de apoyo, que dificulta el soporte para el enfrentamiento de crisis, se divide en: Escasa red familiar y Necesidad de vinculación comunitaria, señaladas por las duplas de trabajo en Salud y la del Programa de Protección de niñas, niños y adolescentes.

La subcategoría 1.1.4.Relación con servicios sociales, definida como la relación que la familia establece con instituciones psicosociales, se subdivide en: Multiasistidas, Judicialización de problemáticas, Sobre demandantes y Atención transgeneracional en los servicios sociales; estas dos últimas fueron señaladas por las duplas de trabajo en Salud y del Programa de Protección; y finalmente, Reingresos permanentes a la atención psicosocial, la cual fue señalada por la dupla de trabajo en Salud.

La categoría 1.2.Fortalezas, entendida como los recursos que poseen las familias, se divide en: 1.2.1.Cohesión familiar, referida a la relación emocional que algunos de los miem-

bros de la familia tienen entre sí y que favorece la vinculación; 1.2.2.Esfuerzo por sobreponerse, que alude a una disposición positiva de la familia orientada a superar sus problemáticas; y 1.2.3.Capacidad de pedir y aceptar ayuda, entendida como la capacidad de la familia para buscar ayuda que le permita enfrentar de mejor modo sus problemáticas o bien la aceptación de apoyo cuando éste no es solicitado de modo espontáneo.

En el segundo árbol de categorías (Figura 2) denominado 2.Características de Intervención con Familias en situaciones de crisis crónicas, se desprenden cinco categorías: 2.1.Modalidad de intervención, 2.2.Particularidades de la intervención, 2.3.Equipo, 2.4.Cambio y 2.5.Cierre.

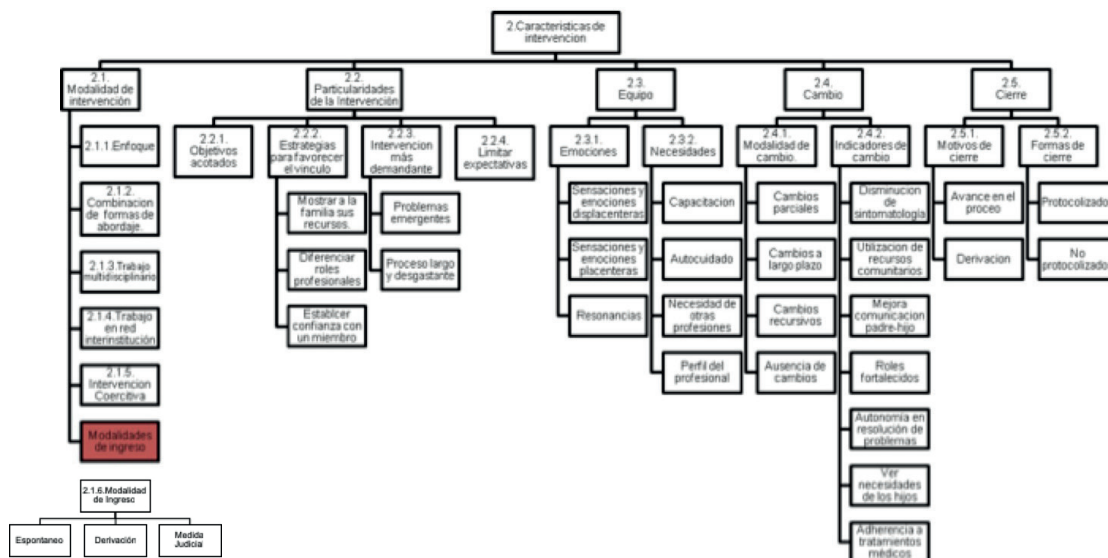
En la categoría 2.1.Modalidad de intervención, se encuentran seis subcategorías: 2.1.1.Enfoque. Se encontró que dos de las duplas referían utilizar el enfoque familiar sistémico, mientras que la dupla de trabajo con Responsabilidad Penal Juvenil adscribía a una integración de distintos enfoques. Otra subcategoría es 2.1.2.Combinación de formas de abordaje, referido a las distintas metodologías utilizadas, dentro de las que se encuentra psicoterapia, consulta social, entrevista psicosocial, talleres y trabajo en terreno. La tercera subcategoría es 2.1.3.Trabajo multidisciplinario, donde se encontró que trabajaban en un mismo equipo distintos profesionales. La cuarta subcategoría es 2.1.4.Trabajo en red interinstitucional, y alude a la coordinación con otras instituciones, con fines de derivación o para intercambiar información respecto a la intervención. La quinta subcategoría se denomina 2.1.5.Intervención coercitiva, donde miembros de la familia se ven obligados a asistir por mandato judicial. La última subcategoría es 2.1.6.Modalidad de ingreso, que puede ser espontáneo, señalado por la dupla de Salud; por derivación, referido por las duplas de Salud y Programa de Protección; o por medida judicial, referida por las tres duplas, siendo la única forma de ingreso de la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil.

