

Tratamiento interdisciplinar desde un dispositivo especializado en familia: ejemplificación de un caso

Manuel FALCÓN BUENO
Rafael GÓMEZ DEL TORO
Almudena RODRÍGUEZ CASERO
José Ángel TRANCOSO VERGARA
Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Resumen

El presente artículo aborda la atención a una familia desde un dispositivo de Tratamiento Familiar inserto en el Sistema Público de Servicios Sociales. En primer lugar se ofrece una visión del contexto, pues determina la tipología de población a la que se atiende y la manera de llevar a cabo la intervención. Posteriormente se muestra la evolución personal de una familia por diferentes dispositivos, a lo largo de un proceso que duraría años, y a través del tratamiento que llevaron a cabo, hacia un cambio que les permitió reconstruirse como personas y posteriormente como familia.

De este proceso se deriva una discusión acerca de aspectos que nos sugiere el trabajo realizado, una vez transcurrido el tiempo.

Palabras clave: tratamiento familiar, situación de riesgo, reunificación familiar, centro de acogida inmediata, centro residencial, plan de tratamiento familiar, desamparo, tutela, alianza terapéutica.

Abstract

This article deals with the attention given to a family from the Family Treatment office which forms part of the Public Social Service System. First we will offer a general overview since this will determine the typology of the population attended to and the way that the intervention is carried out. Then, the personal evolution of a family is described by different criteria, throughout a process that lasts years, and through treatments that were carried out. All of this heading towards a change that allowed them to redefine themselves as people and later as a family.

This process lends itself to a discussion about the aspects that came up from the project carried out, once a period of time has passed.

Key words: Family Treatment, Risk Situation, Familiar reunification, Emergency Family Shelters, Long-term Shelters, Family Treatment Plan, Neglect, Guardianship, Therapeutic Alliance.

Contexto de Trabajo. Equipo de Tratamiento Familiar y Sistema de Protección a la Infancia

Los Equipos de Tratamiento Familiar son una pieza más del sistema de protección a la infancia en Andalucía. Surgieron al amparo de la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor en Andalucía (BOJA nº 53, de 12 de mayo). El Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias dependiente de la Dirección General de Infancia y Familias de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social evalúa anualmente el Programa de Tratamiento Familiar y propone su financiación y continuidad en base a dicha evaluación.

Vemos también que es conveniente reflejar el desarrollo que ha tenido el programa gracias a su evolución a nivel legislativo, especialmente, en cuanto al ámbito de actuación, pues inicialmente estaba dirigido a los municipios cuya población superaba los cincuenta mil habitantes. Con posterioridad se incluyeron a los municipios mayores de veinte mil habitantes y por último a las Diputaciones Provinciales, a los municipios menores de veinte mil habitantes. También, en dicho desarrollo normativo hay que hacer referencia al número de profesionales incluidos en los equipos y a la configuración territorial de estos, siendo la figura del educador social la última en incorporarse en los equipos constituidos por las Diputaciones Provinciales, que ya contaban con la figura del psicólogo y el trabajador social.

Para una mejor contextualización vamos a hacer un rápido recorrido por el proceso que

una familia con hijos menores de edad puede realizar desde que accede a los servicios sociales dedicados a infancia y familias.

Existen varias vías por las que las familias con menores a su cargo entran dentro del circuito: a través de denuncias policiales, el sistema educativo, los servicios sanitarios, los juzgados y los servicios sociales locales.

Desde los Servicios Sociales Municipales, en Andalucía llamados Servicios Sociales Comunitarios según la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía (BOJA nº29, de 12 de abril), los equipos técnicos de familia de dichos servicios son los encargados en cada municipio de diagnosticar, valorar e intervenir con este tipo de familias. En función de la gravedad de la situación familiar y del pronóstico que presente, los equipos de familia toman decisiones para que sean atendidas por el servicio más adecuado.

En muchas ocasiones se reciben denuncias y demandas procedentes de los servicios antes mencionados, entre los más comunes, por el nivel de cercanía a las familias, están los educativos.

Hay casos en los que las familias tienen conciencia del problema y se muestran motivados a cambiar la situación. Dicha conciencia del problema a veces es desde el plano funcional y todo lo que ello supone, como falta de medidas económicas, desconocimiento de normas y límites adecuados hacia los menores, y otras veces también presuponen que a nivel personal o de pareja no funcionan bien, no saben por qué, o saben que les está afectando a sus hijos y piden

ayuda. Esto se refleja en la valoración de los profesionales de los equipos de familia que, normalmente, pronostican positivamente el cambio favorable de la situación, si la familia acepta trabajar terapéuticamente con profesionales especializados.

Para este tipo de situaciones familiares, están creados los Equipos de Tratamiento Familiar (en adelante ETF), quienes tratarían inicialmente situaciones que estarían enmarcadas entre los anteriores extremos. Eso no quiere decir que en el trabajo continuo con las familias, no dejen de producirse o detectarse situaciones de desprotección muy graves para los menores y desde estos equipos también se emitan informes con propuestas de desamparo.

Existen otras situaciones que se denominan de reunificación familiar, que son también competencia de los ETF. Tras la solicitud de reunificación de los padres y la aceptación del menor, el Servicio de Protección al Menor dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (en adelante SPM) propone que se lleven a cabo las valoraciones técnicas continuas, tanto de los menores tutelados como de sus familias y de las relaciones en las visitas y encuentros. Si se producen cambios o mejoría de las situaciones familiares que originaron la separación de los menores, el SPM propone el comienzo de un trabajo terapéutico para que el menor pueda regresar a un entorno familiar más seguro.

En nuestro caso, el ETF está formado por dos psicólogos, un trabajador social y un educador sociofamiliar y tiene su ubicación en las dependencias del Centro de Servicios Sociales Comunitarios perteneciente al Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, provincia de Sevilla. Aunque comparte ubicación, cuenta con sus propias instalaciones que consisten en una sala donde se atiende a las familias, una sala multiusos (para reuniones de equipo,

observación de casos, supervisión, etc.) y una sala de gestión. Tanto la primera como la segunda cuentan con equipo de grabación de audio y vídeo y mobiliario acorde para las intervenciones terapéuticas (sillas, juguetes, cojines, objetos significativos, etc.)

La concepción de este equipo comienza por contar con un marco teórico amplio, desde la perspectiva ecológica-sistémica en cuanto a evaluación, intervención y coordinación con la red y los servicios. Nuestra finalidad última como equipo es la de disminuir los factores de riesgo presentes en la familia y potenciar los recursos familiares que les doten de competencia parental.

