

Estudio sobre la Problemática, el Perfil y los Cambios de las Personas Usuarías del Servicio de Orientación y Terapia Familiar



NO8DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Familia, Asuntos Sociales y
Zonas de Especial Actuación

ESTUDIO SOBRE LA PROBLEMÁTICA
EL PERFIL
Y LOS CAMBIOS
DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL
SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR

CONVENIO DE COLABORACIÓN
DEL MASTER DE «PSICOTERÁPIA RELACIONAL»
DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA Y EL AYUNTAMIENTO DE SEVILLA.



AYUNTAMIENTO DE SEVILLA

Familia, Asuntos Sociales y
Zonas de Especial Actuación

Dirección General de Asuntos Sociales

RESPONSABLE DEL PROYECTO: *MIGUEL GARRIDO FERNÁNDEZ*
PROFESORA COLABORADORA: *M.^a DOLORES LANZAROTE FERNÁNDEZ*
BECARIA: *CINTA GONZÁLEZ PATRICIO*
BECARIO: *JESÚS MARAVER GIL*

AUTORIA:

Responsable del proyecto: Miguel Garrido Fernández.
Profesora colaboradora: M^a Dolores Lanzarote Fernández.
Becaria: Cinta González Patricio
Becario: Jesús Maraver Gil

COORDINACIÓN DE PRÁCTICAS DEL MÁSTER. UNIVERSIDAD DE SEVILLA:

Ana M^a Domínguez Álvarez.

COORDINACION TÉCNICA AYUNTAMIENTO DE SEVILLA:

Reyes Casares Ordoñez / José Antonio Polonio Gallardo.

Edita: Ayuntamiento de Sevilla. Área de Familia Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación

Diseño y maquetación: Imprenta Municipal

Imprime: Imprenta Municipal.

Depósito legal: SE-76-2015

El presente Estudio de «la Problemática, el Perfil y los Cambios Terapéuticos de las Personas atendidas en el Servicio de Orientación y Terapia Familiar», es el resultado de un trabajo de colaboración continuado en el marco del convenio entre el Excelentísimo Ayuntamiento de Sevilla, Área de “Familias, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación” de la Dirección General de Asuntos Sociales, y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, con el objetivo de promover y desarrollar de forma más eficaz la investigación y atención a familias que atraviesen dificultades relacionales y pueden beneficiarse de la Orientación y Terapia Familiar.

La trayectoria del Servicio de Orientación y Terapia Familiar, iniciada en el curso 2000-2001, en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios, permite valorar la importancia y eficacia del servicio como recurso complementario a la intervención familiar realizada desde los equipos municipales.

El estudio que presentamos explica el trabajo desarrollado, exponiendo los fundamentos jurídicos y técnicos de este servicio, analizando el perfil de las personas a las que va dirigido y los procedimientos de intervención; modelándose todo ello con la exposición de dos casos.

Desde el Ayuntamiento de Sevilla y en el ámbito de sus competencias hay una clara apuesta por intervenciones técnicas orientadas a la preservación de las familias y a favorecer el ejercicio de la parentalidad positiva todo ello como medio de garantizar el pleno desarrollo de las personas; por ello las actuaciones de orientación y mediación familiar responden a los objetivos recogidos en los planes aprobados en la actual legislatura, véase el «Plan Municipal de Prevención y Atención a la Infancia y la Adolescencia en situaciones de Riesgo 2012-2015», así como el «Plan Municipal de Familias e Igualdad de oportunidades de la ciudad de Sevilla 2013-2015» y el «Plan de Infancia y adolescencia de la Ciudad de Sevilla 2014-2017».

Con la publicación de este estudio pretendemos compartir los conocimientos adquiridos con otras entidades, públicas y privadas, que trabajan con las familias, la infancia y la adolescencia, con el fin de conseguir una atención de calidad en beneficio de la promoción y protección de este sector de población.

María Dolores de Pablo-Blanco Oliden
Teniente Alcalde Delegada de Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación

AGRADECIMIENTOS

El estudio que presentamos supone un hito más de un proceso de trabajo en los que han colaborado muchas personas desde hace más de 20 años. Desde los primeros pasos en la formación en Orientación y Mediación Familiar en la Escuela Superior de Ciencias de la Familia de Sevilla, centro asociado a la Universidad Pontificia de Salamanca, donde el primer Centro de Orientación y Terapia Familiar fue un ámbito para que muchos profesionales de la Psicología, Trabajo Social, Pedagogía y del Derecho, tuvieron la oportunidad de mejorar en el trabajo en equipo para la atención a las familias, hasta la creación de los Servicios de Orientación y Terapia Familiar de Carmona, Sevilla y Alcalá de Guadaíra, han pasado más de 20 años durante los que hemos tenido la fortuna de contar con muchas personas que han colaborado en los proyectos realizados.

En el año 2000 se inició el primer convenio con el Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, convenio que se ido desarrollando y mejorando hasta la actualidad. El presente estudio supone un punto de llegada después de más de diez años de experiencia. Desde que se firmó el primer convenio de colaboración con el Master de Psicoterapia Relacional, fueron la Jefa de Sección de la Z.T.S «Nervión San Pablo», Reyes Casares Ordoñez y su equipo profesional, las personas que han mantenido el ánimo y creencia en la pertinencia del Servicio de Orientación y Terapia Familiar, al igual que otros y otras profesionales de servicios sociales. A ellos debemos que la experiencia se haya mantenido durante tanto tiempo y estamos muy agradecidos por el apoyo y cariño mostrado por todas las actividades realizadas desde el Master de Psicoterapia Relacional.

Al mismo tiempo reconocer a la anterior Sección de «Planes y Comunicación» que velaron desde el 2000 por los diversos convenios y actualmente, desde hace varios años, el papel de la Sección y el Negociado de «Planes y Programas Marco» a través de su psicólogo, José Antonio Polonio Gallardo, que tomaron como reto ampliar y difundir el Servicio de Orientación y Terapia Familiar a todos los Centros de Servicios Sociales de Sevilla; lo cual ha sido para nosotros un verdadero estímulo.

Queremos agradecer a las distintas corporaciones locales que han pasado por el Ayuntamiento de Sevilla desde que firmamos el primer convenio hasta la actual Área de «Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación», el apoyo y la creencia firme de la necesidad de ofrecer a las familias en dificultad un servicio de estas características, que prevenga los proceso relacionales de riesgo en las familias y refuerce el ámbito familiar como contexto de desarrollo y protección para todos sus miembros.

La confianza mutua y la colaboración entre el Ayuntamiento y La Universidad de Sevilla nos llenan de satisfacción y nos hace sentirnos muy bien al pensar que los organismos públicos están para aprovechar la especificidad de cada institución y aunar esfuerzos.

Agradecer a todos y todas las becarias que han realizado su labor formativa e investigadora en los Centros. Finalmente quiero agradecer especialmente la labor de supervisión y docencia realizada por Pedro Jaén Rincón, Ignacio Fernández-Santos, Ana Domínguez, Juan Antonio Marcos y Aurora Ballesteros. En estos últimos años quiero destacar también el papel importantísimo de Mar Díaz Garrido, quien no cesa en su celo para que los aspectos de organización de todos los convenios sigan adelante, así como su importante labor como profesora de prácticas junto con Elena Torrado Val, que desde hace ya varios años garantizan una formación práctica de calidad, y a otros compañeros y compañeras que han hecho posible la realidad de este Servicio de Orientación y Terapia familiar.

La satisfacción por haber tenido la oportunidad de trabajar con tantas personas de una valía excepcional y de una calidad humana sin igual, es el mejor de los premios que uno puede recibir cuando se termina un trabajo. A todos y a todas muchísimas gracias por haberme dado la oportunidad de sentirme en familia y así poder ayudar a muchas familias.

Sevilla 22 de Noviembre de 2011
Miguel Garrido Fernández.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	11
1. INTRODUCCIÓN.....	15
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR.....	16
2.1. Fundamentación legislativa.....	17
2.1.1. Familia y Políticas Sociales: El Ejercicio Positivo de la Parentalidad.....	17
2.1.1.1. En el contexto europeo.....	17
2.1.1.2. En el contexto nacional.....	18
2.1.1.3. En el contexto autonómico y municipal.....	18
2.2. Fundamentación técnica.....	22
2.2.1. Orientación y Psicoterapia Familiar.....	22
2.2.2. El SOTF como complemento a los Servicios Sociales Comunitarios.....	23
2.2.3. Rentabilidad Social.....	26
2.3. Descripción del Servicio de Orientación y Terapia Familiar.....	26
2.3.1. Objetivo general.....	26
2.3.2. Tipología de familias.....	26
2.3.2.1. La Familia y La pareja según el momento del Ciclo Vital.....	26
2.3.2.2. Contexto Comunitario.....	28
2.3.3. Niveles de intervención.....	29
2.3.4. Criterios de inclusión.....	29
2.3.5. Descripción del funcionamiento del Servicio: Asistencia, Docencia e Investigación.....	31
2.3.6. Intervención en Red: Colaboración con los distintos profesionales.....	37
3. ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DEL S.O.T.F.....	39
3.1. ¿En qué consiste el estudio?.....	39
3.1.1 Muestra.....	40
3.1.2. Procedimiento.....	41
3.2. Descripción de las familias atendidas.....	42
3.2.1. Identificación Social.....	42
3.2.1.1. Forma de contacto.....	42
3.2.1.2. La persona demandante de ayuda.....	42
3.2.1.3. Pareja de la persona demandante de ayuda.....	43
3.2.1.4. País de origen.....	44
3.2.2. Situación Socio-Económica.....	45
3.2.2.1 Nivel de estudios.....	45
3.2.2.2. Situación laboral.....	46
3.2.3. Perfil Socio-Familiar.....	47
3.2.3.1. Estado civil.....	47
3.2.3.2. Etapa evolutiva de la pareja.....	48
3.2.3.3. Número y edad de las y los hijos.....	49
3.2.4. Sucesos Vitales Estresantes.....	51
3.2.5. Antecedentes de Riesgo Psicosocial.....	51
3.3. La familia usuaria ante los servicios de ayuda.....	52
3.3.1. Atención desde Los Servicios Sociales.....	52
3.3.2. Tratamientos psicológicos anteriores.....	52
3.3.3. Tratamientos previos en el S.O.T.F.....	53

3.3.4. Sistema de Protección de Menores y Juzgados de Menores	53
3.4. Variables de la demanda.....	54
3.4.1. Fuente de la demanda.....	54
3.4.2. Vías de Derivación al S.O.T.F	55
3.4.3. Tipo de demanda	55
3.4.4. Motivo de la demanda.....	56
3.5. Perfiles de los problemas relacionales atendidos	58
3.5.1. Relaciones de Pareja.....	58
3.5.2. Relaciones Parentales.....	58
3.5.3. Relaciones Fraternalas	59
3.5.4. Relaciones Red de Apoyo Natural.....	59
3.5.5. Otras relaciones significativas	60
3.6. Características y resultados de la intervención	60
3.6.1. Primera entrevista de contacto con el S.O.T.F.....	60
3.6.2. Motivo de no iniciar el proyecto de trabajo.....	61
3.6.3. Niveles de tratamiento.....	61
3.6.4. Número total y tipos de entrevistas	61
3.6.5. Motivos para finalizar el tratamiento terapéutico.....	64
4. CONCLUSIONES	66
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
6. ANEXOS.....	73
6.1. Las familias atendidas: Exposición de casos paradigmáticos.....	73
6.1.1. Adolescentes en riesgo y violencia en la familia	73
6.1.2. Mujer sola con hijos a su cargo: Viudedad e Integración Social.....	86
6.1.3. Violencia de Género y Filio parental: La transmisión generacional de los conflictos....	95
6.2. Permiso de grabación	111
6.3. Historia de derivación	111
6.4. Ficha psicosocial.....	112
6.5. Hoja de genograma	113
6.6. Hoja de evolución de la primera entrevista	113
6.7. Hoja de evolución de siguientes entrevistas	114
6.8. Hoja de devolución a la entidad derivante.....	114
6.9. Protocolo de análisis descriptivo de la familia	115
6.10. Cuestionario de seguimiento.....	120
6.11. Autorización para publicación	123
6.12. Análisis descriptivo de las familias atendidas en el SOFT durante el período septiembre de 2005-julio de 2006.....	124
6.13. Diferentes niveles de orientación familiar (Ríos, 1984).....	127
6.14. “Dimensión formal de la Técnica del Equipo Reflexivo. Modelos de Intervención en Psicoterapia Sistémica Constructivista”. Artículo publicado en la Revista <i>Sistémica</i> , 3, 161-181 (1997). Autores: Miguel Garrido Fernández e Ignacio Fernández Santos.....	129
Referencias bibliográficas	145

PRESENTACIÓN

El presente Estudio de la Problemática, el Perfil y los Cambios Terapéuticos de las Personas atendidas en el SOTF, es el resultado del convenio específico de colaboración entre el Excelentísimo Ayuntamiento de Sevilla, Área de “Familias, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación” de la Dirección General de Asuntos Sociales, y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, iniciada en el curso académico 2000-2001, con el objetivo de promover y desarrollar de forma más eficaz la investigación y atención a familias que atraviesen dificultades relacionales y pueden beneficiarse de la Orientación y Terapia Familiar.

La trayectoria del Servicio de Orientación y Terapia Familiar (a partir de ahora SOTF) en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios, permite valorar la importancia del recurso, y es por ello que surge la necesidad de explicar de forma sencilla cuál es la Fundamentación Legislativa y Técnica en la que está cimentada, cuáles son los objetivos que persigue, las acciones de intervención, formación e investigación que realiza, y relacionarlo con las necesidades detectadas al hilo del trabajo con las familias usuarias atendidas.

En primer lugar subrayar la importancia del sistema familiar en el desarrollo de las personas y de la propia comunidad, siendo la familia uno de los ejes de atención de los Servicios Sociales Comunitarios. Desde los Servicios Sociales Municipales se trabaja en la preservación de las dinámicas familiares que posibilitan el desarrollo integral de sus miembros, potenciando la parentalidad positiva; a la vez que se interviene en los procesos familiares que ponen en riesgo el desarrollo y la integración social de sus miembros, especialmente los relacionados con la parentalidad y el desarrollo e integración de los hijos e hijas menores de edad.

De ahí la importancia del trabajo con familias, que permite evaluar/conocer las dificultades y/o conflictos que puedan existir y poder contextualizar las intervenciones ante cualquier dinámica familiar que pudiera estar poniendo en riesgo su propio desarrollo o el de alguno de sus integrantes, en base a las siguientes consideraciones:

- Realización de una evaluación a nivel familiar.
- Evitar intervenciones sesgadas que parten de la visión de un solo componente de la unidad familiar.
- Concepción de la familia como recurso generador de cambios y no de problemas.
- Toma de conciencia de la función de todos los integrantes dentro de la dinámica familiar.

- Evitar culpabilizar a una persona de la familia de la situación del problema (el problema es de todos, no de uno solo componente).
- Creer que a través de la familia podemos conocer y cambiar el medio.
- Promover una visión circular y sistémica de las situaciones frente a una visión lineal.
- Fomento del trabajo en Red.
- Importancia de la Prevención de futuras situaciones disfuncionales.

En segundo lugar, la importancia de incorporar en los Servicios Sociales nuevos procedimientos y modelos de intervención que pretenden conseguir una mayor eficacia y éxito terapéutico. Como por ejemplo la utilización de Modelos Relacionales, que no centra su intervención en paliar los síntomas de una patología concreta (Adicción a sustancias, Depresión o Ansiedad) sino cuáles son las pautas de relación que sostienen estas problemáticas y a qué responden dentro del sistema familiar contextualizado:

- Trata de evitar la estigmatización de la familia o de algunas y algunos de sus miembros y persigue la integración en las intervenciones que se lleven a cabo.
- Trabaja con la reformulación de la demanda, liberando a la persona usuaria de la personificación del problema a través de la Externalización del mismo.
- Contempla, por parte del personal técnico, la utilización de una perspectiva de orientación al futuro, y no tanto centrada en el pasado.
- Permite la flexibilización de los modelos de intervención al servicio de las necesidades de la familia usuaria.
- Facilita el trabajo desde una perspectiva interdisciplinar.

En tercer lugar, y teniendo en cuenta que las intervenciones desde el SOTF se deslizan entre el contexto asistencial, de control y terapéutico, se han generado en múltiples ocasiones dudas en cuanto al uso de la psicoterapia. Se ha pensado durante mucho tiempo que la psicoterapia es patrimonio de la salud mental y ajena a la salud social, y nada más lejos de la realidad cuando abordamos problemas relacionales, o de convivencia.

Sin embargo es muy útil si entendemos la salud social como José María Rueda (1981), según el cual se correspondería con la capacidad de las y los individuos, los grupos y las comunidades de analizar, asumir responsabilidades, provocar cambios para mejorar, aprender a negociar, aceptar los límites de lo posible, buscar nuevas soluciones a los problemas planteados, etc. Siendo todos estos fenómenos la expresión de las formas de

vida social, o dicho de otra forma, siendo la vida en relación la que posibilita y mantiene la salud social, o por el contrario, la imposibilita.

En cuarto lugar, el colectivo de personas beneficiarias o usuarias de los Servicios Sociales, suelen plantear demandas de orden económico, laboral o social, pero en raras ocasiones se presentan demandas de cambio o mejora. La demanda está mediatizada por la idea de que las y los profesionales de los servicios sociales poseemos la potestad de dar, de negar, otorgar o sancionar, pero no de establecer una relación con las personas usuarias que permita colaborar con ellas en la resolución de sus problemas.

Por otro lado, las usuarias y los usuarios de los Servicios Sociales mantienen la creencia de que la responsabilidad de las situaciones que sufren, sus causas, están ubicadas fuera de ellos mismos, en las instituciones o en la propia sociedad y por tanto las soluciones a estas cuestiones se encuentran exclusivamente en las competencias de las instituciones administrativas o sociales. Para que se produzca un cambio de perspectiva en estas y estos clientes (personas usuarias de los Servicios Sociales) es necesario trabajar la percepción de que existen problemas de tipo relacional y/o emocional que hay que resolver para encontrar posibles alternativas a sus demandas.

Estas reflexiones nos han permitido a lo largo de estos años, incluir otras técnicas y procedimientos que nos han ayudado a mejorar nuestro trabajo rentabilizando nuestras intervenciones, y lo que es más importante, ayudar a nuestras y nuestros clientes a incorporar cambios para mejorar sus situaciones, y a fortalecer y generar nuevas sinergias en el propio Equipo de Trabajo del Centro de Servicio Social, que se ha traducido en un aumento de la motivación en la tarea y en una búsqueda de formación especializada más eficaz.

El presente estudio está dividido en cuatro bloques principales, uno dedicado a la fundamentación teórica de los servicios de Terapia y Orientación Familiar en el marco de los SS. SS., una segunda parte que consiste en un estudio sobre el funcionamiento del SOTF en el que se especifican la descripción socio demográfica de las familias atendidas así como otras variables relevantes, una tercera que recoge las conclusiones y una cuarta destinada a la exposición de casos paradigmáticos y a la explicación de la distinta documentación utilizada, en los Anexos.

1. INTRODUCCIÓN.

La familia es la forma de organización social más antigua, que como unidad de convivencia ha evolucionado a través de los tiempos y ha estado influenciada por los diversos acontecimientos sociales en cada momento.

A pesar de todos los procesos de cambio a los que ha estado sometida la familia, sigue siendo una de las instituciones básicas que forman la estructura de la sociedad y en la cual se transmiten valores y normas de la cultura dominante, y por tanto actúa como agente socializador de primer orden. En este sentido, la familia tiene unas funciones precisas en la sociedad para con sus integrantes, tanto de carácter intra como extra familiares y con una importancia fundamental en los procesos de cambio y desarrollo de una comunidad.

Por tanto, al igual que la sociedad española, la situación de la Familia actual ha sufrido una serie de transformaciones según los estudios de distintos sociólogos (De Miguel, 1993; Alberdi, 1999).

Estas transformaciones o cambios se ven reflejadas en los siguientes aspectos:

a) Modificaciones demográficas, que afectan a la estructura y dinámica de la familia originando un nuevo patrón demográfico:

- Caída de las tasas de natalidad.
- Reducción gradual y progresiva de la mortalidad.
- Incremento de la esperanza de vida.

b) Cambios Socio-Culturales alrededor de tres aspectos:

- Reducción del número de hijas e hijos.
- La incorporación de la mujer al trabajo, su creciente autonomía repercutiendo en la dinámica de natalidad, nupcialidad, mercado de trabajo y la dinámica cultural interna del matrimonio.
- Nuevas formas y tipos de familias con el reconocimiento sociológico de las uniones de hecho, familias mono y homoparentales. Así como las familias adoptivas y las familias acogedoras.

c) Establecimiento de nuevas políticas familiares.

Todos estos cambios, junto con la diversidad de modelos familiares y las diferencias de género y culturales de la sociedad actual, suponen retos significativos para las familias en su proceso de adaptación que necesitarían de apoyos complementarios, integradores y normalizadores por parte de una sociedad dinámica y cambiante.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR.

El SOFT nace de una necesidad detectada en las familias que se atienden en principio en la Prestación de Convivencia y Reinserción Social (CORE) del Centro de Servicios Sociales de San Pablo-Santa Justa y que surgen de las disfunciones relacionales explicitadas por las mismas que impiden la convivencia familiar normalizada.

Las dificultades encontradas para abordar la problemática de las diferentes familias, se fundamentan en:

1. Dificultad para insertar actualmente este tipo de trabajo con la continuidad y dedicación necesaria en el desempeño laboral en los Servicios Sociales Comunitarios.
2. Carencias económicas de las familias usuarias de los Servicios Sociales para acceder al contexto privado de la Psicoterapia y Orientación Familiar.
3. Necesidad de una formación en Psicoterapia Relacional especializada.

Por lo anteriormente expuesto se procedió a contactar con distintas entidades públicas y privadas, al objeto de articular mecanismos que posibilitaran la atención de las dificultades relacionales de las familias con las que se estaban interviniendo psicosocialmente desde la prestación CORE, en un principio del Centro de Servicio Social San Pablo-Santa Justa y posteriormente del resto de Centros de Servicios Sociales, y a las que consideramos que debe darse una respuesta que requieren de una especialización y dedicación que es difícil ofertar con la organización laboral actual, pero que sí se está competencialmente obligados a dar.

El deseo de colaboración en este proyecto se concretó en un Convenio específico de prácticas entre el Excelentísimo Ayuntamiento de Sevilla, y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla a través del Master de Psicoterapia Relacional, aprobado para el curso académico 2000-2001 y prorrogado cada año, siendo éste (2011-2012) el undécimo año que se lleva a la práctica.

Este Convenio tiene por objeto regular la realización de prácticas de las y los alumnos del Master de Psicoterapia Relacional con el fin de promover y desarrollar de forma más eficaz la investigación y asistencia a familias con tipologías de dificultad y/o conflicto y las denominadas “multiproblemáticas”.

Los fundamentos del Servicio de Orientación y Terapia Familiar (S.O.T.F.), en el que nos encuadramos, son los mismos que en otros servicios pertenecientes al Master de Psicoterapia Relacional que se prestan en otros ayuntamientos, denominados por ejemplo Servicio de Orientación Familiar (S.O.F.) o Centros de Orientación Familiar (C.O.F.).

Según Charles Vella (1983), “Los Centros de Orientación Familiar son unos organismos inter disciplinares creados para atender la problemática familiar, cuyo fin principal es ayudar a conseguir una vida personal, conyugal y familiar equilibrada. Su campo de actuación, por lo tanto, debe comprender a la pareja considerada en sí misma, y también a sus relaciones con el resto de los miembros de la familia” (p. 80). En este sentido, el S.O.T.F. se ha consolidado como un servicio que puede ayudar en la orientación y tratamiento de problemas relacionales provenientes de diversos contextos psicosociales (Tonini, 2010)

2.1. FUNDAMENTACIÓN LEGISLATIVA

2.1.1. Familia y Políticas Sociales: El Ejercicio Positivo de la Parentalidad

2.1.1.1. Contexto europeo

Con anterioridad a la atención prestada a la Familia desde la Constitución Española y las Leyes Autonómicas, en varias ocasiones el Consejo de Europa se ha interesado por el tema de la familia, pero es concretamente el 2 de Septiembre de 1974 cuando es abordada esta cuestión, recomendando a los Estados miembros el establecimiento de los Centros de Orientación y/o Terapia Familiar para la atención integral de las familias, que deberán ser oportunamente financiados por el Estado, aunque sean de iniciativa privada, y a su vez recomienda la estrecha relación entre los organismos de orientación y consulta familiar propiamente dichos y los otros servicios sanitarios y sociales.

El 27 de junio de 1980, el Consejo de Europa reafirma la validez de la Orientación y Terapia Familiar y los Centros de Orientación Familiar en los países europeos y recomienda que estos Centros deban ser organismos abiertos a cubrir problemas personales y familiares propios de la persona. Recomienda a los gobiernos de los Estados miembros el reconocer la importancia de los organismos que garantizan una orientación familiar para un mejor equilibrio afectivo, individual y familiar, y favorecer el desarrollo de estos organismos, con apoyo económico adecuado.

El 13 de diciembre de 2006, de acuerdo con el Artículo 15.b del Estatuto del Consejo de Europa, el Comité de Ministros adopta su recomendación (2006) 19 a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad.

Sus recomendaciones parten de la definición de la Parentalidad Positiva como el comportamiento de los padres y madres fundamentado en el interés superior del niño y de la niña, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo de la y el menor; establecen como objetivo de la tarea de ser padres la promoción de relaciones positivas entre padres y madres e hijos e hijas sobre la base del ejercicio de la responsabilidad parental para garantizar los derechos, el desarrollo potencial y el bienestar de la y el menor en la familia; y apoya una visión del proceso de socialización que presta importancia al papel de las y los hijos y a la dialéctica de colaboración y construcción conjunta que permita ejercer la autoridad de los padres y madres de forma responsable.

De esta forma, considerando que la familia es una unidad primordial de la sociedad y que el ejercicio de la parentalidad juega un papel fundamental para ésta y su futuro, y conscientes de que los muchos cambios y retos a los que se enfrentan las familias actuales requieren que se le dé una mayor prominencia y apoyo al ejercicio de la parentalidad, el Comité de Ministros recomienda a los Estados Miembros que reconozcan el carácter fundamental de las familias y el papel de los padres. Para esto, recomiendan crear las condiciones necesarias para promover un ejercicio positivo de la parentalidad, así como para eliminar los obstáculos a este ejercicio en el interés superior de la y el niño, mediante la creación de políticas familiares adecuadas que proporcionen las medidas legislativas, administrativas, financieras y de otro carácter que sean necesarias.

Así por tanto, desde esta recomendación, y prestándose especial atención a las circunstancias sociales y económicas difíciles y a las crisis que se producen dentro de las familias que requieren un apoyo más específico, se señala la relevancia de los derechos de los padres y madres, tal como el derecho a recibir apoyo adecuado de las autoridades públicas para desempeñar sus funciones parentales.

2.1.1.2. Contexto Nacional

A lo largo del Siglo XX se han producido en nuestro país importantes variaciones de las políticas sociales en relación a la familia y especialmente a partir de la promulgación de la Constitución de 1978.

Con referencia directa a la Familia, la Constitución establece un mandato general a los poderes públicos de protección (“los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica a la Familia”, Art. 39.1) que se extiende y concreta para las y los hijos y la madre (Art. 39, núm. 2, 3 y 4).

A partir de las previsiones constitucionales los Estatutos de Autonomía recogieron las competencias autonómicas de Asistencia y Servicios Sociales. Aunque no reunían de forma explícita competencias genéricas sobre la familia, sí aparecían reflejadas las de Orientación y Planificación familiar (Andalucía), Protección y Tutela de menores (Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Navarra, País Vasco, Valencia), Promoción de la mujer (Cataluña, Navarra País Vasco, Valencia), Tercera Edad (Andalucía, Baleares, Castilla-La Mancha, Valencia).

2.1.1.3. Contexto autonómico y municipal

En este sentido posteriormente la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo, de Reforma del Estatuto de Andalucía establece en su Título I (De los derechos sociales, deberes y políticas públicas) el artículo 17 sobre “Protección de la familia”, el artículo 18 sobre “Protección de los menores”, así como el artículo 61 en el que se asume que “Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de promoción de las familias y de la infancia, que, en todo caso, incluye las medidas de protección social y su ejecución” (Estatuto de Andalucía, Título I, artículo 61).

Partiendo de esta recomendación y como resultado del Convenio Marco de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), se recogen en el documento “Parentalidad positiva y Políticas Locales de Apoyo a la Familia: Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales”, las líneas de actuación destinadas a promover las políticas de apoyo a la familia entendiendo que las medidas tomadas a nivel local son especialmente importantes para ofrecer una respuesta próxima, integral y más ajustada a las características de las familias, que apoye su funcionamiento en la sociedad actual desde su entorno comunitario inmediato.

Este documento, marco orientador de las políticas locales de apoyo a la parentalidad positiva, parte de tres supuestos fundamentales: la familia precisa ser entendida como un bien público que requiere del apoyo de toda la sociedad; la familia necesita comunidades sensibles y bien cohesionadas que la ayuden a fortalecerse en su labor; los padres y madres requieren apoyos para ejercer sus responsabilidades parentales, no sólo con una finalidad reparadora o terapéutica sino preventiva y de promoción del desarrollo de los miembros de la familia, siendo las corporaciones locales las que mejor pueden ofrecer y prestar estos apoyos.

A su vez, este documento persigue tres objetivos:

1. Reflexionar sobre las responsabilidades parentales e identificar las necesidades de apoyo en el ejercicio de la parentalidad positiva: La tarea de ser padres y madres se ejerce en un espacio ecológico cuya calidad depende de tres tipos de factores que implican la existencia de múltiples ecologías en las que padres y madres construyen su tarea con diversos grados de dificultad. Por un lado el contexto psicosocial donde vive la familia (factores de riesgo y de protección del funcionamiento familiar), por otro las necesidades evolutivo-educativas de los menores (que requieren ajustes y compensaciones de los progenitores en su ejercicio parental), y también las capacidades y habilidades de los padres y madres para ejercer la parentalidad positiva.

Entendiendo que los problemas se derivan de que hay familias que no cuentan con los recursos personales y sociales necesarios, especialmente en las ecologías donde se concentran más dificultades para ejercer el rol parental, se afirma que los padres y madres necesitan de apoyos sociales formales e informales (complementarios entre sí), equilibrados y diferentes en función de estos factores, que atiendan las necesidades y promuevan sus competencias, constituyendo verdaderos factores de protección desde comunidades desarrolladas, sensibles y cooperativas con las familias y con una buena planificación de recursos y servicios normalizadores sin barreras que impidan su uso por parte de las familias que más lo necesitan.

2. Caracterizar las medidas locales de apoyo a la parentalidad, definiendo el modelo de atención y el enfoque para orientar las medidas, así como los objetivos de las mismas: Se expone un nuevo modelo de atención a las familias que recoge un perfil

más amplio de la y el usuario (incluye también situaciones familiares no relacionadas con carencias socioeconómicas o desventaja social), que contempla modelos de familias recipientes en condiciones adversas para promover sus capacidades y que diversifica las modalidades de atención en función de las familias contando con ellas a la hora de valorar su situación, sus necesidades, la intervención y los recursos. Así, un enfoque psico-educativo y comunitario orienta las medidas de apoyo a la parentalidad positiva, cuyo eje central es el trabajo de prevención y promoción, y que supone poner en marcha medidas orientadas a reducir la influencia de los factores de riesgo y potenciar la influencia de los factores de protección del entorno familiar desde uno o varios niveles de intervención (primaria, secundaria o terciaria).

Los objetivos a alcanzar con estas medidas de apoyo serían la promoción de las competencias parentales y el desarrollo personal y social de las figuras parentales frente a la promoción de una actitud de dependencia hacia el profesional; contribuir a la creación de las condiciones psicosociales y los apoyos sociales adecuados para el ejercicio de la parentalidad positiva; promover esquemas de coordinación y corresponsabilización entre los servicios de la comunidad, tanto públicas como privadas, que permitan una atención integrada, eficaz y que optimice los resultados de éstos; desarrollar sistemas de calidad de los servicios y de las buenas prácticas de los profesionales (necesidad de una buena formación continuada), para mejorar la visibilidad, planificación, gestión y evaluación de los servicios y programas.

3. Proporcionar orientaciones sobre cómo fortalecer las políticas locales de atención a la familia e ilustrar posibles programas y servicios a desarrollar.

A partir de lo anteriormente expuesto y tomando como referente La ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las bases de Régimen Local, atribuye a los municipios competencias en materia de prestación de servicios sociales y de promoción y de reinserción social en los términos establecidos en la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas y la Ley 1/1988, de 4 de Abril de Servicios Sociales de Andalucía, las entidades locales, tiene entre sus cometidos:

- La atención y promoción del bienestar de la familia y de las unidades de convivencia alternativa.
- La atención y promoción del bienestar de la infancia, adolescencia y juventud.

Asimismo de la Ley 1/98 de 20 de abril de los Derechos y la Atención al Menor, destacamos de las medidas de prevención y de apoyo a la familia, aquellas de carácter técnico, que consisten en intervenciones de índole social y terapéutico en favor de la y el menor y su propia familia y que tienden a la prevención de situaciones de desarraigo familiar. Esta medida, se explicita que debe ser llevada a la práctica con la colaboración de los Servicios Sociales Comunitarios (Cap. II, Art. 20).

Señalamos a su vez el Decreto 362/2003 de 22 de diciembre, que aprueba el Plan Integral de Atención a la Infancia de Andalucía, concretando en el área de Socialización Familiar en su Entorno Espacial su acción nº 70 “facilitar el acceso a servicios y recursos a la población en general, y a las familias con menores en situación de riesgo social, en particular”, su acción nº 90: “Promover programas dirigidos a la mediación con familias que se encuentran en situaciones de crisis, ruptura o conflictos inter-generacionales y su objetivo” y nº 3: “Fomentar y desarrollar la atención e intervención con familias en situaciones de crisis y conflicto”.

En el Decreto por el que se establecen la naturaleza y prestaciones de los Servicios Sociales Comunitarios (Decreto 11/92) se desarrollan los distintos Servicios que se prestan en éstos. Destacaremos aquellas actuaciones que consideramos específicas en el desarrollo de los Servicios Sociales y donde se podría enmarcar las funciones del S.O.T.F.:

Prestación de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento.

Se concreta en varias actuaciones, entre ellas, recoger y analizar las demandas sociales y los problemas planteados con vistas a una programación posterior de actividades y adecuación de los recursos a dichas necesidades (Art. 3.d).

Prestación de Servicio de Ayuda a Domicilio.

Se especifica como atención preventiva, la Ayuda de Apoyo Personal, procurando resolver las situaciones específicas de dificultad para la relación interpersonal y familiar (Art. 3).

Prestación de Convivencia y Reinserción Social.

Se especifica la acción de Apoyo y tratamiento psicosocial en los diferentes marcos convivenciales, dirigidos fundamentalmente a aquellas personas y familias que presentan desajustes (Art. 5c.).

Prestación de Cooperación social

La Prestación Básica de Cooperación Social consiste en el desarrollo de aquellas actuaciones dirigidas a fomentar y apoyar las manifestaciones de solidaridad de la comunidad, impulsar y promover el asociacionismo y ofrecer cauces apropiados que favorezcan la participación de la comunidad.

De lo anteriormente expuesto podemos inferir que compete a los Servicios Sociales Comunitarios el tratamiento de las disfunciones relacionales interpersonales y familiares con carácter de orientación y terapéutico, como medida preventiva de situaciones de desarraigo que han de complementarse con las intervenciones sociales que se realizan desde el resto de prestaciones y especialmente desde la de “Convivencia y Reinserción Social”

2.2. FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA

2.2.1. Orientación y Psicoterapia Familiar

Desde un enfoque evolutivo, la familia es considerada como el escenario del desarrollo de las personas adultas, las y los niños, las y los adolescentes, y las y los jóvenes que la componen.

Desde las Teoría del Apego (Bowlby, 1986; Garrido y Espina, 1995; Palacios 1999), se tratan las relaciones y el papel que desempeñan en nuestro desarrollo psicológico, en la competencia social y en el bienestar personal. Muchos aspectos de nuestra personalidad se forman durante la infancia, a medida que experimentamos un círculo constante de relaciones íntimas con nuestros padres y madres, con la familia y nuestras amistades y el contexto. El tipo de persona adulta en que nos convertimos no es sólo el producto de nuestra naturaleza biológica, sino que resulta también de una serie de interacciones que mantenemos con quienes nos rodean a lo largo de los años de formación de nuestro desarrollo psicosocial.

Las diferencias individuales en las relaciones conducen a experiencias de desarrollo distintas, de forma que quienes han sufrido relaciones perturbadas y difíciles, experimentan a menudo problemas al enfrentarse a situaciones y a otras personas.

Así, las políticas y prácticas basadas en la perspectiva “relacional” que nos ocupa, deberían estar destinadas a crear entornos sociales más sensibles a las necesidades emocionales y cognitivas de los niños y niñas en crecimiento, siendo su objetivo prioritario el mejorar la calidad de las experiencias de relación de las personas.

Bowlby (1988) refiere que: «*La **prevención** infantil más efectiva es la que incide para estimular los recursos de los adultos que conviven con el niño. Es necesario percibir las carencias o disfunciones familiares como llamadas de alerta y trabajar sobre ellas. Aunque la capacidad para el cambio disminuye con la edad, el cambio continúa a lo largo de todo el ciclo vital, de modo que los cambios son siempre posibles. Este potencial continuo para el cambio significa que en ningún momento de la vida una persona es invulnerable a una posible adversidad y también que en ningún momento de la vida una persona es impermeable a una influencia favorable*».