En la categoría 2.2.Particularidades de la intervención, entendida como especificidades de la intervención cuando ésta se dirige a familias en situaciones de crisis crónicas, se encontraron cuatro subcategorías. 2.2.1. Objetivos acotados, establecimiento de objetivos de trabajo para la intervención pequeños y concretos, señalado por duplas de Salud y del

Programa de Protección. 2.2.2.Estrategias para favorecer el vínculo, estrategias de los equipos que buscan establecer y mantener la vinculación con la familia, donde se encontró: Mostrar a la familia sus recursos, señalada por la dupla de Programa de Protección; Diferenciar roles en profesionales, donde un interventor ejercía un rol más coercitivo favoreciendo así que el otro interventor mantenga una relación más cercana a la familia; Establecer confianza con un miembro de la familia, incorporando después a los otros. Las dos últimas estrategias fueron descritas por la dupla que trabaja en Salud. La tercera subcategoría se denomina 2.2.3.Intervención más demandante, referido por duplas de Salud y del Programa de Protec-

ción, se refiere a que en la intervención con familias en situaciones de crisis crónicas, se requiere mayor tiempo de intervención y de más acciones, que la intervención con otro tipo de familias. Ésta a su vez se divide en: Problemas emergentes, referida a la aparición de nuevas problemáticas contingentes que necesitan ser intervenidas; y Proceso largo y desgastante, se refiere a que la intervención suele durar más tiempo (alrededor de dos años) y conlleva un desgaste en el equipo interventor. Finalmente, la cuarta subcategoría es 2.2.4.Limitar Expectativas, referida a que los equipos realizan un encuadre sobre cuál es la amplitud y el tipo de intervención, señalado por la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil.

Figura 2: Árbol de Categorías 2.Características de intervención con familias en situaciones de crisis crónicas.



En la categoría 2.3.Equipo, hay dos subcategorías: 2.3.1.Emociones y 2.3.2.Necesidades. La primera referida a las emociones que sienten los miembros del equipo en relación a la familia y a la intervención, se divide en: Sensaciones y emociones displacenteras, como frustración, pena, rabia, sensación de sobrecarga y dificultad para desconectarse del caso; Sensaciones y emociones placenteras, como satisfacción por logros, señalado por las duplas de Salud y del Programa de Protección; y Resonancias, cuando las temáticas desencadenan en el interventor evocación de situaciones de la propia historia personal, señalado por las duplas del Programa de Protección y Responsabilidad Penal Juvenil. La subcatego-

ría 2.3.2.Necesidades, son aspectos requeridos para un mejor desempeño en el trabajo, donde están: Capacitación; Autocuidado; Necesidad de otras profesiones, como abogado o terapeuta ocupacional, estas dos últimas referidas por duplas de Salud y Programa de Protección; y Perfil del profesional, referido a la necesidad de que quienes trabajen con estas familias responden a un perfil determinando que requiere habilidad de trabajo en equipo, tolerancia a la frustración, capacidad de vincularse con la familia y compromiso del profesional, señalada por las duplas del Programa de Protección y Responsabilidad Penal.