Siguiendo las líneas generales del programa utilizamos como instrumentos, entre otros, la elaboración de planes de intervención específicos para cada familia (necesidades y posibilidades). Algunos de dichos planes se traducen en un compromiso establecido entre los profesionales del equipo y la familia. En este sentido ha habido una evolución. Inicialmente, se trataba que los contratos fueran firmados por la familia que en ocasiones levantaban recelos que más bien perjudicaban el posterior trabajo terapéutico. En la actualidad, son contratos verbales establecidos en base a la confianza depositada por las familias en el equipo.

Debemos hacer especial mención a la corresponsabilidad y colaboración interinstitucional. El programa de Tratamiento Familiar se considera un programa de índole comunitaria. Por esta razón se inserta en el sistema público de los servicios sociales municipales, para estar lo más cercano posible a los ciudadanos potencialmente usuarios del programa y a otros organismos e instituciones que también se desarrollan a través del concepto de municipalidad.

Mirando hacia atrás, y con una perspectiva de futuro, tenemos presente el gran esfuer-

zo realizado por el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, quien a lo largo de todos estos años ha apostado por ofrecer las condiciones adecuadas, tanto materiales como personales, para que este servicio pudiese implantarse en la localidad, lo que claramente supone un compromiso legal y moral con el bienestar y el desarrollo integral de los niños y niñas alcalaños.

A lo largo de estos años hemos tenido la supervisión directa del Prof. Miguel Garrido Fernández, de la Universidad de Sevilla, quien nos ha ayudado a comprender nuestras propias carencias y cualidades que nos hacen ser más eficaces y a afrontar nuestros propios sentimientos de angustia y desazón ante las complicaciones con las familias.

Presentación de la familia

El caso que nos ocupa trata de una familia reconstituida, derivada por el SPM al Subprograma de Reunificación. La historia familiar es la siguiente¹:

Luisa ocupa el quinto lugar en una familia de siete hijos. Sus padres son actualmente pensionistas pero su padre trabajaba como electricista y su madre siempre ha ejercido como ama de casa. Luisa tiene otro hermano que en el momento de la intervención cuenta con una historia de adicciones muy similar a la de ella.

Luisa tuvo a su primer hijo, Jesús, a la edad de 18 años y lo inscribió con sus apellidos como madre soltera. Desde el nacimiento en 1987 hasta 1993 ambos estuvieron conviviendo con los padres de Luisa.

En 1993 Luisa inicia una relación de pareja con Pablo y, al cabo de unos meses, la pareja y el hijo de ella comienzan a convivir.

1. Los datos de la familia han sido modificados para preservar la confidencialidad.

Jesús es reconocido legalmente como hijo de Pablo A finales de ese mismo año tienen un hijo, Antonio.

Un año después, Luisa comienza a consumir heroína. Pablo lo hacía desde 1991.

La ruptura de la relación entre la pareja se produce en 1996. Luisa se marcha con sus dos hijos a casa de sus padres. Ese mismo año, y tras el deterioro físico y personal, Luisa decide ingresar en una comunidad terapéutica para someterse a tratamiento. Antonio pasa a vivir con su padre y sus abuelos paternos y estos solicitan el acogimiento familiar temporal del menor. Jesús continúa viviendo con sus abuelos maternos.

Una vez finalizado el tratamiento, Luisa vuelve a casa de sus padres y al cabo de unos meses recae en el consumo de heroína. Se marcha a vivir con uno de sus hermanos fuera de la localidad y durante los dos años siguientes, continúa consumiendo heroína y se dedica a la prostitución.

Durante este tiempo, los padres de Luisa pierden el contacto con su nieto Antonio, y posteriormente ni ellos ni Luisa mantuvieron relación alguna con el menor hasta después de iniciar el tratamiento familiar con este Equipo.

En septiembre de 2001, Luisa acude al Centro Municipal de Orientación a las Toxicomanías (en adelante CMOT)² solicitando tratamiento. Los técnicos del servicio consensuan con ella su inclusión en un *Programa de Mantenimiento con Metadona*. Tras varios meses de estabilización, se le propuso su par-

2. El CMOT es un servicio especializado de tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos. Desarrolla diferentes tipos de tratamiento para las toxicomanías, como desintoxicaciones, Programas de Mantenimientos con Metadona (P.M.M.) y terapia familiar, así como programas de tratamiento para el alcoholismo y adicción al juego. El Equipo lo forman un médico y un psicólogo.

tipación en el Programa de Terapia Familiar del servicio. Su evolución fue considerada muy favorable, tanto en la consolidación de la abstinencia como por el esfuerzo que Luisa y su familia realizaron para la consecución de los objetivos terapéuticos planteados.

Manuel, su actual pareja, es el hijo menor de una familia compuesta por un matrimonio y cuatro hijos varones. Sus padres al comienzo del tratamiento eran muy mayores y en la actualidad hay constancia de que han fallecido. Con sus hermanos mantenía una relación distante en dicho momento, originada por el desacuerdo con la relación sentimental que mantenía con Luisa.

Manuel, quien tiene dos hijos de su anterior matrimonio, no tiene una relación muy estrecha con ellos, quienes apoyaron a la madre tras la ruptura de la relación de sus padres, según nos manifestó en una entrevista. Durante la infancia y adolescencia de sus hijos, Manuel adoptó, según nos revelaba, una posición secundaria a su esposa en lo referente a la educación de sus hijos, que él justificaba en gran parte por su horario de trabajo que le impedía disponer de más tiempo para dedicarse a su educación. A pesar de ello la comunicación con su ex-pareja en lo referente a sus hijos era fluida y marcada por el respeto mutuo en relación a las pautas en la crianza, como a la hora de no contradecir las normas que imponía el otro cónyuge. Hasta el momento de terminar el tratamiento, la relación con sus hijos se mantuvo distante, tal y como definen Manuel y Luisa, en especial con su hijo varón, por estar aún presente entre ellos los conflictos de pareja entre Manuel y su ex-mujer.

Luisa y Manuel se conocen en el año 2000, mientras ella se prostituía. A finales del mismo año, abandona la prostitución y comienzan una relación de pareja.

En el año 2001, Luisa se queda embarazada y durante el mismo continúa consumiendo

heroína, cocaína y metadona. Al nacer Juan, se le realiza un examen médico, y se constata la presencia de síndrome de abstinencia a drogas. Durante el período de hospitalización del menor, ningún miembro de la familia de origen acudió a visitarlo. En diciembre de 2001, la Delegación Provincial de la Consejería de Asuntos Sociales (Junta de Andalucía) declara la situación legal de desamparo del menor y asume su tutela, en condición de entidad pública de protección de menores.