GENERAR CAMBIOS sería el objetivo común de la Psicoterapia y de la Intervención Social:

Entendiendo PSICOTERAPIA como un proceso que acontece entre unas construcciones de la realidad personal, social y relacional, hacia otras construcciones alternativas, surgidas igualmente de nuestra experiencia y que nos llevan obligadamente a percepciones en algún modo distintas, más flexibles y adaptativas y que nos permiten una vida más integrada,

a una mejor vivencia de nosotros mismos, de lo que acontece entorno a nosotros y a una percepción de potenciales soluciones efectivas entre las dificultades o problemas que se presentan.

Al mismo tiempo la INTERVENCIÓN SOCIAL trataría de generar la posibilidad de que ciertos factores que funcionan como obstáculos para la resolución de los problemas puedan ser modificados y permitir así aumentar el potencial al uso de los propios recursos que las personas usuarias poseen.

Con el objetivo de encontrar herramientas e instrumentos con los que poder intervenir, se requiere integrar los modelos clínicos de los que se reconocen su potencial de cambio, a los modelos sociales y ecológicos que introducen la perspectiva del contexto macro-social, de la contextualización de los fenómenos y de sus interrelaciones inter sistémicas.

En el ámbito de la intervención con las familias en el contexto del desarrollo de los Servicios Sociales municipales, entendemos la “Orientación familiar” como el conjunto de herramientas técnicas que se encamina a fortalecer los vínculos y relaciones funcionales en el sistema familiar que sea garante del desarrollo integral de todos sus integrantes y especialmente de los más vulnerables, las y los menores. La orientación se puede abordar en base al contexto de desarrollo específico de cada familia en tres perspectivas:

- Potenciadora y Preventiva, que desde un enfoque psicoeducativo grupal y comunitario refuerza los sistemas de relaciones intra familiares y la comunicación, potenciadora del desarrollo sano del sistema familiar y preventiva de los problemas de relación y comunicación típicos de cada ciclo evolutivo.
- Asesoramiento en problemas relacionales o de comunicación ante la aparición de disfunciones no cronificadas aún en las dinámicas familiares.
- Tratamiento terapéutico para superar dinámicas relacionales y comunicativas en las familias que suponen, de no intervenir, un alto riesgo para el desarrollo de sus miembros y especialmente de los menores y las menores.

2.2.2. El SOTF como complemento de los Servicios Sociales Comunitarios

Es importante tener en cuenta que la utilización de estrategias que provienen de la práctica clínica en programas de intervención psicosocial obliga a realizar adaptaciones importantes.

Los niveles de la Orientación Familiar (Ríos, 1984) permiten contextualizar muchas de las intervenciones que se llevan a cabo desde este recurso en los Servicios Sociales (Ver Anexo 6.XIII- Diferentes Niveles de Orientación Familiar).

Es importante ampliar la comprensión sobre las similitudes y diferencias con los Servicios de Mediación Familiar que paulatinamente se están introduciendo en la Atención Social a las familias, para lo que proponemos el siguiente cuadro 1.

Cuadro 1. Diferencias entre Mediación Familiar y Terapia Familiar

	TERAPIA FAMILIAR	MEDIACIÓN FAMILIAR
Personas Usuarias	Uno o varios miembros de la familia	Las partes en conflicto
Objetivo de Intervención	El cambio	El acuerdo
Foco de Atención	Puede ser el pasado, el presente o el futuro	El presente y el futuro
Duración de la Intervención	Psicoterapia breve, media o larga	Breve (6 sesiones)
Rol de Profesional	Generalmente no directivo	Rol activo

Serán las y los técnicos de las distintas prestaciones quienes decidan, por la necesidad de especialización y continuidad que se requiera en cada caso, la canalización de la familia y la intervención del S.O.T.F., en función del estado de las siguientes variables:

- 1) Análisis de la demanda: Dificultades Relacionales.
- 2) Contexto Institucional: Percepción por parte del técnico, de la existencia de problemas de relación, emocionales o de riesgo real para las personas usuarias.
- 3) Encuadre de trabajo: Atribución causal interna y Locus de control interno.
- 4) Nivel de disponibilidad e implicación: Medio/alto nivel de disponibilidad e implicación

Respecto al nivel de intervención del SOTF en los Servicios Sociales Comunitarios, nos situamos en una Prevención Secundaria ya que se canaliza a este Servicio cuando la dificultad ya ha aparecido y puede actuarse ya sea para retardarla y evitar su desarrollo o bien para evitar recidivas. En resumen, hemos ido integrando recursos desde diversas perspectivas teóricas y sobre todo hemos recogido la organización de las diversas prestaciones en el marco de atención a las familias de forma que en el cuadro 2 se presenta la propuesta de situación del SOTF en el contexto de los Servicios Sociales Comunitarios.

Cuadro 2. Propuesta de la inclusión del SOTF en la “Organización de la atención a las familias según niveles de riesgo” (Grimaldi, 2007; Garrido y Grimaldi, 2009).

NIVEL DE RIESGO INFANTIL	RIESGO BAJO	RIESGO INTERMEDIO	RIESGO INTERMEDIO	RIESGO ALTO	RIESGO DES-PROTECCIÓN
Servicio por nivel de intervención	SIOV	CORE	SOTF	ETF	SPM
Nivel de Intervención	Prevención Primaria	Prevención Primaria y Secundaria	Prevención Secundaria o Tratamiento	Prevención Terciaria o Tratamiento	Fiscalización o Coerción
Recursos Humanos	1 Trabajador/a Social	1 Trabajador/a Social 1-2 Educador/es 1 Psicólogo/a	Terapeuta/s Equipo Reflexivo	1 Trabajador Social 1 Educador/a 1 Psicólogo/a	1 Trabajador/a Social 1 Abogado/a 1 Psicólogo/a
Ratios de Población Atendida	Población General. (60 casos por Técnico)	60-100 familias por equipo	30 familias por equipo	30 familias por equipo	Más de 60 familias por equipos
Objetivo Institucional	- Información - Orientación - Cobertura de necesidades básicas - Información en caso de desamparo	- Prevención de riesgo bajo y medio a nivel comunitario y familiar - Información en caso de desamparo	- Tratamiento en caso de riesgo intermedio - Terapia para resolver problemas relacionales: parentales, de pareja, fraternales, intergeneracionales	- Tratamiento en caso de riesgo alto - Reinserción familiar - Información en casos de desamparo	Gestión de casos de desamparo
Actuación profesional	Favorecer el acceso a recursos	Trabajo comunitario grupal y familiar con padres, hijos, profesores, etc.	Orientación y Terapia Familiar	- Terapia, Tratamiento Psicológico, social y educativo con la familia	Toma de decisiones sobre la permanencia del menor en su domicilio

2.2.3. Rentabilidad Social

Desde el punto de vista de la rentabilidad social, cabe señalar que la inversión que se realiza en el trabajo terapéutico con la familia a nivel preventivo, sea primario, secundario o terciario, se multiplicaría a largo plazo en ahorro desde el punto de vista social, educativo, sanitario, desempleo, judicial y en última instancia penitenciario. La utilización de la familia como recurso permite una mejor integración de la problemáticas infanto-juvenil y puede suponer un ahorro de recursos en cuanto a la orientación y psicoterapia individuales, al mismo tiempo que la atención a parejas en conflictos evitaría en muchas ocasiones el alargamiento de procesos judiciales muy costosos.

Así la literatura describe el origen de ciertos problemas o trastornos psicológicos en etapas tempranas del desarrollo, que podrían desembocar en patologías severas en la edad adulta (Jaén y Garrido, 2003); De tal forma que resulta más efectiva la intervención cuanto menos recorrido tenga el curso de dicho problema y menos efectiva a mayor recorrido. Aún cuando desde los Centros de Orientación y Terapia Familiar no puedan resolverse todas las situaciones problemáticas que se den, ni evitar las dificultades por las que tendrá que atravesar la familia dentro del Ciclo Vital normativo, ni impedir que puedan necesitar recursos provenientes del estado (educativos, sanitarios, sociales o incluso judiciales), si establecen garantías para aumentar los recursos personales y la capacidad de las familias para superar mejor las dificultades que se encuentren en el camino.

2.3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR

2.3.1. Objetivo General

El SOTF es un servicio cuyo objetivo general es complementar las intervenciones psicosociales con la familia y/o personas usuarias desde el área de lo relacional, para remover los obstáculos relacionales y de comunicación que dificultan la convivencia familiar y el desarrollo integral de los componentes que la forman, previniendo la cronificación de las situaciones de riesgo en la infancia y adolescencia.

2.3.2. Tipología de Familias

2.3.2.1. La familia y la pareja según el momento del Ciclo Vital (Ríos, 2003)

El ciclo vital son etapas, estadios o fases por las que pasa la familia en su proceso evolutivo. Estas fases vienen determinadas por cada cultura, que define los roles y tareas propias de cada etapa (criterio de elección de la pareja, duración del noviazgo, edad para casarse, el tipo de contrato, el periodo de maternidad, la responsabilidad de la crianza) (Gimeno, A., 1999).

El paso de una etapa a otra suele ir marcado por un suceso relevante. Estas transiciones, que siempre producen cambios, no se resuelven igual en todas las familias (por ejemplo la capacidad de resolución de conflictos o las experiencias previas).

Minuchin y Fishman (1981), consideran a la familia como un sistema vivo, cuyo desarrollo transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. “Hay periodos de equilibrio y adaptación, caracterizados por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes. Y hay también períodos de desequilibrio, originados en la persona o en el contexto. La consecuencia de estos es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes también nuevas.”

Este modelo describe cuatro etapas organizadas en torno al crecimiento de los hijos e hijas:

A. La Formación de la Pareja

El matrimonio o la formación de la pareja supone dar entrada al Sistema Familiar Creado (a partir de ahora SFC); en este momento cada uno de los componentes de la pareja trae al nuevo sistema, valores, creencias y modos de actuar propios de su familia de origen que se han de revisar y comentar, con el fin de llegar a un acuerdo sobre lo que pretenden construir. “El SFC, por tanto, va a surgir como consecuencia de un acuerdo entre los cónyuges, acuerdo que ha de ser lo más explícito posible por cuanto en él van a tener una gran fuerza la presencia y la formulación de reglas de comportamiento que van a diferenciarse de las anteriormente vividas”. (Ríos, 1994). Para él se trata de una tarea compleja en la que intervienen elementos emocionales concretos que precisan de una orientación adecuada cuyos objetivos a atender son los siguientes:

- Conseguir una adaptación de la pareja.
- Establecer unos niveles de comunicación.
- Alcanzar unos cauces de encuentros y contacto.
- Fija unas metas de relación.
- Crear unos confines respecto al SFO de cada componente de la pareja.

B. La familia y las Hijas y los Hijos Pequeños

El nacimiento del primer hijo o hija supone una reorganización del subsistema conyugal. A partir de este momento se constituye el sistema parental, con la creación de nuevas reglas y ejecución de nuevas tareas. Entre ellas destacaríamos la diferenciación clara de los roles parentales/conyugales, la creación de un espacio de intimidad para la pareja, la negociación de tareas y tiempo dedicado a la crianza de la descendencia, las relaciones con el exterior, etc.

Con el nacimiento de nuevos hijos o hijas se reformularán las reglas anteriormente restablecidas. En este momento, aparece el subsistema parental.

C. La Familia con Hijos e Hijas Adolescentes

En esta nueva etapa la familia se enfrenta a nuevos retos, crea nuevas reglas de funcionamiento con el fin de mantener su equilibrio.

La y el hijo adolescente debe forjar su identidad adolescente, tarea que tendrá que realizar solo, y para lo cual la familia puede ayudarle dando respuesta a sus tres necesidades básicas (necesidad de independencia, necesidad de autonomía y afirmación de la originalidad (Ríos, 1994).

D. La Familia con Hijas e Hijos Adultos

La familia vuelve al subsistema conyugal, enfrentándose con nuevas tareas tales como el establecimiento de una nueva relación padres y madres e hijos e hijas como personas adultas, y la creación de nuevas relaciones con sus nietas y nietos y con sus padres y madres.

Algunas y algunos autores han dado a denominar a este periodo “nido vacío”, por el sentimiento de vacío y depresión que normalmente experimentan sobretodo las mujeres que han centrado su vida en el cuidado de los hijos e hijas.

También es un periodo de crecimiento para la pareja que se ve libre de tareas como la crianza de la descendencia, aunque en la actualidad dada la incorporación de la mujer al mercado laboral, se encargan de cuidar a las y los nietos.

Cuando la familia llega a la Tercera Edad se ve ante nuevos requerimientos como es la aceptación y adaptación a la pérdidas: familiares, amigos y amigas, laborales, asociadas a la salud, así como la valoración de los logros alcanzados a lo largo de la vida y la puesta en marcha de nuevas posibilidades.

Según Gimeno (1999) en la actualidad la edad en la que las parejas se casan ha aumentado, retrasándose así la llegada de las y los primeros hijos, se reduce el número de hijos e hijas, se comparten las tareas domésticas y se distribuye entre ambos cónyuges la responsabilidad del aporte económico, las y los hijos en edad adulta permanecerán más tiempo en la familia de origen, se prolonga la etapa de nido vacío y la convivencia de pareja tras la jubilación, los ancianos se acomodan en residencias geriátricas, etc.

2.3.2.2. Contexto Comunitario

Las familias objeto de tratamiento desde el SOTF, en el contexto de Servicios Sociales Comunitarios, pueden ser:

- *Familias en necesidad*

Sistema Familiar afectado por déficit, fundamentalmente en las necesidades energéticas (alimentación, vivienda, salud, etc.). El resto de las necesidades del desarrollo puede presentar un primer grado de riesgo por la situación anterior o estar normalizada en su

cobertura (por el estrés que genera la situación pueden aparecer dificultades relacionales o crisis de adaptación en algún momento del ciclo vital). Estas familias son atendidas desde la prestación de Información Orientación y Valoración o desde la prestación de Atención a Domicilio.

- *Familias en dificultad*

Sistema familiar fragilizado para cubrir las necesidades de desarrollo de sus componentes por limitación o déficit en aspectos fundamentales psico-socio-educativos que suponen un importante riesgo para el desarrollo integral de sus miembros y la adaptación de los mismos. Estas familias son atendidas desde la prestación de Convivencia y Reinserción Social o Atención a Domicilio.

2.3.3. Niveles de Intervención

La forma en que se ha concebido la Terapia Familiar en el contexto de los Servicios Sociales Comunitarios implica que el SOTF desarrolle su trabajo en dos distintos niveles de actuación:

Un primer nivel en el que se trabajaría con familias normalizadas con dificultades principalmente en el proceso de ciclo vital donde se realizarían las intervenciones psicoterapéuticas entre otras, que consisten según Campanini y Luppi (1991) en la “superación de bloqueos evolutivos y la transformación de los modelos rígidos de interacción que pueden ser fuente de patologías graves” (p.210). Es decir, en este tipo de servicio se orientaría por ejemplo a “familias con problemas derivados de las relaciones padres e hijos, relaciones entre los miembros de la pareja, etc. Con el fin de que éstas no se conviertan en situaciones graves de conflictividad en el seno de la familia y que puedan llegar a suponer su ruptura. También se da orientación a los padres sobre los temas relacionados con la educación de los hijos y con las crisis que su crecimiento y evolución pueden crear en el sistema de relaciones familiares” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002).

Un segundo nivel en el que se trabajaría con familias que tienen menores a su cargo y que plantean situaciones de riesgo (moderado y con pronóstico favorable), así como según Colletti y Linares (1997), el que este tipo de servicio posea un contexto primordialmente terapéutico, hace que “pueda ser el más indicado para las familias multiproblemáticas cuando la dependencia crónica está instaurada o cuando hay evidencias de que los recursos asistenciales no mejoran la autonomía de la familia. Demanda una capacidad de intervención compleja para el profesional, que precisa entre otros requisitos, la formación desde una perspectiva relacional que le ayude a conectar elementos dispersos” (p. 143).

2.3.4. Criterios de Inclusión

Los profesionales que desde las distintas prestaciones, contextos asistenciales y/o jurídicos valoren la importancia de intervenir sobre dificultades relacionales con una familia o persona usuaria que, como hemos comentado anteriormente, requiera una

especialización y continuidad que no puedan ofrecer, podrán valorar la idoneidad del recurso para cada caso y su canalización, en función de los criterios de inclusión al SOTF:

- *Pronóstico positivo*: creencia del equipo en referencia a las posibilidades de que se den cambios mínimos que faciliten el cambio más a largo plazo en los sistemas familiares y/o conyugales. Es importante que en la derivación desde otros servicios las y los profesionales puedan verbalizar la confianza en las personas que van a atender a la familia en el SOTF. Al mismo tiempo los componentes del SOTF pueden hablar de los recursos y apoyos que la propia familia ha podido encontrar en los servicios sociales comunitarios. En general se trata de fortificar los lazos del trabajo en red entre los distintos profesionales y elaborar la historia de atención a la familia en los diversos recursos. Se trata de que todas las personas que participan en los sistemas de ayuda queden en una mejor posición y que no se realicen derivaciones que se conviertan en delegaciones que pueda complicar el cambio en las familias.
- *Voluntariedad*: El trabajo en el SOTF siempre presupone voluntariedad. No es un recurso en situaciones de riesgo en las que sea obligatorio acudir a un recurso social por mandato judicial. Normalmente las y los profesionales de los servicios sociales tras una primera valoración aconsejan a las familias la posibilidad de acudir al servicio. En la medida en que este servicio va siendo más conocido por las propias personas usuarias de los servicios sociales, están apareciendo personas que piden la atención en el SOTF directamente.
- *Conciencia de problema y voluntad de cambio*: En el contexto de atención del SOTF las personas que acuden tienen un alto nivel de sufrimiento y cierta voluntad de cambio. Podríamos decir que la idea del cambio suele variar mucho en función del papel del síntoma en los sistemas, pero de una u otra forma existe una cierta conciencia de implicación en los problemas que vive la familia o la pareja.
- *No está en peligro la integridad de la o el menor siempre que se inicie una intervención precoz*. Podríamos decir que no se trabaja con familias en alto riesgo y por esto mismo, la atención a las familias en general no se centra en un trabajo en situaciones de crisis con peligro para las personas, aunque en ocasiones el SOTF puede ser la puerta de entrada para detectar algunas situaciones futuras de riesgo que no habían sido diagnosticadas y en este caso la familia podría pasar a otro equipo especializado (ETF, USMI, entre otros). Siempre que la atención a la y el menor o para algún integrante de la familia, como las mujeres en alto riesgo de sufrir violencia de género, no sería adecuado tratar a la familia en el contexto del SOTF. No es conveniente tratar a las familias en el contexto del SOTF en aquellas ocasiones en los que existan riesgos para algún o alguna menor en situación de desprotección o en situaciones de violencia de género con riesgo elevado para algún componente de la pareja.

- *Disfunción en pautas de comunicación familiar y/o personal.* El trabajo fundamental en el SOTF requiere la creación de un contexto de seguridad para poder trabajar con las pautas de comunicación disfuncional. Siempre que las y los profesionales de los servicios sociales valoren que las disfunciones relacionales de la familia está en la base de los problemas, el tratamiento en el SOFT sería oportuno.
- *Dificultad de la familia para adaptarse a los cambios y las diferentes fases de su ciclo vital.* Los problemas familiares debidos a desajustes en el ciclo vital son muy pertinentes para el trabajo en el SOFT. El trabajo con diversos subsistemas (conyugal, fraternal, familia de origen, entre otros) facilita la comprensión y las posibilidades de cambio de los sistemas familiares. La utilización del genograma familiar y el estudio de los ciclos personales, de la pareja y familiares, es un instrumento muy adecuado para el trabajo con las familias.
- *Medio/Alto nivel de disponibilidad e implicación.* Como todo tratamiento voluntario requiere una buena motivación y disponibilidad para afrontar los requerimientos del contexto de trabajo que se ofrece en el SOTF. Por ejemplo, frecuencia de sesiones, estilo de trabajo, instrumentos de evaluación, requerimientos de grabación-seguimiento y pruebas de valoración del éxito terapéutico.

2.3.5. Descripción del Funcionamiento del Servicio: Asistencia, Docencia e Investigación

La creación del Servicio de Orientación y Terapia Familiar, gracias al Convenio de colaboración entre el Excmo. Ayto. de Sevilla y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla, ha permitido integrar funcionalmente la atención y asistencia de familias en crisis, la docencia y la investigación.

Metodológicamente diferenciamos entre el nivel de asistencia y docencia (formación y supervisión de profesionales), y el nivel de investigación.

La investigación, en este contexto, sobre la conducta y trastornos psicológicos de niños y niñas, jóvenes, personas adultas y sus familias, tiene el objetivo de elevar su calidad de vida y evitar su deterioro. En este sentido, se sirve de distintas herramientas, como el registro de un protocolo de análisis descriptivo de las familias (ver anexo 6. IX), la utilización de pruebas psicológicas (pertinentes al momento, problemática y características de la misma) con el objetivo de evaluar la relación entre la intervención terapéutica y la mejora del funcionamiento autónomo de las familias, y otras destinadas a evaluar tanto los resultados como el proceso de intervención.

Al finalizar el trabajo con la familia, proseguimos con la tarea investigadora empleando un cuestionario de seguimiento (ver anexo 6.X) administrado en principio a los tres meses de la finalización del tratamiento.

Las grabaciones de audio y video, además de ser un instrumento de formación y de

ayuda para el propio trabajo con la familia, son también empleadas como una herramienta de investigación.

Asimismo, entendemos que la administración de distintas pruebas psicológicas es útil no solo para llevar la actividad investigadora, sino también para facilitar a los distintos integrantes de la familia la reflexión sobre su situación y por tanto una actitud de autoconocimiento que puede promover por sí misma cambios.

La práctica terapéutica, la Docencia y Asistencia, se llevan a cabo a través de la metodología (ver Anexo 6.XIV) que propone la técnica del Equipo Reflexivo (Andersen 1994; Garrido y Fernández-Santos 1997).

La modalidad sistémica constructivista del Equipo Reflexivo (ER) fue propuesta por Tom Andersen en 1991 en su obra: "The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues". En 1985 el grupo de Andersen comenzó a dialogar delante de la familia y los resultados fueron muy importantes. La originalidad estuvo en aceptar los movimientos espontáneos que se produjeron ante el estancamiento del tratamiento con una familia a la que estaban atendiendo. El hecho de invertir el proceso de la escucha y tener la posibilidad de oír las reflexiones de las personas "expertas" favoreció el cambio y aportó diversos puntos de vista, tanto para el equipo terapéutico como para la familia.

Para Andersen (1987; 1990; 1991) el ER es "un proceso reflexivo" o "Diálogos sobre los diálogos", una forma de intervención sistémica en psicoterapia que favorece un proceso terapéutico cargado de creatividad y respeto, donde el sistema familiar y el terapéutico aportan nuevas visiones y perspectivas.

Las intervenciones del ER tienen el propósito de influir sobre la sesión en desarrollo, convencidos de servir de ayuda a la familia y a la o el terapeuta, y su beneficio se sustenta en la idea de que la visión de la realidad no es unívoca.

El equipo, bajo la guía de los supervisores del Master de Psicoterapia Relacional, es el mismo para la misma familia durante su proceso terapéutico, favoreciendo así un clima de confianza y colaboración necesarios para el trabajo clínico, que favorece tanto la creación y mantenimiento de la Alianza terapéutica con la familia, como el apoyo profesional.

En cada entrevista, el equipo se forma y atiende a la familia en cinco fases:

A.- Pre-sesión (30 minutos): Se elaboran hipótesis de trabajo y se preparan las entrevistas.

B.- Sesión (40-50 minutos): Se desarrolla la entrevista terapéutica con las personas usuarias y un o una terapeuta. En ocasiones, las entrevistas son realizadas por dos terapeutas (en coterapia).

C.- Intervención del Equipo Reflexivo (5-10 minutos): Los componentes del equipo intervienen, en presencia de la familia, con una amplia gama de técnicas y estrategias terapéuticas que han ido elaborando durante la sesión. Durante la intervención el equipo no interactúa directamente con la familia y la o el terapeuta, facilitando el proceso de

escucha y observación de éstos.

D.- Cierre de la sesión (5-10 minutos): El o la terapeuta retoma la entrevista, llegando a conclusiones y marcando objetivos con la o las personas usuarias.

E.- Post-sesión (30 minutos): El equipo Terapéutico, ya sin las personas usuarias, se reúne para revisar la sesión y elaborar hipótesis de trabajo y objetivos a lograr.

Para Beyebach, (1995) un equipo entrenado de terapeutas de familia con experiencia tiene un gran potencial terapéutico, sobre todo con las que llevan un largo recorrido por los distintos servicios e instituciones. El trabajo en equipo supone una forma diferente de hacer terapia, por la mayor consonancia y disposición a las posibilidades que suponen las aportaciones de los y las miembros del equipo.

De entre las muchas ventajas del uso de la técnica del Equipo Reflexivo en el contexto de la Intervención y Formación en Terapia Familiar de los profesionales (Beyebach, 1995; Garrido, 1997) se podrían nombrar:

Permite un clima de apertura y favorece una relación más igualitaria con los distintos integrantes de la familia, así como con las y los distintos profesionales.

Facilita la organización de los pensamientos de las propias personas que participan, al escuchar y observar los procesos de reflexión del equipo.

Una constante supervisión activa en vivo del proceso, gracias a la implicación de un grupo de profesionales.

Ser una modalidad de trabajo que permite la intervención puntual de las y los terapeutas en formación.

Es un proceso en constante feedback y circularidad.

Permiten introducir otros ritmos en familias poco reflexivas y reactivas.

La posibilidad de observar al sistema terapéutico facilita una implicación de la familia desde una posición más participativa y creativa.

La y el terapeuta cuenta con el respaldo de un grupo de profesionales que le aportan seguridad y le permiten distintos movimientos terapéuticos, renunciando a un poder unipersonal.

El equipo puede reequilibrar la alianza terapéutica, confrontando y/o apoyando a los diferentes integrantes de la familia en función de las líneas de intervención de la o el terapeuta.

Ejerce una acción de contención de las ansiedades de la o el terapeuta y la familia.

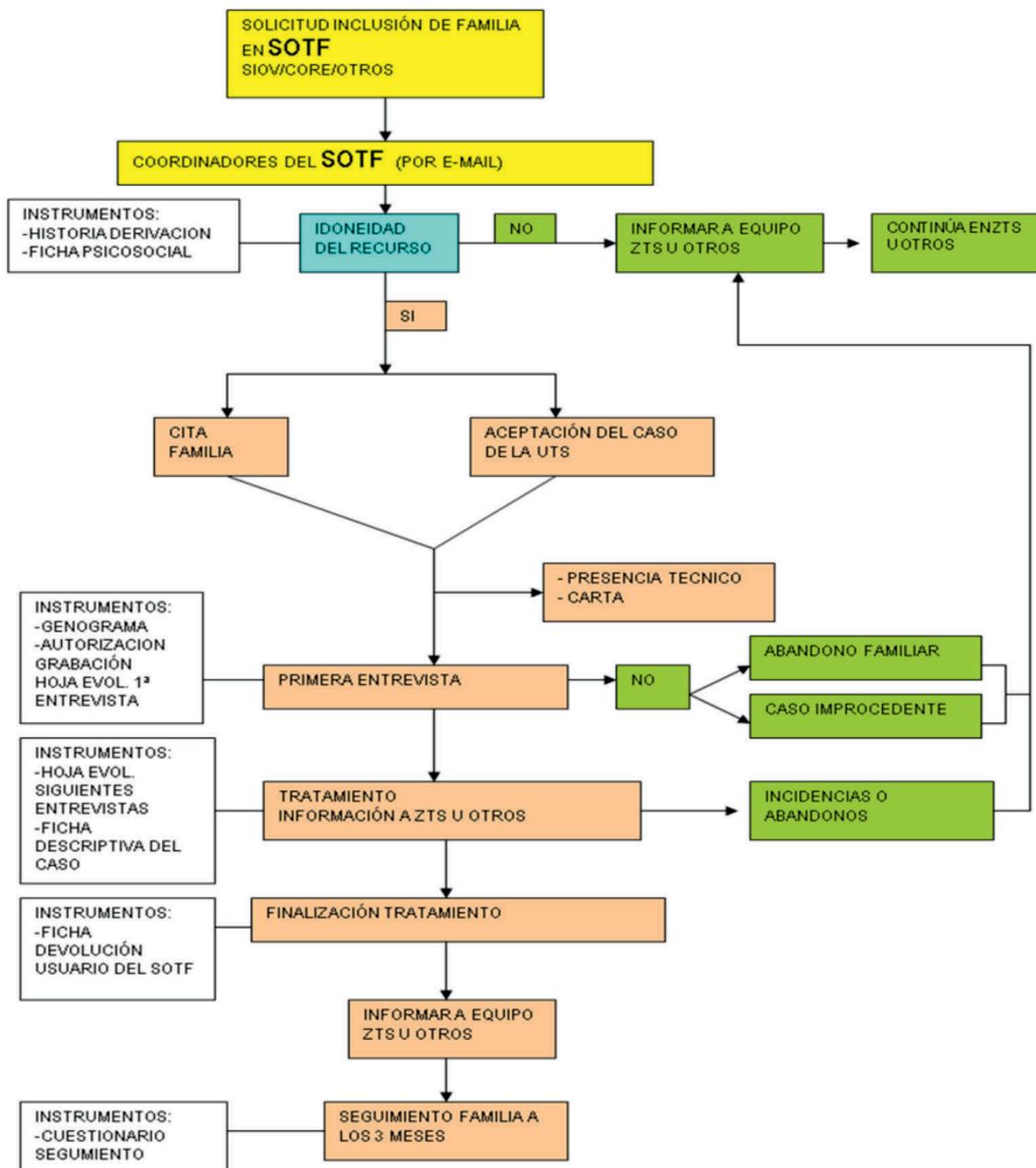
El fomento de la empatía y aceptación de las realidades en las que viven las familias, al crear alternativas con sus reflexiones y al reflejar la propia visión de éstas.

Equilibran las diferencias de género.

El cambio de posiciones que implica pasar de una sala a otra favorece la conciencia del cambio de rol.

Respecto a la forma de trabajo del SOTF en relación al contexto de los Servicios Sociales Comunitarios en el que se enmarca, basándonos en la bibliografía referente a los funcionamientos de los S.O.T.F. y teniendo en cuenta la especificidad del contexto, hemos adaptado unas normas de funcionamiento interno que pasamos a ilustrar a continuación mediante un flujograma (Anexos 6. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X).

Cuadro 3- FLUJOGRAMA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOTF.



La entrada de la familia o persona usuaria en el S.O.T.F. se encuentra actualmente abierta a la solicitud por parte de todos los Centros de Trabajo Social de la ciudad de Sevilla.

El o la profesional perteneciente al servicio del que parta la derivación se pone en contacto con las personas que coordinan el S.O.T.F. planteando la posibilidad de inclusión de la persona o familia en el servicio a través de la cumplimentación de la hoja de derivación y la ficha de datos socio-demográficos (ver anexo 6. III y IV).

Las y los coordinadores se reúnen con el Equipo de Intervención para analizar la demanda y discutir la idoneidad del recurso para la persona o familia en cuestión, consultando las dudas que se generen a el profesional o la profesional que realiza la derivación. A continuación, si efectivamente se confirman las posibilidades de intervención, las y los coordinadores remiten la información sobre el estado de la familia en el SOTF (Tratamiento o Lista de Espera) o por el contrario, si no se confirman las posibilidades de intervención, se informa de la decisión de no incluir a la familia en el servicio argumentando los motivos.

Posteriormente son las y los coordinadores quienes se encargan de contactar con la persona o familia usuaria para darles una primera cita, informando a la entidad derivante. Asimismo, tratan de acordar la fecha para la primera entrevista con el o la profesional referente, invitándoles a participar en ésta con el objetivo de realizar una derivación que incluya a la o el profesional o a las y los profesionales que conocen y han estado trabajando anteriormente con la persona o familia usuaria y que solicitan algún tipo de ayuda para ésta. El objetivo de esta modalidad de derivación que incluye la intervención del ER (del que puede formar parte quien deriva en distintas ocasiones del proceso terapéutico) sería facilitar la colaboración de la familia (necesaria para la intervención psicoterapéutica), por el hecho de recoger la información necesaria en su presencia y las operadoras sociales y los operadores sociales, aclarando sus expectativas y objetivos, resaltando “sus lados fuertes” y convirtiendo a la familia en protagonista de los cambios a través del diálogo. Ante la imposibilidad de la o el profesional de acudir a esta primera cita se le propone la opción de redactar una carta de derivación que incluya los aspectos trabajados con la persona o familia, sus factores de protección y las expectativas de la persona que deriva.

En la primera entrevista se le explica a la persona o familia el funcionamiento y la forma de trabajo en equipo, presentándoles a los miembros del ER. Desde el comienzo se les informa que las entrevistas son grabadas en vídeo y audio, para lo que tienen que dar su consentimiento previo, siendo un material totalmente confidencial y pudiéndose utilizar sólo dentro de ese contexto y con los fines y objetivos que vienen recogidos en el permiso de grabación (ver anexo 6.II)

En esta primera entrevista se comienzan a recoger los datos mediante la ficha descriptiva del caso, y se acuerda comenzar un trabajo con la familia o, bien por decisión del Equipo Terapéutico o por decisión de la familia, se decide no llevar a cabo el tratamiento. En ambos

casos, y también si la familia no acude a esta primera entrevista, las y los coordinadores informan a quien hubiera derivado el caso remitiendo la hoja de evolución de la primera entrevista (ver anexos 6. VI y IX).

A lo largo del proceso de intervención, existe un continuo contacto (feedback) sobre la evolución y las posibles cuestiones que van surgiendo entre los distintos servicios implicados, bien estableciendo reuniones de coordinación, bien telefónicamente o mediante el correo electrónico.

El tratamiento puede finalizar por varios motivos: porque se cumplan los objetivos establecidos al inicio, ya sea por decisión de los técnicos o la familia o por derivación a otro recurso. En todos los casos sería comunicado al equipo del centro responsable y se haría una devolución del trabajo realizado (ver anexo 6. VIII).

A los tres meses de la finalización del tratamiento aproximadamente se realiza un seguimiento a todas las personas usuarias, por parte del S.O.T.F., que hayan pasado por este servicio.

Mencionar en último lugar que siendo este trabajo desarrollado en un espacio fijo al que acuden las personas o familias, también en las ocasiones que el equipo valora la pertinencia y beneficio para la evolución del proceso terapéutico, éste realiza visitas domiciliarias puntuales. En realidad se trataría de sesiones terapéuticas en el domicilio de la familia que por motivos de salud de algún componente de la unidad familiar no pueden acudir al centro, también se planifican sesiones de tratamiento familiar cuando los y las adolescentes en riesgo no quieren acudir al centro.

Conseguir que la familia se encuentre relajada e interactúe de forma natural en su contexto habitual puede resultar tremendamente útil para el diagnóstico y posterior diseño del tratamiento de intervención a poner en marcha con una familia, aunque cabe advertir que la presencia de la o el terapeuta puede generar rigidez y artificialidad en la relación de los componentes de la familia.

En el caso de que sea la o el terapeuta quien proponga la visita, también tendrá que evaluar en qué medida la persona usuaria acepta la propuesta y si conoce realmente los motivos por los que se realiza. Ahora bien, en algunos casos son las mismas personas usuarias quienes proponen las visitas, situaciones en las que resultaría conveniente preguntarse cuál es la motivación para que se lleve a cabo, es decir, si parte de una invitación por parte de ésta la motivación podría venir marcada por la imposibilidad de algún integrante de la familia para acudir al centro de trabajo (personas mayores, personas con movilidad reducida u otras limitaciones similares), una mayor comodidad para abordar cuestiones personales, para que conozca aspectos que son difíciles de explicar con palabras, entre otros. Aunque también cabe plantearse si la invitación está relacionada con la necesidad de conocer cuál es el grado de implicación del profesional con la persona usuaria; por lo

que analizar previamente los motivos por los que se acepta o rechaza la invitación pueden suponer un hito importante en el trabajo terapéutico.

El o la profesional puede ver disminuida su seguridad en un contexto ajeno al laboral, rodeado de sus compañeros o compañeras y herramientas de trabajo habituales (como pueden ser: la sala de terapia, una mesa y sillas, papel, lápices, ordenador, teléfono, grabadora, etc.) por lo que parece importante tener en cuenta una serie de aspectos para alcanzar cierto control sobre la situación:

- Establecer una hora y día adaptada con los ritmos de la familia y anotarlo por escrito junto con las personas que están invitadas a la entrevista, añadir el teléfono para anularla en caso de no poder llevarse a cabo por algún inconveniente, tanto por parte de la familia como de la o el profesional.
- Acudir a la visita junto con un compañero o compañera puede servir para realizar un trabajo más completo, pero también más relajado permitiendo ganar en seguridad personal.
- Planificar el contenido de la entrevista, duración aproximada de la misma, objetivos que se persiguen y la información que resultaría interesante obtener tanto de manera formal como informal. La actitud de la o el profesional resulta decisiva, desde un recurso de apoyo como puede ser el SOTF, resulta conveniente alejarse de una posición “detectivesca o policial”, pero tampoco verse tentado por una relación coloquial de “visita a casa de un amigo o amiga”; Alcanzar un equilibrio intermedio podría pasar por aceptar el papel de invitado o invitada pero marcar el ritmo y objetivos de la sesión mediante la introducción de los puntos a trabajar con cierta autoridad.
- Crear un clima de trabajo en una vivienda pasaría por la elección/propuesta de un espacio tranquilo y aireado de la casa, aislado de ruidos y que permita que todos los integrantes puedan sentirse cómodos, incluyendo a los niños y niñas que agradecen la presencia de juguetes con los que entretenerse en la habitación.

El cierre de la sesión cabría llevarlo a cabo evitando situaciones conflictivas o tensas, y puede ayudar contar con la presencia de una o un compañero o coterapeuta con quien reflexionar antes de finalizar y devolver a la familia las conclusiones de la entrevista, así como los compromisos o tareas adquiridas.