La categoría 2.4.Cambio, se refiere a los aspectos que luego de la intervención se mo-

difican en la familia, identificándolos como un logro en la intervención. Se compone de: 2.4.1.Modalidad de cambio e 2.4.2.Indicadores de cambio. En 2.4.1.Modalidad de cambio, se observan: Cambios parciales, referidos por las duplas de Salud y Responsabilidad Penal Juvenil; Cambios a largo plazo, señalado por las duplas de trabajo en Salud y del Programa de Protección; Cambios recursivos; y Ausencia de cambios, ambas señaladas por duplas del Programa de Protección y Responsabilidad Penal Juvenil. Con respecto a la subcategoría 2.4.2.Indicadores de cambio, se refiere a los aspectos asociados a las dinámicas y conductas de la familia que otorgan al equipo la apreciación de avances en el proceso de intervención. Aquí se encuentran: Disminución de la sintomatología y Utilización de recursos comunitarios, señalados por la dupla de trabajo en Salud; Mejor comunicación entre padres e hijos y Roles fortalecidos, señalados por la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil; Autonomía en resolución de problemas y Ver las necesidades de los hijos, señalados por la dupla del Programa de Protección; y finalmente, Adherencia a tratamientos médicos, señalado por las duplas de Responsabilidad Penal Juvenil y del Programa de Protección.

La quinta categoría es 2.5.Cierre, se refiere a los aspectos asociados al fin del proceso de intervención. Se divide en dos subcategorías 2.5.1.Motivos de cierre y 2.5.2.Formas de cierre. Los 2.5.1.Motivos de cierre son por: Avances en el proceso, cuando los logros se dan en la problemática central de intervención aún cuando queden otros aspectos sin resolver. Derivación como cierre, se da término a la intervención por derivación del caso existiendo aspectos centrales de la problemática no resueltos. En la subcategoría 2.5.2.Formas de cierre, hay dos modalidades: Cierres protocolizados señalados por las duplas de Responsabilidad Juvenil y del Programa de Protección, que implica acciones establecidas por la institución en relación al cierre de un caso. Cierres no protocolizados, señalada por el equipo de Salud, refiriéndose a la inexistencia de acciones establecidas.

### 3. Conclusiones

En respuesta a la pregunta de investigación respecto a la caracterización de las familias en situaciones de crisis crónicas, se aprecia

que las duplas entrevistadas coinciden en tres aspectos centrales que las definen: vulnerabilidad social, funcionamiento desadaptativo y relación con los servicios sociales, donde aparece la multiasistencia. Esto coincide con lo planteado por Cancrini, De Gregorio y Nocerino (1997) y Gómez, Muñoz y Haz (2007) en cuanto a los ejes descritos de polisintomatología, desorganización y abandono de funciones. Además, dos duplas incorporan otra característica correspondiente al cuarto eje planteado por estos autores, el aislamiento.

En las categorías trabajadas, aparece un mayor número de subcategorías en Funcionamiento desadaptativo y dentro de éste, en Polisintomatología donde se encuentran alteraciones como Abuso sexual, Maltrato infantil y Violencia. Esto puede relacionarse con que el riesgo que conllevan estas problemáticas llama la atención de los servicios y programas, siendo su énfasis la intervención para el cuidado de los más vulnerables de la familia. En este contexto se producen los fenómenos de delegación de funciones parentales, donde servicios y programas tienen un doble rol, proteger los derechos de los niños y adolescentes, satisfaciendo sus necesidades de cuidado cuando la familia no consigue hacerlo; y por otro lado, intervenir con la familia para que logre realizar los cambios que favorezcan la restitución de las funciones parentales. Esto se traduce en un desafío para los equipos al orientar el trabajo hacia los dos objetivos, que en ocasiones pueden ser contrapuestos, es decir, vigilar el cumplimiento de las funciones parentales, y a la vez, empoderar a los adultos para hacerse cargo de sus hijos y muchas veces de si mismos.