En febrero de 2003 y ante la evidente mejoría y estabilización de Luisa, previa solicitud de reunificación e informes favorables, desde el SPM se deriva el caso al ETF de Alcalá de Guadaíra, dentro del Subprograma de Reunificación Familiar.

Intervenciones previas desde otros dispositivos: Centro Municipal de Orientación de las Toxicomanías y Unidad de Trabajo Social

Los inicios de Luisa en el consumo de drogas se remontan a 1994, cuando comienza a consumir heroína junto a su ex-pareja.

Tras este comienzo, la adicción se acrecienta y produce un deterioro físico y emocional significativo y un ingreso en una Comunidad Terapéutica para someterse a un tratamiento que la hace mejorar de salud y volver a casa de sus padres. Al cabo de unos meses, recae en su adicción y se inicia en la prostitución.

Al poco tiempo Luisa decide pedir ayuda al Centro Municipal de Orientación de las Toxicomanías, solicitando tratamiento, por problemas de dependencia a opiáceos y cocaína, según criterios del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995) y la CIE-10 (OMS, 1992)

Los técnicos del C.M.O.T. consensuan con ella su inclusión en el Programa de

Mantenimiento con Metadona. Tras varios meses de estabilización, se le propuso su participación y la de su familia y pareja, en el Programa de Terapia Familiar del servicio.

Los objetivos que se consensuan con Luisa y su familia se centran en tres grandes aspectos, como son el que se mantenga abstinente de drogas ilegales, que obtenga un empleo o/y participe en programas formativos y, de manera especial, que logre una situación emocional estable y autónoma que le permita desarrollar más responsabilidades.

Los resultados observados en Luisa, tras el proceso terapéutico nos muestran una disminución en la severidad de la adicción, un importante avance en la toma de conciencia de dificultades, una mejora significativa en salud física y mental, una consolidación de la abstinencia y un notable cambio de actitud en materia de búsqueda de formación y empleo. Como consecuencia de todo esto, se produce una reducción progresiva en las dosis de metadona, de manera terapéutica. La participación e implicación de la pareja y de la familia de Luisa, durante las sesiones fue de suma importancia.

Una vez finalizado el Plan Terapéutico, en el que se hizo balance del trabajo realizado, se procedió a la derivación de la familia a la Unidad de Trabajo Social (UTS), con el fin de que llevaran a cabo el seguimiento y atendieran su demanda encaminada a la recuperación de su hijo Juan. En este momento, finaliza el período de tratamiento de Luisa en el CMOT.

Desde la UTS se valora, tras varias reuniones con el CMOT, si los cambios en Luisa y su entorno más inmediato son significativos y consistentes, cara a valorar si el pronóstico de recuperabilidad ha cambiado y se podría plantear al Servicio de Protección del Menor un trabajo dirigido a la reunificación familiar. Tras informar al SPM de la

consistencia de los cambios, se traslada la intención de incluir a Luisa y su familia en el Programa de Tratamiento Familiar.

Demanda de la familia y derivación al Equipo de Tratamiento Familiar

Tras la valoración a la que se hace mención, se propuso que los padres asistieran a tratamiento con el Equipo de Tratamiento Familiar con el objetivo de intervenir para que fueran capaces de responsabilizarse del adecuado cuidado del menor.

Por su parte, la familia realizaba una demanda de ayuda centrada en la recuperación de su hijo. Se les planteaba una nueva fase de tratamiento tras la superación de la fase anterior. Sentían la necesidad de mejorar y reconocían sus dificultades para que Juan pudiera vivir con ellos. Desde ahí, no sólo se mostraban de acuerdo con la intervención del Equipo, sino que la demandaban, entendiéndola como una fuente de ayuda para mejorar como familia.

Evaluación, Diagnóstico y Plan de Intervención

La situación de la familia y de los dispositivos que la atendían cuando la conocimos en el Equipo de Tratamiento Familiar (ETF), se podría resumir de la siguiente manera:

Juan tenía 16 meses. En ese tiempo había pasado por dos centros, uno de acogida inmediata donde realizaron un diagnóstico de la situación familiar y un centro residencial donde se encontraba en el momento de la derivación. Era considerado un niño con necesidades especiales. Desde que nació veía a sus padres una hora cada 15 días. No mantenía contacto con el resto de su familia.

Manuel vivía con sus padres y aun no había reconocido al niño de forma legal,

aunque sí verbalmente. Su familia no veía con buenos ojos la relación que mantenía con Luisa.

Luisa vivía con sus padres, hermanos y el mayor de sus hijos, Jesús. Llevaba dos años sin consumir drogas. Padecía VIH y Hepatitis C. La familia le animaba a continuar con la relación, veían en Manuel a una persona que la estaba ayudando.

Ambos manifestaban su deseo de continuar juntos e iniciar una convivencia en común cuanto antes, ya que era un requisito que desde el Servicio de Protección de Menores les habían requerido para poder recuperar a su hijo.

Los dispositivos más cercanos a la familia (Centro Municipal de Orientación a las Toxicomanías y la Unidad de Trabajo Social) hacían una lectura positiva de los cambios que hacía Luisa tras una larga trayectoria de adicción y conflictos con su familia de origen. Eran partidarios de que el menor permaneciese un tiempo más en el centro mientras sus padres iniciaban un tratamiento familiar.

En cambio, los más cercanos al menor (Centro de Acogida y Servicio de Protección de Menores) incidían más en las dificultades para que el proyecto de tratamiento finalizase con la integración del menor con sus padres, basándose en el largo internamiento que venía ya padeciendo Juan, la larga trayectoria de consumo de drogas de Luisa y la relación con sus otros dos hijos. El padre no había reconocido al hijo legalmente.

La familia se mostraba muy motivada a iniciar un tratamiento para recuperar a su hijo y demandaban ayuda al Equipo. Existía una vinculación afectiva positiva de los padres con Juan, solicitando tener contacto con él más frecuentemente. Mostraban deseos de convivir primero en pareja y más adelante con el menor, mostrando igualmente pre-

ocupación por la vida cotidiana de Juan, sus hábitos, estado de salud, etc. Ambos, y sobre todo Luisa, valoraban positivamente la abstinencia en el consumo de tóxicos. Sentían temores de que la posible inclusión de Jesús en el nuevo núcleo familiar, aun sin constituir, podía facilitar la aparición de dificultades en la pareja. Por otra parte, Luisa tenía dificultades para la inserción en el mundo formativo y laboral, no tenía una formación profesional ni había trabajado nunca.