2.3.6. Intervención en Red: Colaboración con los distintos profesionales

La ubicación del S.O.T.F en un centro de servicios sociales específico ha favorecido la relación con las y los profesionales y técnicos que están desarrollando su labor, de tal forma que el contacto y la colaboración son mutuos, así como con las profesionales y los profesionales de otros centros de servicios sociales que han derivado familias.

Mantenemos un continuo diálogo sobre las personas usuarias y se aportan u ofrecen estrategias alternativas a desarrollar en su trabajo. En general, son habituales las consultas recíprocas sobre determinadas personas usuarias y/o situaciones especialmente complicadas, facilitando en algunos casos la asistencia y supervisión de casos a varias y varios profesionales de los distintos Centros de trabajo Social del Ayuntamiento de Sevilla.

En muchas ocasiones es frecuente, como hemos mencionado anteriormente, que las personas que derivan los casos acudan a una primera entrevista y participen como Equipo Reflexivo. De esta forma se facilita una forma de colaboración continua, aunque más adelante a través de entrevistas o llamadas telefónicas se comentan los aspectos más relevantes de la evolución de cada familia. Hay que destacar también que por medio de la participación de los y las profesionales del Ayuntamiento en algunas de las sesiones formativas, se facilita un contexto de trabajo en Equipo en la medida en que se utilizan ejemplos de la práctica diaria de las y los propios profesionales de la psicología, trabajado social y educación de los diversos centros de trabajo social de la ciudad. De forma excepcional algunas y algunos profesionales solicitan supervisión de alguno de los casos al equipo docente del Master de psicoterapia Relacional.

3. ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR

3.1. ¿EN QUÉ CONSISTE EL ESTUDIO?

Muchos han sido las autoras y los autores que desde distintos ámbitos han señalado la importancia del estudio de las características personales del ser humano como criterio para comprender la situación vital del mismo. Las y los sociólogos y ciertos movimientos sociales han destacado que variables como el género y la edad, entre otros, influyen en gran medida no sólo en la forma de vivir las relaciones sino también en cómo se afrontan los problemas y en la forma de reaccionar ante las dificultades. Cada momento evolutivo implica ciertos retos que implican la necesidad de desarrollar determinadas estrategias y habilidades.

Con la aparición de los modelos sistémicos en la intervención psicológica, el problema dejó de ser visto como algo individual, de una sola persona. En este contexto surgirán los distintos Modelos de Intervención Familiar que han permitido profundizar e investigar la estructura de las relaciones familiares y su influencia en el desarrollo y evolución del ser humano. Es decir, la familia ha dejado de ser algo opcional en la intervención para convertirse en sujeto de la misma.

Conocer las características de las familias usuarias, nos ayuda a identificar posibles áreas de conflicto así como a expandir las dificultades más allá de definiciones simplistas, que no resultan útiles a las familias en la búsqueda de soluciones, y así integrarlas en el trabajo terapéutico.

Por otra parte acercarnos a comprender la relación de las personas y familias usuarias con los servicios de atención nos facilita el poder trabajar con sus ideas y expectativas previas respecto al funcionamiento y el tipo de ayuda que desde el SOTF se puede ofrecer, así como nos ayuda en la planificación de las intervenciones familiares en el SOTF, al permitir conocer con cierto detalle el tipo de intervenciones llevadas, con el objeto de no repetir errores previos y conocer qué recursos ya fueron utilizados, así como ofrecer la oportunidad para las familias usuarias de verbalizar aquello que le ha sido útil en otras intervenciones.

Añadir cómo a veces resulta tremendamente útil transmitir a los clientes que existe la posibilidad de ponernos en contacto con otros profesionales, con su permiso, para así contar con una visión más amplia del funcionamiento del sistema familiar.

De este modo, un trabajo en red exigiría canales de comunicación flexibles entre los diferentes profesionales, que puedan informar del trabajo realizado previamente con las familias, los motivos de derivación a otros recursos, factores de protección y riesgo de la misma, así como transmitir la idea de continuidad en el trabajo con las familias, aun cuando las y los profesionales sean diferentes.

Es la calidad de estos canales los que facilitan que las familias sean derivadas a los diferentes recursos de ayuda, y permite que se transmita la demanda de ayuda que hace la familia y también la persona que realiza la derivación. Neuburger (1984) señala que al analizar la demanda se deben tener en cuenta tres características relacionales: el síntoma, el sufrimiento y la alegación. Desde esta perspectiva comprender las demandas de las familias nos ayudará a definir los tipos y el nivel de intervención para cada caso.

Esto cobra importancia sobre todo en los casos en que las dificultades por las que acude una persona a demandar ayuda al centro, no se encuentran en ésta sino en algún familiar que no quiere o no puede recibir ayuda. Desde nuestro enfoque, al trabajar con sistemas, se puede orientar a algún miembro de la familia y proponer otras formas de relación más funcionales sin la necesidad de trabajar con todo el sistema familiar o con la persona que presenta el síntoma.

Según Ríos (1994), para que el funcionamiento de la familia sea adecuado, los límites entre los diferentes subsistemas deben ser claros para permitir a sus integrantes desarrollar sus funciones sin interferencias, pero de una forma flexible, que permita interactuar a los unos con los otros. En este sentido entendemos la importancia de comprender el perfil de los problemas atendidos en cuanto al subsistema en el que se interviene, señalando por adelantado que el trabajo con un subsistema no excluye el trabajo con los demás subsistemas de una misma familia.

Por último creemos que el poder conocer las características y resultados de las intervenciones realizadas, permite comprender la dinámica del trabajo que desde el SOTF se lleva a cabo.

3.1.1. Muestra

La muestra está formada por todas las familias que acudieron al Servicio de Orientación y Terapia Familiar (S.O.T.F.) solicitando ayuda durante el periodo de Noviembre de 2008 a Diciembre de 2010. No se han tenido en cuenta aquellas familias cuya inclusión en el S.O.T.F. era anterior a Noviembre de 2008, aun cuando continuaban en tratamiento durante este periodo.

Entendemos que la atención a la familia comienza desde la recepción de su derivación al SOTF. Son 43 familias las derivadas que se han tenido en cuenta para el estudio de las variables socio demográficas, así como las relacionadas con la demanda y la atención desde los Servicios Sociales.

De las 43 familias atendidas, 2 familias se encontraban en lista de espera, y 41 familias han sido contactadas para una primera entrevista.

Han sido 37 familias las que han acudido a la primera entrevista de contacto con el SOTF, y que se han considerado para el estudio de las variables perfil de los problemas atendidos, y las relacionadas con las características de la intervención. No acudieron 4 familias a esta primera entrevista.

Para el estudio de las variables relacionadas con los resultados de la intervención, de las 37 familias que han acudido a la primera entrevista, con 2 familias no se concretó un plan de intervención y 35 familias iniciaron el tratamiento; de éstas, 6 familias continúan el trabajo iniciado y 29 familias han concluido el tratamiento.

El estudio está finalmente formado por 43 familias, por un total de 121 personas.

3.1.2. Procedimiento

Se trata de un estudio descriptivo realizado durante el año lectivo 2010-2011.

De los distintos instrumentos que se emplean en el SOTF para la recogida de información, han sido utilizados la hoja de derivación, la ficha personal, y la hoja de genograma (ver anexos 6. III, IV, IX), así como otros datos aportados por la entidad que realiza la derivación, para las variables socio demográficas y las relacionadas con la atención de las familias desde los Servicios Sociales. Para las variables relacionadas con la demanda y el proceso terapéutico, se ha recogido los datos empleando el protocolo de estudio descriptivo (ver anexo 6. IX), información que se completa en el desarrollo y finalización de las entrevistas.

Los resultados obtenidos, en base a estos instrumentos, nos permiten agrupar a las familias en 5 áreas de interés por un total de 38 variables y 150 ítems. Las áreas de interés para el estudio corresponden a:

- *Descripción Social de las familias atendidas:* forma de contacto; género y edad de la persona demandante de ayuda; género y edad de la pareja; país de origen; nivel educativo y situación laboral; estado civil, etapa evolutiva de la pareja, número y edad de las y los hijos; sucesos vitales estresantes; y antecedentes de riesgo psicosocial.
- *La familia ante los servicios de ayuda:* atención desde los Servicios Sociales, tratamientos psicológicos anteriores, tratamientos previos en el SOTF, el Sistema de Protección de Menores y Juzgado de menores.
- *Variables de la demanda:* fuente de entrada, vía de derivación, tipo y motivo de la demanda.
- *Perfiles de los problemas relacionales atendidos:* relaciones de pareja, parentales, fraternales, red de apoyo natural y otras relaciones significativas.

- *Características y resultados de la intervención:* primera entrevista de contacto con el S.O.T.F., motivo de no iniciar el proyecto de trabajo, niveles de tratamiento, número total y tipos de entrevistas, número de familiares atendidos, y motivos para finalizar el tratamiento terapéutico.

El análisis de datos se realiza atendiendo a los diferentes instrumentos mencionados y los correspondientes estadísticos, descriptivos y de frecuencia, mediante la utilización del paquete estadístico SPSS.

Mencionar cómo los datos obtenidos se presentan, para determinadas variables, haciendo referencia a los datos alcanzados en años anteriores, concretamente los recogidos en el periodo de septiembre de 2005 a julio de 2006 (ver anexo 6.XII)

3.2. DESCRIPCIÓN DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS

3.2.1. Identificación Social

3.2.1.1. Forma de contacto

En el período de noviembre de 2008 a diciembre de 2010, las familias solicitan los servicios del S.O.T.F., principalmente derivadas desde los Servicios Sociales Comunitarios

Tabla 1.- Forma de Contacto.

FORMA DE CONTACTO	PORCENTAJE
SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS	84,6
OTROS	15,4
TOTAL	100,0

3.2.1.2. La persona demandante de ayuda

Como muestra la tabla 2, es la mujer la que habitualmente más demanda ayuda, siendo los datos similares a los encontrados en otros Servicios y Centros de Orientación Familiar (Vella, 1983; Tonini, 2010), así como en este mismo servicio en años anteriores a este estudio.

Tabla 2.- Género de la persona demandante de ayuda

GÉNERO DEMANDANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	8	18,6
MUJER	35	81,4
TOTAL	43	100,0

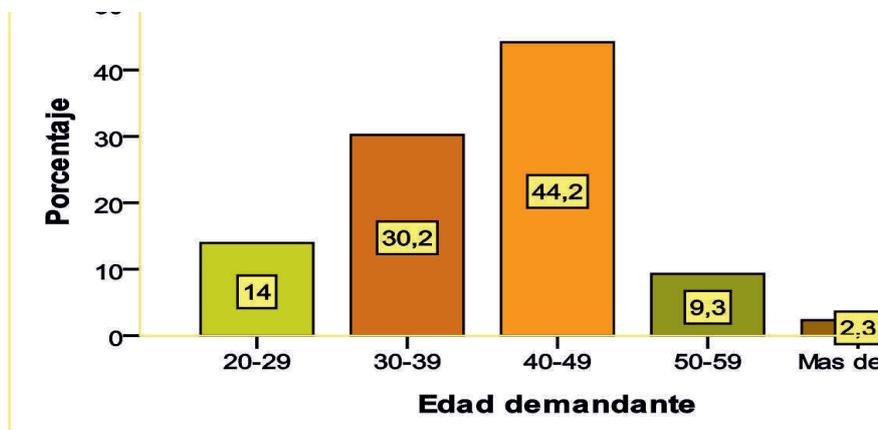
Para el análisis de la variable Edad de las personas demandantes se han categorizado seis valores: 1. menos de 20 años 2. 20-29 años. 3. 30-39 años. 4. 40-49 años. 5. 50-59 años. 6. más de 60 años.

Como muestra la tabla 3, la categoría de personas de edades comprendidas entre los 40-49 representa el mayor porcentaje, correspondiendo los menores porcentajes a las categorías que incluyen a las personas de más de 50 años de edad. En relación a los datos encontrados en años anteriores, señalar el aumento de las categorías que comprenden personas de edades entre los 20 y 49 años, frente a la ausencia de personas menores de 20 años de edad que demanden ayuda.

Tabla 3.- Rango de edad de la persona demandante de ayuda

EDAD DEMANDANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 29	6	14,0
30 - 39	13	30,2
40 - 49	19	44,2
50 - 59	4	9,3
Más de 60	1	2,3
TOTAL	43	100,0

Gráfico 1.-Rango de Edad de la persona demandante de ayuda



3.2.1.3. La pareja de la persona demandante de ayuda

Respecto a la pareja de la persona demandante, en este apartado y en los siguientes, nos referimos sólo a aquellas personas que se hayan implicado de forma directa o indirecta, principalmente cuando ha acudido a alguna sesión del tratamiento. No se tienen en cuenta aquellos casos en los que no participaba en el tratamiento la pareja, estando la persona demandante separada o divorciada, y no siendo el motivo de consulta las relaciones de pareja.

Son 21 las parejas que se han tenido en cuenta en este estudio, bajo este criterio, 17 hombres y 4 mujeres, como muestra la tabla 4.

Tabla 4.-Género de la pareja de la persona que demanda ayuda

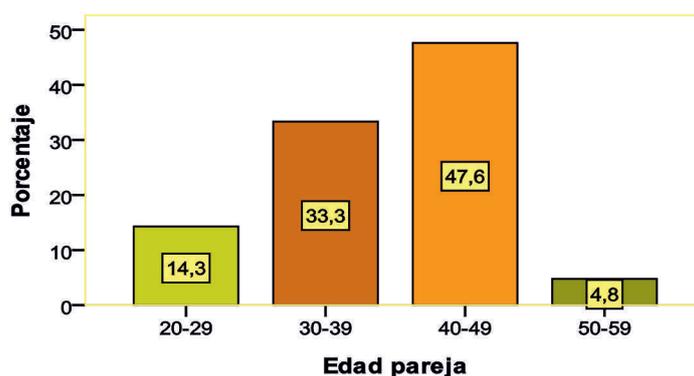
GÉNERO PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	17	81
MUJER	4	19
TOTAL	21	100,0

La tabla 5 muestra cómo el mayor porcentaje pertenece a la categoría de personas de edades comprendidas entre los 40-49 años, y el menor porcentaje a la categoría de personas de edades comprendidas entre los 50-59. Respecto a los datos encontrados en años anteriores, se produce un aumento de las categorías que comprenden personas de edades entre los 30 y 49 años, y una disminución importante de la representación de las personas mayores de 50 años de edad.

Tabla 5.- Rango de edad de la pareja de la persona demandante de ayuda

EDAD PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 29	3	14,3
30 - 39	7	33,3
40 - 49	10	47,6
50 - 59	1	4,8
TOTAL	43	100,0

Gráfico 2.- Rango de edad de la pareja de la persona demandante de ayuda.



3.2.1.4. País de Origen

Respecto al País de origen de las personas que solicitan ayuda, el SOTF comienza a atender a personas extranjeras. En estas dos ocasiones, los países de procedencia de las personas atendidas son Ecuador, Bolivia y Marruecos.

Tabla 6.- País de procedencia de la persona demandante y su pareja

PAIS DE ORIGEN	DEMANDANTE		PAREJA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPAÑA	41	95,3	19	90,5
OTRO	2	4,7	2	9,5
TOTAL	43	100,0	21	100,0

Queremos explicar la importancia de recoger esta variable para el trabajo terapéutico, haciendo referencia a Achotegui (2008) quien defiende la idea de que los procesos migratorios actuales suponen para la persona que emigra distintos niveles de estrés así como distintos duelos (la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia, y los riesgos para la integridad física), que implican procesos de reorganización ante las pérdidas significativas que supone para la persona. En este sentido, desde nuestra experiencia, añadimos la importancia de tener en cuenta también los propios cambios y retos que suponen las diferentes etapas del ciclo vital que atraviesan estas personas y sus familias.

En este sentido la intervención terapéutica obliga a el y la profesional a conocer las consecuencias de los procesos migratorios para las familias e individualmente y a “descentrarse” culturalmente para ofrecer una ayuda respetuosa que facilite el funcionamiento familiar.

3.2.2. Situación Socio-Económica

3.2.2.1 Nivel de estudios

Para el análisis de la variable Nivel de Estudios se han categorizado cuatro valores: 1. Sin estudios 2. Estudios primarios 3. Estudios Secundarios 4. Estudios superiores.

Como se puede apreciar en la tabla 7 los valores se concentran en la categoría de personas con estudios primarios. En comparación con los resultados de años anteriores señalar que se produce un aumento de la categoría estudios primarios, quedando los datos menos repartidos entre las diferentes categorías; así como mencionar la existencia de un porcentaje de personas sin estudios, que no estaban representadas en muestras anteriores.

Tabla 7.- Nivel de estudios de la persona demandante de ayuda y su pareja

NIVEL EDUCATIVO	DEMANDANTE		PAREJA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN ESTUDIOS	5	11,6	1	4,8
PRIMARIOS	27	62,8	17	80,9
SECUNDARIOS	9	20,9	1	4,8
SUPERIORES	2	4,7	2	9,5
TOTAL	43	100,0	21	100,0

Gráfico 3.- Nivel de estudios de la persona demandante de ayuda

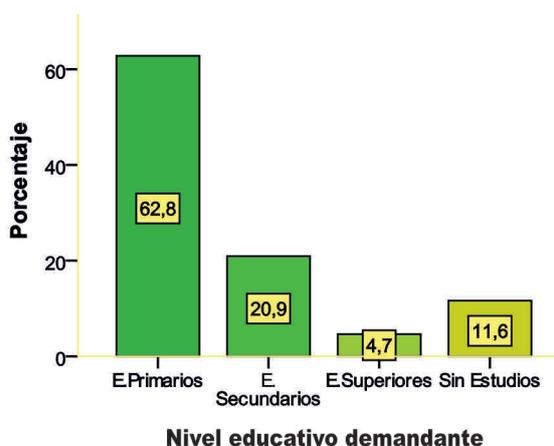
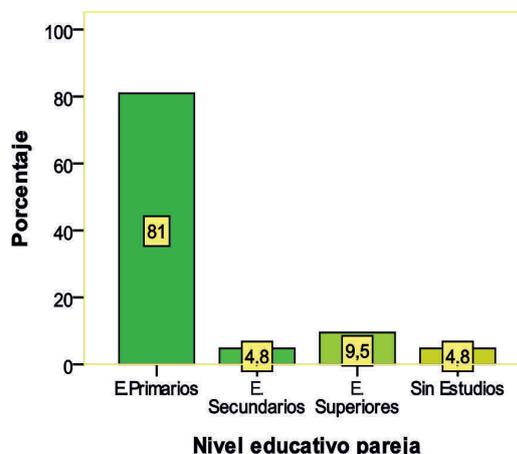


Gráfico 4.- Nivel de estudios de la Pareja



3.2.2.2. Situación laboral.

Para el análisis de la variable Situación laboral se han tenido en cuenta cinco categorías: 1. En activo 2. Trabajo eventual 3. Baja laboral 4. Desempleado o desempleada 5. Jubilado o jubilada, o Pensionista.

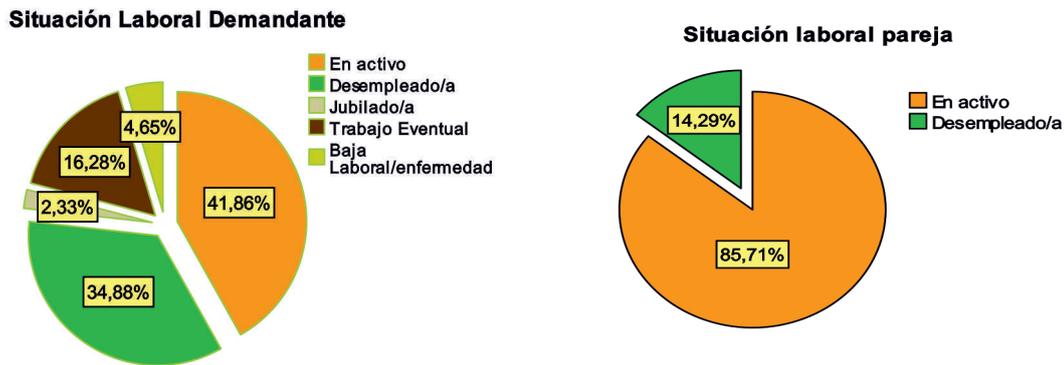
Los datos de la tabla 8 muestran que el mayor porcentaje corresponde a la categoría de personas que se encuentran en activo (referida a la estabilidad laboral en el tiempo) que respecto a años anteriores sufre un aumento, seguido de la categoría de personas en desempleo cuyo porcentaje disminuye en estos dos años. Para poder comparar el porcentaje de las personas demandantes que se encuentran en la categoría de desempleo, habría que tener en cuenta la inclusión en este estudio de una nueva categoría estudiada de personas en situación de baja laboral o por enfermedad, que en años anteriores se incluía en el porcentaje mencionado de personas desempleadas.

Mencionar como en el caso de la pareja de la persona que demanda ayuda, los resultados se distribuyen sólo entre las categorías en activo y desempleado.

Tabla 8.- Situación laboral de la persona demandante y de su pareja

SITUACIÓN LABORAL	DEMANDANTE		PAREJA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EN ACTIVO	18	41,9	18	85,7
TRABAJO EVENTUAL	7	16,3	0	0,0
BAJA LABORAL ENFERMEDAD	2	4,7	0	0,0
DESEMPLEADO/A	15	34,9	3	14,3
JUBILADO/A	1	2,3	0	0,0
TOTAL	43	100,0	21	100,0

Gráfico 5.-Situación laboral persona demandante Gráfico 6.-Situación laboral pareja



Conocer la forma en que estas personas ocupan su tiempo y el tipo de responsabilidades de las que se hacen cargo, así como su situación económica, puede facilitar el conocimiento de los distintos estresores y de los recursos ante los que se pueden encontrar en su vida cotidiana. En este sentido, la inseguridad laboral no sólo puede influir en el desarrollo de problemas en la familia ya que es un estresor importante, sino que esto puede ser el motivo por el que acuden a los Servicios Sociales y con ello tener más presente la posibilidad de pedir ayuda para la solución de sus problemas. Ante estos resultados, en los que el mayor porcentaje pertenece a personas usuarias con empleo, habría que analizar otras variables socio demográficas como la cantidad de ingresos o el estado civil (por ejemplo mujeres separadas o divorciadas que hacen frente solas a la economía familiar) o variables de la demanda como el motivo de consulta, para extraer conclusiones más significativas.

3.2.3. Perfil Socio-Familiar

3.2.3.1. Estado civil

Para el análisis de la variable Estado Civil se han tenido en cuenta seis categorías: 1. Soltero o soltera 2. Pareja de Hecho 3. Casado o casada 4. Separado o separada 5. Divorciado o divorciada 6. Viudo o viuda.

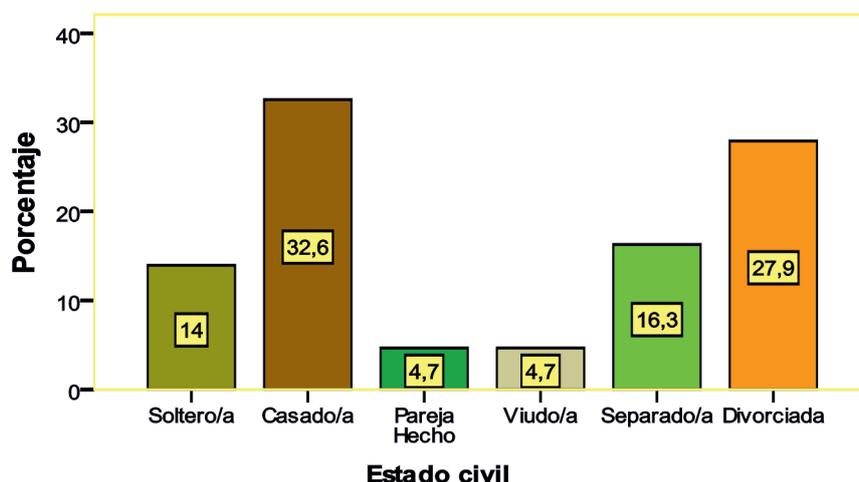
Los datos recogidos sobre la variable Estado Civil, reflejados en la tabla 9, permite hablar de un mayor porcentaje de personas casadas y divorciadas. Respecto a años anteriores, estos datos muestran un aumento en el número de personas solteras y divorciadas, y una disminución del porcentaje de personas casadas y separadas que solicitan ayuda.

Este aumento en el porcentaje de personas solteras (con o sin pareja), cobra mayor relevancia si tenemos en cuenta la inclusión de una nueva categoría Parejas de hecho, en estos dos años de estudio, que era contabilizada dentro de la categoría de personas solteras en años anteriores. Queremos señalar en este sentido cómo en el 75% de los casos, la demanda ayuda de las personas solteras está relacionada con la orientación y ayuda respecto a sus hijo e hijas.

Tabla 9.- Estado civil de las personas usuarias del SOTF

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO/A	6	14
PAREJA DE HECHO	2	4,7
CASADO/A	14	32,6
SEPARADO/A	7	16,3
DIVORCIADO/A	12	27,9
VIUDO/A	2	4,7
TOTAL	43	100

Gráfico 7.- Estado civil de las personas usuarias del SOTF



3.2.3.2. Etapa evolutiva de la pareja

Analizando esta variable pretendemos acercarnos a la situación familiar y de la pareja en la población del S.O.T.F. (en los casos en los que tienen pareja o han tenido en algún momento). Los resultados que presentamos son fruto de analizar 36 casos en los que existía una relación de pareja, eliminando las personas viudas y solteras (sin pareja).

Las alternativas presentadas en la recogida de la información han sido: noviazgo, pareja de hecho, casados, segundas nupcias, separados, divorciados y en proceso de separación.

Al comparar los datos obtenidos, reflejados en la tabla 10, con los datos de años anteriores, se ha observado un aumento en el porcentaje de parejas divorciadas y una disminución en el porcentaje de parejas casadas que demandan ayuda en el SOTF.

Tabla 10.- Situación de la pareja

ETAPA EVOLUTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NOVIAZGO	1	2,8
PAREJA DE HECHO	2	5,6
CASADO/A	12	33,3
SEPARADO/A	7	19,4
DIVORCIADO/A	12	33,3
EN PROCESO DE SEPARACIÓN	2	5,6
TOTAL	36	100,0

El 53% de los casos pertenece a familias en las que el vínculo conyugal había sido disuelto (separación y divorcio). Las dificultades por las que se demanda ayuda en estas familias giran en torno a dos temas fundamentales como la sobrecarga de tareas en la madre (que es la que normalmente tiene la custodia de los hijos e hijas) y los problemas asociados a separaciones no resueltas del todo. En ambos supuestos hemos observado que el hablar de la historia previa de la pareja y poder recuperar aspectos positivos de la misma, es muy útil para potenciar una mejor relación de colaboración como padres y madres, así como el trabajo con las redes de apoyo de estas familias que permitan respiros para la madre que ayuden a los sentimientos de fracaso y de anormalidad de su situación y la de sus hijos e hijas.

Quienes se encontraban en proceso de separación o con la separación muy reciente en el tiempo, realizaban demandas asociadas a situaciones de gran estrés e inestabilidad personal y familiar. Esto ha supuesto que en estas situaciones una de las labores fundamentales sea la de acompañarles en un momento de cambio e inestabilidad, en muchas áreas de sus vidas, y ayudar a que la despedida y la ruptura no supongan un cese en la colaboración como padres y madres, en los casos en que hay descendencia.

En el 47% restante de las parejas, las demandas se relacionan con dificultades de ambos con respecto a sus familias de origen, la educación de las y los hijos, problemas de comunicación, dificultades afectivas, etc. Es decir, las familias en esta situación parecen buscar a través del SOTF formas de recuperar una relación en crisis, siendo fundamental el facilitar la comunicación, el encuentro interpersonal y la expresión de los sentimientos mutuos como punto de partida hacia el cambio en el modo de relacionarse y en la búsqueda de soluciones a sus dificultades.

3.2.3.3. Número y edad de hijos e hijas

La tabla 11 muestra cómo de las familias que demandan ayuda en el SOTF, el mayor porcentaje lo constituyen parejas con hijos e hijas entre los 12 y 18 años

Tabla 11.- Rangos de edad de los hijos e hijas de las familias atendidas

EDAD DE LOS HIJOS/AS / NÚMERO DE FAMILIAS		
RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 0 a 11 años	12	24
De 12 a 18 años	26	52
18 años o más	12	24

En cuanto a la edad de los hijos, cabe señalar la importancia de este dato para el trabajo con familias, que en la mayoría de las ocasiones consultan por cuestiones relacionadas con su educación, dificultades relacionales entre las y los hermanos o sobrecarga de uno de los componentes de la pareja. Asimismo, también muchos problemas suelen surgir cuando los hijos e hijas mayores empiezan a emanciparse, pasando a ocupar un primer plano las dificultades de relación de pareja que durante mucho tiempo han estado ocultas tras la necesidad de dar respuesta a las funciones parentales.

Puesto que no todas las familias atendidas tenían hijos en el mismo rango de edad, es decir, hijos con las mismas necesidades con respecto a los padres, se recoge en la tabla 12 cómo de las 36 familias con descendencia, un porcentaje importante tenía que adaptar las funciones parentales a diferentes momentos del ciclo evolutivo de las y los hijos, es decir, con hijos e hijas en edad escolar, adolescencia y/o adultez; necesidades tan dispares como los problemas de rendimiento escolar, de fobias y aislamiento social temprano, la consolidación de la identidad (propios gustos, intereses, valores y principios), la capacidad de desempeñar un trabajo y relacionarse establemente con una pareja, etc.

Tabla 12.- Clasificación atendiendo a la existencia de uno o más rangos

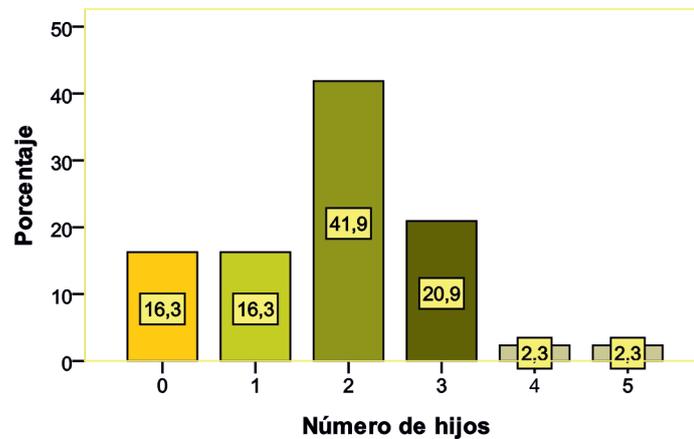
RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UN SOLO RANGO DE EDAD	22	66,1
MÁS DE UN RANGO DE EDAD	14	38,9
TOTAL	36	100,00

En referencia a la variable número de hijos e hijas, en general nos encontramos con familias usuarias con dos o menos hijos. Siendo este dato similar a los encontrados en años anteriores

Tabla 13.- Número de hijos de las familias atendidas

NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	7	16,3
1	7	16,3
2	18	41,9
3	9	20,9
4	1	2,3
5	1	2,3
TOTAL	43	100,0

Gráfico 8.- Número de hijos de las familias atendidas



3.2.4. Sucesos vitales estresantes

Los resultados para esta variable están clasificados según la existencia o ausencia de Sucesos Vitales Estresantes acontecidos en el último año a las personas usuarias y/o a las personas de su entorno cercano. En función de los datos que recoge la tabla 14, vemos que la mayor parte de las personas habían sufrido sucesos vitales estresantes, antes de la demanda de ayuda al SOTF.

Tabla 14.- Clasificación por la presencia de Sucesos Vitales Estresantes

SUCESOS VITALES ESTRESANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	31	72,1
NO	12	27,9
TOTAL	43	100,0

Los sucesos vitales estresantes, definidos en este caso por la presencia de ítems como “Muerte o pérdida de alguien cercano”, “Enfermedad o discapacidad crónica”, “Separación/divorcio”, “Relación conflictiva de pareja”, “Relación conflictiva con hijos”, “Aborto”, “Desempleo”, “Embarazo no deseado”, entre otros, pueden afectar de forma negativa al funcionamiento familiar, por lo que identificar y evaluar su impacto en la familia así como las distintas formas de afrontamiento, por ejemplo a través del Genograma (aporta información sobre fechas críticas, recurrencias de acontecimientos estresantes, sucesos de la vida impactantes, recursos familiares, etc.), es un aspecto que se hace imprescindible para ofrecer ayuda desde este servicio

3.2.5. Antecedentes de Riesgo Psicosocial

Para esta variable, encontramos la presencia de antecedentes de riesgo psicosocial en poco más de la mitad de las personas que demanda ayuda.

Tabla 15.- Existencia de Antecedentes de Riesgo Psicosocial

ANTECEDENTES DE RIESGO PSICOSOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	23	53,5
NO	20	46,5
TOTAL	43	100,0

Los riesgos psicosociales, siguiendo a Guacimara, R. (2006), los entendemos como la carencia de redes familiares y/o sociales, insuficiente organización familiar en torno a los recursos económicos, inestabilidad laboral, falta de control sanitario, desnutrición de las y los menores o absentismo en la escuela entre otros que afectan a la familia, pueden encontrarse en uno o más de sus integrantes, en la familia como un todo o en el medio social más amplio en el que se encuentra inserta. El trabajo terapéutico facilita y promueve que la familia actúe como amortiguador de los riesgos psicosociales, a la vez que trabaja con las dificultades que generan o puedan generar riesgos para sus componentes, repercutiendo en la dinámica y estructura, para evitar que la familia sea un factor de riesgo psicosocial en sí misma.

3.3. LA FAMILIA USUARIA ANTE LOS SERVICIOS DE AYUDA

3.3.1. Atención desde Los Servicios Sociales

El 86% de la muestra había trabajado previamente con otro recurso de la Red de Servicios Sociales; sin embargo un 14% de la muestra era la primera vez que acudía.

Este dato nos indica que se trata de personas que están dentro de la Red de Servicios y esta variable actúa como facilitadora para la petición de ayuda, al reflejar que una mayor parte de la población estudiada mantiene un contacto habitual con los servicios de ayuda que ofrece la comunidad, y les resulta fácil pedir asesoramiento ante la aparición de alguna dificultad a nivel relacional (factor de protección).

3.3.2. Tratamientos psicológicos anteriores

En la mayoría de los casos incluidos en el estudio, las personas que demandan ayuda habían recibido tratamiento psicológico anterior en otro recurso o contexto diferente. Apuntar que en los datos encontrados en años anteriores no se apreciaba grandes diferencias en la ausencia y presencia de esta variable.

Tabla 16.- Existencia de Tratamientos Psicológicos Anteriores

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	30	69,8
NO	13	30,2
TOTAL	43	100,0

En esta línea, resultaría muy beneficioso que el nuevo equipo muestre mucha humildad en las posibilidades de cambio, explorando los tratamientos previos de forma muy respetuosa y tratando de recuperar las buenas intenciones de las y los otros profesionales que han tratado de ayudarles, para facilitar una percepción más ajustada del trabajo en red que les incluya.

3.3.3. Tratamientos previos en el S.O.T.F

Como muestra la tabla 17 existe un menor porcentaje de personas o familias que ya habían acudido anteriormente al SOTF para resolver alguna dificultad.

Tabla 17.- Existencia de Tratamiento anterior en el SOTF

TRATAMIENTO ANTERIOR SOTF	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	3	7
NO	40	93
TOTAL	43	100,0

El primer contacto, que establece las bases de la relación terapéutica y define en varios aspectos el tratamiento posterior (influyendo en gran medida en el desarrollo del mismo), supone en los casos en los que la persona o familia acude por primera vez al SOTF la explicación de la forma de funcionamiento y la negociación del contrato de trabajo, mientras que en los casos en los que no acuden por primera vez a este servicio, el trabajo además implica el abordaje de las expectativas que traen en función de cómo les fue el tratamiento anterior. Es interesante conocer que, pese a ser nuestro formato de trabajo bastante innovador y que puede presentar ciertas reticencias por parte de las familias usuarias, el porcentaje de las sesiones es de una media de siete, lo cual nos plantea que es un formato que, aunque puede “sorprender” al principio, se sienten motivados a seguir el tratamiento.

3.3.4. Sistema de Protección de menores y Juzgados de menores.

Los datos obtenidos para esta variable, y reflejados en la tabla 18 aportan como la menor parte de las y los 79 menores que han pasado por este recurso tenían algún tipo de medida de Protección, aunque el motivo de la derivación no correspondiera al momento en el que se llevaran a cabo tales medidas. Este dato es similar a los casos en los que ha existido algún contacto con el Juzgado de Menores (no existiendo en ninguno de los casos Medidas de Reforma como consecuencia), activando según el protocolo de actuación establecido, las medidas de protección oportunas y la derivación al recurso que más se adapte a las necesidades de la y el menor y su familia.

Tabla 18.- Familias atendidas en el SPM y Juzgados de Menores

SPM Y JUZGADO DE MENORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	11	25,6
NO	22	74,4
TOTAL	43	100,0

En el caso de este recurso, señalar se han llevado a cabo actuaciones complementarias en múltiples casos de violencia ascendente, es decir, cometida por parte de los hijos e hijas hacia los padres y madres, como forma de prevenir el aumento de una dinámica de violencia más peligrosa tanto para los progenitores como para las y los menores.