En cuanto a las Fortalezas familiares, señaladas por las tres duplas, es importante destacar que a los entrevistados se les hizo difícil mencionar las fortalezas, tomando más tiempo el poder identificarlas. De acuerdo a la teoría, encontrar recursos en estas familias es dificultoso, sin embargo, Riaño (2009) señala que es necesario trabajar con sus fortalezas para poder vincularse con la familia y activarlas hacia el cambio. Los recursos encontrados centran la atención en la motivación por hacer un cambio en la situación actual que vive la familia y además, en la cohesión que se aprecia entre algunos miembros, lo que podría dar cuenta de que ante situaciones de crisis la familia se activa para solicitar o aceptar la ayuda que se les está ofreciendo, con el objetivo de aliviar el sufrimiento propio o el de los seres queridos.



El hecho de que los operadores sociales visualicen estos recursos permitiría el establecimiento de metas conjuntas entre la familia y el equipo, favoreciendo así la participación de la misma en la solución de sus problemáticas, tal como señalan González, Vandemeulebroecke y Colpin (2001), evitando el centrarse sólo en sus aspectos disfuncionales, donde el cambio viene desde fuera, dejando a la familia pasiva frente a la posibilidad de cambio o solución.

En cuanto al segundo objetivo de la investigación referente a las características de la intervención con estas familias, aparece la categoría Modalidad de intervención, y en ella se encuentra Enfoques de intervención, donde dos de las duplas se adscriben al modelo sistémico, mientras que la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil integra éste junto con otros enfoques. Dentro de la teoría sistémica, se encuentra el enfoque estructural, el cual hace énfasis en los roles y la estructura de los sistemas. Trabajar desde este enfoque favorece la claridad en cuanto a qué funciones deben ser realizadas por los distintos miembros de la familia y permite ver qué aspectos modificar en la estructura y las tareas familiares. Esto podría resultar útil para favorecer la organización y restablecer roles y funciones en las familias, permitiendo a sus miembros un mejor desarrollo de sus potencialidades. Por otro lado el enfoque sistémico, desde el modelo narrativo, potencia el reconocimiento de recursos, pudiendo otorgar nuevos significados a las experiencias, generando relatos alternativos (Riaño, 2009), favoreciendo una intervención centrada en reparar historias de vida caracterizada por carencias y dificultades no resueltas, las que interfieren la forma de relacionarse con los otros miembros del sistema, dificultando la satisfacción actual de las necesidades personales y la tarea de nutrición afectiva. La integración de una intervención centrada en la reestructuración de la organización familiar, y a la vez capaz de visualizar recursos familiares, resignificando y reparando historias de dolor, podría favorecer la aparición de conductas que propicien el bienestar de la familia y que puedan disminuir la intensidad de las crisis familiares.

Siguiendo con los resultados, en la categoría Modalidad de intervención aparece la subcategoría Combinación de formas de abordaje, (consulta psicosocial, psicoterapia, talleres, visitas domiciliarias), mencionado por las tres duplas de intervención, lo cual coincide con

lo planteado por Panadés (2001), quien señala que debe contemplarse un amplio abanico de recursos para la intervención con estas familias. Esto muestra la necesidad de los operadores de trabajar en equipos donde se puedan complementar las estrategias disponibles y los conocimientos de cada disciplina para otorgar una atención enriquecida a los usuarios. Por otro lado, cada familia posee particularidades en sus problemáticas que las distinguen y hacen necesario plantear una intervención ajustada a esas particularidades, de modo que la acción de los profesionales no sea homogeneizada, seleccionando la modalidad de abordaje más pertinente para cada intervención.