En base a todo esto pensamos que la familia presentaba un buen pronóstico.

El Plan de Tratamiento Familiar se llevó a cabo durante dos años aproximadamente, donde tuvieron lugar sesiones familiares, con ambas familias de origen, individuales y de pareja, visitas domiciliarias y trabajo con la red social. Se utilizaron recursos formativos y laborales, asociaciones y otras instituciones de la red de apoyo formal, la Bolsa de Empleo del Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, la Guardería Municipal, la Asociación Nuevo Futuro y el Servicio de Protección al Menor de la Delegación Provincial de la Consejería de Asuntos Sociales. Los objetivos de dicha intervención fueron:

1. Afianzar la posición de ayuda del Equipo.
2. Facilitar la inserción formativa y laboral de Luisa.
3. Favorecer la adquisición de hábitos educativos.
4. Trabajar con Luisa y Manuel la adquisición de hábitos de cara a la organización del nuevo hogar.
5. Ofrecer un espacio individual a Luisa para elaborar las experiencias vividas como madre.
6. Orientar a la familia para que tomaran una decisión acerca de la inclusión de Jesús en el nuevo núcleo familiar y apoyarles en la misma.

7. Facilitar el ajuste de la pareja en el proyecto de convivencia que tenían en común.
8. Fomentar la red de apoyo social, tanto formal como natural.
9. Concienciar de la importancia que tenían las enfermedades que padecía Luisa, fomentando hábitos preventivos y asistenciales acordes con la misma.
10. Mejorar las relaciones de ambos con las familias de origen.
11. Favorecer un acercamiento entre Juan, sus padres y la familia extensa, en función de la evolución del tratamiento.
12. Facilitar la integración de Juan con sus padres.

Tratamiento y resultados

En el Plan de Tratamiento inicial con Luisa y su familia, se diseñó un proyecto de trabajo que incluían distintos formatos. Se creó un espacio para Luisa en el que se le atendió individualmente, por la psicóloga del Equipo y paralelamente, el psicólogo del Equipo atendió a Luisa y Manuel. A este trabajo se le unió posteriormente el Equipo Reflexivo (Andersen, 1994) El trabajador social del Equipo atendía a Luisa individualmente y otras veces a la pareja, con objetivos diferentes. Se realizaron numerosas visitas y entrevistas domiciliarias, además de un extenso trabajo con la red.

En el contexto del trabajo individual llevado a cabo durante los primeros meses de tratamiento con Luisa abordamos diversas cuestiones.

Desde el inicio del tratamiento Luisa mostraba interés y preocupación por su estado de salud y por hacer todo lo posible por mejorarlo. Acudía cada tres meses a revisiones en el Hospital. Se mostraba satisfecha con los resultados, lo que relacionó con sus

buenas pautas de alimentación, toma de la medicación prescrita, etc. Se realizó un exhaustivo seguimiento de la evolución y, sobre todo, del pronóstico de la enfermedad, de cara al regreso del niño y a conocer las posibilidades de contagio de la pareja. Manuel no se realizaba analíticas en un principio. Posteriormente, cuando conocimos que no utilizaba métodos barrera en las relaciones sexuales, nos coordinamos con el Hospital para que, al igual que Luisa, siguiera su estado de salud a través de analíticas periódicas.

Otra preocupación de Luisa eran las relaciones sexuales con su pareja. Le angustiaba que él no quisiera usar métodos anticonceptivos de barrera y se sentía incapaz de convencerle. Había llegado al punto de no querer mantener relaciones sexuales para evitar que Manuel se contagiara, ya que se sentiría culpable si así ocurriera. Acudieron a un Servicio de Orientación Sexual a solicitar asesoramiento pero estaba cerrado por vacaciones y tras pasar varias semanas no volvieron a insistir. De hecho, cuando explorábamos esta dificultad en los meses siguientes, ambos reconocían que, a pesar del riesgo que suponía, continuaban manteniendo relaciones sexuales sin métodos de barrera.

Luisa se mostraba interesada en mejorar su estado dental. Consultó con el Equipo diversas alternativas para solucionar este problema, ya que para ella suponía una importante merma física que le dificultaba a la hora de establecer relaciones sociales. Entendimos positivamente esta demanda, pues la conectábamos directamente con un proceso de mejora en todos los sentidos, incluida su autoestima. Suponía el cuidado de su imagen como carta de presentación ante la sociedad y como un recurso que no la limitara para establecer nuevas relaciones sociales, como ya venía haciéndolo. Sus dientes en

mal estado simbolizaban un pasado que no deseaba exponer a la vez que generaban una respuesta de rechazo. Le costaba establecer relaciones con los vecinos, con las madres de la guardería, compañeros de trabajo e incluso con la familia de Manuel. De igual manera la limitaba a la hora de mantener entrevistas de trabajo. Dada la importancia, decidimos apoyar económicamente a la familia a través de ayudas de emergencia social. Conforme el problema se fue solucionando las relaciones sociales se volvieron más seguras y satisfactorias.

Las relaciones de la familia y, especialmente de Luisa, con la red social se trabajaron desde la doble vertiente que implica toda relación, es decir, desde la percepción que ella tenía de la misma y desde la que los sistemas con los que se relacionaba tenían de ella. Siguiendo las funciones que Carlos E. Sluzki (1996) atribuye a la red significativa del individuo, podríamos decir que alrededor de la familia predominaban aquellas que ejercían una función de regulación social (SPM, Centro de protección, ETF) y escaseaban o eran de baja calidad aquellas que proporcionaban apoyo emocional y compañía social (amigos íntimos, relaciones familiares incondicionales, etc.). Los cambios que Luisa iba llevando a cabo fueron proporcionando una imagen distinta de la que hasta ahora había ofrecido, devolviéndole su entorno una imagen también distinta de sí misma que la reforzaba y le daba seguridad, en una continua retroalimentación. La red de la familia creció en tamaño, densidad y homogeneidad.

Al inicio de las sesiones se apreciaba que Luisa tenía mucho más presente sus miedos y debilidades que sus puntos fuertes. Durante su evolución fue adquiriendo suficientes habilidades para enfrentarse y resolver los problemas que se le presentaran en el futuro, a los que temía profundamente meses atrás.