3.4. VARIABLES DE LA DEMANDA

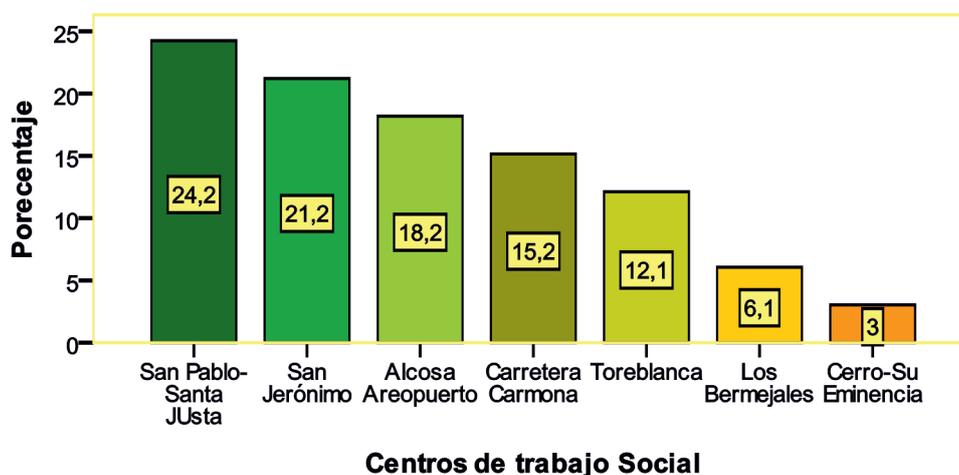
3.4.1. Fuente de la demanda

Encontramos, como recoge la tabla 19 que las familias son derivadas desde siete diferentes Centros de Trabajo Social de Sevilla, situándose en primer lugar San Pablo-Santa Justa. Al comparar estos resultados con años anteriores, se aprecia que continúa aumentando el porcentaje de demanda desde los distintos Centros de Trabajo Social de Sevilla y disminuyendo las diferencias entre ellas

Tabla 19.- Centros de Trabajo Social que derivan al SOTF

CENTRO DE TRABAJO SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SAN PABLO - SANTA JUSTA	8	24,2
SAN JERÓNIMO	7	21,2
ALCOSA-AEROPUERTO	6	18,2
CARRETERA CARMONA	5	15,2
TORREBLANCA	4	12,1
CERRO - SU EMINENCIA	1	3,0
LOS BERMEJALES	2	6,1
TOTAL	33	100,0

Gráfico 9.- Centros de Trabajo Social que derivan al SOTF



Entendemos que los datos nos indican que el S.O.T.F. se va vislumbrando ya como un recurso complementario a la red de Servicios Sociales y Municipales.

3.4.2. Vía de derivación al S.O.T.F.

La variable Vías de derivación al SOTF, ha sido clasificada en cinco categorías:

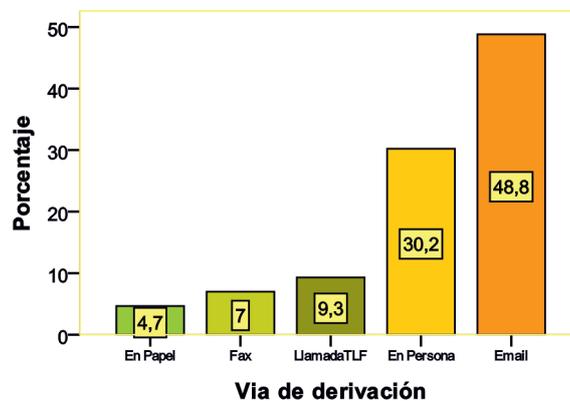
1. En persona, 2. Llamada telefónica 3. En papel 4. Correo electrónico 5. Fax.

En la tabla 21 se observa que las principales vías de derivación han sido el correo electrónico y la transmisión oral en persona de la demanda de ayuda al SOTF.

Tabla 20.-Vías de derivación al SOTF

VÍAS DE DERIVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EN PERSONA	13	30,2
EN PAPEL	2	4,7
LLAMADA TELEFÓNICA	4	9,3
FAX	3	7,0
CORREO ELECTRÓNICO	21	48,8
TOTAL	43	100,0

Gráfico 10.- Vía de derivación al SOTF



Resaltar que durante el periodo que recoge el estudio se ha implantado como vía imprescindible de derivación, y solicitud de inclusión de las familias en el SOTF el correo electrónico, que dada la comodidad que presenta para compaginar los tiempos de trabajo de las y los diferentes profesionales, supone la mitad de los casos derivados.

3.4.3. Tipo de demanda

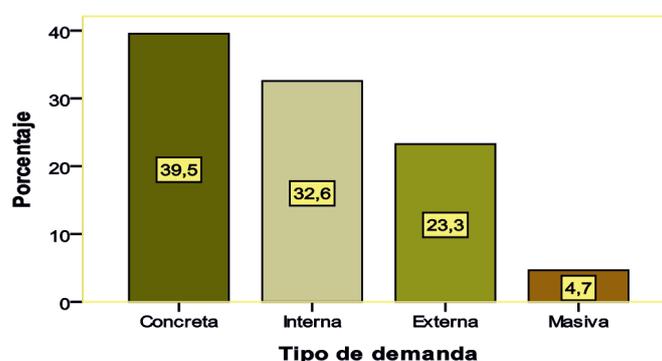
Son cinco tipos fundamentales de demanda para esta variable: 1. Mínima 2. Externa al sistema 3. Masiva 4. Concreta 5. Interna al sistema.

Encontramos que un mayor porcentaje de demandas de tipo concreta realizadas al SOTF, así como de tipo interna. Las demandas externas disminuyen respecto a años anteriores.

Tabla 21.- Clasificación según tipo de demanda que realizan las familias

TIPO DE DEMANDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONCRETA	17	39,5
INTERNA	14	32,6
EXTERNA	10	23,5
MASIVA	2	4,7
TOTAL	43	100,0

Gráfico 11 .- Clasificación según tipo de demanda que realizan las familias



De las demandas recibidas, el mayor porcentaje corresponde a situaciones familiares donde es la misma persona quien demanda la ayuda, sufre y presenta los síntomas (Concreta); seguido por aquellas en las que se presenta el síntoma y sufrimiento en una persona del sistema familiar diferente a otra persona del interior del sistema que hace la demanda (Interna); luego las situaciones en la que la demanda no llega directamente a través de los depositarios del sufrimiento sino a través de personas externas al mismo (Externa); y por último las situaciones familiares en las que el que sufre, el que tiene el síntoma y el que realiza la demanda son diferentes personas (Masiva).

Estos datos, respecto a años anteriores, pueden representar que tanto con los filtros como con el procedimiento de entrada, se está consiguiendo que las personas que demandan ayuda al servicio tengan más conciencia de necesitar ayuda cuando llegan a este recurso.

3.4.4. Motivo de la demanda

Para la clasificación de esta variable se han tenido en cuenta cinco categorías, en función del nivel relacional en el que se sitúan las dificultades y la demanda de orientación: individual, en la pareja, en el momento de la disolución de la pareja, familiar, y otros.

Como se aprecia en la tabla 22 la mayor parte de las demandas recibidas se sitúan a nivel familiar. Estos datos coinciden con los de años anteriores.

Tabla 22.- Clasificación atendiendo al Motivo de la Demanda al SOTF

MOTIVO DE DEMANDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDIVIDUAL	8	18,6
PAREJA	3	7,0
DISOLUCIÓN PAREJA	4	9,3
FAMILIAR	26	60,5
OTROS	2	4,7
TOTAL	43	100,0

Este mayor porcentaje de personas usuarias que acuden al centro solicitando Orientación Familiar, relacionada con algún miembro de la misma, con dificultades relacionales o con respecto a la educación de sus hijos e hijas, podría implicar como al formar una familia, cualquier dificultad en alguno de los subsistemas (filial, parental, conyugal) puede influir en los demás y es influido por éste, de modo que la petición más común es orientar a la familia para hacer frente a estas dificultades. Normalmente está relacionado con la orientación respecto a las y los hijos, en la adolescencia, y estos cambios suelen crear algunas dificultades a los padres. También son frecuentes las familias cuyos progenitores no conviven juntos, y que acuden al SOTF preocupados la necesidad de ajustarse en un plano diferente al relacional de pareja.

En segundo lugar, estaría la consulta por una dificultad que al principio de la intervención se enmarcaría dentro de la categoría individual, que en ocasiones se transforma en una demanda de tipo familiar o de pareja y se continúa trabajando las dificultades relacionales de la persona dentro del ámbito familia o de la pareja.

Señalamos, en los casos en los que se realizan demandas de orientación a la pareja y durante la disolución de la misma, por su frecuencia, problemáticas relacionadas con el abuso de alcohol, la violencia y maltrato, problemáticas de las y los hijos adolescentes, procesos de separación y divorcio traumáticos, están en la mayoría de las veces ligados a las cuestiones de pareja.

La tabla 23 recoge cómo del 60% que solicita orientación familiar nos encontramos que generalmente tienen más de un motivo de consulta, solicitando sólo orientación respecto a algún componente de la familia, y en mayor porcentaje orientación respecto a alguna o alguno de sus hijos (problemas de conducta, enfermedad física o psíquica, etc.).

Tabla 23.- Situación del Motivo de la Demanda dentro del Sistema Familiar

DEMANDA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ORIENTACIÓN A HIJOS	20	76,9
MIEMBRO FAMILIAR	6	23,1
TOTAL	26	100,0

3.5. PERFILES DE LOS PROBLEMAS RELACIONALES ATENDIDOS

3.5.1. Relaciones de Pareja

En algo menos de la mitad de las personas y familias usuarias se han abordado cuestiones propias de la pareja.

Tabla 24.- Perfil de los problemas atendidos. Relaciones de Pareja

RELACIONES DE PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	17	45,9
NO	20	54,1
TOTAL	37	100,0

Entre las cuestiones tratadas están la violencia, la orientación para la separación, la infidelidad conyugal o los problemas psicosexuales, entre otros. Así mismo se han abordado estrategias para establecer los límites dentro del subsistema de pareja como por ejemplo que padres y madres, hermanos y hermanas, y el resto de la familia de origen no entren constantemente en sus decisiones de pareja, sin que esto suponga un exceso de hermetismo con el “mundo exterior” que los sobrecargue.

Como objetivos de intervención se han establecido:

- Fortalecer la reciprocidad en la pareja.
- Establecer una comunicación funcional y eficaz.
- Cuidar espacios de encuentro.
- Mantener relaciones funcionales con las familias de origen.
- Custodiar el tiempo “de pareja” y “familiar”

3.5.2. Relaciones Parentales

Como se aprecia en la tabla 25, en un alto porcentaje de personas y familias atendidas se han abordado cuestiones vinculadas con las relaciones parentales.

Tabla 25.- Perfil de los problemas Atendidos. Relaciones Parentales

RELACIONES PARENTALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	26	70,3
NO	11	29,7
TOTAL	37	100,0

Se han abordado cuestiones relacionadas sobretodo con la violencia de hijos a padres y madres, asociadas con historias pasadas de violencia de género y con los modelos relacionales y de comunicación que los padres y madres mantienen en el núcleo familiar con sus hijos e hijas. También cuestiones que tienen que ver con la llegada de las y los hijos a la adolescencia donde surge la necesidad de crecer y ganar en autonomía e independencia y por otra parte mostrar dificultades para asumir responsabilidades acorde a este nuevo rol. En relación al establecimiento de límites, cabe reflejar algunos como no permitir que ninguna y ninguno de los hijos realicen funciones propias de cada componente de la pareja, ni en la presencia ni ausencia de los padres y madres, o incluso que uno de los progenitores se erija como figura de máxima autoridad por encima del otro progenitor, pues estaría asumiendo una responsabilidad que deshabilita y podría degenerar en una sobrecarga en exceso.

3.5.3. Relaciones Fraternales

La tabla 26 muestra cómo también en bastantes ocasiones se han abordado cuestiones relativas al subsistema de las y los hermanos.

Tabla 26.- Perfil de los Problemas Atendidos. Relaciones Fraternales

RELACIONES FRATERNALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	14	37,8
NO	23	62,2
TOTAL	37	100,0

Estas dificultades estarían vinculadas al hecho de necesitar a los padres y las madres para regular las relaciones entre ellas y ellos y no saber poner en marcha otras facetas de su relación como hermanos y hermanas para solucionar sus conflictos, que luego les valdrán para utilizarlas con sus iguales. O también, por ejemplo, no aceptar la posición superior de una o un hermano del que aprender dada su experiencia

3.5.4. Red de Apoyo Natural

En menores ocasiones las cuestiones tratadas han estado relacionadas con el trabajo con la red de apoyo natural de las familias.

Tabla 27.- Perfil de los Problemas Atendidos. Red de Apoyo

RED DE APOYO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	9	24,3
NO	28	75,7
TOTAL	37	100,0

Comentamos cómo en estos casos se ha trabajado con dificultades para establecer o mantener una red de apoyo natural que funcione como factor de protección natural, es decir, cuidar de la salud de las relaciones con la familia de origen, de las relaciones sociales de amistad, así como vecinos de la zona o barrio donde residan.

3.5.5. Otras relaciones significativas

En un 16% del total de los usuarios, En una menor proporción se han tratado problemas relacionales que no podrían clasificarse dentro de ninguno de los niveles anteriores, como por ejemplo dificultades laborales.

Tabla 28.- Perfil de los Problemas Atendidos. Otras relaciones

OTRAS RELACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	6	16,2
NO	31	83,8
TOTAL	37	100,0

3.6. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

3.6.1. Primera entrevista de contacto con el S.O.T.F.

Tan sólo pequeño porcentaje de las 41 familias, como se aprecia en la tabla 29, no acudieron a la primera entrevista a la que fueron citados.

Tabla 29.- Clasificación por la Asistencia a la primera Entrevista

PRIMERA ENTREVISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	37	90,2
NO	4	9,8
TOTAL	41	100,0

Una vez que las familias participan en la primera entrevista de contacto con el S.O.T.F. y se ha valorado junto con la familia la idoneidad de comenzar un trabajo de intervención terapéutica, en función de las necesidades que éstas plantean y las posibilidades de acción del recurso, se establece la fecha de la siguiente entrevista, así como un plan de trabajo inicial.

3.6.2. Motivo de no iniciar proyecto de trabajo

No todas las familias que han acudido a la primera entrevista de contacto con el S.O.T.F. han iniciado un tratamiento terapéutico con el Equipo de Intervención.

Dos podían ser los motivos:

- 1.- Por no cumplir los requisitos/criterios de trabajo desde el S.O.T.F.
- 2.- Por decisión propia de la familia o persona usuaria.

De total de familias atendidas el trabajo terapéutico no se inició en una ocasión por decisión del S.O.T.F al considerar que no era el recurso adecuado, y en otra por decisión de la familia que explicitó no necesitar la ayuda que desde el servicio se le ofrecía.

Tabla 30.- Clasificación atendiendo al Motivo de no iniciar tratamiento

MOTIVO POR NO TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOTF	1	50,0
USUARIO/A	1	50,0
TOTAL	2	100,0

3.6.3. Niveles de Tratamiento

En la tabla 31 se observa cómo el mayor porcentaje de los casos se corresponde con el trabajo de primer nivel. Mencionar que las diferencias que existían entre estas dos categorías en años anteriores han ido disminuyendo.

Tabla 31.- Niveles de Intervención

NIVEL DE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL 1	20	57,1
NIVEL 2	15	42,9
TOTAL	35	100,0

Estos datos indican que en el S.O.T.F. se trabaja con familias normalizadas con dificultades principalmente en el proceso vital, y también, aunque en menor medida, con un número importante de familias con menores a su cargo y que plantean situaciones de riesgo moderadas, con buen pronóstico y disposición hacia el cambio por parte de la familia.

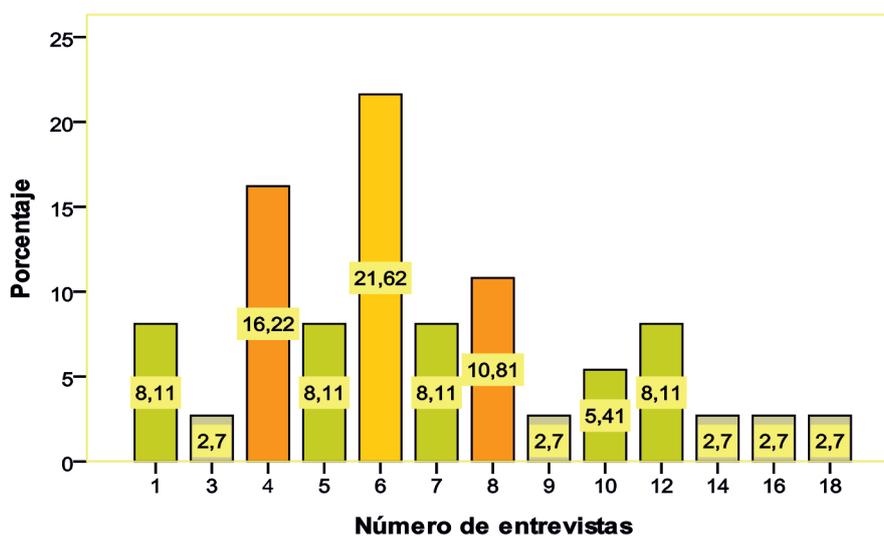
3.6.4. Número total y tipo de entrevistas

Las familias atendidas han asistido a una media de 7 entrevistas. En total han sido 251 entrevistas las que se han tenido en este periodo.

Tabla 32.- Número de entrevistas realizadas con las familias

NÚMERO DE ENTREVISTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	8,1
3	1	2,7
4	6	16,2
5	3	8,1
6	8	21,6
7	3	8,1
8	4	10,8
9	1	2,7
10	2	5,4
12	3	8,1
14	1	2,7
16	1	2,7
18	1	2,7
TOTAL	37	100,0

Gráfico 12.- Número de entrevistas realizadas con las familias

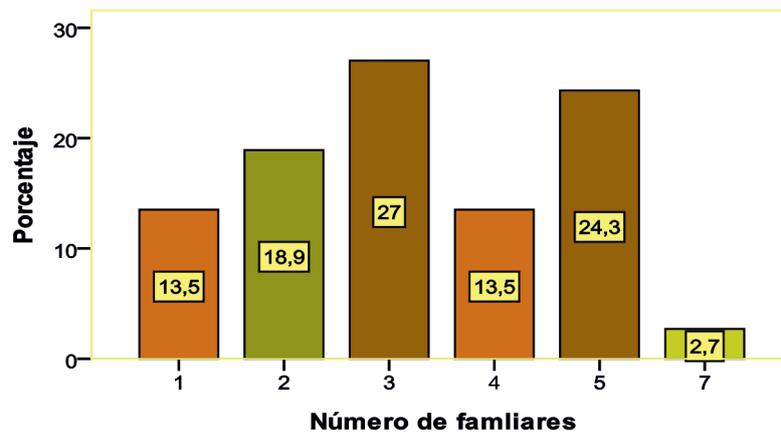


De las 37 familias que han acudido a la primera entrevista, han sido atendidas 121 personas, y han participado una media de 3 familiares por caso. Señalamos como en la tabla 33 se observa un porcentaje alto de casos en los que acuden 3 y 5 familiares a las entrevistas.

Tabla 33.- Presencia o Número de familiares en las sesiones.

NÚMERO DE FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	5	13,5
2	7	18,4
3	10	27
4	5	13,5
5	9	24,3
7	1	2,7
TOTAL	37	100,0

Gráfico 13.- Presencia o Número de familiares en las sesiones

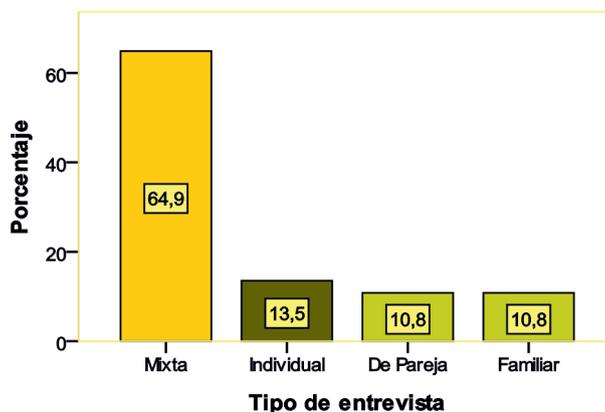


La clasificación utilizada para los tipos de entrevistas según cada caso, ha sido: individual, parejas, familia, y mixto. La tabla 34 muestra como en más de la mitad de las familias que han tenido contacto con el SOTF se han llevado a cabo entrevistas de tipo mixto.

Tabla 34.- Tipo de entrevistas realizadas

TIPO DE ENTREVISTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INDIVIDUAL	5	13,5
FAMILIAR	4	10,8
DE PAREJA	4	10,8
MIXTA	24	64,9
TOTAL	37	100,0

Gráfico 14.- Tipo de entrevistas realizadas



Estos datos reflejan como son muchas las ocasiones en las que el trabajo con una misma familia implica dos o más tipos de entrevistas, individuales (no solo de las personas demandantes de la ayuda, sino también de distintos integrantes de la familia) y/o familiares y/o de parejas, complementándose entre sí. Si observamos el tipo de orientación que se demanda, la mayor parte es familiar o de pareja.

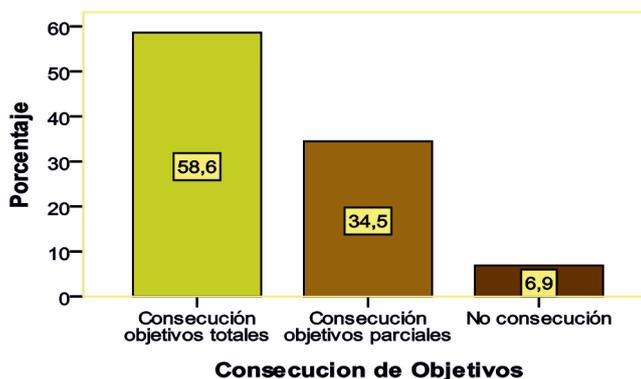
3.6.5. Motivo para finalizar el tratamiento terapéutico

La variable motivo para finalizar un tratamiento puede tener tres valores: Consecución de Objetivos totales, consecución de objetivos parciales y no consecución de objetivos. Se observa, en la tabla 35, que el motivo para finalizar el tratamiento terapéutico con las familias es la consecución de los objetivos acordados, en mayor parte de forma total.

Tabla 35.- Motivo de Finalización del Tratamiento

MOTIVO FINALIZACIÓN TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSECUCCIÓN OBJETIVOS TOTALES	17	58,6
CONSECUCCIÓN OBJETIVOS PARCIALES	10	34,5
NO CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS	2	6,9
TOTAL	29	100,0

Gráfico 15.- Motivo de Finalización del Tratamiento



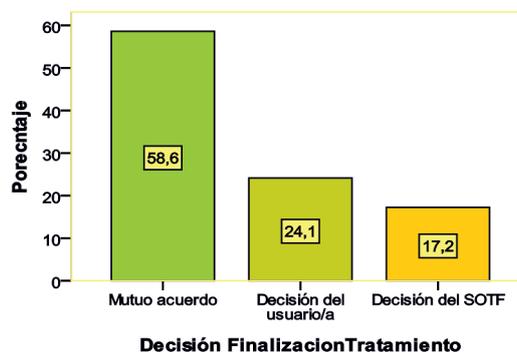
En los casos en los que se finaliza el tratamiento habiendo alcanzado objetivos parciales, las familias hicieron avances en cuanto a los propósitos por los que demandaron ayuda, alcanzándose en parte los objetivos acordados entre la familia y el Equipo Terapéutico, y por diferentes motivos no han podido culminar el trabajo, como dificultades para acudir en los horarios de actividad del servicio, periodo estival y búsqueda de un recurso alternativo, derivación a un recurso más adecuado durante la intervención, entre otros.

Atendiendo a quién decide finalizar el tratamiento, de las 29 familias que han concluido el tratamiento terapéutico, en más de la mitad se ha cerrado de mutuo acuerdo entre la familia y el Equipo de Intervención.

Tabla 36.- Decisión de Finalizar el Tratamiento

DECISIÓN FINALIZAR TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUTUO ACUERDO	17	58,6
DECISIÓN USUARIOS/AS	7	24,1
DECISIÓN DEL SOTF	5	17,2
TOTAL	29	100,0

Gráfico 16.- Decisión de Finalizar el Tratamiento



En los casos en los que se ha concluido la intervención exclusivamente por decisión de la persona o familia usuaria volvemos a señalar las dificultades para acudir en los horarios de actividad del SOTF así como la búsqueda por parte de la familia de un nuevo recurso durante el período estival. Se ha concluido la intervención exclusivamente por decisión del SOTF, dada la no disponibilidad, falta de motivación o derivación de la familia a otro recurso, durante el desarrollo del tratamiento.

Nos resulta importante apuntar que en estos casos en los que las y los usuarios deciden dejar de asistir, al haber tenido algunas sesiones, ya se ha comenzado un trabajo terapéutico que en muchos casos se decide continuar por su cuenta, e incluso permite la opción de volver en otra ocasión.

4. CONCLUSIONES

Vamos a presentar las conclusiones en tres bloques específicos para facilitar su exposición:

1.- Necesidades que se atienden en el servicio

a) Perfil de las personas que solicitan ayuda:

De los resultados obtenidos podemos ofrecer un perfil general sobre la problemática y características de las personas usuarias del S.O.T.F: se trataría de una mujer que demanda ayuda, casada entre 40 y 49 años de edad, con un nivel de estudios primarios, con empleo, que ha recibido tratamiento psicológico anterior y que mantiene contacto con la red de Servicios Sociales. La pareja de esta persona sería un varón entre 40 y 49 años, con un nivel de estudios primarios, con empleo y sin antecedentes psicológicos previos ni tratamientos anteriores. La familia tendría dos hijos con edades comprendidas entre los 12 y 18 años.

Llama la atención que cada vez con más frecuencia solicitan ayuda personas que tienen empleo y situaciones normalizadas, que tienen conciencia de dificultades relacionales en el núcleo familiar. En este sentido podemos ir viendo cómo la puerta de entrada a los Servicios Sociales Comunitarios desde las situaciones de carencia económica y de vivienda está siendo complementada por un sector de la población que tiene necesidades diversas. Cabe también destacar cómo va en aumento la necesidad de atender a familias emigrantes. Es importante por último señalar que gran parte de las familias que solicitan ayuda han sufrido sucesos vitales estresantes en los últimos años. Las relaciones conflictivas con la pareja y con los hijos y las hijas, como preocupación y queja principal de la mujeres solas que piden ayuda, requiere con más frecuencia la inclusión en las sesiones familiares de los varones a cargo de hijos/as. Esto se ha convertido un reto importante para evitar los sesgos de género que en ocasiones se dan en estos contextos.

b) Perfil de la demanda:

En cuanto al perfil de la demanda, tenemos que destacar que la puerta de entrada básica para el S.O.T.F serían los Servicios Sociales Comunitarios, y en líneas generales la demanda es en la mayor parte de los casos de tipo concreta, es decir la persona que consulta es la que sufre, la que pide ayuda y la que tiene el síntoma. El motivo fundamental de consulta sería la necesidad de orientación y terapia familiar sobre todo en relación a los hijos y las hijas. Es muy frecuente que los aspectos más consultados tengan que ver con las siguientes demandas:

- Cómo comunicarse con la pareja y desarrollar la propia autoestima.
- Cómo mantener a los hijos e hijas al margen de los problemas de pareja.
- Dificultades en la relación y educación de los hijos e hijas adolescentes.
- Responsabilidades como padres y madres.
- Afrontar los cambios que se producen en el ciclo vital.
- Dificultades de relación entre madres y padres separados, y su comunicación disfuncional a través de los hijos e hijas.

- Cómo afecta a las y los hijos la separación de los padres y madres.
- Sentimientos de culpabilidad durante la separación de la pareja.
- Elaboración del duelo ante los procesos de separación y divorcio.
- Cómo afecta la enfermedad crónica de un hijo o hija al sistema familiar.
- Cómo afecta la discapacidad física o sensorial de un componente al sistema familiar
- ¿Quién se responsabiliza de la enfermedad crónica?

Reestructurar un sistema familiar y conyugal donde aparece una enfermedad crónica: relaciones, desarrollo y estabilidad.

Preocupación de los padres y madres ante cambios de conducta de las y los hijos.

Estrategias de afrontamiento ante situaciones conflictivas: abuso de alcohol por parte de la pareja, violencia y maltrato, problemáticas de las y los adolescentes, procesos de separación y divorcio traumáticos, violencia filio-parental, etc.

En los últimos años de la atención ofertada por el S.O.T.T, se observa un aumento de peticiones de mujeres solas, así como de casos en los que se da violencia filio-parental en muchas ocasiones sustentada en historias de violencia de género. El creciente número de menores que han sido o están siendo tratados en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil por problemas de control de impulsos requiere que tengamos en cuenta esta variable en futuras investigaciones. La violencia filio-parental conduce a desesperación por parte de los padres y más concretamente de la madre, que en muchas ocasiones es la que sufre en mayor medida la violencia. Estos padres están haciendo peticiones de atención especializada que con frecuencia llegan a los S.O.T.F. En este sentido es importante empezar a delimitar qué casos deberían ser atendidos en este servicio y cuáles deben pasar al ETF por las especiales condiciones de riesgo, así como ver la forma más adecuada de coordinar las diversas intervenciones con los Servicios de Salud Mental y Educativos de la comunidad.

2.- Resultados de los tratamientos

Con respecto a las variables del perfil de tratamiento más habitual en el S.O.T.F, nos encontramos con una motivación propia para el inicio de tratamiento (aspecto este que va a estar muy relacionado con la facilitación para la consecución de los objetivos y la construcción de una buena alianza terapéutica). El trabajo de Orientación y Terapia Familiar trataría principalmente con las relaciones de pareja y parentales. Un número medio de tres familiares participarían presencialmente en el proceso terapéutico, el cual se llevaría a cabo con una media de siete sesiones por familia, que incluiría sesiones individuales, de pareja y familiares, y su finalización sería en su mayoría por consecución de objetivos, ya sea de forma parcial o totalmente. En este sentido podemos concluir que es muy frecuente en este servicio que se realicen entrevistas conjuntas con diversos subsistemas familiares. En algunas ocasiones se han incluido también a miembros de la familia de origen. La combinación de recursos individuales, conyugales y familiares parece que puede contribuir a un mejor tratamiento de los problemas relacionales.

De los casos tratados, un 58% de los mismos terminaron por la consecución de los objetivos totales preliminares y en un 34 % se consiguen objetivos parciales. Podríamos pensar que en torno a un 93% de los casos consiguen una cierta mejoría. En muchas ocasiones, la especial configuración del servicio supone un pequeño hándicap para mejorar la eficacia. Seguramente con una ampliación de los horarios y los recursos, estos índices podrían elevarse. La finalización de los tratamientos se realizó en un 58% de los casos por decisión mutua, es decir tanto de las clientes y los clientes como de los y las profesionales. En un 24% los clientes deciden abandonar el tratamiento y en un 17% de los casos se realizó por decisión de las profesionales y los profesionales del S.O.T.T (normalmente por la no disponibilidad o falta de motivación de las clientes y los clientes, o la derivación de la familia a otro recurso durante el tratamiento).

Un noventa por ciento de las familias acudieron a la primera entrevista de contacto con el servicio frente a un 10% que no asistieron. Los motivos principales para no iniciar los tratamientos fueron por parte de los y las profesionales la consideración de que no era el recurso adecuado y por parte de las clientes y los clientes el explicitar no necesitar ayuda, tal vez por el alargamiento de la lista de espera. De todos los casos tratados un 57% corresponderían a familias normalizadas con dificultades principalmente referidas a crisis en su ciclo vital y en menor medida, un 42,9%, familias con menores a su cargo que plantean situaciones de riesgo moderada, con buen pronóstico y disposición hacia el cambio.

Desde el servicio seguimos evaluando durante este tiempo los tratamientos anteriores por medio de un Cuestionario de Seguimiento, y a través de llamadas de teléfono o entrevistas con las familias. Actualmente estamos elaborando la evaluación de los datos recogidos y esperamos que a través de los nuevos equipos se siga con este trabajo para poder continuar avanzando en los estudios de eficacia de los resultados de la terapia.

3.- Pertinencia de los servicios del S.O.T.F en el contexto de los Servicios Sociales Comunitarios

Tras el estudio realizado y retomando algunas de las reflexiones teóricas del inicio podemos decir que existen unas demandas específicas en el contexto de los Servicios Sociales Comunitarios que tradicionalmente no habían sido atendidas. La necesidad de contar con servicios de Orientación y Terapia Familiar se sustenta en el trabajo necesario que hay que realizar con las familias y que requiere un tiempo más largo. Las actividades preventivas y de ayuda que se realizan desde los Comunitarios pueden complementarse con actuaciones más terapéuticas en las que se dedica más tiempo al trabajo conjunto con la familia. La atención al grupo familiar completo y a sus diversos subsistemas requiere una formación específica y un contexto de trabajo diverso. La complementación del trabajo familiar con otras actuaciones requiere que sigamos pensando en el papel de estos servicios dentro del marco social y de salud. Como hemos venido observando a

lo largo del estudio, son muchos los casos que han sido atendidos en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil o que son también atendidos por servicios específicos del área de la Educación. Esto plantea nuevos retos para la pertinencia de un trabajo en red que mejore las diversas actuaciones. Así mismo, los diversos niveles de intervención desde los Comunitarios han continuado desarrollándose en los últimos años. Desde las Prestaciones de Atención Domiciliaria, Información, Valoración y Orientación, así como desde Convivencia y Reinserción Social, hasta llegar a los Equipos de Tratamiento Familiar, son muchos los puntos de diferenciación y conexión que deben tenerse en cuenta para una atención integral a las familias. El S.O.T.F, como recurso intermedio entre estos servicios puede colaborar a la atención de familias que pasan por crisis importantes, pero en las que aún no hay una situación de riesgo elevada para las menores y los menores. Al mismo tiempo, gran parte de la población normalizada, ha comenzado a ver las ventajas de un servicio de Orientación Familiar que ayuda a evitar crisis que puedan cronificar los problemas existentes. Una de las ventajas de este tipo de Servicio está en la difusión de un espíritu de trabajo en equipo a través de una metodología que facilita las derivaciones y el seguimiento de los casos. La idea básica de que en los Servicios Sociales Comunitarios se pueden realizar tratamientos familiares supone que muchas familias que no cuentan con ayudas en este terreno pueden beneficiarse. Ahora bien, es importante tener en cuenta que el diálogo constante con los servicios de salud mental y los servicios educativos es una necesidad para que no se solapen actuaciones que a la larga perjudican a los ciudadanos. El grado de satisfacción mostrado a través de la alta adherencia a los tratamientos, así como la consecución de los objetivos, muestra que el servicio es bien valorado por las clientes y los clientes y también por las y los profesionales de los Centros de Trabajo Social que han aumentado considerablemente su colaboración con la derivación de casos en los últimos años. Al mismo tiempo nos hemos visto obligados a no atender a personas de otras áreas de servicio social de la provincia que en un primer momento si eran atendidas por el aumento de la demanda en la propia capital.

Finalmente queremos destacar el importante papel del Servicio en la mejora de las relaciones entre los y las profesionales de la atención social y también la mejora en la formación y supervisión de los casos. Los aspectos formativos y de investigación han contribuido a que las actuaciones en el marco de los Servicios Sociales comiencen a plantarse la necesidad de dar cuenta del trabajo que se realiza. Este trabajo tiene limitaciones muy importantes, que son producto de las primeras fases de implementación del servicio, y también de la necesidad de contar con más recursos humanos y de otro tipo. En algunas ocasiones la lista de espera ha supuesto una tensión añadida al trabajo que veníamos realizando. La atención a las familias con las debidas condiciones de un contexto terapéutico supone que hemos de contar con las limitaciones propias de un servicio propuesto a través de un convenio con duración limitada y recursos muy específicos.

La implicación de los y las profesionales de los Comunitarios en la difusión del S.O.F.T., las constantes reuniones y tomas de contacto, así como las derivaciones en vivo, han supuesto

un elevado grado de satisfacción y han contribuido a una mejora de las intervenciones con las familias. Por todo ello, queremos concluir que el trabajo de Orientación y Terapia Familiar en los Comunitarios no solamente es preciso, sino que gracias al cambio de enfoque en cuanto a la atención a las familias, se puede decir que en estos últimos años, se ha empezado a difundir la idea de que el cuidado de una parentalidad positiva es un elemento dinamizador muy importante de los Servicios Sociales Comunitarios. Esta parentalidad positiva, que en muchas ocasiones se ve coartada por las crisis personales, familiares y sociales, que viven las clientes y los clientes, puede ser mejor alcanzada con la coordinación de todos los servicios que componen el organigrama de los Servicios Sociales Comunitarios. El S.O.F.T es un servicio específico que puede ayudar a los y las profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios a dar una atención más intensa y diferencial durante las crisis familiares aunando los esfuerzos de otros recursos que ya venían ayudando a las familias en otras muchas áreas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Achotegui, J. (2008). Migración y crisis: El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico Múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7 (1).
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). La ecología de los buenos tratos infantiles. En J. Barudy & M. Dantagnan, *Los buenos tratos a los niños* (pp. 46-52). Barcelona: Gedisa.
- Beyebach, M. (1995). Técnicas de trabajo en equipo en terapia familiar. En Navarro G., J. y Beyebach, M. (Comp.), *Avances en terapia familiar* (pp. 109-136). Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1988). *Servicio social y modelo sistémico*. Barcelona: Paidós.
- Comité de Ministros a los Estados Miembros. «Recomendación Rec 19» (2006). <http://www.coe.int/t/dg3/youthfamily>.
- Colletti, M. Y Linares, J.L. (1997). La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática, pag. 143. Barcelona: Paidós.
- De Miguel, A. (1993). *La sociedad española*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández Dols, J.M. (1989). *Patrones para el diseño de la psicología social*. Madrid: Morata.
- Gimeno, Adelina (1999): *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ariel
- Garrido Fernández, M. (1995). Psicoterapia de pareja y equipo reflexivo. En J. Galdeano (Comp.), *La vida en pareja* (pp. 306-338). Salamanca: San Esteban.
- Garrido Fernández, M. y Espina Eizaguirre, A. (1995). *Terapia Familiar. Aportaciones Psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Fundamentos.
- Garrido Fernández, M. & Fernández-Santos Ortiz, I. (1997). Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo. *Modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista*. *Systemica*, 3, 161-181.
- Garrido Fernández, M. y Grimaldi Puyana, V. (2009). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del sistema público de servicios sociales de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. *Conserjería para la Igualdad y Bienestar Social*.
- Garrido Fernández, M., Casares Ordóñez, R., Grimaldi Puyana, V. & Domínguez Álvarez, Ana. (2009). *Apuntes de Psicología*, Vol. 29, 2-3, 377-394.
- Guacimara Rodríguez, J. C. et al. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18, 200-206.