Asimismo, aparece en los resultados la subcategoría Trabajo en red interinstitucional, mencionado por las tres duplas, donde señalan que la falta de coordinación se transforma en un obstaculizador de la intervención, lo cual coincide con lo planteado por Panadés, en cuanto a la importancia del trabajo en red profesional para la intervención con estas familias. Dada la complejidad de las situaciones familiares y la multiasistencia de las instituciones, es que se hace necesario coordinar las acciones y los objetivos que posee cada equipo interventor de manera de estructurar una intervención coherente que aporte a las necesidades familiares de un modo integrado y no contrapuesto.

Otra categoría es Particularidades de la intervención, donde se encuentra la subcategoría Objetivos acotados. Así también, el proceso de intervención en los resultados es descrito como un proceso largo y desgastante, donde recurrentemente hay problemáticas emergentes que necesitan intervención. La teoría señala la importancia de realizar diseños realistas con objetivos concretos y alcanzables (González, 2004). Estos aspectos particulares del proceso requieren que desde los profesionales exista una manera de abordarlos diferenciada que permita una intervención más eficaz y ajustada al contexto y la realidad de las familias, que considere tanto los objetivos que busca la familia como los que buscan los equipos de intervención. Al no considerar estos aspectos podría implicar sensaciones de frustración y desgaste tanto para las familias como para los equipos, debido a la dificultad de generar grandes cambios durante el período que duran los procesos de intervención. Gómez, Muñoz y Haz (2007) señalan que el profesional necesita aprender a reconocer y valorizar los procesos de cambio mínimo.

Una estrategia que señalan las duplas entrevistadas para abordar a estas familias es favorecer el vínculo terapéutico. Esto es concordante con lo señalado por Alegret y Baulenas (1997) al mencionar que todo proceso de cambio se encarna en una relación que lo hace posible. Por otro lado, también concuerda con lo mencionado en Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra y Müller (2008), al señalar que una de las principales responsabilidades del terapeuta es favorecer, facilitar y fomentar la creación y mantención de un vínculo terapéutico con los consultantes, aún frente a aquellos en los cuales se dificulta la creación y mantención del vínculo. La posibilidad entonces de generar cambios y tener una intervención que arroje resultados positivos se daría sólo sobre la base de una relación construida entre profesionales y familia donde se valore a ésta, se creen espacios de contención ante las crisis y no sólo de evaluación respecto a su desempeño, donde se pueda contextualizar las deficiencias actuales desde una postura empática, lo cual podría generar más apertura en la familia para aceptar la intervención y también apertura de parte de los profesionales para comprender las resistencias de la familia durante el proceso.

Como otra área de los resultados aparecen los Indicadores de cambio, referidos a aquellos aspectos que les hacen evidente a los equipos que la intervención está arrojando resultados favorables en la dinámica familiar. Cabe señalar que cada dupla señaló indicadores de cambio diferentes, apuntando a distintas áreas de las problemáticas familiares. Esto podría deberse a que cada equipo pone el énfasis en sus objetivos institucionales y que la valoración de los cambios está asociada a sus lineamientos programáticos. Así Salud destacó la Disminución de la sintomatología y la Utilización de recursos comunitarios. La dupla de Protección señaló Ver las necesidades de los hijos y la Autonomía en la resolución de problemas. Y la dupla de Responsabilidad Penal Juvenil señala una Mejor comunicación entre padres e hijos y Roles fortalecidos. Al respecto, surge la necesidad de fortalecer el trabajo en red entre las distintas instituciones, y con ello la sinergia entre las diversas intervenciones, a fin de destacar el logro de indicadores que favorezcan el bienestar familiar de modo integral.