Su actitud fue traduciéndose en paciencia y reflexión ante las situaciones de estrés que vivía. En especial, cuando se sentía limitada para ocupar su papel de madre de su hijo Jesús y ante momentos de incertidumbre sobre el futuro de su hijo Juan. Se sentía recuperada de la adicción a las drogas y había podido demostrarse a sí misma que aprendió a controlar sus impulsos.

Tras ese primer período de tratamiento, Luisa se encontraba en un proceso de maduración donde por primera vez en su vida se sentía valorada como persona tanto por su familia, en especial por su padre y su madre, como por los padres de Manuel.

Habitualmente pensaba que cuando tenía algo en su vida lo perdía o los demás se lo robaban. Sentía que aquella era su gran oportunidad para demostrarse a sí misma que podía conseguir y mantener las cosas que se proponía, que tenía derecho a pedir y que se lo merecía. Pensábamos que sería muy terapéutico para Luisa sentir que su madre le concedía y transmitía igualmente ese derecho.

Luisa reconstruyó su propia historia familiar, pasando de lo concreto a lo abstracto, cambiando de nivel y conectando con sus emociones. Llegó a interiorizar ese método de aprendizaje y sentía que se conocía mejor.

Tenía sentimiento de culpa por haber abandonado a sus hijos e intentaba reparar y tratar la experiencia de abandono que había vivido su hijo Jesús. Asumió nuevas tareas parentales y se mostraba firme en cuanto al establecimiento de límites y normas claras en la educación de su hijo. No olvidaba a su hijo Antonio aunque se mostraba paciente en cuanto a sus deseos de recuperar la relación con él.

Durante su infancia y adolescencia, el peso de la educación que recibió Luisa lo

llevó su madre asumiendo su padre un papel secundario. El modelo que le transmitieron se basaba en una alta calidad de los afectos en especial por parte de su madre, poca autoridad y ausencia de límites y normas claras y definidas. Ello motivó que Luisa pensara que no quería repetir las mismas pautas que sus padres pusieron en práctica con ella.

La relación de Luisa con sus suegros fue progresivamente mejorando, ella comentaba que se sentía cómoda y apreciada por ellos.

La relación de Luisa con su familia pasó por momentos muy diversos puesto que ha estado tan llena de afectos y gratitudes, como de desconfianza y resentimientos. La relación con su padre mejoró notablemente, debido a la creciente implicación de éste en el proyecto de recuperación de la vida de su hija, y al esfuerzo personal que Luisa hizo por hallar vías de comunicación con él. Con su madre mantuvo desde siempre una relación muy intensa. Se entrelazan sentimientos de gratitud y afecto por haberse mantenido junto a ella durante una etapa difícil de su vida y haberse responsabilizado de la crianza de su hijo; otras veces con sentimientos de rabia e impotencia ante la actitud de su madre de querer ejercer de madre de su hijo Jesús, sintiéndose Luisa obstaculizada en el desempeño de sus funciones parentales. Sin embargo, también encontró en ella misma, claves para traducir esa rabia en una motivación para evolucionar que le ayudaron a relacionarse de una manera más funcional con su madre. La creciente confianza que su madre depositó en ella reforzó y motivó a Luisa ante los cambios que experimentaba.

El resto de los miembros de su familia se sintieron sorprendidos y a la vez orgullosos por los cambios de Luisa. Los hermanos con quienes mantenía una relación más estrecha confiaban en ella e incluso le pedían consejos, validándola como hermana mayor.

Al inicio del tratamiento Luisa se mostraba como una madre pasiva y observadora, y progresivamente fue sintiéndose más afectiva, reflexiva, expresiva y participativa en la relación con Juan, consiguiendo una complementariedad en los roles con su pareja.

El trabajo con la pareja y el trabajo con los padres son dos escenarios diferentes con los mismos actores. Ambas dimensiones estaban presentes de manera continua y transversal, interrelacionándose e influyéndose inevitablemente.

Es por ello, por lo que se simultanearon los objetivos de trabajo centrados en el tratamiento de la pareja y los objetivos relacionados con la parentalidad de ambos. Esta decisión del Equipo coincidía con una demanda, inicialmente no explícita de la pareja, que mostraban sus dificultades de ajuste conforme la relación de pareja maduraba y se acercaba el momento de la convivencia entre ambos, además de otra demanda bastante más clara acerca de los temores e inseguridades que rodeaban la futura llegada del menor. A nivel de pareja, el trabajo inicial se centró en hacer manifiestas sus dificultades para que tomaran conciencia de ellas y le concedieran la importancia que tenían, para ser tratadas psicoterapéuticamente. Una vez que miraron el problema de frente, se trabajó con ellos partiendo de los inicios de su relación y del contexto y la situación de cada uno en aquella época en la que, como se dijo anteriormente, se conocieron cuando ella ejercía la prostitución y él pasó de ser cliente a ser pareja. En este trabajo se pudieron hablar de inquietudes y secretos que acompañaban a la pareja en forma de silencios y que no se atrevían a compartir, relacionados con las necesidades afectivas de cada uno desde sus diferentes posturas, que les llevaron a encontrarse. Se pudo comprobar que estas posiciones no eran tan diferentes en el fondo, aunque sí

en las formas. Cuando la niebla de tabúes y silencios sobre los orígenes de su relación se disiparon pudieron hablar de manera más clara, con menos temores y en una posición más igualitaria. Este planteamiento, apoyado en el trabajo individual que Luisa realizaba paralelamente en otro espacio terapéutico, propició un crecimiento personal y relacional que redundó en un aumento de autoestima, seguridad y competencia en ella. Este cambio, obligó a compensar en el trabajo de pareja a Manuel, que comenzaba a sentirse incómodo ante la creciente mejoría de Luisa. Ésta le obligaba a cambiar de rol, pues ya no necesitaba tanto un protector como un compañero, en una relación más igualitaria, y Manuel no estaba muy acostumbrado a moverse en este nuevo papel.