- Jaén, P. & Garrido, M. (2005). *Psicoterapia de parejas*. Madrid: CCS.
- España, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *Guía de ayudas sociales para las familias (2ª ed.)*. Madrid: Subdirección General de Publicaciones.
- España, Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a la familia: Orientaciones para favorecer el ejercicio de las parentales desde las corporaciones locales*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Neuburger, R. (1984). *L'autre demande*. París: E.S.F.
- Palacios, J., Coll, C. & Marchesi, A. (1999). *Desarrollo psicológico y educación, Vol I: Psicología Evolutiva*. Madrid. Alianza Editorial.
- Ríos González, J. A. (1984). *Orientación y terapia familiar: (enfoque sistémico teórico-práctico)*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Ríos González, J. A. (2003). *Vocabulario básico de orientación y terapia familiar*. Madrid: CCS.
- Romero Navarro, F. (1998). *Los Centros de Orientación Familiar en España: un análisis crítico*. Las Palmas de Gran Canarias: Universidad de Las Palmas de Gran Canarias.
- Rueda, J.M. (1981). *Una nueva alternativa de servicios para la infancia. Los principios de actuación y planificación*. Fer ciutat.
- Tonini Zaccarini, F. (2010). *Los centros de orientación familiar: Un servicio a la sociedad*. Salamanca: Universidad Pontificia.
- Vella G., C. (1983). *Los centros de Orientación Familiar*, p. 80. Salamanca: Universidad Pontificia. Instituto Superior de Estudios y Orientación Familiares.

6. ANEXOS.

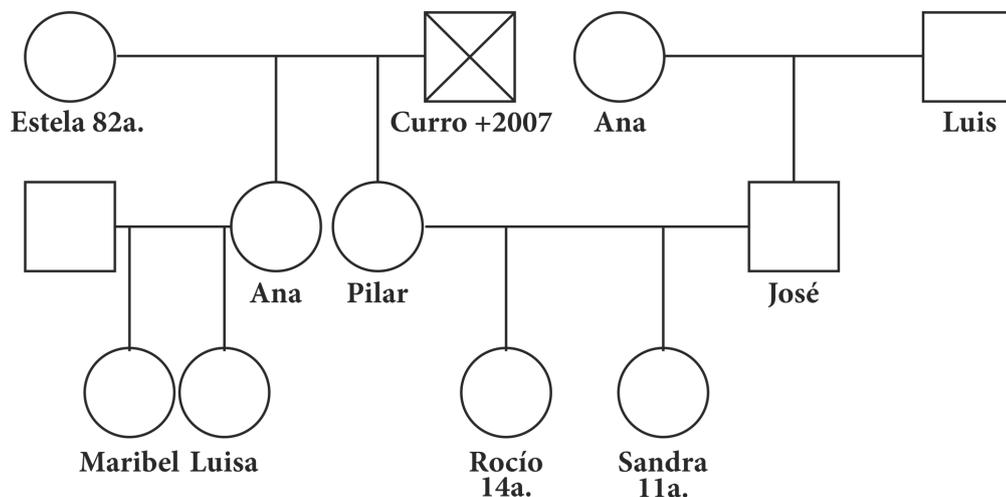
6.1. LAS FAMILIAS ATENDIDAS: EXPOSICIÓN DE CASOS PARADIMÁTICOS.

A continuación pasamos a ilustrar tres casos atendidos desde este recurso, como forma de mostrar el trabajo de Intervención Terapéutica con las familias que desde el SOTF se realiza y que creemos reflejan los cambios terapéuticos logrados.

Todas las familias han firmado el permiso para el uso y publicación de los contenidos de las sesiones del trabajo terapéutico en el que participaron, habiendo sido informadas previamente sobre el objeto de la publicación: documentar la explicación del funcionamiento del Servicio de Orientación y Terapia Familiar así como la forma de trabajar del mismo (ver anexo 6.XI). Especificar que los datos identificativos han sido cambiados para respetar el anonimato de estas familias.

Queremos resaltar la predisposición de las familias a colaborar con nosotros, expresando su interés en que otras familias con dificultades puedan beneficiarse del trabajo que desde el SOTF se lleva a cabo. Les agradecemos la confianza hacia nuestro trabajo, así como el gesto de permitirnos contar con su experiencia para seguir mejorando la forma de ayudar a las familias.

6. 1. 1. ADOLESCENTES EN RIESGO Y VIOLENCIA EN LA FAMILIA



Descripción y análisis de la derivación:

La familia es derivada desde uno de los Centros de Trabajo Social de Sevilla. Pilar y José participan en el grupo de padres y madres del centro. La derivación la realiza el psicólogo del centro, que además lleva el citado grupo.

Los motivos principales que expone el informe de derivación hacen referencia a la relación conflictiva existente entre el padre y la madre con Rocío, la hija mayor de 14 años, y en especial con la madre, describiendo la postura del padre como periférica.

Rocío sufrió hace unos años una situación de acoso escolar que requirió fuera atendida en la USMIJ (Unidad de Salud Mental Infantil Juvenil). En la pareja han existido varios intentos de separación, en la actualidad conviven juntos, aunque parece que persisten algunos problemas en cuanto a la relación entre ambos.

Descripción y análisis de la demanda:

La principal demanda que expresa la familia es poder abordar los problemas que están teniendo con Rocío. En la primera sesión el padre y la madre se muestran ambos muy preocupados porque acaban de descubrir que Rocío ha estado consumiendo hachís. Culpan de esto a las nuevas amistades de su hija, mucho mayores que ella.

Pilar cuenta que los problemas comenzaron cuando Rocío cumplió 12 años y tuvo su primera menstruación. Empezó a sentirse acomplejada por su aspecto físico, a pintarse y juntarse con chicas mayores que ella. Dejó de ser la niña dulce y “perfecta” y empezó a tener enfrentamientos diarios, en especial con su madre, y a exhibir un carácter muy fuerte, reaccionando con agresividad verbal ante los desacuerdos con su familia.

Pilar y José buscan ayuda para Rocío, consideran que los problemas de relación que tienen con ella se deben a problemas psicológicos no resueltos en su hija que requerirían tratamiento. Igualmente, demandan orientación para saber afrontar como padres estos problemas.

La pareja admite haber tenido problemas en el pasado, llegando a vivir una separación temporal. Ambos parecen insatisfechos con su relación y manifiestan tener frecuentes discusiones. Piensan que esto puede haber influido negativamente en Rocío. Como demanda implícita podríamos recoger también la necesidad de la pareja de tener una relación que les resulte a ambos más satisfactoria.

Descripción de las sesiones:

La intervención con la familia se desarrolla a lo largo de 5 sesiones de tratamiento. A continuación se expone una descripción de estas sesiones.

- Objetivo de la sesión: Encuadre de la terapia. Conocer a la familia y definir la demanda.
- Desarrollo de la sesión:

Acude la familia completa acompañados por Maribel, prima de Rocío de 20 años. Tras la explicación del Terapeuta sobre el funcionamiento del servicio y la firma del permiso de grabación, inician las presentaciones.

Pilar explica que el fin de semana pasado Rocío les denunció, y que se ha marchado con su tía materna Salud. Este es el motivo de que les acompañe Maribel como “tutora”.

Cuenta que son ya dos años los que llevan sufriendo “maltrato” por parte de su hija, lo que desencadena el último conflicto es que el padre y la madre se enteran de que consume cannabis. El Terapeuta retoma la “fase social” preguntando a las niñas sobre sus estudios. Posteriormente explora la situación de acoso que sufrió Rocío. Ella comenta que “me empujaron”. Luego recibió mensajes por el Tuenti. Recibió terapia grupal en la USMIJ.

El terapeuta pregunta a Rocío por su relación con las y los abuelos. Dice que se lleva bien con todos. El abuelo materno murió cuando ella tenía 11 años. Rocío comenta que esto afectó mucho a Rocío, que estaba muy unida a él.

José trabaja en turno de noche como empleado de los servicios de vigilancia de una empresa de seguridad. Rocío es ama de casa, dejó de trabajar cuando comenzaron los problemas con Rocío para estar más pendiente de las niñas. José se muestra muy afectado e impotente por todo lo que está ocurriendo con su hija. Explica que la pareja ha tenido problemas de relación y que aún continúan teniendo frecuentes discusiones. Considera que esto ha influido negativamente en su hija, pero que siempre ha luchado porque su familia funcione.

El terapeuta hace una devolución de los temas tratados en la sesión, les devuelve que están en el camino de resolver sus problemas. Les explica que al mediar una denuncia es posible que se les derive al Equipo de Tratamiento Familiar, que habrá que aclarar esto antes de tomar la determinación de continuar con la terapia.

-Técnicas utilizadas:

El terapeuta comienza la sesión realizando un encuadre de la situación de terapia proporcionando información sobre el funcionamiento de las sesiones.

Cuando la madre cuenta lo ocurrido el fin de semana, el terapeuta hace una interpretación de la situación actual: “es una suerte tener familia como tu tía que te ayude, pero también es como si tu madre no pudiera atenderte”. Con ello hace un reflejo de los sentimientos de impotencia de la madre.

En principio, el terapeuta ignora la demanda implícita de la madre de abordar su preocupación y enfado con Rocío, iniciando una fase social con cada asistente, centrándose más en Rocío. Le pide a Rocío que escenifique un modo alternativo de expresarse sin agresividad e imposición (Papá creo que te conviene dormir un poco más). En otro momento utiliza esta misma técnica con respecto a la comunicación con su madre. Pide a Rocío que cambie su sitio para estar más cerca del terapeuta y lograr más intensidad y crear alianza. Hace un reflejo de los sentimientos de dolor que le produce a Rocío recordar a su abuelo fallecido. En otro momento hace referencia a su continuo estado de enfado. Rocío insulta a su madre y el terapeuta “le riñe” haciendo modelado con una actitud firme pero dando una explicación razonada. Utiliza la pregunta milagro con todos los componentes de la familia con el fin de explorar sus expectativas de cambio y sus creencias.

Realiza una redefinición de los síntomas: “No tienes por qué protestar de esa manera, sus problemas lo tienen que solucionar ellos” (referido a la pareja). Asimismo fija los límites entre subsistemas. Finaliza la sesión con un pequeño resumen, afirmando la capacidad de la familia para superar la situación de crisis.

- Intervenciones del ER:

E1 (Hombre): “El milagro ya ha comenzado”. José expresa sus sentimientos, Rocío dice lo siento. No están enfadados, en realidad están dolidos.

E2 (Mujer): No es fácil para unos padres dejar crecer a su hija. Rocío pide su espacio usando el modelo que ha visto en los adultos.

E3 (Mujer): Rocío ha dicho que le gusta venir a terapia. Quizás porque le escuchan, le atienden, le dicen “lo siento”.

- Discusión con el equipo una vez concluida la sesión: Se pone de manifiesto el peso que la conflictiva de pareja tiene en la sintomatología de Rocío. Las interacciones son en general agresivas. Llama la atención la actitud de Pilar cuando habla José. Parece que “desconecta”.

- Hipótesis de trabajo: Adolescente sintomática en familia con conflictiva de pareja. El fortalecimiento de la pareja puede mitigar la sintomatología al perder esta su función. Se propone citar a la pareja con este fin.

2ª SESIÓN

Coterapia de un hombre y una mujer. Acuden Pilar y José

- Objetivo de la sesión: Explorar la historia familiar y de la pareja. Abordaje de las dificultades de relación entre él y ella, y el funcionamiento parental.

- Desarrollo de la sesión:

Inician la sesión preguntando a la pareja sobre su impresión acerca de la primera sesión. José expresa que se sintió muy bien porque se desahogó. Pilar dice que “lo normal” pero dice que a ella lo que le preocupa son los problemas con Rocío, minimizando los otros problemas. Cuentan que Rocío decidió volver a casa ayer. Pilar cuenta que le han tratado de poner las cosas muy claras. Que no van a “dejarse comer terreno”. Explican que no pueden controlarla, que desde los 12 años sale de casa sin permiso, no quiere levantarse por la mañana. Dice que le entra ansiedad y que tiene que salir de casa. Pilar cree que en esto le ha influido el tiempo en que ella misma tuvo problemas de ansiedad tras la muerte de su padre quien tuvo una larga enfermedad respiratoria. José cuenta que

a él también le afectó mucho la muerte del suegro, sobre todo por cómo fue, porque se suicidó. La terapeuta explora cómo afrontaron esta situación. No hablaron entre él y ella de sus sentimientos. José piensa que le dio a Pilar todo su apoyo. Pilar siente que aunque sabe que José intentó apoyarle y que siempre está ahí, a ella no le llegó su apoyo, no se siente entendida. Lo ve como muy débil, “todo se le hace un mundo”. Pilar explica que tenía una relación muy especial con su padre, que con su madre no es lo mismo. Tuvo que ir a una psicóloga. José explica que hace lo que puede pero que su sensación es que por más que hace por Pilar no termina de llenarle. Le acompaña, le hace favores. Cuentan que no tienen espacio para ellos como pareja.

El terapeuta explora la formación de la pareja. A José le atrajo de Pilar que era una persona muy agradable, a Pilar le llamó la atención el físico de José y que era muy tímido. A Pilar le gustaría que no fuera tan serio, tan responsable, tan autoritario, que fuera más sociable, que no se tomara las cosas tan a pecho. Pilar retoma el tema de su hija, le preocupa mucho.

A la y el terapeutas les llama la atención que aunque traen el problema de Rocío, a medida que conocemos la familia y cómo son sus familias de origen, vemos cómo todo se repite. También comenta sobre la reflexión del equipo sobre cómo vivió Rocío la muerte de su abuelo. La terapeuta comenta que a veces pensamos que los niños no entienden, pero en realidad sienten y nos conocen bien. Rocío dice que ella les conoce a él y a las niñas más que al revés. El terapeuta les habla de la necesidad de que ambos como padre y madre, sean más coherentes en sus mensajes verbales y no verbales y que estén unidos en ello. José se pregunta por qué su hija sigue equivocándose, por qué ha elegido el camino fácil. Rocío cree que le influye el ambiente en casa, ellos están siempre peleando. No suelen llegar a un acuerdo. Ella dice “ya está”. El terapeuta comenta cómo pueden pedir a Rocío coherencia cuando ellos no son capaces de hablar y llegar a acuerdos.

La y el terapeutas plantean ¿Qué necesita esta pareja para llegar a buen puerto? Para sentirse bien. José apunta la necesidad de acuerdo como padres. Se queja de que cuando él dice algo a las niñas, Pilar no lo respeta. Si él pone una norma o un castigo, su hija le dice que no está hablando con él. Él siente que ella le quita su sitio, que está fuera de juego. Le gustaría que ella no le lleve la contraria delante de las niñas. Se abre un nuevo tema sobre su comportamiento como padre y madre para que las cosas funcionen mejor, que se emplaza para tratar en la próxima sesión. Se les devuelve que lo positivo es que ambos son sensibles y están preocupados por sus hijas. Pilar le pide a José que vaya con ella a la escuela de padres y madres. Se les anima a que lo hablen entre ellos y la posibilidad de tratarlo en la próxima sesión.

- Técnicas utilizadas:

La técnica más utilizada durante toda la entrevista es el sondeo, sobre todo con el fin de profundizar en la exploración de los problemas de la pareja y su parentalidad, conocer sus puntos de vista y sentimientos: “¿en qué te sirvió?, ¿A qué te refieres con tus ideales?”, ¿Cómo veías tú a tu mujer?, ¿Cómo os afectó?.

La y el terapeuta emplean numerosas clarificaciones y paráfrasis. ¿No encontrabas apoyo en él?, ¿Tenías que salir a ventilarte? Con ello se pretende que la pareja profundice en la elaboración de los contenidos, y que conecten ideas. También se utiliza algún reflejo como: (dirigido a José) “debes tener la sensación de que no terminas de llenar”. Con ello se crea intensidad, y en este caso se pretende un desequilibramiento potenciando la alianza con José, que es claramente la figura más excluida de la familia. “Sientes que te quitan tu sitio”

Utilizan la escenificación con el fin de observar la comunicación entre la pareja. ¿Cómo se lo dices tú? También aconsejan sobre distintas cuestiones relativas a la parentalidad, y a la comunicación.

- Intervenciones del ER:

E1 (Mujer): Lee la reflexión del supervisor. Tres mujeres y un hombre. Ay quién maneja mi barca. José ayuda a su manera, pero la pareja no es todo. El desafío de Pilar es que empiece a cuidarse más como mujer y menos como madre.

E2 (Mujer): Los esfuerzos de José para apoyar a Pilar “a su manera”. Pero a Pilar no le llega. Pilar espera que llene el vacío de su padre, incluso se llaman papá y mamá, y esto es imposible, José es su pareja, nunca será su padre. No todo el mundo tiene la suerte de tener un compañero así.

E3 (Mujer): ¿Cómo vivió Rocío la muerte de su abuelo? ¿Cómo lo expreso? ¿Cómo lo expresa ahora?’

- Discusión con el equipo una vez concluida la sesión: Se comenta la constatación de los problemas de comunicación de la pareja. Trabajar con la pareja puede conllevar un periodo de crisis que acabe con la ruptura de la pareja. El supervisor explica que han faltado reflejos, entrevista muy directiva y cognitiva.

- Hipótesis de trabajo: El trabajo con estas dificultades de comunicación puede solventar muchas de las dificultades parentales. Rocío necesita un padre y una madre unidos en las consignas e indicaciones. El objetivo es lograr que Pilar permita a José situarse en su papel de padre. Esto mejorará la relación, el clima familiar, la competencia parental de ambos y deshabilitará la función del síntoma.

3ª SESIÓN

Coterapia de dos mujeres. Sesión individual con Rocío

- Objetivo de la sesión: Explorar el funcionamiento psicológico de Rocío, su punto de vista y trabajar con ella límites familiares y su exposición a riesgos.

- Desarrollo de la sesión:

Recuerdan el funcionamiento de las sesiones. Rocío dice que viene voluntariamente, que ya está acostumbrada a “esto de los psicólogos”, sólo que acaba hartándose. Dice que es un problema suyo, que se cansa de todo. Se siente a gusto en sesión sin su padre y su madre, lo prefiere, se siente agobiada con ellos. Hablan sobre cómo expresar esto sin que se sientan heridos. Hablan de sus amigos y amigas, ella está contenta, pero sabe que a su madre no le gustan.

Se define como “floja”, siempre sentada con el ordenador. “Yo no soy una estresada como mi madre”. Dice que su padre es más tranquilo, que en eso se parece a él, aunque “en los cojones” se parece a su madre. Reconoce que se enfada con facilidad. Dice que su madre se “mete en todo”, que el otro día la vio leyendo sus mensajes del ordenador. Dice que a su madre ducha a su hermana pequeña, no se fía de ella. Hablan de las cosas que le enfadan de su madre. Rocío dice que todo.

Dice que en casa de su tía tenía que hacer más cosas como poner la mesa, hacer la cama. Cuenta que a su tío le tiene mucho respeto. “A mi padre lo que le tengo es miedo, porque a la segunda, me da la hostia”. Aunque dice que esto no le afecta, dice que está acostumbrada, Emocionada, se queja de que su padre y su madre han dicho muchas veces que iban a cambiar. Dice que su padre se marchaba a casa de su abuelo y abuela, volvía y decía que iba a cambiar, pero se marchaba otra vez. También cuenta, que este tiempo en que ella ha estado fuera de casa, su madre decía que estaba muy a gusto sin ella. Explica que la relación con su madre es muy difícil, que igual se llevan muy bien que se están chillando. Dice que su madre le está recordando continuamente “los errores del pasado” (se refiere al consumo del cannabis). Lo dejó cuando vio a su madre llorando por ello. Las terapeutas hacen un reconocimiento de su sensibilidad y de su esfuerzo y sufrimiento por su familia.

Exploran su relación con su hermana. Dice que igual se besan que le grita que “haber si te mueres”. Sandra, su hermana, se ríe.

Hablan sobre la muerte de su abuelo. Explica que fue muy duro. Que ella era “su Rocío”. No ha podido hablarlo con nadie. Sus padres no podían ayudarle. Aún le echa mucho de menos. Dice que hoy ha ido a su casa y sin darse cuenta lo ha buscado por toda la casa. Reconoce que a su madre le afectó mucho la muerte de su padre, porque era él el que se preocupaba por ella, quién la cuidaba.

Tras el ER se siente tranquila. Le gusta oír que hablen de ella, tanto lo bueno como lo malo. Dice que su padre y su madre no ven lo bueno sólo lo malo, sólo ven el pasado. No cree que si ella cambia su padre y su madre cambien. Hablan sobre la sensación de estar fuera de casa y como eso te hace apreciar las cosas que tiene en casa.

Las terapeutas le preguntan si cree que le va a beneficiar venir a terapia y dice que sí. Le devuelven todo lo positivo que ven en ella y que toda la gente de su alrededor están

preocupada porque las cosas funcionen bien. Tras consultar con el equipo le emplazan a que sea ella la que solicite cita por Internet cuando crea que lo necesite. Le dan unos cuestionarios para hacer en casa.

- Técnicas utilizadas:

Las terapeutas emplean en esta sesión numerosas preguntas de clarificación y sondeo. “¿Es cosa tuya?”, “¿En qué tendrían que cambiar las cosas?”.

Hacen algunas auto-revelaciones con el fin de favorecer la cercanía y el establecimiento de un clima relajado. “Llegué a tener pesadillas y no se lo contaba a nadie”. “Yo también he vivido fuera y me sentía...”.

Al comienzo de la sesión le piden a Rocío que escenifique cómo se dirigiría a sus padres. Hacen modelado de formas alternativas moderando el tono y agresividad con la que se expresa. “¡Quítate que me agobias!”. También utilizan paráfrasis y reflejos. “Eso de floja es ser cómoda”. “Yo también me sentiría mal si miran mis cosas”. ¡Qué duro! Tratan de crear intensidad, que Rocío conecte con sus verdaderos sentimientos, llegando a emocionarse durante gran parte de la sesión. También hacen interpretaciones como “Tu madre necesita cuidaros mucho a todos”, “Hay veces que no nos gusta cómo nos cuidan”. Permiten ver explicaciones alternativas, distintos puntos de vista. Trabajan las fronteras en la familia marcando su posición y fomentando su empatía con la posición del padre y la madre. Rocío se siente “enredada” en los conflictos de pareja. El afirmar su posición de hija de un modo sano le ayuda a definir estos límites.

- Intervenciones del ER:

E2 (Mujer): Habla de su mundo interior, ve confusión, porque quiere estar con sus padres pero también quiere su espacio. Busca tranquilidad pero no sabe dónde.

E3 (Mujer): Muchos padres se sienten perdidos cuando sus hijos llegan a la adolescencia. Cuando las hijas y los hijos son pequeños todos sabemos qué tenemos que hacer, pero cuando tu hija razona, discute lo que le dices, tienen sus propias opiniones, los padres y las madres no saben cómo comportarse. Los hijos tienen que ayudarles dándole pistas, demostrándoles que realmente pueden cuidar de ellos mismos como está haciendo Rocío.

E3 (Hombre): Lee su reflexión. Sería como una película: 1ª parte: “Me Harto de las cosas” / 2ª parte: Hoy viene más guapa, estará más tranquila y confiada / 3ª parte: ¿Tiene algo en lo que crea que se le pueda ayudar?... Si ella se cuida, su madre no tendrá la necesidad de cuidarla / 4ª parte: De la denuncia a la renuncia...de la persecución al apoyo. / 5ª parte: Levantarse para soñar, volver al mundo y sentirse mejor. Que cada uno construya su mundo. Pero que no se meta en las cosas de sus padres, ellos tienen que resolver, ella ya no es la responsable. Ella ha hecho un sacrificio por sus padres, pero ya no es necesario que continúe haciéndolo.

- Discusión con el equipo una vez concluida la sesión: La sesión ha sido reveladora para confirmar “el sacrificio” de Rocío. Se pone de manifiesto la necesidad de trabajo psicoeducativo con el padre y la madre, que con su actitud en nada favorecen el desarrollo de la autonomía y conductas responsables de sus hijas. Por otro lado el supervisor apunta el peligro del uso en exceso de las auto revelaciones.

- Hipótesis de trabajo: El enfoque del trabajo con la pareja ayudará a marcar las fronteras entre subsistemas. Además, la reparación de los conflictos y dificultades de comunicación harán innecesario el “sacrificio” de Rocío. A su vez sería conveniente utilizar algunos consejos e instrucciones psicoeducativas, que mejoren el ejercicio de la parentalidad.

4ª SESIÓN

Coterapia de dos terapeutas varones. Acuden José y Pilar

- Objetivo de la sesión: Continuar el trabajo iniciado con la pareja con respecto a su dinámica de relación y el ejercicio de la parentalidad.

- Desarrollo de la sesión:

Llegan 25 minutos tarde y se disculpan explican que les ha surgido un imprevisto. Se les devuelve la impresión positiva que tuvimos con Rocío en la anterior entrevista. Ante la pregunta de cómo van las cosas Pilar dice que mucho mejor, que le tiene más confianza, pero confiesa que sigue muy impactada por el tema de los porros. Respetar los horarios de casa. Pilar la describe con baja autoestima y manipulable. Cuenta que en una ocasión cogió todo lo que tenía de oro para venderlo y disponer de dinero. Pilar piensa que para esto debe haber contado con alguno de los amigos o amigas mayores de edad. José cree que no lo hizo con maldad, porque lo primero que hizo fue ofrecerle el dinero a su madre porque estaban pasando un momento de crisis en la familia.

El terapeuta les devuelve lo difícil que es mantener el equilibrio entre el fomento de la autonomía y permitir que las hijas y los hijos tomen sus propias decisiones aunque estas no gusten. Pilar cuenta que ayer volvió a coger una cadena de oro que tenía rota. Esta vez sí le consultó si podía venderla. Llegaron al acuerdo de que lo pensara con tranquilidad y que si seguía pensando lo mismo ellos le acompañarían a venderla. José cuenta que conserva el oro porque le preguntó. Hablan sobre la forma de comunicarse con ella y José dice que hay que cogerla en un buen momento.

Hablan de la Escuela de padres y madres. Pilar dice que José no quiere ir, que “él ya lo sabe todo”. José dice que se apuntó por acompañar a Pilar, pero que a él le interesaba saber cosas sobre la edad de su hija y que hablaban de bebés. Cuenta que le supone mucho esfuerzo por su trabajo ir a la escuela o incluso venir aquí. Ahora que ya ven estos temas se siente un poco fuera del grupo. Cuentan que luego comentan ambos lo que han visto en la escuela. Pilar está encantada porque dice que le gusta aprender.

Un Terapeuta explica el sentido de las sesiones de terapia, no son clases, no asesoran como expertos y expertas, sobre todo lo que hacen es compartir y reflejar lo que piensan y sienten, ayudándoles a encontrar alternativas. Un terapeuta pregunta ¿Qué os está sirviendo al venir aquí? José dice que hasta ahora no les está sirviendo para nada, porque Rocío conoce las drogas, venta de oro, etc. José cuenta que le reñían por no respetar la hora de llegada. Dice que antes había más respeto. Rocío le habla mal a su madre y él intenta que eso lo rectifique. “Me gustaría que me viera como amigo como con su madre”. Quizás cree que es demasiado estricto. Algún día se tendrá que ir, que “se irá con otro hombre” dice que le da como envidia de sus amigos y amigas. Hablan cómo comunicarse mejor con Rocío, para que no le suene todo a reproche.

Tras el ER uno de los terapeutas comenta que se le ocurre pensar en cómo es un buen jefe. Más encima cuando las y los trabajadores son más inexpertos, como los niños y niñas. José dice que diariamente aún tiene que explicarles a sus hijas que hay que lavarse las manos y cepillarse los dientes. El no necesita que le digan lo mismo todos los días en su trabajo. “Yo no me siento como director, sino como un padre”, no siente que sea el que manda, no lo intenta, prefiere aconsejar. Hablan de la necesidad de que ambos lleguen a acuerdos sobre lo que van a permitir o no a las hijas. Lo confuso que es para ella el ver mensajes contradictorios. Pilar cree que cuando Rocío le chilla es porque ella le ha provocado. Y luego interviene José y le chilla. Esa forma de hablar la ha visto en su padre y madre. Cree que lo primero que necesita José es descansar más. Se les invita a continuar hablando en casa sobre estas cosas.

- Técnicas utilizadas:

En esta sesión se utilizan numerosas interpretaciones, sobre todo ofreciendo alternativas sobre cómo los padres conceptualizan los comportamientos de Rocío: “Ella está haciendo un esfuerzo...”, “No es tan inocente, pensó en echar una mano, lo hizo de buena fe”.

Utilizan reflejos, sobre todo en la interacción con Rocío, con el fin de que conecte con sus sentimiento: “Te sientes cansado de decir siempre lo mismo”, “tú no te sentiste motivado” El terapeuta emplea el modelado para exponer modos alternativos de comunicación con Rocío que no impliquen reproche o exigencia. También utilizan preguntas circulares que fomentan la reflexión sobre alternativas de relación dentro de la familia.

- Intervenciones del ER:

2 (Hombre): Trataba de imaginar cómo se siente José cuando escucha a Pilar decir que las cosas están mejor. Y qué piensa Pilar cuando escucha a José. Son dos elementos muy potentes, José protege, Pilar más cariñosa, atenta. ¿Qué pasa cuando se juntan estos elementos?

E3 (Mujer): Lee una reflexión del Supervisor. Pilar y Rocío están madurando y José ¿ya está maduro o está aislado de la maduración de la familia? ¿Cómo pueden crecer todos los miembros de esta familia sin que suponga una amenaza? Película: “El camino fácil”.

Director: José. Actores: Pilar madre, Rocío y Sandra. ¿Cómo pueden Pilar y José dirigir sin agobiar a sus hijas, para que se sientan seguras? Y sobre todo, ¿Cómo pueden disfrutar unos de otros?

- Hipótesis de trabajo: Continuar con el enfoque en la relación de pareja y el ejercicio de la parentalidad potenciará el establecimiento de límites entre subsistemas y la inoperancia de la sintomatología.

5ª SESIÓN

Coterapia de un terapeuta varón y una terapeuta mujer. Asisten José y Pilar.

- Objetivo de la sesión: Continuar el trabajo iniciado con la pareja con respecto a su dinámica de relación y el ejercicio de la parentalidad.

- Desarrollo de la sesión:

Pilar comenta que está muy contenta con Rocío, que se ha apuntado en el gimnasio en clases de defensa personal. Va acompañada de su padre. Ella está muy entusiasmada. Ambos comentan que esto le viene bien para no pensar tanto en la calle. Pilar teme que se canse, como le pasó con la pintura. Los terapeutas tratan de normalizar comentando que esto nos pasa a todos, y le piden que comenten qué aficiones han ido ellos dejando. José cuenta que jugaba al fútbol. Valoran la vida sana y quieren transmitirlo a sus hijas. José habló con su hija sobre el tabaco. La terapeuta señala que es más efectivo el modelo que ven en él que el darle información. José resalta que Rocío ya no contesta gritando como antes. Parece que Rocío busca con esto tener una relación diferente con su padre.

Tras el ER, Pilar dice que prefiere mantenerse callada porque habitualmente ella habla con todo el mundo y considera que José lo necesita más. José comenta que todos los días dan un paseo juntos y aprovechan para hablar y los fines de semanas hacen cosas en familia, ir de compras, mercadillo. Pilar comenta que no sabe cómo decirle las cosas, dice que no le entiende, que se siente ofendido por cualquier cosa, y acaban discutiendo. La y el terapeuta les proponen que aprendan a comunicarse mejor, José a escuchar y a Pilar a explicar. Les proponen que escenifiquen alguna situación concreta. José dice que discuten porque le pide a Pilar que resuelva ella los problemas con las niñas y que no recurra siempre a él.

Entra el supervisor y propone hacer algo distinto. Pilar parece que busca un padre salvador, y esto es un modelo muy antiguo que deja a los hombres en una mala posición, y es normal que se sienta mal. Les plantea que se giren y se miren. Le pide a Pilar que le pida ayuda a José. El supervisor señala que utilizan discursos, en lugar de peticiones. Le insta a Pilar a que haga una petición concreta y el supervisor señala los reproches, órdenes, acusaciones. Les señala que pueden empezar usando “Yo quiero...” “Me gustaría”.

El supervisor hace doblaje: “Pilar estoy muy cansado, si hay algún problema resuélvelo tú”. Se despide remarcando la necesidad de práctica.

Pilar dice que ellos hablan mal y que esto se lo transmiten a sus hijas. La y el terapeuta les señalan la necesidad de que acuerden consecuencias cuando las hijas incumplan las normas. Pilar explica que ellos han discutido mucho, que han tratado de hacerse daño. La terapeuta les anima a hacer cambios en su relación para servir de modelo positivo, utilizando el tiempo de paseo para practicar. El terapeuta le propone un ejercicio de escribir peticiones para conseguir que sean peticiones concretas.

- Técnicas utilizadas:

Se utilizan interpretaciones: “Es posible que haga esto para agradar te a ti”. “Busca tener una relación diferente con su padre”. También paráfrasis y reflejos. “Ella piensa que tu no entiendes, que eres más lento”. “Te sientes bien con esto”. El terapeuta propone una escenificación para trabajar la comunicación de la pareja y realiza un doblaje en la misma. También Consejo sobre competencias y prácticas parentales psicoeducativas.

- Intervenciones del ER:

E1 (Hombre): Es interesante escuchar a José sobre sus aficiones, Pilar ya nos habló de sus ocupaciones. Ambos tienen compromisos y responsabilidades. ¿Qué momentos tienen ellos para compartir?

E2 (Mujer): El mundo está lleno de peligros que acechan a Rocío y elige hacer un deporte de lucha con su padre. ¿De qué se defiende Rocío?

E3 (Mujer): Resalta el esfuerzo de José por venir. Rocío está aprendiendo a defenderse sin ser agresiva. Familia que contiene pero no atosiga, que ayuda sin presionar.

-Hipótesis de trabajo: Continuar con el enfoque en la relación de pareja y el ejercicio de la parentalidad, mejorando la satisfacción con la relación y el sentimiento de competencia parental, potenciará el establecimiento de límites entre subsistemas y la inoperancia de la sintomatología.

6ª SESIÓN

Coterapia de un terapeuta varón y una terapeuta mujer. Son invitados Pilar y José.

Tras el periodo estival, la pareja no acude a la entrevista. Cuando se contacta por teléfono para conocer los motivos de su ausencia, Pilar comenta que su hija está siendo atendida en otro recurso porque les preocupaba su situación y que la pareja prefiere no continuar con el trabajo comenzado. Tras conocer la nueva situación se acuerda volver a retomar el contacto pasado unos meses para realizar una entrevista de seguimiento en

la que poder tratar los aspectos que les han sido útiles y cuales en su opinión podrían mejorar desde este recurso.

Valoración global de resultados y conclusiones:

Desde un principio, se partió de la hipótesis de que el fortalecimiento de la pareja podría mitigar la sintomatología que presentaba la adolescente, al perder la función que cumple en el funcionamiento familiar. Tras la sesión individual mantenida con la adolescente se mantiene esta hipótesis y se ponen de manifiesto no sólo las dificultades de relación de la pareja, sino también en lo referente al ejercicio de la parentalidad. El trabajo se centró, por tanto, en estos dos aspectos: mejora de la comunicación en la pareja y adquisición de habilidades parentales.

Que la pareja comenzara a centrar su atención en su propia relación, permitió que Rocío no sintiera la necesidad “unir a sus padres”, y por otro lado comenzó a generar un sentimiento de satisfacción con la propia relación de pareja que influyó de modo positivo en el clima general de la familia. Se observó un cambio positivo en la relación del padre y la madre con sus hijas, en especial con Rocío, quien mejoró de modo considerable su sintomatología, comenzando a controlar sus reacciones frente a su familia, minimizando sus conductas de riesgo en su relación con sus iguales y buscando nuevas formas de ocio.

En la entrevista de seguimiento, realizada por una terapeuta mujer y un terapeuta varón con Pilar y José, a los seis meses de finalizar el tratamiento en el SOTF, la conversación en un principio se centra en la situación y avances de Rocío. Ambos comentan que está siendo atendida en un Centro de Drogodependencia donde le realizan controles de consumo y le atiende individualmente una psicóloga, cada vez de forma más espaciada temporalmente en función de los logros que va consiguiendo. Se muestran unidos como padres y satisfechos con la medida tomada y el proceso familiar, expresando que su firmeza y constancia común les ha servido para conseguir que Rocío fuera haciendo cambios. En su discurso muestran haber integrado aspectos trabajados en las entrevistas, relacionando el comienzo de las dificultades de su hija con la muerte del abuelo materno, la tensión familiar y las dificultades de pareja, el modelo de comunicación recibido, etc.

Ambos expresan cambios en su relación como padres y como pareja, definiéndola como menos conflictiva. Que José relacione su estilo de vida (falta de descanso) con sus reacciones frente a su familia y la mejor comprensión por parte de Pilar de esta dinámica, facilita la convivencia por cuanto tratan de resolver los conflictos comprendiendo la postura de la otra parte. A su vez Pilar parece ir cediendo espacio a José en las decisiones familiares. En su discurso se permiten expresar sus desacuerdos de una forma respetuosa sobre la relación de ella y él con sus familias de origen y las consecuencias que conllevan para la pareja y el clima familiar.