En cuanto a cómo se produce el cierre de los procesos de intervención, se encontraron diferencias en la forma en que se realiza el cierre en los equipos. Mientras las duplas de

protección hacia la infancia y adolescencia y responsabilidad penal juvenil, tienen protocolizadas las acciones destinadas a hacer una evaluación final del proceso con la familia, en la dupla de Salud el cierre se da un modo inespecífico. Esto podría estar relacionado con los modos de ingreso a cada programa y la modalidad de atención. En los programas de protección y responsabilidad penal, donde la familia es derivada a atención a través de procesos judiciales, existen diversos protocolos asociados a la intervención y la documentación de ésta, que llevan a los equipos a realizar acciones establecidas para los distintos momentos de la intervención. En los centros de salud, la atención es por demanda espontánea o derivación interna, sin la connotación de control que está presente en los otros programas y con menor protocolización de los procesos de intervención. Por tanto, se podría suponer que la protocolización, realizada de un modo funcional, que no limite a los operadores, favorece la sistematización de los procesos y por ende aporta rigurosidad a la intervención, permitiendo mejores análisis de los procesos y de los equipos. Esto es un aspecto necesario a considerar ya que tal como señalan Alegret y Baulenas (1997) es importante incluir criterios de evaluación que permitan orientarse y adquirir criterios claros que favorezcan la constatación de los efectos de las intervenciones con las familias en situaciones de crisis crónicas.

En otro ámbito de los resultados aparecen las Emociones del equipo. Las tres duplas señalan Sensaciones y emociones displacenteras, tales como frustración, pena, rabia, sensación de sobrecarga y dificultad para desconectarse del caso. Rodríguez (2003) y González (2004) señalan que el trabajo con familias multiproblemáticas implica un desgaste serio de los profesionales ya que la exposición a vivencias y emociones fuertes es muy intensa. Coletti (1997) señala algunas reacciones emocionales como angustia, ansiedad, vivencia de inmodificabilidad, sentimientos de rendición y resignación. En la medida que se toma conciencia de las emociones que al profesional le surge al intervenir, se pueden utilizar como recurso en la intervención en lugar de obstaculizarla, bloqueando o negando los sentimientos. Estas emociones pueden ser un reflejo de lo que le ocurre a otros miembros de la familia o de la red de interacciones que ésta tiene, produciéndose el fenómeno de isomorfismo, por tanto, considerando estas emociones puede

comprenderse de mejor modo lo que experimentan otros cercanos a dicha familia. Para trabajar con el material emotivo, se hace necesario poseer espacios de contención en los propios equipos y de supervisión con agentes externos, que colaboren en hacer visible cómo estas emociones están haciéndose presente al momento de intervenir. Esto requiere que tanto los profesionales como las instituciones estén conscientes del nivel de involucración profesional y personal, ya que la intervención, al darse en una relación bidireccional, afecta tanto a la familia como también al equipo. Así como menciona Alegret y Baulenas (1997) el proceso de cambio es un proceso de influencia recíproca y evolución conjunta.

Por lo tanto, se puede señalar que el aspecto emocional emergente en los equipos, debe ser valorado desde las instituciones, generando así estrategias que permitan cuidar a sus técnicos y profesionales, implementando espacios de autocuidado que no sólo se conviertan en espacios recreacionales, sino en instancias de supervisión y contención de lo que ocurre a nivel emocional y relacional en quienes participan de la intervención.

Por último, se encuentran las Necesidades que presentan los equipos, referidas a la preparación de los interventores para trabajar con la complejidad que implican las familias en situaciones de crisis crónicas, asociadas a dos ámbitos, por un lado, capacitarse en distintas temáticas y por otra parte, poseer habilidades específicas tales como: trabajo en equipo, tolerancia a la frustración, capacidad de vincularse con la familia y compromiso del profesional. De esta forma queda de manifiesto que quienes actualmente están interviniendo con familias

de elevada complejidad, sienten la necesidad de soporte para poder desempeñarse de mejor manera, a través de nuevos conocimientos o estrategias, como también de la colaboración que se requiere al interior de los equipos, desarrollando habilidades que permitan hacer frente de mejor modo al desafío de abordar a las familias en situaciones de crisis crónicas. La tarea no depende sólo de un profesional capacitado y competente, sino que de un equipo y una institución que comprenda el fenómeno de la complejidad y de cómo esto afecta circularmente a quienes forman parte del sistema de la intervención.