Mientras tanto, y de manera paralela a esta etapa de tratamiento, ambos comienzan a materializar su deseo de convivir juntos, cuando los padres de Manuel les ayudan económicamente para comprar un piso, y posteriormente, los padres de Luisa, comienzan a trabajar en el interior del mismo para adecuarlo y dotarlo, aprovechando sus conocimientos y experiencia en albañilería y mantenimiento. Posteriormente, como se verá más adelante, hubo que redefinir con la pareja y sus familias su implicación y apoyo, también a nivel emocional, para que continuaran ayudándoles, en éste área, de una manera más saludable. La vivienda común no sólo era fundamental para asentar su relación de pareja, sino también la familiar, ya que era condición indispensable que tuviera una vivienda para la vuelta de su hijo. Este paralelismo entre la construcción de su hogar y la de su relación de pareja, propiciaba un abanico de metáforas sobre las dificultades que se encontraban en las obras del piso y de la relación para crear un espacio común cómodo y cálido, en el que cada uno

tuviese, además, sus propias estancias donde encontrarse consigo mismo, sin el otro. Cada miembro de la pareja traía consigo fracasos relacionales con anteriores parejas, hijos de relaciones anteriores, dificultades y conflictos con miembros de su familia de origen y una historia personal con carencias emocionales, lo que hacía que este nuevo proyecto de pareja se viviera con tanta ilusión como miedo. En estos temores presentes sobre la convivencia futura se basó gran parte del trabajo en esta etapa, ya que ambos temían que los problemas relacionales que vivieron en el pasado, volvieran a aparecer. En junio de 2003, Luisa y Manuel comenzaron a convivir en su nueva vivienda.

La vivienda, pues, tenía un importante significado real y simbólico, por lo que consideramos importante realizar un seguimiento de todo lo que rodeó a su compra, reforma, distribución, organización, compromisos, participación, acuerdos y apoyos. Este trabajo se llevó a cabo a través de sesiones en la sede del ETF y en el domicilio familiar, entendiéndolo este, tal y como lo hace González Calvo (2003), como una oportunidad para conocer, intervenir y profundizar en la dinámica relacional de la familia y en los cambios tan importantes que se estaban produciendo.

Durante los meses de verano, hasta finales de septiembre, se lleva a cabo un acoplamiento progresivo entre el menor y sus padres. Se fueron ampliando los encuentros en frecuencia y duración, por lo que cobró especial relevancia las dudas, temores, miedos que aumentaban conforme lo hacía el tiempo que pasaban con Juan. Manteníamos sesiones antes y después de cada encuentro. En esta fase la coordinación interinstitucional fue intensa, pues tanto para unos como para otros resultaba tremendamente útil conocer el desarrollo de los mismos. Las dudas iniciales

acerca de la nueva maternidad-paternidad de ambos se transformaron en dificultades reales con su hijo y éstas en una nueva demanda de ayuda hacia el Equipo. Surgían ideas irracionales, especialmente en Manuel, acerca de si su hijo no lo quería y no le aceptaría, temores en Luisa acerca de si en esa ocasión podrá ejercer de madre, y ambos definían la relación del menor con su educador como negativa, al vivirla como competencia. Desde el Equipo se redefinió positivamente esta última situación, por la importancia que tenía que el menor se vincule positivamente con un adulto. Cada vez, iban apareciendo más dificultades y temores sobre la crianza y educación de su hijo conforme veían más cercana la reinserción del menor con ellos. Es por ello, por lo que se incluyó, como dijimos, este otro objetivo en el trabajo con Luisa y Manuel, relacionado con su parentalidad. Fue importante profundizar en la creciente aparición de Jesús, hijo mayor de Luisa, en la vida de la pareja, así como desarrollar un trabajo preventivo encaminado a anticipar cómo estas dificultades y cambios influirían en su relación de pareja y en la recién iniciada convivencia. Luisa asumió un papel más activo en la educación de Jesús. Esto fue especialmente duro y supuso un gran esfuerzo para ella, ya que muchas de sus iniciativas eran bloqueadas por su madre al inicio de este proceso. En este aspecto Luisa consiguió paulatinamente reclamar su lugar como madre de Jesús. Además, Manuel también aprendió a respetar las pautas marcadas por Luisa en la educación de su hijo. Incluyeron a Jesús en el proceso de construcción y rehabilitación de la nueva vivienda, teniendo en cuenta sus opiniones.

Tras el verano, y ante la percepción de cercanía de la reunificación del menor con sus padres, el Equipo decide pasar de la frecuencia quincenal a la semanal en el trabajo

con ellos. Además, se introduce un cambio metodológico importante, la inclusión en el trabajo del Equipo Reflexivo. Esta aportación metodológica se justifica por la importancia de introducir las aportaciones del resto de componentes del Equipo de manera más directa en una fase crucial del tratamiento. Garrido y Fernández-Santos (1997) opinan que el Equipo Reflexivo es una modalidad sistémica de intervención en psicoterapia que permite que las fronteras entre la familia y el equipo se difuminen, donde no se espera una intervención final del terapeuta. Afirman que las características de la técnica activa una constante supervisión en vivo del proceso, lo que facilita una más atenta escucha a los clientes y a sus necesidades. En este punto se realizaría un trabajo importante con las Familias de Origen de ambos, en la que se abordarían cuestiones de suma importancia a nivel educativo con su hijo, y ante la inminente llegada del menor al seno familiar. El tratamiento con los padres oscilaba entre intervenciones de corte psicoterapéutico y otra de tipo psicoeducativo. Ambos se dispusieron a ejercer sus roles parentales como principiantes. Luisa no llegó a ejercer nunca como madre, al criarse su hijo Jesús con sus abuelos maternos y Antonio con su familia paterna. Manuel tuvo un papel secundario en la educación de sus dos hijos, en parte por las dificultades en la relación con la madre de éstos, y por otra parte, por la actitud periférica que mostraba hacia ellos, algo que cambió significativa y positivamente conforme avanzaba el tratamiento.

El trabajo psicoterapéutico con la motivación de Luisa para ser madre y ejercer como tal, y sobre la implicación en las labores de crianza y educación en Manuel fueron fundamentales.

En el tratamiento de Luisa y Manuel confluían en un nudo importante que había

que liberar de manera urgente, como era la influencia en la pareja y como padres de las respectivas familias de origen. Esta influencia se ejercía sobre cada miembro de la pareja, sobre la relación de pareja en sí y sobre su futura paternidad, confundiendo, a menudo, implicación con intromisión. Hablamos de estilos de relación estancados desde años atrás entre cada miembro de la pareja y sus respectivas familias, que dio paso a un tratamiento de mayor profundidad en el que hubo que trabajar los lazos internos de Luisa y Manuel con sus respectivos padres, que impedían una sana diferenciación y por lo tanto una autonomía adecuada, que les permitiese crecer internamente, y a través de ello, construir una relación de pareja sólida y equilibrada.