Por último reflejar cómo en su valoración de la ayuda recibida desde el SOTF,

explicitaron que su demanda inicial eran las dificultades de su hija y que la intervención se centró en su relación de pareja, expresando su disconformidad con este hecho. En este sentido quizás la intervención se centró prematuramente en la pareja y puede que el equipo de intervención no supiera contextualizar el trabajo iniciado y sus consecuencias positivas para el funcionamiento de toda la familia. A parte de esto Pilar y José valoraron como positiva la metodología de trabajo al tener la oportunidad de recibir la ayuda y la opinión de varias y varios expertos, y comentaron que volverían en un futuro al recurso ante nuevas dificultades.

6.1.2. MUJER SOLA CON HIJOS A SU CARGO: VIUDEDAD E INTEGRACIÓN SOCIAL.

Es frecuente que en el SOTF se atiendan casos de mujeres solas debido a diversas circunstancias vitales: viudedad, separación, madres solteras, entre otras. Con el siguiente caso de una mujer viuda, de 58 años, queremos ejemplificar la situación relacional que viven estas mujeres y el contexto de ayuda que se puede implementar desde el SOFT. En líneas generales suelen ser las mujeres las que con mayor frecuencia solicitan ayuda para la familia. Es común que la petición de ayuda para otros se transforme a la largo de la intervención en ayuda para ellas mismas, quienes desde hace muchos años han perdido la esperanza acerca de las posibilidades de cambio y de crecimiento.

Derivación y características fundamentales de la cliente y su familia

La cliente es derivada desde uno de los centros de trabajo social de Sevilla por las dificultades de adaptación que encuentra con sus dos hijos varones no emancipados, de 18 y 23 años. La trabajadora social que nos envía el informe y habla con el equipo telefónicamente nos comenta que Sofía, es jubilada y tiene un nivel cultural medio-bajo. Tanto ella, como el psicólogo del Centro de Trabajo Social consideran que Sofía puede beneficiarse de un tratamiento familiar porque hace tiempo que sufre por las incomprensiones de sus hijos varones. Sofía tiene una hija, que está casada y tiene una hija de quince meses y actualmente vive independiente en la misma ciudad. Sofía demanda ayuda para conseguir una mayor autoridad con sus dos hijos varones con los que convive y que según dice son poco colaboradores. Su hijo mayor, de 23 años, Pedro, presentó un problema de adicción al Juego hace dos años y parece que lo tiene más o menos controlado. Su hijo menor, Miguel, de 17 años, está terminando la ESO, pero según su madre no muestra mucho interés por los estudios y no va a clase.

Antes de la primera sesión tuvimos una conversación con la trabajadora social y el psicólogo del Centro de Trabajo Social para conocer la situación de Sofía y el trabajo previo. En líneas generales preferimos que las y los profesionales que derivan acudan a una primera entrevista conjuntamente con la familia en la que se realiza la derivación y se indagan en los motivos, expectativas y deseos de cambio de la familia, así como la atención a las peticiones de los profesionales y las profesionales. Es importante que tanto el sistema

familiar que solicita ayuda como quienes han trabajado previamente con la familia salgan de la sesión con una sensación agradable por el esfuerzo mutuo realizado y con la confianza de que el nuevo equipo seguirá intentando mejorar las cosas. En algunas ocasiones con los datos de la hoja de derivación el Equipo se reúne y propone algunas hipótesis orientativas para la primera sesión. En este caso concreto, el equipo pensaba que la situación vital de Sofía era compleja y dolorosa porque su viudez podía venir acompañada por la falta de colaboración, tristeza, rabia y desconsideración de sus hijos varones. Al mismo tiempo pensábamos que la figura de su hija y la nieta podrían ser puntos importantes para recuperar la ilusión y tener un cierto apoyo en su soledad creciente.

Primera entrevista: encuadre, alianza terapéutica y análisis de la demanda:

Una vez que el Equipo recoge los datos fundamentales del caso, en esta ocasión por la conversación telefónica con la trabajadora social y el psicólogo del centro correspondiente, y no ve la posibilidad de una entrevista de derivación conjunta de las y los profesionales y la familia, cita a la cliente para iniciar el tratamiento que en líneas generales comienza con la construcción del encuadre, el desarrollo de la alianza terapéutica y con el trabajo con la demanda. Aunque no estarían presentes quienes derivaban el caso debido a problemas de agenda, contamos con la narración de sus peticiones y demandas para la cliente y su familia. Este aspecto resulta muy importante porque cuando tenemos la primera entrevista normalmente comunicamos a las y los clientes los deseos, expectativas y peticiones de los profesionales y las profesionales para fortificar siempre el trabajo en red y dar sentido a la colaboración de diversos profesionales. Es muy frecuente que pidamos una carta a quienes derivan que es leída a la familia en la primera sesión. En esta carta pedimos que muestren los motivos por los que consideran que podemos ayudar a la familia desde el SOTF. Al mismo tiempo les pedimos que nos señalen los puntos fuertes de la familia y los logros conseguidos hasta el momento.

Es importante también desarrollar el sentimiento de agradecimiento hacia otras y otros profesionales y también hablar de aquellas frustraciones y dificultades encontradas en los procesos de orientación y asesoramiento desde otros servicios para no repetir errores y sobre todo, para colaborar en la mejora de la intervención con estas familias. Las dificultades en las relaciones entre la familia y profesionales anteriores las solemos redefinir como malos entendidos o dificultades de entendimiento para salvaguardar la buena voluntad de todas las personas incluidas en los procesos de ayuda.

Antes y después de la primera entrevista es muy frecuente que apliquemos a los clientes y sus familias una batería de pruebas psicológicas y sociales que permiten profundizar y conocer las dificultades que puedan presentar. Esta fase de evaluación está inmersa en el proceso de alianza con la familia y en ningún momento debe realizarse como una mera evaluación de control o mero objeto de investigación del servicio. Es muy importante que los profesionales que aplican las pruebas atiendan a las reacciones de los clientes y

participen activamente también en las sesiones. De esta forma el proceso es completo y la evaluación se enmarca en el diálogo sobre sus situaciones vitales y permiten conocer de primera mano cómo viven sus crisis, sus puntos fuertes y con qué recursos cuentan. En este caso, Sofía realizó varias pruebas psicológicas (SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas. L-R. Derogatis; BDI (Beck Depression Inventory) Inventario de Depresión de Beck; IDER, Inventario de Depresión Estado/Rasgo (c) C.D. Spielberger, adaptación española: G. Buela-Casal, D. Agudelo y C.D. Spieldelberger. STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (b) C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch y R.E. Lushene.; DAS, Escala de Ajuste Diádico de Spanier (1976), versión española traducida por Echeburúa (1992).; AF-5, Autoconcepto Forma - 5 (a) F. García y G. Musitu. CAF, así como la Escala de Cohesión y Adaptación Familiar. De Olson, que mostraban claramente la carencia de expectativas sobre sus hijos varones, los sentimientos depresivos crecientes y la dificultad para elaborar el duelo por la pérdida de su marido hacía ya más de seis años. La recogida de un genograma completo nos mostró la débil red de apoyo de Sofía y cómo se sostenía quizás, excesivamente en su hija mayor y en su nieta. La recogida de datos mostraba que Sofía tenía pendiente la elaboración de la relación con los hombres de su vida pasada y actualmente con sus dos hijos varones. Algunas de las hipótesis de trabajo del inicio de la evaluación eran:

1.- El duelo por la muerte del padre no ha sido realizado. Ambos hijos se encuentran inactivos laboralmente, les faltaría un modelo de identificación masculina. Uno de ellos tiene problemas de adicción como forma de no pensar en la pérdida y mantener a su madre pre-ocupada. La madre se ha volcado afectivamente en los hijos sobreprotegiéndolos, fallando a nivel normativo (era tarea del padre). La familia no ha elaborado el duelo adecuadamente y su reorganización resulta disfuncional.

2.- La mujer se encuentra deprimida por la falta de un proyecto de vida con el que realizarse.

De la primera entrevista, realizada por dos coterapeutas mujeres y con equipo reflexivo, es importante destacar el trabajo con las emociones que se realizó desde todo el equipo. Sofía tras tomar conciencia de la realidad familiar empezó a llorar tímidamente en la sesión y comenzó a hablar del fallecimiento de su marido y el hecho de tener que afrontar las dificultades de su familia sin su apoyo. Las terapeutas se acercaban a las emociones pero en cuanto aparecían con cierta intensidad pasaban a otros temas. Sofía cuenta durante la primera sesión que tanto su hija como su nieta se llaman Rocío y que son una fuente de apoyo y alivio para ella. Comenta que está muy ilusionada con el nuevo embarazo de su hija. Al mismo tiempo señala que tuvo una úlcera en la pierna y dice que esto le impedía ir a bailar al centro cívico que era algo que le gustaba. Está muy preocupada por la situación laboral de sus hijos y de su precariedad económica porque con su paga de viuda tiene que mantener toda la casa. En esta primera sesión habla de las dificultades de manejo del dinero de su hijo mayor. Al mismo tiempo este hijo mayor le hace responsable por no mantener unas buenas relaciones con la familia de origen de su marido. Este tema es

especialmente doloroso para Sofía. Ella era la primera de cuatro hermanos y hermanas y recuerda que vivió como un desahogo casarse y ser independiente. Las terapeutas le ayudan a hablar de la enfermedad de su marido y de lo difícil que resultó todo. Cuenta un episodio en el que su suegra vino a visitar a su hijo cuando estaba enfermo y trajo su propia botella de agua como si hubiese alguna posibilidad de contagio por tomar el agua del mismo vaso. En líneas generales, Sofía expresa el dolor por las difíciles relaciones con la familia de origen de su esposo, incluso en los momentos más dolorosos de la enfermedad de éste. Para Pedro y Miguel hablar de la enfermedad de su padre es un tema complicado según Sofía. Esta dice que Pedro se convirtió en un niño problemático desde que nació Miguel y siempre está tratando de llamar la atención. A continuación recogemos algunas intervenciones del Equipo Reflexivo tras unos cincuenta minutos de entrevista:

T1.- “Sofía, una madre cercana, preocupada y con ganas de hacer su vida... pero cómo sacar a los toros de la villa sin que ellos salgan de la plaza más débiles, que salgan más fuertes, sin sentirse “heridos” y que Sofía quede contenta y feliz?. Aquí estamos para aprender a torear... no estás sola... por cierto, el bolso blanco y juvenil que traes es mejor que las bolsas de los toros... ¿qué tendrá dentro, ese bolso?

T2.- ¿Qué diría Pedro padre de esta situación?

T3.- ¿Qué te gustaría conseguir viniendo aquí? ¿Ser más fuerte con tus hijos?

T4.- ¿Qué pasaría si los hijos se cayeran del nido?

En líneas generales estas intervenciones breves del equipo fueron en cierta medida metafóricas, empáticas y sirvieron para seguir profundizando en el tema central de la entrevista. La cliente se sintió bien con las terapeutas, aunque éstas sentían al final de la entrevista que les costaba profundizar en los sentimientos de tristeza y pena. Ante la posibilidad de que vinieran sus hijos a la próxima sesión ella comentó que lo veía muy difícil. Antes de marcharse de la sesión, Sofía pide que las terapeutas le den un “besito”. El episodio es un buen ejemplo de las necesidades de Sofía y nos ayudó a entender algunas directrices para el trabajo posterior.

Algunas de las ideas posteriores que se comentaron en el equipo tienen que ver con las posibles líneas de intervención: elaborar y aceptar su historia personal, reestructurar el sistema familiar sobre todo con el establecimiento de límites como madre delante de sus hijos varones, favorecer la creación y renovación de un proyecto de vida, aumentar el autocuidado y ayudar a mejorar su autoconcepto.

Intervenciones realizadas:

A continuación presentaremos un breve resumen de los contenidos y dinámica de las sesiones, señalando las intervenciones del Equipo Reflexivo que mayor papel creemos que tuvieron en el caso.

En la segunda sesión Sofía continúa trayendo episodios en los que muestra claramente su desvalorización como madre y mujer delante de sus hijos. Las terapeutas le comentan

que en la medida que sus hijos dejan sus responsabilidades ella las asume y esto contribuye a empeorar el problema. Podríamos decir que en cierta medida la “queja de Sofía mantiene el problema”, aunque por supuesto ella no es consciente de ello. Cuando las terapeutas le comentan qué pasaría si un día en la semana Sofía se quedara en la cama y dijera que no puede hacer nada porque las psicólogas le han dicho que tiene que estar acostada por su depresión, Sofía dice que entonces ellos no harían nada, pues esa situación ya se había dado de forma natural y “no se dignaron ni a traerme un vaso de agua...”. Sofía narra un episodio muy doloroso para ella. Una vez tuvo una hemorragia en la pierna por una úlcera y debía guardar reposo. Dice que aún así, los hijos no se hicieron cargo de nada, tan sólo le hicieron la comida a base de fritos y dejaron todo por la cocina a la espera de que su madre estuviera bien para recogerlo. A la pregunta de si todo era igual cuando vivía su marido, dice que no, que él era un hombre que participaba de las tareas de la casa, cocinando y haciendo quehaceres domésticos. Después de esto Sofía continúa con su discurso lleno de quejas sobre sus hijos y por la falta de apoyo en las tareas del hogar. Una de las terapeutas le comenta a Sofía que sus hijos son mayores y podrían, dada la situación, valerse por sí mismos. Le señala que por ejemplo, qué pasaría si ella muriera como consecuencia de la úlcera en la pierna. Sofía no acepta la idea, parece que le cuesta aceptar la idea de que pudiera morir y sobre todo dejar a sus hijos solos. La coterapeuta le pregunta que si su hija mayor ha podido salir bien de la casa, cuál puede ser la diferencia con sus hijos varones. Ella dice que no sabe cuál puede ser la diferencia porque cree que les ha educado a todos por igual. Después de unos sesenta minutos, el Equipo Reflexivo solicita intervenir y aporta las siguientes reflexiones:

T1. (Mujer).- “Me angustia pensar que no se permita decir lo mal que le hace sentir su situación, zanjando siempre la conversación con una sonrisa ante los temas tristes. ¿Qué cree Sofía que podrían hacer las terapeutas para que ella pudiera expresarse libremente y contener su angustia?”

T2.- (Hombre).- ¡Qué paranoia!, Sofía le calienta la olla a sus hijos, la cabeza y la del puchero. ¿Qué pasará el día que Sofía deje de calentarles la olla? Salgamos sólo los hombres, las mujeres de la casa no sirven para nada... ¿Cómo serán los hombres en casa de Sofía?”

Tras la invitación de las terapeutas para comentar las intervenciones del equipo, Sofía permanece en silencio y dice que no quiere comentar nada. Las terapeutas le comentan que son muchas cosas las que se han tratado en esta sesión. Les comentan que ocurriría en su casa si ella se convirtiera en una “NINI” (Ni trabaja ni estudia). Sofía dice que en muchas ocasiones tiene ganas de hacerlo, pero que son muchas las cosas que se guarda. En este momento de la sesión llora. Siente que su hija es la única que se preocupa por ella. Comenta también que le afectó mucho quedarse viuda y la poca ayuda que recibió de su suegro y su suegra, ni de su cuñada. No quiere contarles a sus hijos para que no sufran. En este momento continúa llorando y muy emocionada. Dedicar un tiempo del final de la sesión para hablar de las dificultades de relación con la familia de su marido ya por entonces cuando aún vivía éste.

En la tercera entrevista se citó a todos los miembros de la familia. Acudió solamente Sofía y su hija Julia. Esta se muestra contenta de haber venido y dice conjuntamente con su madre que hay que seguir insistiendo para que vengan sus hermanos. Habla de la dificultad para expresar las cosas de sus hermanos, aunque su hija pequeña se ha ganado a su hermano Pedro y es menos reservado con la niña. Julia nos cuenta que pelea mucho con su hermano Pedro porque le recrimina con frecuencia cómo se porta con su madre y por la actitud general que tiene. Dice que aprendió muchas cosas de su padre y en ese momento se emociona, aunque señala que parece que sus hermanos no han aprendido. Dice que siempre actúa como muy madre con sus hermanos. Cree que su hermano pequeño no ha superado la muerte de su padre. Las terapeutas bromeaban sobre cómo creen que llevan los hermanos tener dos madres. Sofía señala en este punto que ella tiene miedo porque su hijo es igual que mi padre dice... me recuerda a mi padre en el hecho de querer llevar siempre la razón. Aunque claro, el no es bebedor. Tanto Sofía madre como su hija Julia hablan de los celos mutuos entre los hermanos. Después de un rato, las terapeutas hacen que Julia hable de sí misma y de su matrimonio. Ella dice de sí misma que es una persona muy estricta porque no le gustaría que sus hijos fueran caprichosos, pero al mismo tiempo dice que es mucho de jugar con ellos. Afirma que su lucha diaria es que estemos bien y eso hay veces que me afecta incluso en mi matrimonio. Después interviene el Equipo Reflexivo:

Algunas de las intervenciones del equipo:

T1.- (Mujer).- La terapeuta nos contaba un sueño en el que Pipi Calzas Largas jugaba con un caballo y un mono... igual a nuestra compañera le hubiese gustado que Sofía hubiese disfrutado más de su infancia... luego se encuentra con Julia, su hija, que también hizo funciones de madre desde muy pequeña, es bondadosa, pero igual está protegiendo demasiado a su madre y le impide ser madre... Igual ya tiene derecho a irse emancipando

T2 (Mujer).- Me ha gustado mucho conocerles... pero tengo una sensación de cambio de papeles (madre e hija), es una situación dura por la que están pasando. Me llama la atención que el hijo mayor de Sofía se parezca a su padre. Escuchaba a las compañeras hablar con Sofía y Julia y decía: "esto son cosas de mujeres..." e incluso me enfadaba en el momento en que hablaban de los hombres, el padre de Julia, el padre de Sofía, los hermanos... Pero por otra parte me imaginaba a Julia como a su padre, mirando hacia otro lado...

T3 (Hombre).- Julia dice que sus hermanos son reacios a abrirse, el grande y el chico... A Miguel le cuesta hablar pero ella está encantada de venir, es enfermera y trabaja en una ONG. Tiene 29 años y una hija, y otra/o en camino, "los dos están como locos con la niña, pero no me transmiten nada". Son personas reservadas, pero cambian con la niña. Chocó mucho con el mayor, está equivocado en muchos aspectos en cómo trata a su madre.

Tras la intervención del Equipo Reflexivo, Julia se emociona mucho y llora mientras

habla de su padre, de cómo mientras su madre estaba en el hospital ella se hizo cargo de ellos. No puedo separarme de ellos porque les quiero demasiado, dice, y no miro para otro lado, estoy muy involucrada. Finalmente después de unos diez minutos en los que Julia llora y habla de sus hermanos y de su padre, el equipo envía una nota en la que dicen:

“¡Qué suerte tiene Sofía de tener a Julia, una hija sensible, cercana y trabajadora... bueno, no es sólo cuestión de suerte, Sofía la tuvo, la crió y le dio buena leche!, es una hija abierta... ¿por qué los varones de esta familia son mas reservados? ¿Quizás Pedro tiene miedo y se reserva... a qué puede tener miedo Pedro? El padre de Julia le ha tratado bien... no sé si a Pedro y a Miguel también... Tu padre con una operación no fue muy ayudado por tus hermanos y esto es doloroso y preocupante... Julia como madre de sus hermanos y a sufrir todos... pero, ¿podrían estar juntos también ayudándose? El chico no lo ha superado decía Julia. Finalmente el equipo da una mención honorífica a Julia por ser la portavoz de la familia y por el sacrificio que ha hecho desde hace tantos años... un premio para que se libere un poco”.

Tras la sesión el equipo considera que ha sido muy beneficiosa para madre e hija porque ha permitido compartir sentimientos y malos entendidos, así como fortificar el papel de Sofía como madre y liberar en cierta medida a Julia de su papel como madre de sus hermanos. El Equipo ve también como un pilar muy importante para la ayuda futura de Sofía el papel de Julia ya que el aislamiento social y familiar de Sofía es un elemento que hay que disminuir.

En la cuarta y quinta sesión se continúa trabajando con los sentimientos e ideas de Sofía acerca de cómo surgen los problemas y cómo se podrían solucionar. Mostramos algunas de las reflexiones que nos parecieron más impactantes para Sofía en estas sesiones:

T1. (Hombre): Sus hijos no han tomado iniciativa alguna, Sofía juega fuera de casa. ¿Qué ocurriría si Sofía se acostara a las cuatro de la mañana con los labios pintados, y dijera a sus hijos, no os preocupéis, ya veo yo el mundo por vosotros? No hay que empeñarse en buscar un significado a los calcetines, úsalos cuando quieras.

T3 (Hombre): ¿Cuántas sesiones llevamos trabajando con Sofía? Aún no la veo convencida de que estamos todos por ella, que quien nos interesa es ella, que sí, sus hijos están ahí pero quien viene a terapia para estar mejor es ella, estamos aquí para que ponga mejor ella.

T1 (Hombre): La gente tiene que cambiar, ellos tendrán que empezar a cuidarse.

T2 (Hombre): Nooo, nooo, nooo! La verdad es que cuesta decir que no, pero me he quedado muy a gusto.

T4 (Mujer): Sofía está un poco confundida, quiere ayudar a sus hijos, quiere que sus hijos lleven una vida adecuada ¿Cómo hace una madre para que sus hijos aprendan eso?

¿Haciéndoles las patatas y lavándoles la ropa? No; Sus hijos imitan modelos, imitan a sus padres. La mejor manera de que sus hijos se cuiden es cuidándose ella, salir con amigas y entrar cuando lo decida, hacer lo que realmente sienta que tiene que hacer, quizás si Sofía empieza a cuidarse ella misma, sus hijos tendrían un modelo a seguir.

Después de estas sesiones el equipo decidió escribir una carta a sus hijos para invitarles a la próxima sesión.

“Estimados Pedro y Miguel: Vuestra madre está en serio peligro con su vida y la vuestra. Sufre, tiene serios riesgos para su salud y está en plena crisis. Necesitamos como equipo vuestra ayuda porque sois las personas más importantes para vuestra madre. Os rogamos que vengáis a la próxima sesión el día 28 de abril a las 12 de la mañana, miércoles. En caso de no poder asistir os rogamos que nos llaméis por teléfono al SOTF. Es muy urgente.

Equipo del SOFT- Nervión-San Pablo.

A la sexta sesión acudió Pedro el hermano mayor y fue entrevistado por un terapeuta varón del equipo. La entrevista fue muy rica y amena y conseguimos que Pedro se sintiera bien como persona con sus propias dificultades laborales y de adaptación. Pedro tenía por entonces 24 años, estaba en paro y hacía seis meses que estaban saliendo con una chica pero según él sin perspectivas de casarse. En relación a su hermano parece que lo ve como anñado y con dificultades. Dice que antes lo defendía más, pero que no se puede estar así toda la vida. Cree que su madre está desilusionada y frustrada con ellos. Piensa que su madre no se impone. Todo iría mejor si su madre se pone a régimen y su hermano se fuera de casa. En algún momento Pedro habla de sus problemas de adicción y de su orgullo por haberlos solucionado solo. El terapeuta termina la sesión fortificando las capacidades de Pedro y reconociendo sus méritos como hermano y como hijo. Le agradece su confianza y le comenta que transmitirá a su madre todo lo bueno que hemos visto en él para tranquilizarla y para que aproveche lo mejor de sus hijos. Le animamos a seguir buscando un empleo estable y a seguir formándose. Le comentamos que puede ayudar mucho a su hermano si no le culpabiliza y si no le ve como un tonto, sino como una persona diferente y que puede que tenga dificultades en algunos aspectos de su vida. El que no haya aceptado la invitación a venir no quiere decir que no necesite ayuda, pero él es el que debe dar el paso. Lo importante le decimos es que cada uno está empezando en la familia a darse el derecho a no mantener situaciones que no son beneficiosas para nadie. Le comunicamos finalmente que para su madre es importante que él y su hermano puedan transmitirle de alguna forma que se preocupan por ella y que están ahí.

En las sesiones séptima, octava y en la última se continuó trabajando sobre los sentimientos de Sofía. En líneas generales el Equipo trató de ayudarle a reconocer su tristeza, permitirse decir no delante de sus hijos varones y aprender a pedir ayuda sin tanta rabia y desconfianza. Podríamos decir que Sofía quedó “sola ante el peligro” a partir de las sesiones familiares. Ahora el tema era su vida, sus aficiones, su soledad, sus enfermedades,

y cómo quería organizar su vida como una persona adulta, viuda, que ha criado a dos hijos y una hija y que tiene dos nietas. Todo esto constituyó el centro de las conversaciones, de forma que Sofía fue preocupándose poco a poco más de sí y paradójicamente sus hijos tuvieron que preocuparse por sí mismos. A las terapeutas les costaba sobremedida la actitud derrotista de Sofía en muchos momentos y sus vueltas a culpar de la situación la dejadez de sus hijos y la falta de colaboración. En este tipo de casos nos parece muy importante el manejo de los sentimientos contra transferenciales de las y los terapeutas que están en la sala y el equipo reflexivo porque realmente es complicado introducir pequeños cambios en una dinámica tan disfuncional que mantiene los problemas con las propias quejas depresivas y buscando culpables fuera del propio control lo cual conduce a situaciones de indefensión pronunciada.

En la última sesión, Sofía comenta que ha ido aprendiendo a decir que no. Habla de su ilusión al haber sido abuela de nuevo. Y finalmente habla de cómo está recuperando las ganas de hacer cosas en la asociación de vecinos y vecinas. Dice que el Equipo Reflexivo le ha ayudado mucho, aunque casi siempre le hacían llorar. Dice que en líneas generales está muy contenta. En la post sesión el equipo habla de las limitaciones con Sofía que en ciertos momentos habla de no cambiar y sí cambiar. Es como si le costara aceptar que las cosas pueden cambiar un poco. Los componentes del equipo señalan la necesidad de fortalecer el trabajo terapéutico con actividades psicosociales de red porque Sofía es una persona que necesita un apoyo social directo para su integración en su barrio y poder conseguir determinados logros educativos y quizás laborales. Para ello se habla de la importancia de devolver los resultados al Centro de Trabajo Social que derivó el caso y aconsejar que se continúe con un apoyo a ciertas actividades recreativas, formativas y laborales, que permitan una mejor integración de Sofía, así como de sus hijos varones.

Discusión y líneas de trabajo para este tipo de casos:

Es frecuente que desde los Servicios Sociales Comunitarios se realice un trabajo de sensibilización y participación de estas mujeres solas en situaciones de dificultad de manejo de los hijos adolescentes y jóvenes. Las escuelas de Madres y Padres, así como los grupos de actividades lúdicas y recreativas, permiten contactar con las necesidades y dificultades de muchas familias. En un momento dado, las y los profesionales detectan que es necesario un trabajo más terapéutico que complete otras intervenciones psicoeducativas. Este es el caso de Sofía, quien participaba desde hacía años en actividades de su Centro de Trabajo Social y por el conocimiento que tenían las y los técnicos del SOTF deciden que era un buen momento para que se beneficiara de una intervención más intensa y terapéutica, tanto a nivel individual como familiar. La combinación de sesiones familiares, con las individuales, así como las de diversos subsistemas, podrían completarse también con visitas a domicilio como ya hemos indicado en otros casos. Todos ellos son recursos para favorecer a través de una psicoterapia familiar breve los cambios adecuados y dinamizar a los familiares estancados en crisis. El grado de salud de estas familias y el apoyo psicosocial

del que disponen en la red de servicios sociales comunitarios hacen viable crear un contexto seguro de ayuda, así como favorecer un clima de colaboración que permite cambios. El caso es un buen ejemplo de la combinación de recursos y de la creación de climas de colaboración. La derivación sustentada en la confianza básica en el SOFT, así como la devolución y seguimiento del caso a través de los servicios sociales comunitarios, muestran cómo es importante conseguir que las y los clientes de los servicios sociales tengan una perspectiva global y completa de las diversas actuaciones. La parcialización de la información, la excesiva evaluación sin intervención, lleva en muchas ocasiones a las profesionales y los profesionales a un sentimiento de sobre carga y desaliento. Para el equipo del SOTF, así como para el Centro que derivó el caso, lo más importante es haber conseguido que las quejas y las demandas más o menos encubiertas de Sofía, encontraran un contexto de cierta seguridad y continuidad en el que pudieran tratarse. Al mismo tiempo, fue muy importante que al final del tratamiento, se hablara desde el SOTF de la necesidad de continuar con la labor iniciada en los Servicios Sociales Comunitarios que al fin de cuenta es la red de apoyo que podría mejorar los esfuerzos de Sofía por integrarse social y comunitariamente. En muchas ocasiones se presentan las intervenciones de los equipos como especiales y contrarias a las de otros servicios. Nos parece de suma relevancia la creación de un contexto de valoración de los diversos recursos. Las y los clientes deben saber que son las mismas personas y que las y los diversos profesionales hacen todo el esfuerzo que está en sus manos para no parcializar las informaciones ni hacer un uso privilegiado de ellas.

6.1.3. VIOLENCIA DE GÉNERO Y FILIO PARENTAL: LA TRANSMISIÓN GENERACIONAL DE LOS CONFLICTOS.

A través de esta familia presentamos la dinámica relacional en las situaciones de transmisión generacional de la violencia contra las mujeres. Dos hijos varones repiten el patrón de violencia de género en la figura de su madre. El trabajo con la familia de origen de la paciente muestra cómo la inclusión de diversos sistemas permite una mayor flexibilización de las relaciones.

Un elevado porcentaje de casos atendidos en el SOFT durante los últimos cinco años tienen que ver con la violencia filio parental. En la mayoría de las situaciones estos casos tienen como característica principal que estamos hablando de madres solas que han sufrido violencia de género y que ahora se repite a través de sus hijos.

Hemos seleccionado este caso porque muestra cómo el dolor vivido por un sistema familiar de origen en el que se dio la violencia de género se repite en la familia nuclear creada y continúa la cadena. Resulta de especial interés destacar cómo la labor del Equipo Reflexivo amplía las visiones de la realidad y ayuda a soportar el dolor y la vergüenza que aparecen en estas situaciones. El peligro de mantener la posición de víctima de estas madres a través de reforzar las “quejas”, nos parece un aspecto muy relevante a tener en cuenta con el fin de poder capacitar mejor a las mujeres en el afrontamiento de la violencia

de genero. La empatía y la compasión deben ir de la mano del desafío, el apoyo directo y la ampliación de las ideas en los sistemas que han vivido la violencia. El trabajo con los hermanos que ejercen violencia contra la madre es tan importante como el manejo de la rabia y las tristezas de las mujeres adultas que vivieron la violencia en su familia de origen.

El Equipo y sus integrantes pueden tomar diversas posiciones ante la descripción del dolor de la familia. De esta forma permiten a la familia ver a distancia muchos de sus movimientos sin sentirse culpabilizados o criticados. El permiso para sentir en un clima más seguro es una de las claves para tratar sentimientos tan dispares y molestos como los que surgen cuando se ha vivido en un contexto de violencia familiar. El apoyo directo a la madre, y la utilización de los recursos de su familia de origen, permiten ir creando un clima que facilita una mayor confrontación sin el temor a perder la relación.

Derivación y características fundamentales de la cliente y su familia:

Sonia es atendida en uno de los Centros de Trabajo Social de Sevilla por una demanda de prestación económica, acogida al Programa de Solidaridad de los Andaluces (salario social). Tres años después, se reactiva la intervención familiar, ante una nueva demanda de ayuda económica y la necesidad de asesoramiento ante dificultades de relación con sus hijos varones. Desde el servicio que la atiende se recoge que la familia precisa una intervención terapéutica especializada y continuada, existiendo motivación por parte de Sonia para modificar sus circunstancias personales.

De esta forma la trabajadora social que atiende a Sonia, realiza la derivación del caso al Servicio de Orientación y Terapia Familiar, con la demanda de mejora de las relaciones materno filiales y las relaciones fraternales, señalando la existencia de antecedentes de violencia en la historia familiar.

En su informe de derivación y en la posterior conversación telefónica, la trabajadora social que deriva a la familia comenta que Sonia solicita ayuda y orientación en relación a pautas de conductas y de afrontamiento de las situaciones de conflicto que se están produciendo con sus hijos varones. Manifiesta tener graves conflictos con ellos, especialmente con Domingo el cual, según su madre, reproduce los patrones de conducta que su ex pareja mantenía con ella (desprecio, falta de consideración, verbalizaciones negativas, insultos), y el hijo menor César, está comenzando a reproducir los patrones de conducta de su hermano. También nos aporta que Sonia ha sido animada por su madre y su hermanas a solicitar orientación psicológica, existiendo un vínculo fuerte entre éstas y siendo una fuente de apoyo importante.

Conocemos en este momento que Sonia tiene 37 años, trabaja eventualmente limpiando casas, está separada y convive con sus hijos, Domingo de 21 años, en desempleo, y César de 13 años, repitiendo 1º de la ESO. Tanto Sonia como sus hijos han recibido tratamientos psicológicos anteriores. Domingo fue tratado en la USMIJ antes y después de la separación

de su padre y madre, y en ese momento César recibe tratamiento en el mismo servicio con un diagnóstico de TDAH. El padre de Domingo y César vive fuera de Sevilla con su actual pareja, en ese momento está desempleado, no cumpliendo con el pago de pensión alimentaria establecida judicialmente en el Convenio Regulador.

El Equipo Terapéutico se reúne y con la información con la que cuenta acepta la inclusión de la familia en el SOTF y se lo comunica a la persona que realiza la derivación.

Desarrollo de las sesiones:

La intervención familiar se desarrolló a lo largo de doce entrevistas de una hora, cada quince días aproximadamente. Se llevaron a cabo cinco entrevistas individuales con Sonia y siete familiares (Domingo, César y las dos hermanas de Sonia, Sandra e Inmaculada).

Primera entrevista: encuadre, alianza terapéutica y análisis de la demanda:

El Equipo después de recoger los datos fundamentales del caso, y tras confirmar con la entidad derivante la imposibilidad de participar en una entrevista de derivación conjunta de las y los profesionales y la familia, proporciona a Sonia la fecha para una primera entrevista, a la que se invita a todos los componentes de la unidad familiar.

En esta primera entrevista, donde comienza la construcción del encuadre, el desarrollo de la alianza terapéutica y el trabajo con la demanda, se hace explícito ante la familia el motivo por el que las y los profesionales que les conocen creen que el SOTF puede ayudarles, señalando además sus logros y fortalezas como familia.

La recogida del genograma nos aporta que el padre de Sonia, Pedro, falleció en 2005 y su madre Mónica de 58 años siempre ha convivido con su hija mayor y no se encuentra activa laboralmente debido a diferentes problemas de salud. Sandra es la hermana mayor de Sonia, ama de casa de 38 años, casada con Manuel de 40 años que trabaja en casa, y con un hijo de 14 y una hija de 10 años. Inmaculada, la hermana menor, es ama de casa, tiene 30 años, y convive con su pareja Fernando, fontanero de 21 años, y su hija de 4 meses.

Sonia dice haber traído a sus hijos obligados, que no les ha contado a qué venían. Domingo dice que está parado desde hace 9 meses y ahora su tiempo lo dedica a buscar trabajo por Internet o a “dormir y levantarme tarde”. La madre interrumpe diciendo que Domingo dejó voluntariamente el curso remunerado que estaba haciendo porque “lo dejó la novia y cogió una depresión”, que no la ayuda con los gastos de la casa y que ha vendido varias cosas, como la televisión, por dinero. Le pregunta a César y la madre responde por él. La terapeuta interviene estableciendo un orden, le pide a Sonia que le permita a su hijo hablar. César le cuenta que no le gusta estudiar, que se lleva mal con los profesores y que le gusta hacer grafitis. Tanto Sonia como Domingo cuentan que César no sale apenas de casa.

Sonia cuenta que sus hijos no le dejan tiempo libre y narra el último episodio violento ocurrido en su casa. Cuenta que ella salió, “aunque mi madre y hermanas no quieren que deje a mis hijos solos”, y ellos se pelearon y arrancaron una cortina, el váter se movía, las paredes estaban sucias de los zapatos y su hermana menor tuvo que intervenir. También cuentan cómo Domingo se ha adueñado del salón para ver la televisión y Sonia y César tienen que verla cada uno en su cuarto, ante lo que César protesta. En las relaciones entre madre-hijos, hermano- hermano, se expresa mucha ira y falta de respeto. Cuando hay conflicto se afronta a través de la violencia: empujones, gritos, insultos, destrozo del mobiliario. Los hijos implican a su madre y Sonia nos muestra cómo sus hermanas, que viven en el mismo edificio, la ayudan en estas situaciones estableciendo límites, considerándose Sonia incapaz.

Sonia dice pedir respeto en la casa, que no tiene autoridad frente a sus hijos. La terapeuta interviene para conocer cómo viven cada uno la situación. En sus intervenciones, Sonia deja ver una visión muy crítica, en la que destaca los aspectos más negativos de cada uno de ellos “Domingo es muy agresivo y César tiene malas ideas”, así como de las relaciones familiares, expresando sentirse culpable por no tener autoridad. Con un estilo de interacción muy intrusivo, muestran explicaciones lineales de las dificultades familiares, Sonia porque sus hijos “no me dejan y no me respetan”, Domingo porque su hermano le contesta mal “yo nunca he sido como César, no hablo como lo hace él ni le he levantado nunca la mano a mi madre, si lo llevaran a un colegio interno, le enseñarían modales” y César porque le provocan “yo no le he pegado nunca, yo no pego con malas ideas, cuando estoy de mal humor, mi hermano se mete conmigo”.

Sonia comenta que acude a salud mental y toma ansiolíticos, que ha sufrido maltrato por parte del padre de sus hijos y que ahora es maltratada por ellos “César es un machista, me siento infravalorada”, “me machacan psicológicamente” y la terapeuta le refleja su sentimiento de no estar recibiendo un buen trato. Añade que sus hijos han sido tratados en la USMIJ “por no controlar sus impulsos”.

A continuación recogemos algunas de las intervenciones del equipo tras unos cuarenta minutos de entrevista:

E1 (Hombre). “...Los padres por una parte, los hijos por otra, yo pensaba en Domingo y decía ¿Y yo dónde estoy?, ¿Con los padres con los hijos?, estar aquí en medio, en tierra de nadie, me compromete con unos, me acerca a otros, ¿Yo dónde estoy y dónde me gustaría estar?”