Esto invita a reflexionar respecto al diseño de programas desde las políticas públicas donde se considere el nivel de complejidad para implementar estrategias de intervención tomando en cuenta que existen familias con características de mayor complejidad y que por ende, la intervención con ellas también debiera poseer características particulares. Al no reconocer estas particularidades, se corre el riesgo de realizar grandes esfuerzos e inversiones de recursos económicos y humanos, con bajo nivel de resultados, y con el consiguiente desgaste para las familias, los profesionales y las instituciones.

Dentro de las limitaciones de este estudio se puede señalar que sólo se considera la percepción de la intervención desde las duplas. Sería interesante conocer desde las familias cómo experimentan ellos la intervención, así como desde las instituciones cómo abordan y/o perciben la complejidad en que sus equipos trabajan, ya que ambos forman parte del sistema equipo-familia-institución, donde se produce la intervención.

## Referencias bibliográficas

- Alegret, J. y Baulenas, G. (1997). La Intervención. En: *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática. La Experiencia de Ciutat Vella* (pp. 125-164). Barcelona: Paidós.
- Bodden, D. y Dekovic, M. (2016). Multiproblem Families Referred to Youth Mental Health: What's in a Name?. *Family Process*, 55(1), 31-47. doi: 10.1111/famp.12144.
- Cancrini, L., De Gregorio, F. y Nocerino, S. (1997). Las Familias Multiproblemáticas. En: *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática. La Experiencia de Ciutat Vella* (pp. 45-80). Barcelona: Paidós.
- Coletti, M. (1997). Las Emociones del Profesional. *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática. La Experiencia de Ciutat Vella*. (pp. 201-221). Barcelona: Paidós.
- Coletti, M. (1997, abril). *Familias Multiproblemáticas: Una contribución sistémica*. Trabajo presentado en IV Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Cádiz. Recuperado de: [http://www.fad.es/sala\\_lectura/chiclana4.pdf](http://www.fad.es/sala_lectura/chiclana4.pdf)

- Escartín, M.J. (2004). Familias multiproblemáticas y servicios sociales. *Bits*, 6. Disponible en: <http://www.uclm.es/bits/sumario/28.asp#8>
- Fonseca, G., Cunha, D., Crespo, C. y Relvas, A. (2016). Families in the Context of Macroeconomic Crises: A Systematic Review. *Journal of Family Psychology*, 30(6), 687–697. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000230>
- Gómez, E., Muñoz, M.M y Haz, A.M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención, *Psyche*, 16, 43-54. doi: 10.4067/S0718-22282007000200004
- González, V. (2004). Familias multiproblemáticas. Dificultades de abordaje. *Revista de Trabajo Social*, 6, 145 -156.
- González, M., Vandemeulebroecke, V. y Colpin, H. (2001). *Pedagogía familiar. Aportes desde la teoría y la investigación*, Montevideo: Trilce.
- Panadés, C. (2001). *Familias y Servicios Multiproblemáticos*. Recuperado de: <http://www.cop.es/colegiados/B-00085/articulos/multiproblematicas.html>
- Riaño, A.C. (2009). *La resiliencia, el Enfoque Narrativo y las Redes Sociales: Perspectivas para la Intervención en Trabajo Social con Familias*. Investigación Documental. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000376.pdf>
- Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
- Santibañez, P., Roman M., Lucero C., Espinoza A., Irribarra D. y Müller P. (2008). Variables Inespecíficas en Psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Shade, N., Beyebash M., Torres P. y González A. (2009). Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un caso Somatomorfo. *Revista Terapia Psicológica*, 27(2), 239-246.
- Stanton, M.D. et al. (1987). A conceptual Model. *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. (pp. 7-30). Nueva York: Guilford Press.