Desde el Equipo se decidió abordar este tema mediante el trabajo directo con las respectivas FO, mediante el Método Invariante para el trabajo de parejas de Alfredo Canevaro, por el que

“Se trata de involucrar a ambas FO separadamente, para discriminar la simbiosis de pareja, redefiniendo a cada componente como miembro de cada Sistema Familiar de Origen (SFO)” (Canevaro, 1999, pág. 11)

Este abordaje no sólo fue novedoso para la pareja, también para el Equipo, que ante el temor de la influencia de las respectivas FO como amenazantes de la creciente mejoría en los niveles de ajuste de la pareja y en la positiva evolución individual de ambos, decidió utilizar este método,

“Altamente estratégico y paradójico, con técnicas reestructurantes y experienciales en el enfoque de la familia, privilegiando el encuentro emocional” (Canevaro, 1999, pág. 11).

El Método Invariante busca *“disolver las coaliciones ocultas, prescribiendo explícitamente la alianza con cada FO,”* (Canevaro, 1999, pág. 11), para así, presuponiendo carencias en la madurez individual de cada miembro de la pareja hacerles “regresar” a sus orígenes para catapultarles hacia un futuro relacional y personal con altas cotas de autonomía y equilibrio emocional, que les permita diferenciarse y en el futuro transferir a su descendencia. Se trata, según Canevaro, de *“regresar para partir mejor”* (Canevaro, 1999, pág. 13) en una prescripción claramente paradójica.

Así, diseñamos con la pareja, siguiendo las directrices del Método, cinco sesiones, para profundizar en este trabajo, de las que dos serían sólo con la pareja, antes del encuentro con las familias, dos con las respectivas FO, por separado y una última, de nuevo, con la pareja, para “recogerles” tras el encuentro con sus orígenes.

El único antecedente de encuentros con las familias de Luisa y Manuel, fue seis meses antes, debido a una petición de ambas familias para que les informáramos de la situación de sus hijos y del nieto común, ya que desde el SPM se les denegó la solicitud de visitas y esto preocupó sobremanera a los abuelos, quienes presionaban a sus respectivos hijos para que solucionaran tal cuestión. Este encuentro fue informativo y en él fueron atendidos la pareja con ambos SFO, conjuntamente, más propio del estilo de trabajo trigeracional de Whitaker (1976), por el tipo de convocatoria, aunque en éste no se estimó trabajar terapéuticamente.

En las dos sesiones con la pareja, se preparó la convocatoria y se trabajó sobre los temores de cada uno en el encuentro con su pasado y presente familiar. Manuel mostraba más resistencias ante el encuentro, tal vez porque su familia nunca había acudido a pedir

ayuda a Servicios Sociales. Luisa lo afrontaba con temor pero con bastante motivación. La tercera y cuarta sesiones fueron con las respectivas FO, primero fue la de Luisa, y acudieron sus padres y sus dos hermanas. Varias horas más tarde, atendimos a la de Manuel, en la que acudieron únicamente sus padres, porque los hermanos no pudieron asistir por motivos laborales. En ambos encuentros, se movilizaron secretos y alianzas del pasado, que seguían presentes en sus realidades, se hicieron manifiestos los poderes de cada SFO sobre sus hijos y hubo que redefinir tales intromisiones en ayudas desde la distancia. Fue un trabajo aparentemente psicoeducativo, pero con un trasfondo netamente psicoterapéutico y movilizador. El agradecimiento de cada hijo hacia sus familias por el esfuerzo y la constante ayuda prestada fue una parte fundamental para cerrar este trabajo. Este abordaje fue diferente en las formas de una familia a otra, respondiendo a estilos claramente opuestos entre ambas, más espontánea y visceral la familia de Luisa, más racional y ordenada la de Manuel.

Varios días después se citó de nuevo a la pareja para comprobar los efectos. El encuentro de la pareja nos mostraba a una Luisa y Manuel, que según nos manifestaron “nos echamos de menos”.

En general, el resultado de la experiencia trigeracional fue altamente satisfactorio, y se consiguió poner sobre la mesa secretos familiares y antiguos rencores que bloqueaban la comunicación familiar. Como diría García Badaracco (2000), se consiguió transformar reproches en reclamos.

Tras los encuentros familiares, el trabajo sobre la pareja pasó a un nivel superior de elaboración. Estaban más cerca de llegar a una dimensión evolutiva de su relación de pareja que Canevaro denominó “*amor coterapéutico*”, en el que “*se da una recíproca*

ayuda de un partner a otro, en la gradual diferenciación de la propia familia de origen” (Canevaro, 1999, pág. 4).

Dicho trabajo ofreció unos resultados, en general satisfactorios, especialmente en cuanto al equilibrio y ajuste de la relación de pareja. Manuel dejó de ser el vigilante y garante de la salud de Luisa, y se permitió situarse en una posición receptora de ayuda y cuidados de su pareja. Luisa se creyó que no era inferior a Manuel, y se posicionó fuerte como pareja y como mujer.

El trabajo educativo acerca de las dudas que pudieran surgir con el menor fue de suma importancia y se centraba sobre todo en la puesta de límites adecuados, el consenso de las normas y formas de ejecutarlas. Las cuestiones planteadas por los padres se centraban en el reconocimiento de ellos como tales por parte del niño, la tensión que les provocaba la continua “vigilancia” externa o algunas pautas incorrectas, la disconformidad de uno de los padres en que el otro la aplicara y la dificultad para hablarlo con el otro (asustar al niño como manera de conseguir la conducta deseada, sujetarle la mano izquierda en la espalda cuando iba a manipular algo para que no fuese zurdo, etc.).

Durante la fase de cierre del Tratamiento aparecieron nuevas preocupaciones para los padres. Se sentían agotados en el día a día con Juan. Los profesores del menor y el Equipo instamos a los padres a solicitar consulta en el Centro Base de Orientación a las Minusvalías, ya que las conductas que presentaba Juan podían estar relacionadas con un cuadro de hiperactividad. Inicialmente los padres tuvieron mucho miedo ante la posibilidad de que su hijo presentara alguna patología grave y Luisa, especialmente, se sentía muy culpable al conectarlo con el síndrome de abstinencia que padeció el menor al nacer. Efectivamente le diagnosticaron de Trastorno por Déficit de

Atención con Hiperactividad. Tras derivación al servicio adecuado para tratamiento, lo padres quedaron más tranquilos y Juan mejoró notablemente en los meses siguientes.

En relación a Jesús, a veces vivía con ellos y otras veces en casa de los abuelos maternos, según le interesaba y en función de quien le pusiera más o menos límites. Durante unos meses estuvo sin realizar ninguna actividad formativa ni trabajo y esto ocasionaba conflictos entre Luisa y Manuel, ya que Luisa se mostraba más comprensiva y Manuel más exigente con dicha situación. Finalmente Jesús decidió marcharse a trabajar fuera de la provincia y ambos sintieron que esta salida le beneficiaría.