E2 (Mujer): “...como condición de hermana, me he peleado tan de veces con la mía y la quiero con locura, no, entonces a veces es necesario el enfadarte con tus hermanos y pelearte con ellos... es la forma de demostrarles el cariño y también de decirle a tu madre: oye que seguimos necesitando de ti...lo que creo es que todos tienen un papel fundamental en la solución de las dificultades que tengan”

E5 (Hombre): “Yo pensaba que difícil lo tiene para echarse novio, con estos dos adolescentes en casa, parecía como si dijeran: en el momento en que sale mi madre haber si le va a salir un novio por ahí, la vamos a perder, tenemos que impedirlo de algún modo; entonces ponen la casa patas arriba, la destrozan... Cuando tiene tantísimas cosas en común, tantas historias comunes que les unen... a lo mejor en eso nosotros les podemos ayudar, a que pierdan, no sé si es temor, vergüenza, falta de costumbre, que no han practicado nunca, que se les olvidó el compartir algunas cosas o que a veces ocurre que las familias se llenan tanto de problemas, de reproches, de insultos, de falta de respeto, que uno se acaba distanciando a través de eso, no, y ya luego cuesta recuperar qué es lo que nos une, que cosa compartíamos nosotros que nos hacía estar bien juntos...”

Se crea un espacio de expresión positiva de afecto, Domingo dice que les pueden ayudar a llevarse mejor, que él quiere a su madre y no le gusta que se sienta infravalorada. César dice estar de acuerdo. La terapeuta resume la demanda de cada uno y refuerza la búsqueda de ayuda. Desde el equipo llaman a la terapeuta para que le proponga a la familia la tarea “Sorprender al otro haciendo algo agradable”. Se les invita a los tres a la siguiente sesión.

La realización de la tarea puede modificar un patrón de relación saturado de conflicto y permitir posteriormente explorar cómo se sienten al colaborar y con distinta forma de relacionarse los unos con los otros. Al equipo le llama la atención la rigidez de la expresión corporal de Sonia y comenta la importancia de recoger lo que Sonia quiere para sí misma además de lo que quiere para sus hijos y para su familia. Se plantea la necesidad de rescatar aspectos positivos de Sonia dignos de admirar y respetar para que sea una figura de autoridad frente a sus hijos y su familia de origen, y cómo puede que el comportamiento de los hijos persiga mantener a su madre activa cuando se deprime. Se plantea trabajar en las sesiones con componentes diferentes de la familia nuclear y de origen, como forma de conocer cómo funciona el sistema.

Intervenciones realizadas:

A continuación presentaremos un resumen de los contenidos y dinámica de las sesiones, señalando las intervenciones del Equipo Reflexivo que mayor papel creemos que tuvieron en la intervención.

Segunda Sesión: Acuden Sonia y César. Sonia comenta que va la cosa bastante mal. “Domingo se cree que es el dueño de la casa”. Hubo una pelea entre los hermanos y la terapeuta explora la gestión de este conflicto. Domingo y Sonia discutieron e intervino la hermana menor de Sonia, a la cual llamó César. Sonia dice que su hermana para sus hijos “es como su segunda madre”, mostrando la autoridad que representan sus hermanas, a quienes ella también llama, cuando tiene conflictos con sus hijos. Sonia habla por su hijo continuamente. Dice que Domingo se ha adueñado del salón, se queda viendo la tele y duerme allí, y cuando se levanta César levanta las persianas. Sonia dice que César tiene razón, a la vez que lo descalifica por intentar poner límites y protestar ante la relación de

poder de su hermano. César dice que cuando llega a su casa su madre siempre está mal, acostada. La terapeuta le refleja a César su dolor y recoge la petición de éste “la quiere ver feliz”, tratando de flexibilizar la visión de Sonia “mis hijos no me dejan ser feliz”.

El Equipo Reflexivo solicita intervenir. Algunas de sus reflexiones:

E2 (Hombre): “...se pone a subir las persianas a hacer ruido, pero lo que está diciendo es, las cosas no son así, en las casas se duerme en los dormitorios y el salón es de toda la familia; lo que pasa es que él se confunde en eso, claro, porque él quiere hacerlo con buena voluntad para ayudar a su madre porque sabe que es lo que tendría que ocurrir y que si eso ocurriera, todos serían más feliz, pero se equivoca en que no tiene la autoridad para hacerlo...¿cómo podemos ayudarle a él, y a Sonia también para que pueda ayudar a su hijo de otra manera?”

E3 (Mujer): “...todos quieren que las cosas vayan a mejor pero cuando las cosas no van a mejor se desaniman y se enfadan unos con otros...entonces hay veces que pensar cómo hacerlo y que sea aceptado por los demás, no, como convertir mi buena intención en algo que los demás de verdad vean como bueno...”

E4 (Mujer): “...bueno y no sé hasta qué punto, yo pienso bueno toda la felicidad de Sonia depende de que sus hijos no se peleen...me gustaría saber qué cosas le hacen feliz a Sonia”

Tras la intervención del ER, Sonia se siente culpable y se muestra desesperanzada respecto a las posibilidades de cambio porque sus hijos “ya no son pequeños”. César expresa haberse sentido entendido por el equipo “es como si estuvieran dentro de mi cabeza”.

En su posterior conversación el equipo le devuelve a la terapeuta se ha dejado llevar por “las quejas de Sonia” desprotegiendo al menor, y se plantea la importancia de que cada uno de ellos hable tranquilamente, sin reaccionar impulsivamente, para comprender lo que sucede desde la perspectiva de la otra persona y transformar la comunicación basada en la agresión y la defensa. Se considera importante redefinir los sentimientos de la madre de ser incapaz, digna de lástima y culpable, por el papel de madre protectora de unos hijos vulnerables, buscando que reflexione sobre su papel en la dinámica disfuncional de la familia. También el explorar los modelos con los que se identifica César y cómo se ve él, cómo ha ido cambiando, cómo ha sido la relación con su hermano en otros momentos, etc. El fracaso que siente Sonia se entiende no sólo en relación con sus hijos sino también posiblemente con su vida.

Tercera sesión: Sonia se muestra más tranquila, no tan focalizada en aspectos negativos. Ha conseguido que Domingo vuelva a su dormitorio y la terapeuta elogia este éxito, como un signo de las capacidades de Sonia y como una excepción a su sentimiento de incapacidad para poner orden a sus hijos. Esto ilustra a demás una metáfora de tipo estructural, cuando Sonia se coloca en la posición de madre que organiza y ordena el

hogar. Comenta que sus hermanas quisieran asistir a la terapia, que están muy implicadas en el tema familiar, que tienen más autoridad. La terapeuta le devuelve a Sonia cómo ella puede estar contribuyendo en la secuencia de los conflictos “quizás para ti ella es la autoridad, representa la autoridad... quizás tus hijos vean que para ti tu hermana tiene autoridad y por eso ellos también lo piensan” y Sonia expresa que no le gusta la posición que tiene, que le duele que sus hijos le digan “tú no eres capaz de arreglar esto sola así que tienes que llamar a alguien, a la tita, a la abuela, siempre tiene que venir alguien”. Sonia cuenta que con sus hijos, aunque les dice que no a cosas, “acabo cediendo por no escucharlos y por evitar broncas” y añade que cada vez que Sonia hace algo que sus hijos no creen conveniente, se lo dicen a su tía y a su abuela, y eso le hace sentir mal. Expresa que su hermana mayor tiene otro enfoque de la familia “ella piensa... cuando yo me separé me dijo que me olvidara de hombres...yo debería de estar contenta de llevarme a mis hijos al parque...ella no entiende que, aparte de que todos necesitamos otras cosas”

Tras esta parte de la entrevista Sonia muestra un tono de voz diferente, el enfado y la exigencia han dado paso a un tono más reflexivo, se siente culpable y cansada, y lamenta las oportunidades que no ha aprovechado anteriormente para ayudar a sus hijos. La terapeuta interviene tratando de focalizar los esfuerzos de Sonia en el aquí y ahora, y le comenta cómo estar siempre con peleas, con falta de respeto, sin tratar los problemas hablándolos, cansa mucho.

El equipo siente a Sonia más tranquila, no tan focalizada hacia los aspectos negativos. Las intervenciones tratan a conocer los subsistemas de la familia, saber cómo funcionan y las relaciones que hay entre ellos para conocer qué mantiene las dificultades, y reforzar los cambios positivos en la relación, así como, descubrir habilidades, recursos, estrategias de la familia, adecuadas para su funcionamiento, que no se han utilizado hasta ahora. El objetivo sería que Sonia empiece a diferenciarse del sistema emocional de su familia de origen, queriendo asumir su autoridad y responsabilidad de sus hijos y decidir sobre su vida, para que los demás miembros inicien el mismo proceso, sobre todo sus hijos, y lleguen a alcanzar mayor seguridad en sí y a aceptar a los demás. Para ello, el equipo terapéutico tendría que facilitar que Sonia conozca cómo se relaciona con los distintos subsistemas, que se conciencie de su implicación y participación en ellos, y cómo puede usar otras estrategias para llegar a otra relación más satisfactoria, que es lo que desea.

Cuarta sesión: Son invitadas Sonia junto con su madre y sus hermanas. Acuden Sonia y Sandra. Comentan que su madre está enferma (Bronquitis, fibromialgia y depresión) y su otra hermana la cuida. Sonia y Sandra cuentan que la familia siempre ha tenido problemas “no problemas de convivencia, porque nosotros hemos estado muy a gusto siempre las tres hermanas con mi madre, siempre, porque mi madre ha tenido problemas de maltrato con mi padre, de, vamos, se casó mi madre con diecinueve años y con veintinueve ya tenía las tres hijas y separada”. Refieren que su madre trabajaba mucho, Sandra con ocho años empezó a ocuparse de Inmaculada, y Sonia con siete años empezó a ocuparse de la casa.

Sandra cuenta que con dieciséis empezó a trabajar, en la misma época que Sonia se quedó embarazada, y, emocionada, cuenta que acudió al psicólogo por sentirse deprimida y que éste le dijo que su problema era que “quería abarcar tantos problemas y quitárselos a los demás”, y según ella todavía, por su carácter, disimula sus problemas y busca solución para su madre y su hermana, “yo no puedo estar ajena a cuando hay un problema, en mi familia te estoy hablando, porque siempre hemos superado los problemas juntas”. La terapeuta cuestiona las afirmaciones de Sandra “¿No puedes o no estás acostumbrada?” facilitando una actitud de cambio, crea intensidad devolviéndoles que han estado superando dificultades desde muy pequeñas, refleja la sensibilidad de Sandra al ocuparse de toda su familia, a la vez que le devuelve que no todo depende de ella, tratando de que ellas se cuestionen la estructura familiar y las funciones de cada una. Sonia y Sandra expresan sentir lástima por la historia y situación de su madre “dice que por ella no se levantaba de la cama”. Sandra dice sentirse culpable de estar bien mientras su madre está mal y ambas coinciden en señalar la influencia importantísima de su madre, una mujer a la que definen como débil de salud, pero fuerte en cuanto a su influencia. Sonia expresa “es que mi madre siempre ha ejercido ese poder con nosotras, hemos estado toda la vida pegadas...yo hago lo que quiero pero me siento mal”. Las intervenciones de la terapeuta van dirigidas de nuevo a cuestionar la estructura familiar y los roles de cada una “¿Crees que hay alguna forma de complacerla a ella y a vosotras mismas también?”, tratando de ampliar las distintas facetas de Sonia y Sandra en la relación con su madre, y también distintas facetas de la relación entre Sonia y Sandra, “entonces ¿tú ayudas a los demás pero no pides ayuda? A lo que Sandra responde que no quiere dar problemas a nadie, “¿a ti te gustaría ayudar a tu hermana si tuviera dificultades?” y Sonia responde que sí pero que “ha sido la madre de todos, hasta de mi madre, no la conocemos pedir un favor, ni opinión”.

Sandra dice que intenta no ayudar pero ve que Sonia no es capaz de hacerlo sola “Entonces a mí me dice ella que no es capaz de hacerlo porque es tanto lo que le duele lo que sus hijos le dicen que no es capaz de estar bien con ellos”. Las intervenciones de la terapeuta tratan de producir cambios en una relación de ayuda que puede estar manteniendo las dificultades “Pero, entonces, si tú no dieras esa explicación a lo mejor tendrían que buscarla en Sonia, en su madre”, “A lo mejor necesita verse sola ante eso, ¿no?”

El equipo interviene tras unos cuarenta minutos de sesión, aportando las siguientes reflexiones:

E1 (Hombre): “...da la impresión por cómo lo contaba que son cuatro mujeres que han tenido que sobrevivir a un montón de dificultades, que las tres desde muy jóvenes han tenido que aprender a sobrellevar la vida a pesar de las dificultades, de los problemas, salir adelante con los recursos que tenían, dando de sí lo mejor, cuidándose las unas a las otras, cada una ha tenido su papel en eso...¿En qué cosas cree Sandra que su hermana Sonia ha contribuido a que tanto su familia como los hijos que ella luego tuvo hayan podido salir adelante y llegar al momento en el que están ahora?”

E2 (Mujer): "... ¿por qué tenemos que estar mal, por qué tenemos que tener dificultades? Todas las dificultades acumuladas, las del pasado, las de mi madre, las mías... van quemando un poco a las personas ¿no?... pero por otra parte, las veo aquí, y veo la energía que tienen, y veo las ganas que tienen de aclarar las cosas, todas las cosas que tienen que decir y me entran ganas de respirar profundamente y decir, bueno, todo aquello pasó y es verdad que les ha influido mucho pero, ahora, ¿Cómo podemos sentirnos mejor?"

Tras la intervención del equipo Sandra muestra una actitud más defensiva y está emocionada. La conversación se centra en aspectos negativos de Sonia como madre. El equipo le pasa una nota a la terapeuta: ¿Podrías hablar un poco más con Sonia antes de irnos? La dinámica en la sesión no cambia, ambas están emocionadas y uno de los supervisores solicita intervenir:

La intervención del supervisor crea intensidad tanto fuera como dentro de la sala de terapia. Conecta la historia de Sonia y su familia de origen con los hombres y la violencia, con la forma de protección y ayuda que se dan y que parece estar manteniendo las dificultades en el tiempo. De esta forma cuestiona la estructura familiar y el rol masculino que representan Domingo y César para ellas, rescatando la figura del padre, señalando los miedos y lealtades familiares y reforzando el afecto y la superación como los lados fuertes de la familia. Su intervención supone un desafío, una confrontación desde la posición de distancia que le supone ser un miembro ocasional del equipo. Comenta que sería más complicado que esa intervención la llevara a cabo la terapeuta, pues podría poner en peligro la alianza terapéutica, señalando que en este caso parece bastante segura.

Ambas están emocionadas, prefieren no comentar nada. La terapeuta cierra la sesión diciéndoles que podrían rescatar estas intervenciones en la siguiente sesión si quisieran.

El equipo cree que la sintomatología manifiesta en casi todos sus integrantes (ansiedad, depresión, fibromialgia, TDAH, etc.) podría ser reflejo de una estructura familiar interna poco flexible, que no cambia ante los distintos retos del ciclo vital, mostrando una familia muy cohesionada, con unos lazos de lealtad muy fuerte, llena de compromisos familiares y dependencia emocional entre sus miembros, donde los distintos miembros quedan atrapados en conflictos pasados no resueltos y que se transmiten de generación en generación. En este sentido Sonia y sus hijos a través de su conflicto podrían estar pidiendo un cambio en el funcionamiento del sistema familiar. El equipo cree importante conocer y reparar la relación de las mujeres de esta familia con los hombres, así como su historia de violencia vivida, para que Sonia pueda contenerse a sí misma y a sus hijos. Se acuerda la necesidad de seguir trabajando con la familia de origen e intervenir estructuralmente (madre que no ejerza de hija, hijos que no ejerzan de padre o tías que no ejerzan de madre), así como seguir rescatando aspectos de Sonia que le hagan ser más capaz frente a su familia de origen y su familia nuclear.

Quinta sesión: Acuden Sonia y su hermana Inmaculada. Comentan la visión de

Inmaculada sobre los conflictos familiares de Sonia con sus hijos “ha dejado de enfrentarse a sus hijos con tal de quedarse más tranquila”, y sobre cómo fue la separación para Domingo y César y la relación actual con su padre. La terapeuta sondea la posibilidad de que el padre pudiera acudir a alguna sesión. Tanto Sonia, haciendo referencia a la intervención del supervisor de la sesión anterior, como Inmaculada expresan que él se ha desentendido bastante. La dinámica de la sesión no facilita distintas visiones que promuevan cambios y el supervisor pide a la terapeuta que salga y se lo señala.

La terapeuta rescata la intervención del supervisor en la sesión anterior, sobre la figura del hombre y la violencia para esta familia. Sonia se emociona, se siente segura para expresar su miedo y recuerdos sobre la violencia vivida en su infancia y conectarlo con sus reacciones de miedo ante la conducta de sus hijos “...a lo mejor a una madre, que el niño le haga así, no le alarma tanto como a nosotras”, “...cuando yo me agaché a recoger esos dos mandos, era como una película que pasa por tu cabeza, y yo me acordé de mi madre... me temblaban las piernas, yo cogí lo de los mandos y me fui a mi habitación a llorar” y ante situaciones cotidianas que ella percibe como violentas “yo tengo mucho miedo a la violencia.... yo no puedo ver a dos personas discutiendo, sea de lo que sea, yo voy por la calle y es que me echo a temblar,” y que le bloquean. La terapeuta crea intensidad explorando las emociones pasadas y actuales de Sonia en este sentido en relación a sus hijos “Te temblaban las piernas, te entró miedo”, “¿Tú crees que esa situación que viviste de pequeña te afecta a la hora de relacionarte con tus hijos?”. Sonia dice que sus hijos tienen que notar que esas situaciones le ponen nerviosa. Inmaculada señala que Sonia se pone a la misma altura que sus hijos y descalifica la autoridad de Sonia.

Después de unos cuarenta minutos, el Equipo Reflexivo solicita intervenir y aporta las siguientes reflexiones:

E1 (Mujer): “...Sonia en algún momento se ha sentido o ha pensado de sí misma que era débil por eso, sin embargo eso forma parte de su historia... muchas veces toma tiempo ir superando las cosas y buscar una nueva manera de responder... ha tenido dificultades y las está superando, pero yo creo también que es capaz y que quizás se merece un poco de paciencia”.

E3 (Hombre): “...imagino que cuando ella se ve, o se recuerda a sí misma en aquella situación se verá como una niña impotente y como una víctima más de aquella violencia. Ahora por suerte no es la misma, no es una niña, imagino que le dará mucha rabia muchas de las cosas que vivió... podría pensar que una manera de reparar también lo que pasó cuando era pequeña es enfrentarse con esos episodios que a veces tienen sus hijos y no hacer lo que no pudo hacer cuando era pequeña, porque cuando empiece a conseguir hacer eso, enfrentarse a la violencia de sus hijos, también estará sanando un poco todas aquellas heridas que tiene de cuando era pequeña. Es una oportunidad interesante”.

Tras la intervención del Equipo Reflexivo, ambas relacionan el miedo de Sonia con la

falta de límites en su familia “ella sigue siendo la misma niña temerosa”, “que es verdad, que a mí me falta la autoridad porque yo, yo le temo a los hombres y le temo a las peleas. Yo le temo a una pelea y con tal de que no haya esa pelea les he consentido todo”. La terapeuta a partir de sus palabras encuadra la terapia como un espacio en el que Sonia ha comenzado a cambiar, protegiendo su valía. Inmaculada siente que de alguna manera el equipo le ha reñido y cuestiona si lo ha hecho bien o mal. La terapeuta proyectando al futuro la necesidad de ir buscando nuevas formas de ayudar “algo nuevo, no te quedes atrás, me gusta que te lo plantees, que para eso estamos aquí, piensa, plantéate, siente, pero hacia un futuro”.

El equipo piensa que estas sesiones con la familia de origen pueden ayudar a Sonia a comenzar a elaborar “un duelo de la etapa familiar anterior” y plantearse cómo quiere que le ayuden, cuáles son sus deseos y necesidades. Se plantea ir viendo cómo las sesiones con la familia de origen, los cambios planteados, repercuten en la dinámica familiar de Sonia, Domingo y César. Se considera importante trabajar las emociones de Sonia que le impiden manejar las situaciones de conflicto que vive en su casa.

Sexta, séptima y octava sesión: Sonia, Domingo y César se miran, sonríen y bromean, reflejando mayor flexibilidad en sus relaciones, y la terapeuta se une al clima de humor de las sesiones. Sonia escucha sin interrumpir, se muestra más flexible, permitiendo que sus hijos se expresen. César y Domingo expresa cambios positivos en sus tíos y su abuela “ahora apoyan a mi madre”, y afirma que ve a su madre mejor aunque las disputas en casa siguen pasando y que su madre se ocupa mucho de la casa admitiendo que si ellos la ayudaran tendría más tiempo libre para ella. César parece sentirse seguro en la relación con la terapeuta y busca su apoyo para negociar con su madre. Ambos tienen la oportunidad de ir negociando distintos aspectos como por ejemplo los horarios, y Sonia de establecer las consecuencias del incumplimiento de las normas por parte de César. Sonia dice haber perdido la confianza en su hijo y César que confíen en él.

Domingo está poco en su casa, ha iniciado una relación y tiene previsto irse a vivir cuando encuentre trabajo. Domingo dice que él ya no interviene en las discusiones entre su madre y su hermano como antes. Esto facilita que las negociaciones no sean tan conflictivas. La terapeuta propicia la oportunidad de plantearse qué echarían de menos los unos de los otros cuando Domingo no esté en casa y cómo van a relacionarse. La conversación propicia la expresión de afectos entre ellos. Domingo relaciona el momento en el que se encuentra, salir de su casa, con la preocupación que le produce dejar a su madre sola.

Sonia refleja en una escala que cuando acudieron los problemas se situaban en un dos o un tres y ahora en un cinco o un seis. Para César han pasado de un cinco a un ocho. La terapeuta se centra en las soluciones más que en las dificultades, Sonia quiere negociar y para César llegar al nueve significa no pelearse con su madre y hablarle mejor. Los dos dicen no haber estado tan bien.

Algunas de las aportaciones del Equipo Reflexivo son:

E1 (Hombre): "...a mí lo que más me estaba gustando de toda la entrevista es que ellos estaban pudiendo hablar de sus desacuerdos. Yo creo que eso para Sonia tiene que ser muy agradable y para Domingo también, ¿no? El sentir que bueno, que pueden estar en desacuerdo, pero que pueden... Que no se pierdan las, que ellos no pierdan esa posibilidad de hablarse, de ser, de relacionarse, que yo creo que eso es lo fundamental, ¿no?"

E2 (Mujer): "¿Cómo podría César dibujar un grafiti de la confianza?...Para Sonia también, ¿Cómo sería un grafiti del miedo, de la confianza?"

E4 (Mujer): "Hay otras formas de expresarse que no es a través de peleas...las madres podemos entender mejor las conductas de nuestros hijos, cuando comprendemos que hay detrás de esas conductas, cómo se sienten; el hablar, el intentar negociar es otra manera de llegar a acuerdos y no a través de la violencia"

E1 (Hombre): Sonia está mejor consigo misma. Se cuida más, César también viene mejor. Esto no significa que no tengan malos momentos, pero cada vez son menos intensos y hacen menos daño. Respecto a las puntuaciones decir que mantener un diez es casi imposible, que dificultades siempre aparecen y que se irán moviendo un punto por encima, otras veces un punto por abajo...al jefe de estudio le interesa César porque piensa que es un chico que merece la pena, no sé qué piensa César de esto"

El hecho de que Domingo esté motivado en sus proyectos vitales, que Sonia y César cuenten con más espacio personal, mejora el clima familiar. Han sido muchas las veces en que madre e hijo han hablado entre ellos, sin necesidad de que la terapeuta haga tantas preguntas a César. Comienzan a negociar, lo que permite que Sonia comience a ver a su hijo con la edad que le corresponde y que César empiece a responsabilizarse de su comportamiento, así como que puedan estar en desacuerdo sin que ello signifique "ser una familia problemática". Se acuerda el facilitarle un espacio a Sonia para que pueda expresarse y reflexione sobre su situación personal, con la idea de que cuando Sonia centre su atención en ella misma la dinámica familiar será más adaptativa.

Novena, décima y undécima sesión. Se trabaja sólo con Sonia. Sonia dice que cualquier palabrota le intimida, por lo que ha vivido en su casa con su padre, por eso le duele más. César le falta al respeto y le recuerda a su padre "parece que lo estoy escuchándolo a él diciendo sus cosas, entonces me traen malos recuerdos y pienso que yo no quiero que el niño sea una mala persona como era mi padre". Hablan de los recursos y capacidades con los que ahora cuenta Sonia, en contraposición a las posibilidades de acción que tenía cuando era pequeña, que actualice su concepto de sí misma, añadiendo sus capacidades y su experiencia de superación de grandes dificultades.

Sonia y la terapeuta tratan de los esfuerzos de Sonia a la hora de poner límites, cuánto

se esfuerza ella en castigar y sin embargo tampoco esto le supone un modo de mejorar las relaciones con César. Su hermana Sandra le dice “no le pegues porque eso sólo sirve para desahogarte”. La terapeuta utiliza “el desahogo” para plantear una dramatización. Conectar con sus emociones permitirá a Sonia relacionarse de forma más flexible con su entorno. Se agarra la garganta y le pregunta a Sonia por su sensación de ahogo “¿Qué te hace sentir ahogada que necesitas desahogarte?” y ella dice sentir impotencia en las situaciones conflictivas con César. Sonia conecta el desahogo con la agresión física. Se siente impotente como respuesta al comportamiento de sus hijos y la terapeuta lo redefine como la impotencia que siente Sonia por no poder resolver la situación, devolviéndole el control a Sonia para cambiar sus respuestas y resolver la situación. Sonia expresa sentirse entendida por el equipo, cuyas aportaciones facilitan que Sonia comience a cuestionarse su actitud en relación a sus hijos para pasar tiempo de calidad con ellos. La terapeuta, rescatando el tema de la lucha y la guerra que propone el equipo, le plantea a Sonia una nueva metáfora “el traje de guerra”, para ilustrar cómo Sonia se pone nerviosa antes de que se produzca una discusión con César y que facilita una imagen de Sonia que no culpabiliza, y que permite mayor control por su parte. La terapeuta trabaja con La Pregunta Milagro donde no lleva “el traje puesto”, que dice Sonia llevar desde pequeña, y utilizando las aportaciones del equipo, facilita un modo de relación más afectivo entre madre e hijo y compatible con el establecimiento de normas y límites.

Sonia a lo largo de las sesiones va mostrando una expresión corporal más relajada y una actitud más flexible y reflexiva sobre su rol en la familia, y respecto a las exigencias hacia sus hijos, y más positiva y paciente respecto a los cambios que van consiguiendo. Trabajan la tarea “Quién soy, qué quiero y de qué soy capaz” para ayudar a Sonia a seleccionar qué aspectos conservar y cuáles eliminar de las influencias que ha ido recibiendo en su vida, por parte de familiares y personas significativas, e ir reelaborando su auto concepto, “En la vida, que nunca me he echado para atrás”. Ella dice que no se había valorado mucho y que al escribirlo y poder hablarlo se ha dado más cuenta de su valor. Ambas coinciden en señalar que la demanda que Sonia hizo está cubierta. Algunas de las reflexiones del ER en estas sesiones:

E1 (Mujer): “...me ha dado la sensación de que Sonia se ha emocionado cuando ha dicho: hay veces que me siento sola...no creo que sea una situación especialmente triste, cuando alguien se siente solo porque en esa soledad también es una oportunidad de decidir desde esta soledad con quién me quiero juntar y cómo me quiero relacionar”

E2 (Hombre): “...los hombres no necesariamente tienen que utilizar esas expresiones o agredir a las mujeres de ese modo, quizás agreden a muchas mujeres que se sienten agredidas por ese tipo de cosas...ha tenido la desgracia de no saber cómo se comporta un hombre; claro, que está muy equivocado. En eso quizás ella, sí le puede ayudar, si quiere ser un hombre, entonces... que no sea un caballo, una bestia, eso es otra cosa”

E3 (Mujer): "... ¿Qué es lo que quieren ganar los dos en común?...a mí se me ocurría que quizás lo más importante es que los dos podían ganar y que los dos podían disfrutar es una buena relación, y que claro conseguir ganar tener una buena relación a palos es un poco complicado...y sin embargo quizás en esa batalla están perdiendo cosas más importantes"

E4 (Hombre): "A mí me llama la atención de la conversación de hoy que Sonia cuando entraba en el cuarto, parece como que va a la guerra ya...y mira que le dedica tiempo a César y energía...no cada vez que quiera conseguir algo de su hijo no tendría por qué enfrentarse a él como si fuera el enemigo, porque, su hijo también tiene la sensación cuando entra su madre seguro que también está como preparado para la guerra...Entonces, bueno, si para conseguir que apague la tele se tiene que quedar un rato allí con él acostado, junto con ella, haciéndole cosquillas en el pelo, bueno, pues creo que es por bien empleado, pero bueno, es un tiempo que le he tenido que dedicar pero en vez de pelear con él he estado haciendo otra cosa con él...porque yo creo que necesitan tener algunos momentos con César en los que puedan tener sentimientos positivos...tiene mejor tono, tiene más fuerza, tiene más energía, ella se siente mejor consigo misma, entonces tiene que darse la oportunidad de transmitir eso también"

E4 (Hombre): "...han estado en guerra entre ellos, cuando en realidad la guerra no es entre ellos...y Sonia está preñando también que para dirigir un ejército, ya que ella es la capitana general, pues tiene que aprender a conocer mejor a sus aliados y a saber tratarlos de otra manera, y entonces aprender a ser firme, pero también a ser cariñosa"

Sesión de cierre. Acuden Sonia y Cesar. Domingo estaba invitado pero no acude. La terapeuta ofrece una metáfora para su familia y que contextualiza el Ritual de cierre: "¿Qué queremos quedarnos en el barco y qué queremos echar al agua?". A lo largo de esta metáfora van comentando distintos aspectos, como el papel de cada miembro de la familia en el barco antes y ahora, a la vez que connota positivamente los intentos de ayuda que unos y otros han realizado para protegerse mutuamente y que no se hundiera el barco; la forma más útil de ayudar; la posibilidad de ir cambiando la forma de relacionarse de los hermanos y de ir alcanzando mayor autonomía sin dejar de ser una familia unida, y reforzando la ayuda de la madre en este proceso por su experiencia; el agradecer a la familia extensa su participación en la terapia y reforzar su posición en la familia; etc.

La terapeuta propone, siguiendo con la metáfora del barco, desprenderse de aquello que ya no quieren tener más y quedarse con lo que sí les interesa para el presente y el futuro. Sonia y César deciden tirar al agua "el pedir ayuda constantemente", "las peleas y la agresividad", "la falta de respeto" y "la violencia del padre de Sonia". Conservan "la flexibilidad de Sonia", "la tranquilidad de la casa", "Noelia, la novia de Domingo", "el pedir perdón" y "que Sonia siga cuidándose".

Algunas de las intervenciones del Equipo Reflexivo:

E1 (Mujer): Pues yo tiraría la sobrexigencia, el sentimiento de culpa, la negatividad, los sermones, la rabia, la violencia, el miedo, los reproches y quejas, los enfados, la ira, las patadas, los gritos, la tristeza, el perder el control, el expulsar de sus vidas la palabra expulsión, el mal rollo en casa, las caras largas y los castigos.”

E3 (Mujer): Yo tiraría al agua los frenos en la vida y los recuerdos negativos que nos hacen daño del pasado.

E2 (Mujer): En el próximo puerto quizás podrían cambiar los insultos por spray para pintar tormentas, el uniforme de guerra por traje de flamenca, y los malos ratos y discusiones absurdas por una caña de pescar sonrisas.

E3 (Mujer): “Que Sonia conserve la serenidad que transmite y que también da seguridad a sus hijos...y me gustaría que Domingo, aunque no está hoy aquí, pues, conservara su posición de hermano mayor, que en cierto sentido ha tomado un poco distancia, pero que, porque va configurando su propia vida ahora, que siga siendo un modelo en el que César pueda fijarse, un modelo de hombre, que le haga también más fácil el camino a su hermano...me gustaría que César conservara esa sensibilidad...y sea el mejor marinero con el que su madre pueda contar. Me quedo con su creatividad y quiero que también él se quede con ella, que se puede poner en cada trabajo, en cada amistad, en cada día. Y les deseo buen viaje a los tres”

El equipo participa de las risas de la terapia. César realiza el grafiti para todos los componentes del equipo, reflejando su alianza positiva con éste. Con su mensaje “confianza, el principio de una nueva era” muestra su visión de la situación familiar, una imagen de su familia en una nueva etapa más positiva. La forma de trabajo con la técnica del equipo ha sido útil para Sonia y César, expresan cómo en un principio la técnica del Equipo Reflexivo es una modalidad de trabajo que extraña y cómo durante el proceso terapéutico van aportando distintas visiones a partir de las cuales han podido ir reflexionando, cuestionando y construyendo.

Valoración Global de resultados y cambios observados: Sonia, apoyada y reconocida por la terapeuta y el equipo, ha podido conectar sus dificultades a la hora de marcar límites con la experiencia traumática que vivió en la niñez al vivir el maltrato de su padre hacia su madre, el miedo a la violencia que “arrastra” desde niña y el temor a que sus hijos se comporten de forma violenta. Al integrar esas experiencias Sonia ha ido cambiando el concepto que tenía sobre sí misma, pasando a sentirse una madre más firme, segura de su autoridad y sus capacidades frente a sus hijos y a su familia de origen. Ha comenzado a individualizarse de su familia de origen y a atender sus propias necesidades. También ha comenzado a permitirse el relacionarse con sus hijos de un modo más afectivo al poder ir trabajando sus emociones y su relación con los hombres y la violencia. Los logros que han ido consiguiendo han facilitado un clima familiar en el que Domingo se sienta seguro para empezar a organizar su vida, motivado en apostar por su independencia y proyectos

de futuro. También para César, el hijo menor, esta seguridad le permite ir empezando a ser reconocido por sus capacidades e ir planteándose un camino hacia la adultez, mostrando ir aceptando los límites. Todo esto ha contribuido a lograr una especie de “duelo de la etapa familiar anterior”, lo que se refleja por ejemplo en la tarea que el hijo menor, César, trajo a la última sesión y donde escribía “El principio de una nueva era”.

6. 2. PERMISO DE GRABACIÓN

SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR AUTORIZACIÓN PARA LA GRABACIÓN/OBSERVACION

Es norma de funcionamiento del Servicio de Terapia Familiar que todos los profesionales involucrados en la observación y grabación audiovisual respeten la privacidad de los clientes. Por lo tanto, se hace todo el esfuerzo por mantener y garantizar la confidencialidad y el anonimato en el uso de las grabaciones y en la observación de los audiovisuales.

AUTORIZACIÓN

Yo (1) autorizo al Servicio de Terapia Familiar la grabación en vídeo y audio con el objeto de facilitar el trabajo del equipo conmigo y/o mi familia.

La utilización del material con fines educativos y/o de investigación y publicación fuera de este Centro, requerirá la autorización expresa de las personas que participaron en la entrevista.

Entiendo que todas las grabaciones en las que participe, estarán disponibles para mi visualización si lo deseara.

Certifico que estoy completamente enterado/a acerca de la autorización para la grabación y observación, por consiguiente, doy mi consentimiento.

FIRMAS Y FECHA

1. Nota: Este escrito debe ser firmado por todas los componentes de la familia y otros presentes mayores de dieciocho años

6.3.- HISTORIA DE DERIVACIÓN

Fecha de la derivación:

¿Quién deriva?:

Recorrido de la Familia por los Servicios Públicos:

Motivo de la derivación al S.O.T.F.:

Expectativas del que deriva hacia el S.O.T.F.:

Disponibilidad del que deriva a asistir a las entrevistas que el S.O.T.F. considere oportuno:

6.4. FICHA PSICOSOCIAL

DATOS DEL CONSULTANTE.

Nombre y Apellidos:

1.2. Sexo: 1.3. Edad: 1.4. Estado civil:

Estudios:

Situación laboral: Desempleado/a Trabajo eventual
 Activo/a Jubilado/a

Tratamientos psicológicos anteriores: si___ no___.

Contactos previos con otros Servicios: si___ no___.

Dirección:

Teléfono de contacto (horas):

¿Cómo nos ha conocido? / Derivado por:

ESTRUCTURA FAMILIAR.

Nombre y Apellidos del Cónyuge:

Edad Cónyuge: 2.3. Estudios Cónyuge:

Situación laboral Cónyuge: Desempleado/a Trabajo eventual
 Activo/a Jubilado/a

Nombre de los Hijos:.....	Edad:	Est. Civil:	Antecedentes:	Trat. previos:
HJ1.....
HJ2.....
HJ3.....
HJ4.....
HJ5.....

MOTIVO DE CONSULTA.

.....
.....
.....

Fecha de recepción:

Recibida por:

Se concerta Cita para el día..... de....., a las.....horas.

6.5. HOJA DE GENOGRAMA.

HOJA DE GENOGRAMA.

Genograma:

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

6.6. HOJA DE EVOLUCIÓN DE PRIMERA ENTREVISTA.

HOJA DE EVOLUCION DE LA PRIMERA ENTREVISTA.

- 1. Terapeuta/s:.....
- 2. Miembros del Equipo Reflexivo:.....
- 3. Fecha de la entrevista: de de
- 4. Miembros que acuden a la entrevista:
- 5. Motivo de Consulta:.....
- 6. Expectativas de los clientes

Hipótesis:

- H1
- H1
- H3

Líneas de Intervención centradas en los siguientes aspectos:

- L1
- L2
- L3
- L4

9. Observaciones:

.....