Como la familia demandaba ayuda en relación a Antonio y cómo recuperar el contacto con el menor, decidimos derivarles al SPM para que desde allí les orientaran. Tras valorar la situación, el SPM decidió que el objetivo de reestablecer de las relaciones familiares con Antonio formara parte de un nuevo Plan de Intervención llevado a cabo por un Servicio distinto al nuestro.

Al cabo de varios meses, volvimos a citar a la familia para realizar una entrevista de Seguimiento. Pudimos comprobar que los cambios conseguidos durante el tratamiento se mantenían en el tiempo y la percepción de mejoría y satisfacción seguían estando presentes en la familia. Como novedad, Luisa había mantenido contactos con su hijo Antonio y se sentía muy reconfortada con esta nueva relación.

Discusión

Una de las grandes dificultades que tenemos en el trabajo terapéutico con las familias, como así nos ocurrió en el caso que nos ocupa, es aunar los “tiempos” de cada sistema: el institucional (SPM), que exige

unas fechas para la obtención de resultados; el terapéutico (ETF), cuyas prisas se ubican entre las exigencias de la institución derivante y la gravedad y/o necesidad que perciben en las familias; el familiar (a nivel individual o relacional), con los tiempos que marcan las necesidades y la velocidad de elaboración de cada persona; y el menor, esté viviendo con sus padres o en acogimiento, cuyos tiempos requieren que se avance a velocidades superiores. No pretendemos resolver este problema, ya que el carácter subjetivo de estos tiempos (al partir de necesidades, exigencias institucionales y personales, dilemas morales, sentido de responsabilidad, percepción de gravedad, temores y emociones diversas), hacen que sea una cuestión cuasi personal y marcado por elementos objetivos (factores de riesgo y protección, tiempo real transcurrido, etc.) y subjetivos (emociones de los técnicos, intuición, confianza, etc.). Aún así, confiamos en que dé lugar a una profunda reflexión en las personas que conforman los sistemas.

Por otro lado, una de las mayores dificultades que nos encontramos cuando nos derivaron este caso fue la falta de confianza en la evolución positiva de la familia que nos transmitían algunos servicios que les rodeaban, en concreto el SPM y el Centro de Protección donde residía el menor. Nos parecería ambivalente que, por una parte, nos derivaran el caso con un pronóstico positivo de recuperabilidad y por otra, nos llegaba una profunda desconfianza en que los padres realmente pudieran llegar a consolidar los cambios conseguidos y realizar otros nuevos que pudieran ser suficientes para ejercer adecuadamente como tales. El punto de partida era, como se nos dijo, la imposibilidad de iniciar un acogimiento preadoptivo con el niño porque el padre finalmente lo reconoció como hijo suyo. De no haber sido así, se hubiese iniciado el procedimiento, pues la

desconfianza en las posibilidades de Luisa como madre era absoluta.

Aunque la UTS nos transmitía credibilidad en los padres, llegamos a dudar de la verdadera consistencia de los cambios previos de Luisa. Supuso un importante dilema al Equipo, que nos obligó a reflexionar sobre la contaminación inicial, incluso antes de conocer personalmente a la familia. Nos preocupaba cómo deshacernos de los mensajes dañinos sobre la familia para poder conectar con otra parte más cercana que nos ofreciera a una imagen positiva y facilitadora de la alianza terapéutica.

La posición del ETF no fue fácil, ya que tanto la familia como las instituciones que la rodeaban nos situaban en una relación con demandas explícitas distintas, contrapuestas e incluso paradójicas, como se ha hecho mención. Para poder comenzar un trabajo en una posición distinta nos fue útil, una vez más, convocar a todas las instituciones implicadas y a la familia para que todos tuviésemos claros los objetivos de la intervención y el trabajo que iba a realizar cada uno.

En una familia denominada por la literatura especializada “multiproblemática”, en la que confluyen diversos problemas, conflictos, dificultades y necesidades, se hace necesario el empleo de cuantos recursos técnicos y personales estén a nuestro alcance. En el caso que nos ocupa se utilizaron entrevistas individuales, relacionales (padres, pareja, familiar y trigeracional), con objetivos psicoeducativos, sociales y psicoterapéuticos. El trabajo se llevó a cabo en la sede del Equipo o en el domicilio familiar. El trabajo de red fue un punto clave para conseguir los objetivos propuestos. Siguiendo con la diferencia de formatos, en ocasiones trabajaba un solo terapeuta con la familia, en ocasiones dos en coterapia o bien en Equipo (Equipo Reflexivo). Lo importante no es la multiplicidad de recursos,

sino la integración de todos ellos, en pos de una ayuda más global y eficaz a la familia.

La literatura y las investigaciones arrojan datos interesantes acerca de la relación entre alianza terapéutica y la eficacia y éxito en la terapia (Escudero, Friedlander y Heatherington, 2009). Nuestra experiencia refuerza estas conclusiones. El Equipo apostó por la familia y creyó en la consistencia de sus cambios tras el trabajo con anteriores servicios, en contra de la visión inicial del sistema de protección. Esta confianza nos permitió crear y reforzar un vínculo que fue creciente entre la familia y el Equipo, el cual favoreció lo los reforzamientos, la psicoeducación, la confrontación, la elaboración y el cambio que permitió finalmente la mejoría de la familia. El Equipo creyó en la familia y en su crecimiento y la familia creyó en el Equipo y creció.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (1998) Ley 1/1998, de 20 de abril, de los *Derechos y la Atención al Menor* en Andalucía. BOJA nº 53 de 12 de mayo de 1998. Sevilla. Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía.
- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (1988) Ley 2/1988, de 4 de abril, de *Servicios Sociales* de Andalucía. BOJA nº 29, de 12 de abril de 1988. Sevilla. Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía.
- Canevaro, A. (1999). Ni contigo ni sin ti puedo vivir. Terapia Trigeracional para la

- simbiosis de pareja. En M. Andolfi (Ed.), *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*. Milán: Raffaelle Cortina.
- Escudero, V., Friedlander, M. y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- García Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Garrido Fernández, M. y Fernández-Santos Ortiz, I. (1997). Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo. Modelos de Intervención en Psicoterapia Sistémica Constructivista. *Systemica*, 3, 161-181.
- González Calvo, V. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 61, 63-86.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sluzki, C.E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Whitaker, C. (1976). A family is a four dimensional relationship. En P.J. Guerin (Ed.), *Family Therapy*. Nueva York: Garner Press.