10. No acuden a la entrevista

Motivo:.....

6.7. HOJA DE EVOLUCIÓN DE SIGUIENTES ENTREVISTAS.

HOJA DE EVOLUCION DE LAS SIGUIENTES ENTREVISTAS

Fecha de la entrevista: de de.....

Miembros que acuden a la entrevista:
.....

Resumen:

.....
.....
.....
.....
.....

Líneas de Intervención centradas en los siguientes aspectos:

L1.....
L2.....
L3.....
L4.....

No acuden a la entrevista

Motivo:.....
.....
.....

6.8. HOJA DE DEVOLUCIÓN DE CASOS A LOS DERIVANTES.

FICHA DE DEVOLUCIÓN DE CASOS A LOS DERIVANTES

Nombre y apellidos de las personas usuarias:
.....

Derivante:.....

Fecha de derivación:

Fecha 1ª cita: ¿Acude? Sí No

En caso negativo, ¿avisó? Sí No ¿motivo?

Fecha nueva cita:

Aspectos a destacar del contrato terapéutico:

Observaciones y comentarios:.....

6.9. PROTOCOLO DE ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA FAMILIA.

A. ANALISIS DE LA DEMANDA.

1. FUENTE DE ENTRADA:

- 1.1 Directa al Servicio (llamada telefónica o visita al mismo)
- 1.2. Derivada por Servicios Sociales.
- 1.3. Derivada por el Centro Municipal de Información a la Mujer.....
- 1.4. Otros

2. CLASIFICACION DE LA DEMANDA:

- 2.1. Mínima
- 2.2. Externa al Sistema
- 2.3. Masiva.....
- 2.4. Concreta
- 2.5. Interna al Sistema.....

3. DATOS GENERALES DEL DEMANDANTE:

3.1. Nombre y Apellidos:

3.2. Sexo: Varón Mujer

3.3. Edad: 20-30 años 40-50 años
 30-40 años 50-60 años

3.4. Estado civil: Soltero/a Divorciado/a
 Casado/a Viudo/a
 Separado/a Otros

3.5. Lugar de Nacimiento:

3.6. Domicilio:

3.7. Teléfono:

3.8. Estudios: Primarios Medios Superiores

3.4. Situación laboral actual: Desempleado/a Trabajo eventual
 Activo/a Jubilado/a

3.10. Antecedentes físicos o psíquicos: Sí No

- 3.11. Tratamientos psicológicos anteriores: Sí No
3.12. Contactos previos con otros Servicios: Sí No

4. MOTIVO DE CONSULTA:

- 4.1. Orientación Individual.
4.2. Orientación durante el Noviazgo
4.3. Orientación Matrimonial.
4.4. Orientación de Pareja.
4.5. Orientación durante la Disolución de la Pareja
4.6. Orientación Familiar:
 4.6.1. Orientación respecto a algún miembro de la familia
 (Problemas de conducta, enfermedad física o psíquica, otros...)
 4.6.2. Orientación respecto a la educación y relación con los hijos.
 4.6.3. Orientación en familias monoparentales
 4.6.4. Otros.

B. ESTRUCTURA FAMILIAR:

1. ETAPA EVOLUTIVA DE LA PAREJA.

- 1.1. Noviazgo Duración:
- 1.2 Matrimonio Duración:
- 1.3 Pareja de hecho Duración:
- 1.4 Segundas nupcias Duración:
- 1.5 Separación Duración:
- 1.6 Divorcio Duración:
- 1.7 En trámite de separación Duración:
- 1.8 Otros

2. FAMILIA DE ORIGEN DEL DEMANDANTE:

2.1. Nombre del Padre Edad

2.2 Nombre de la Madre..... Edad.....

2.3 Motivo fallecimiento Padre Edad.....

2.4 Motivo fallecimiento Madre Edad.....

2.4 Número de hermanos (incluido usted).....Lugar que ocupa

2.6. Nombre: Edad: Estado civil: Nº hijos

H1:

H2:

H3:

H4:

2.7. ¿ Ha padecido o padece actualmente enfermedad física o psíquica alguno de los miembros de su familia de origen? Sí No

Especificar cuál

2.8. ¿ Han recibido alguna vez tratamiento psicológico? Sí No

3. DATOS GENERALES DEL CONYUGE:

3.1. Nombre y Apellidos: 3.2. Sexo: Varón Mujer3.3. Edad: 20-30 años 40-50 años
 30-40 años 50-60 años

3.4. Lugar de Nacimiento:

3.5 Domicilio:

3.6. Estudios: Primarios Medios Superiores3.7. Situación laboral actual: Desempleado/a Trabajo eventual
 Activo/a Jubilado/a3.8. Antecedentes físicos o psíquicos: Sí No3.9. Tratamientos psicológicos anteriores: Sí No

3.10 Nombre del Padre Edad

3.11 Nombre de la Madre..... Edad.....

3.12 Motivo fallecimiento Padre Edad.....

3.13 Motivo fallecimiento Madre..... Edad.....

3.14 Número de hermanos (incluido usted).....Lugar que ocupa

3.15. Nombre: Edad: Estado civil: Nº hijos

H1:

H2:

H3:

H4:

4. HIJOS

4.1. Nº de hijos: Sin hijos Tres hijos

Un hijo Más de tres hijos

Dos hijos

4.2 Nombre	Edad:	Est. Civil:	Antecedentes:	Trat. previos:
HJ1
HJ2
HJ3
HJ4
HJ5

C. CARACTERISTICAS DE LA INTERVENCIÓN:

1. Primera entrevista con el SOTF: Sí No

2. MOTIVO DE NO INICIAR PROYECTO DE TRABAJO.

2.1. Por no cumplir criterios de trabajo desde el S. O. T. F.

2.2. Por decisión del Cliente

3. TIPO DE ENTREVISTAS.

3.1. Individual Nº de entrevistas

3.2. Pareja Nº de entrevistas

3.3. Familiar Nº de entrevistas Nº de miembros

3.4. Trigeneracional Nº de entrevistas Nº de miembros

4. NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTAS.

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 4.1. Una entrevista | <input type="checkbox"/> | 4.7. Siete entrevistas | <input type="checkbox"/> |
| 4.2. Dos entrevistas | <input type="checkbox"/> | 4.8. Ocho entrevistas | <input type="checkbox"/> |
| 4.3. Tres entrevistas | <input type="checkbox"/> | 4.9. Nueve entrevistas | <input type="checkbox"/> |
| 4.4. Cuatro entrevistas | <input type="checkbox"/> | 4.10. Diez entrevistas | <input type="checkbox"/> |
| 4.5. Cinco entrevistas | <input type="checkbox"/> | 4.11. Más de 10 entrevistas | <input type="checkbox"/> |
| 4.6. Seis entrevistas | <input type="checkbox"/> | | |

5. MOTIVO DE FINALIZACIÓN DEL PROYECTO DE TRABAJO.

- 5.1. Conclusión del Proyecto de Trabajo
- 5.2. Decisión del Equipo de Profesionales del S.T.F.
- 5.3. Decisión del Cliente
- 5.4. Derivación
- 5.5. Otros motivos.

6. AÚN CONTINUA EN TRATAMIENTO..... Si

6.10. CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO.

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO.

Nombre y Apellidos:

Fecha: de..... de.....

Seguimiento realizado a los..... meses/años del concluir el tratamiento.

Con objeto de ayudar a nuestro Servicio en la investigación de métodos psicoterapéuticos, nos será muy útil que conteste a algunas preguntas sobre su tratamiento. Abajo encontrará un Cuestionario sobre su experiencia en nuestro Servicio. Conteste haciendo una cruz en la respuesta que considere correcta. Le rogamos responda todas las preguntas honesta y francamente, y que elija aquella contestación que mejor refleje su opinión personal. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales, y sólo serán estudiadas por los miembros de nuestro Servicio con fines de investigación.

¿Calificaría de interesante su experiencia en el Servicio?

No Algo Extremadamente

En general, la terapia fue:

Nada útil Algo útil Muy útil

Después de las sesiones en el Servicio, el problema está ahora:

Peor Igual Mejor

Después de la terapia, la comunicación entre sus familiares:

No cambió Cambió algo Cambió mucho

¿Cuántas veces encontró las sesiones tensas?

Siempre Alguna vez Nunca

¿En algún momento sintió afecto por su terapeuta?

Raramente Alguna vez Siempre

Durante las sesiones, ¿Cuántas veces se sintió incómodo?

Nunca Algunas veces Siempre

¿Se sintió enfadado con su terapeuta?

Nunca Algunas veces Siempre

Ahora que terminó la terapia, ¿Cómo ve la situación general de su familia?, ¿Cómo ve su situación?

(familia) Peor Igual Mejor
(usted) Peor Igual Mejor

¿Le ayudó la terapia a comprenderse mejor?

No Algo Mucho

¿Sigue sintiéndose unido a su terapeuta?

Nada Algo Mucho

¿Cree que ahora entiende mejor a los otros miembros de su familia?

No Algo más Mucho más

¿Piensa que el terapeuta fue amable con ustedes?

Nunca Algunas veces Siempre

¿Mejoraron las relaciones fuera de la familia?

Nada Algo Mucho

Si tuviera algún otro problema en el futuro, ¿Volvería al Servicio de nuevo?

No Quizás Sí

Después de la terapia que siguió en el Servicio, ¿Apareció algún problema nuevo?

No No estoy seguro Sí

Si algún conocido suyo se encontrara con problemas, ¿Le aconsejaría que viniera al Servicio?

No Quizás Sí

El motivo de consulta al Servicio fue por:

Problema A Valoración =

Problema B Valoración =

Problema C Valoración =

Problema D Valoración =

Evalúe la gravedad de los problemas de 0 a 10:

- 0Desaparición total de los problemas.
- 1, 2,3Los problemas siguen presentes sin molestar.
- 4, 5,6.....Los problemas siguen presentes y molestan.
- 7,8Los problemas siguen presentes de forma muy molesta.
- 9,10Los problemas siguen presentes de forma insoportable.

Muchas veces los cuestionarios dejan muchas preguntas sin contestar. Si quiere aclarar algunas de las preguntas, o simplemente desea añadir alguna cosa, hágalo a partir de ahora. Muchas gracias por su colaboración.

6.11. AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN.

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL MATERIAL CLÍNICO

Es norma de funcionamiento del Servicio de Terapia Familiar el respeto a la privacidad de los clientes en el uso del material clínico de las sesiones. Por lo tanto, se hace todo el esfuerzo por mantener y garantizar la confidencialidad y el anonimato en el uso de los datos fuera del contexto de este Servicio.

AUTORIZACIÓN

Yo,....., con D.N.I. número.....autorizo al Servicio de Orientación y Terapia Familiar el uso del contenido de las sesiones en las que participé cuando estuve acudiendo al Servicio, para el trabajo del equipo conmigo y mi familia, con el fin de su publicación en: ESTUDIO SOBRE LA PROBLEMÁTICA, EL PERFIL Y LOS CAMBIOS TERAPÉUTICOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR. CONVENIO DE COLABORACIÓN DEL MASTER DE “PSICOTERAPIA RELACIONAL” DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA Y EL AYUNTAMIENTO DE SEVILLA, con el objetivo de documentar la explicación del funcionamiento del Servicio de Orientación y Terapia Familiar así como la forma de trabajar del mismo.

Certifico que estoy completamente enterado/a acerca de la autorización para la publicación del material clínico de las sesiones en las que participé, habiendo sido informado/a previamente sobre la confidencialidad y anonimato en el tratamiento de los datos, y por consiguiente, doy mi consentimiento.

FIRMA Y FECHA

6.12. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS FAMILIAS ATENDIDAS EN EL SOTF DUELANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A JULIO DE 2006.

Análisis de datos:

En total se han iniciado expediente en este servicio y durante este periodo 28 casos.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEMANDANTE

Sexo demandante: 80% mujer 20% hombre

Edad demandante:

13% menor de 20 años

8% entre 20 y 29 años

26% entre 30 y 39 años

36% entre 40 y 49 años

13% entre 50 y 59 años

4% más de 60 años

Estado civil demandante:

42% casado/a

26% separado/a

20% divorciado/a

6% soltero/a

6% viudo/a

Situación laboral demandante:

29% Activo/a

42% Desempleado/a

10% Jubilado/a o pensionista

19% Trabajo eventual

Nivel de estudios demandante:

50% Primarios

35% Medios

15% Superiores

Antecedente psicológico anterior demandante:

46% No 54% Si

-Tratamientos previos demandante:

49% No 51% Si

Otros contactos recursos:

17% No 83% Si

-Situación actual pareja:

45% Matrimonio

25% Separación

14% Pareja

9% Divorcio

7% Trámite separación

Nº hijos/as demandante:

14% 0 hijos/as
 23% 1 hijo/a
 26% 2 hijos/as
 25% 3 hijos/as
 12% 4 hijos/as o más
Media de nº de hijos/as: 2 hijos

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA PAREJA DE LA PERSONA DEMANDANTE

-Sexo de la pareja de la persona demandante:

18,8% mujer81,81% hombre

Edad de la pareja de la persona demandante:

12% entre 20 y 29 años
 20% entre 30 y 39 años
 40% entre 40 y 49 años
 17% entre 50 y 59 años
 11% más de 60 años

Situación laboral de la pareja de la persona demandante:

59% En Activo
 26% Desempleado/a
 13% Jubilado/a o pensionista
 2% Trabajo eventual

Nivel estudios demandante:

0% Sin estudios
 43% Primarios
 39% Medios
 18% Superiores

-Tratamientos previos de la pareja de la persona demandante:

37,5% No 62,5% Si

VARIABLES DEMANDA Y TRATAMIENTO

Fuente de entrada:

47% Z.T.S San Pablo Santa Justa
 23% Z.T.S Macarena
 15% Z.T.S. Casco Antiguo, Triana y Los Remedios
 13% Z.T.S Este
 2% Z.T.S Sur

Tipo de demanda:

38% Externa
 38% Concreta
 20% Interna
 4% Masiva

Motivo de consulta:

63% Orientación familiar
20% Orientación individual
7% Orientación de pareja
4% Orientación matrimonial

1ª Entrevista: 26% No 74% Si

Motivo de no tratamiento: 2,9% Decisión usuario/a

Nº Total de entrevistas: 234

Nº entrevistas por caso:

2 caso-Una entrevista
2 casos- Dos entrevistas
1 caso- Tres entrevistas
4 casos- Cuatro entrevistas
1 caso- Seis entrevistas
1 caso- Siete entrevistas
2 casos- Ocho entrevistas
2 casos- Nueve entrevistas
5 casos- Diez entrevistas
8 casos- Más de diez entrevistas.
Media de entrevistas o sesiones: 8 entrevistas

Nº Personas que han sido atendidas de cada caso:

32% Una persona
29% Dos personas
21% Tres personas
11% Cuatro personas
7% Cinco personas

Nº total de personas que han sido atendidas en las sesiones: 65

Tipo de entrevista:

56% Entrevista Mixta
36% Entrevista Individual
4% Entrevista Familiar
4% Entrevista De Pareja

Situación actual casos iniciados:

10 casos Fin por conclusión objetivos
1 caso Fin por decisión del equipo de profesionales
11 casos Fin por decisión del usuario
15 casos En tratamiento (en el periodo del estudio)

6.13. DIFERENTES NIVELES DE ORIENTACIÓN FAMILIAR (Ríos, 1984).

1.1. Nivel EDUCATIVO de la Orientación Familiar

Responde a la necesidad de una formación sistematizada y planificada de los padres y los hijos para prevenir la aparición de problemas.

Finalidad:

- Dar medios a la familia para la realización de su misión educativa como grupo primario.
- Formación básica de los padres: contenidos mínimos para educar.

Objetivos:

- Ilustrar los procesos de desarrollo personal de cada uno de los miembros.
- Ilustrar los procesos de desarrollo que ha de conseguir la familia para dar apoyo a sus miembros.
- Aprender cómo realizar el contacto perfectivo entre padres e hijos para asentar las líneas de maduración personal.
- Aprender cómo realizar el encuentro interpersonal entre los miembros y los subsistemas dentro de la familia total .
- Aprender los tipos y niveles de comunicación en el interior del S.F.

Instrumentos:

- Poner en práctica la formación de padres (Escuelas de padres, aulas, etc...)
- Potenciar los elementos básicos de la educación permanente de padres dentro de la formación de adultos.
-

1.2. Nivel ASESORAMIENTO en la Orientación Familiar

Responde a la necesidad de potenciar las capacidades básicas del S.F. para adecuarlas a las necesidades de cada ciclo vital. Función compensatoria

Finalidad:

- Ofrecer criterios de funcionamiento para la familia en situaciones normales y en momentos evolutivos significativos y especiales.
- Descubrimiento y reformulación de las reglas de interacción y comunicación dentro del S.F.

Objetivos:

- Ilustrar los procesos y etapas de la constitución del S.F. (ciclos vitales) mediante la creación de programas adecuados a tal fin.
- Replanteamiento y reformulación de las reglas de interacción y comunicación dentro del S.F.

Instrumentos :

- Servicios o Gabinetes de Orientación de Padres. - Asesoramiento familiar en todos los subsistemas del S.F.

1.3. Nivel TERAPÉUTICO en la Orientación Familiar

Responde a la necesidad de elaborar nuevas pautas funcionales en el dinamismo del S.F.

Finalidad:

- Poner en manos de la familia las técnicas adecuadas para responder adecuadamente a las necesidades excepcionales que se le presenten.

Objetivos:

- Hacer posible la estabilidad y el progreso del S.F. frente a amenazas disgregadoras.
- Enseñar estrategias que aseguren la cohesión familiar ante su «caos».
- Evitar que caigan en manos de mecanismos paralizantes del progreso.

Instrumentos :

- Orientación terapéutica de todo el S.F.: padres e hijos. - Orientación terapéutica del subsistema parental: padres. - Orientación terapéutica del subsistema conyugal: marido y mujer.
- Orientación terapéutica de los SS.FF. de Origen de los padres.
- Posibilidad alternativa de orientación localizada en un miembro del S.F. como «subsistema»,

6.14. «DIMENSIÓN FORMAL DE LA TÉCNICA DEL EQUIPO REFLEXIVO. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA CONSTRUCTIVISTA».

Artículo publicado en la Revista *Sistémica*, 3, 161-181 (1997)

Autores: Miguel Garrido Fernández e Ignacio Fernández Santos.

Para ampliar el conocimiento sobre el Equipo Reflexivo puede consultarse la obra:

Jaén R. P., y Garrido F. M. (2002). Psicoterapia de Parejas. Ed. CCS. Madrid.

En este anexo incluimos un artículo sobre la técnica del Equipo Reflexivo para facilitar la comprensión de esta modalidad de trabajo sistémico con familias que venimos utilizando desde los inicios de los SOTF.

Resumen:

En este artículo se presentan diferentes modalidades de la Técnica del Equipo Reflexivo (Andersen 1991). Se incluyen gráficos explicativos y se describen las principales ventajas e inconvenientes de las diversas modalidades. Por último se incluyen también algunas aclaraciones útiles para el uso de la técnica.

Palabras claves: Terapia Familiar. Psicoterapia Sistémica Constructivista. Equipo Reflexivo. Formatos de entrevista.

ABSTRACT

In this paper it is presented different modalities of the Reflecting Team Technique. It is included explicative graphics and the main advantages a disadvantages of the above modalities. Finally it is described usefull information facilitate the use of this technique.

Key Words: Family Therapy. Constructivism Systemic Psychotherapy. Reflecting Team Technique. Specific Modalities of Reflecting Team.

DIMENSIÓN FORMAL DE LA TÉCNICA DEL EQUIPO REFLEXIVO

1. INTRODUCCIÓN

La modalidad sistémica constructivista del Equipo Reflexivo fue propuesta por Tom Andersen en 1991 en su obra: "The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues". Andersen es un psiquiatra noruego que trabaja en el condado de TrØmsø. Su formación básica, así como la de su equipo, era la propia del contexto de una Psiquiatría Social en desarrollo. Tras una larga formación sistémica y recogiendo las aportaciones tanto de la escuela de P. Caillé y sus colegas, como las del Instituto Ackerman de N.York (L. Hoffman, entre otros) y de la escuela de Milán (de manera especial las aportaciones de L. Boscolo y Cecchin en una línea más constructivista), encontró una forma original de trabajar con familias.

En 1985 el grupo de Andersen comenzó a dialogar delante de la familia y los resultados fueron muy importantes. La originalidad estuvo en aceptar los movimientos espontáneos que se produjeron ante el estancamiento del tratamiento con una familia a la que estaban atendiendo. La idea de invertir el proceso de observación a través del espejo unidireccional permitió que la familia y el terapeuta que dirigían la sesión oyeran los comentarios y reflexiones que hacía el equipo que observaba la misma. El interés y la sorpresa, nos recuerda Andersen, que produjo en los miembros de la familia fue muy llamativo. El hecho de invertir el proceso de la escucha y tener la posibilidad de oír las reflexiones de los “expertos” favoreció el cambio y aportó diversos puntos de vista, tanto para el equipo terapéutico como para la familia. Según el equipo la experiencia consistió en favorecer el proceso ya descrito por Bateson cuando comenta que “La diferencia que hace una diferencia” es la mejor forma de potenciar el cambio.

El Equipo Reflexivo, también denominado según Andersen (1987; 1990; 1991), “un proceso reflexivo” o “conversaciones sobre las conversaciones”, es una modalidad sistémica de intervención en psicoterapia que aún tiene poca historia, aunque su desarrollo ha sido muy significativo en los últimos años. Esta modalidad técnica permite que las fronteras entre la familia y el equipo se difuminen en mayor medida que en otras formas de intervención sistémica más habituales. No se espera una intervención final del terapeuta como en el modelo clásico. Según Andersen los miembros del equipo se fueron haciendo más sensibles a los sentimientos de conformidad o disconformidad de los propios clientes. Lo inusual, la introducción de novedades era importante para producir diferencias, pero no tan grandes que hiciera sentirse incómoda a las familias. También comprobó que la presencia de las familias limitaba la aparición de connotaciones negativas por parte de los miembros del equipo. El punto de vista del observador cambiaba en la medida en que se situaba en un lugar u otro del sistema.

Escuchar y hablar se convierten en procesos potentes si son hábilmente aprovechados por el equipo y la familia. Escuchar será hablar a uno mismo. Observar los procesos de reflexión al escuchar puede organizar los pensamientos internos de los propios participantes. La relación con los clientes se hacía cada vez más igualitaria. La frase: “Nosotros tenemos algunas ideas que podrían contribuir algo a su conversación”, es un buen ejemplo del clima de respeto y aportación que se pretende crear. El proceso que permite el Equipo Reflexivo es tanto formativo como informativo.

Se trata en definitiva de una modalidad sistémica que puede favorecer un proceso terapéutico muy cargado de respeto y creatividad, donde las aportaciones de la familia y del equipo podrían enmarcarse en lo que se define en el constructivismo como relación de “experto a experto” (Feixas y Villegas 1991).

Desde que conocimos la modalidad del Equipo Reflexivo (1992) en el centro del Berkshire Medical Center que dirigía el profesor C. Sluzki, aplicada en la mayor parte de los grupos terapéuticos que se realizaban en dicho centro y desarrollada por M.

Olson, alumna de L. Hoffman, por M. Pakman y gran parte del personal, nos impresionó el respeto y la creatividad que favorecía este esquema de intervención. A partir de este primer contacto comenzamos a utilizar el ER en los diversos contextos docentes y clínicos en los que colaboramos: en la Escuela Superior de Ciencias de la Familia de Sevilla para la atención a familias y parejas en crisis; en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla en el Área de Pediatría Social, sobre todo en la atención a Familias con hijos que padecían Fibrosis Quística y otras enfermedades crónicas. También en el trabajo con Grupos amplios de Padres en la Asociación Aspanri-Down de Sevilla. Y ahora, últimamente en el contexto de intervención multidisciplinar en casos psiquiátricos en el Servicio de Psiquiatría d Hospital Militar de Sevilla. Así pues, tras estos cinco años de experiencia con la Modalidad del Equipo Reflexivo aplicado a diversos contextos clínicos y preventivos, podemos ofrecer unas primeras descripciones del formato y utilidad de cada modalidad de aplicación de la técnica.

En este artículo pretendemos sintetizar las modalidades formales que podemos utilizar con la técnica del Equipo Reflexivo. Los aspectos terapéuticos de la técnica, así como , el origen y desarrollo de la misma lo hemos expuesto en otro lugar (Garrido, 1995; 1996) y serán completados e una obra de recopilación.

2. MODALIDADES BÁSICA PARA EL TRABAJO CON EQUIPO REFLEXIVO

En una sala, un terapeuta - dos si se tratara de coterapia- mantiene una entrevista o una sesión de trabajo con un paciente, una pareja; una familia, etc. Dicha sesión de forma muy esquemática, irá aparejada a una demanda: los pacientes atraviesan por ciertas dificultades y se sienten necesitados de una ayuda profesional y, por otro lado, existen unas ciertas expectativas de ayuda, consejo, orientación, que recaen sobre los profesionales.

Hasta aquí, este sería un esquema o marco al que podríamos conceder una cierta validez universal respecto de lo que es, en principio, un tratamiento psicoterapéutico, independientemente del modelo u orientación teórica predominantes en los terapeutas: todos los que participan en ese momento en el proceso psicoterapéutico están reunidos en un mismo lugar.

Nos podríamos preguntar: ¿Es significativa la variación que sobre este esquema-tipo viene a producir un tratamiento que incluya al Equipo Reflexivo?. La respuesta es afirmativa. Sin duda los cambios son muy sustanciales como podremos ir constatando.

En las próximas páginas vamos a detenernos en los aspectos más puramente estructurales de la técnica del ER. Aquellos que vendrían a contestar a preguntas tales como: ¿De qué manera funciona el ER?, ¿con qué medios materiales hemos de contar?, ¿qué variaciones posibles caben dentro de la técnica?, en definitiva: ¿de qué se trata?. Para dar respuesta a estos interrogantes nos valdremos del análisis de las tres situaciones o variaciones más comunes a la técnica.

3. EL PRIMER CONTACTO CON LA FAMILIA. PRESENTACIONES Y CONTEXTO.

Es muy importante el “ritual de presentación” de la familia o pareja a los miembros del Equipo. En general el entrevistador se acerca a la sala de espera y saluda a los miembros de la familia. Posteriormente les explica el contexto de trabajo, empezando por el espacio físico y sus funciones generales, así como las condiciones del tratamiento. Aprovechamos estos momentos para crear una pronta relación y el mensaje que pretendemos hacer llegar a las familias o parejas es el siguiente: “Esta es nuestra casa, nuestro lugar de trabajo, nos gustaría que estuvieran cómodos”. Sabemos que en toda buena relación terapéutica este es un supuesto básico, sin embargo, también sabemos lo poco que se cuida en los entornos institucionales la “acogida y encuentro con lo clientes”. En ocasiones observamos como los propios clientes se extrañan de este “ritual de acogida”. La presentación de la familia a los miembros del equipo nos parece un acto imprescindible. El saludo personalizado, que en un primer momento nos parecía que podría “incomodar” a las familias, se convierte en el primer signo de confianza. No serán “seres sabios que observan sin ser vistos, como voyeristas, sino que todos tenemos la oportunidad de conocernos antes de trabajar juntos”. Tratamos de que no vivan al Equipo como un todo cerrado. Es decir, cada uno se presenta y se juega parte de la relación en el saludo. También es importante destacar que de esta forma el coordinador de la entrevista y de las conversaciones en el SF, es visto como parte del Equipo y no al revés como en tantas ocasiones ocurre. Es decir, en muchos entornos el equipo es una “mera ayuda para situaciones de crisis”. Aquí tratamos de que la familia comprenda la intención del mensaje: “vamos a trabajar juntos”. La posibilidad de observar al sistema terapéutico facilita la participación de la familia desde una posición más igualitaria y creativa.

Con mucha frecuencia al pasar a la sala de entrevista tratamos de hablar de las primeras impresiones que ha recibido la familia, tanto en la primera acogida, en el recorrido hasta la sala de entrevista como en el saludo y presentaciones del Equipo. Nos parece que el trabajo con los sentimientos y fantasías de los clientes es un aspecto que procura información muy relevante de los estilos relacionales. En esta línea creemos que el trabajo excesivamente cognitivo de algunos modelos constructivistas desaprovecha el rico mundo de las fantasías y primeras impresiones que aparecen en los momentos en que pueden ser más espontáneos.

Después de recoger algunos aspectos relacionales que nos parecen importantes en los primeros momentos, pasamos a describir las variantes de intervención del ER.

3.1. A TRAVÉS DEL ESPEJO

En una sala tiene lugar la entrevista (Gráfico A). En ella los clientes y el terapeuta (o terapeutas) trabajan. Son el Sistema Fijo (en adelante SF). El terapeuta habrá informado convenientemente a los clientes de las características de la técnica de trabajo.

En otra sala contigua el grupo de observadores sigue con atención y en silencio el acontecer de la entrevista a través de un espejo bidireccional. Son el Equipo Reflexivo (ER). Un sistema de micrófonos y altavoces garantiza la recepción de las conversaciones del SF. La sala donde trabaja el SF permanece convenientemente iluminada. La del ER se mantiene en penumbra, de modo que los miembros de equipo no son visibles para el SE.

En cualquier momento de la sesión el ER puede hacerle llegar a SE su deseo de intervenir en la sesión “cuando os parezca conveniente nos gustaría participar...”, o cualquier otra expresión que indique que el ER ni impone su presencia. Para hacer llegar su mensaje puede valerse de un intercomunicador o del sistema de megafonía:

Es muy interesante el análisis que hemos realizado de los cambios que como Equipo hemos ido produciendo en este tipo de comunicaciones. Al principio durante casi todo el primer año que utilizamos esta metodología, siempre era el Entrevistador el que solicitaba la participación del Equipo. En un momento dado los miembros del Equipo se percataron de que podían entrar en la sala sin tener que esperar siempre a la petición del SE. Esto que ocurrió espontáneamente nos dio la información acerca de relaciones de autoridad excesivamente dependientes. En general asumimos que debe ser un “experto” el que nos dé el derecho a participar. Es probable que así ocurra en muchas familias y nosotros hemos sido educados en este estilo. También fue muy llamativo el tono y las frases que se decían al pedir la intervención del Equipo. Sabíamos que Andersen hacía hincapié en la formulación de la petición desde un “ofrecimiento” y sin ser nada “intrusivos”. Sin embargo, al inicio, algún miembro del Equipo decía por ejemplo, “Tenemos cosas interesantes que decirles si quieren oírlas”, “¿Cuándo queráis...?. “Queremos participar...”. Como se puede observar mensajes más o menos directivos algunas veces “molestos” por no poder participar a gusto de cada uno. En esta línea las “luchas internas en el Equipo” constituyeron interesantes horas de diálogo sobre nuestras propias relaciones. Es decir, el respeto, el derecho a participar, el concepto de autoridad, el ritmo de cada participante, la frustración ante la negativa de los demás a oír nuestras opiniones, el deseo de ofrecerlas como las mejores, etc., fueron temas que nos ayudaron a crecer como grupo.

El terapeuta que coordina el trabajo del SF, pregunta a los clientes: “¿qué os parece si oímos a los miembros del equipo?”, o cualquier otra frase que denote que la entrada del ER en escena se hace con el beneplácito de todos los miembros del SE. Queda también abierta la posibilidad de que sea el SF quién reclame la presencia del ER, pues desee conocer la opinión del equipo en un momento concreto de la sesión. Cuando se le da entrada al ER, entonces se produce lo que en la terminología de la técnica se denomina cambio, debido a que el centro de atención y acción cambia de lugar y de protagonistas. Se ilumina la sala del ER, se oscurece la del SF. Los miembros del ER, reflexionan en voz alta, dialogan, comentan, etc., teniendo como encuadre de su intervención lo acontecido con anterioridad en la sala del SF. La intervención de ER, tiene una honda intencionalidad terapéutica y sigue una serie de reglas y características que comentaremos con detenimiento más adelante. Tras

la intervención del ER, de nuevo la sala del SF recupera el protagonismo explícito. El terapeuta preguntará e indagará sobre las impresiones, recuerdos y ecos que ha tenido la intervención del ER, en los clientes. La sesión continúa manteniéndose focalizada en la sala del SF hasta la finalización de la misma o hasta que el ER solicite un nuevo cambio. Esta es la modalidad más generalizada y la que descubrió Andersen con una familia que se interesó espontáneamente por las opiniones de los que estaban al otro lado del espejo. Desde aquel momento el espejo se convirtió en “bidireccional”. En muchos casos de trabajo en Instituciones en las que no existe el recurso del Espejo Bidireccional se han utilizado otras variantes que describiremos a continuación.

El que cada sistema se quede en el espacio donde tenía lugar la conversación ofrece unas ventajas importantes. Se pueden oír y observar las reflexiones de otros sistemas desde el propio lugar con cierta distancia. Como vemos el cambio de luces y sonidos propicia la intervención del otro sistema. Sin embargo, desde el escuchar al hablar se produce un cambio en el proceso facilitado por los instrumentos técnicos (luz-sonido).

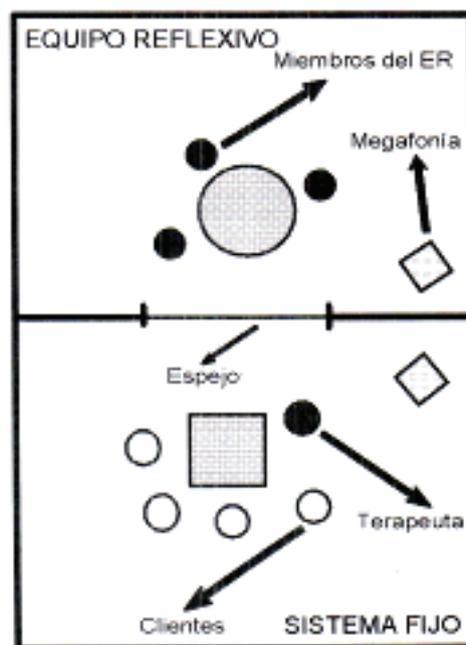


Gráfico A

Se trata de facilitar unas reglas de comunicación diferentes, que pueden propiciar un cambio en la dinámica del proceso de hablar-escuchar. En esta línea, el modelo que aportamos a las familias es claro: ahora es su turno y usted tiene la posibilidad de participar desde diversas perspectivas. El enriquecimiento que se produce resulta atractivo para los participantes y les ayuda a pensar en sus posiciones, ideas, sentimientos y conductas función del lugar en que se colocan como observadores. El efecto sugestivo del cambio de luz y sonido es muy importante, porque se crea un ambiente “cuasi-experimental” en

el que contexto ejerce un poder muy relevante. El cambio de “observador a observado y viceversa” permite una interacción más igualitaria e interesante ya que facilita una flexibilidad de roles y el enriquecimiento de experimentar nuevas perspectivas. Un paciente llamó a la técnica “magia especular”, términos que sintetizan a la perfección el ambiente que se crea alrededor de las “conversaciones”. Quizás es “magia” por la falta de costumbre de respetar los ritmos de las conversaciones sin ser intrusivos y en parte es “especular” porque son los otros los que nos devuelven nuestras propias imágenes. En realidad todos aprendemos, crecemos y vivimos por las devoluciones especulares de los demás. En estos aspectos han insistido gran parte de los psicoanalistas de las relaciones objetales (Klein, Bowlby, Fairbairn, entre otros), así como autores psicodinámicos más próximos a las teorías sistémicas como Sullivan y los contemporáneos psicólogos del self (Kohut, Guidano).

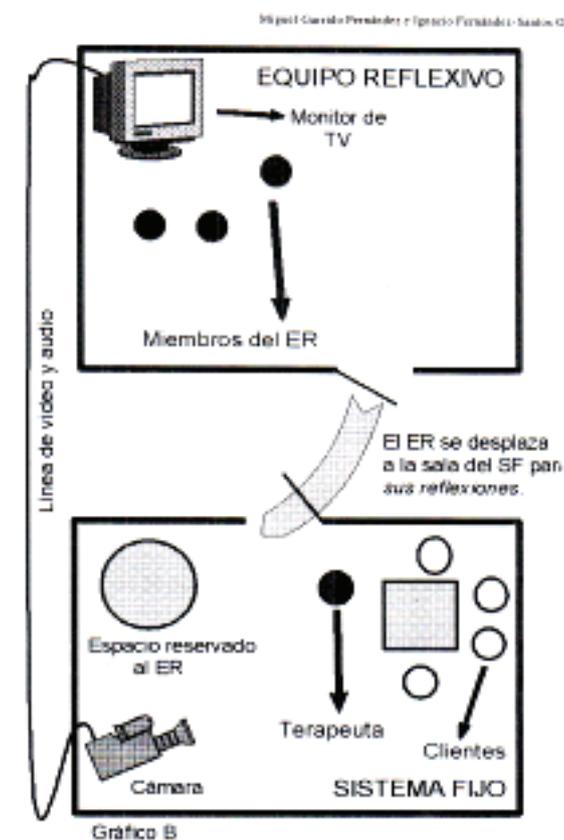
3.2. EL EQUIPO QUE VIENE Y SE VA

Es la variación más común cuando no es posible contar con un espejo

bidireccional que comunique visualmente los escenarios del SF y del ER. Para suplir la ausencia del espejo, en la sala del SF, una cámara fija mandará la señal de vídeo y audio a un monitor de TV, situado en la sala del ER. Los miembros del ER siguen, por tanto, la sesión a través un televisor (gráfico B).

De cara a la intervención del ER podemos contar con al menos dos posibilidades: la primera, donde el ER reflexivo podría intervenir mandando a su vez., sus “reflexiones”, a través de otra cámara a un monitor situado en la sala del SF. La segunda, a nuestro juicio, más adecuada y eficaz, consiste en que el ER, se desplaza a la sala del SF y allí en presencia del terapeuta y de los clientes reflexiona, dialoga, etc. Para solicitar la intervención o el cambio, en este caso, un solo miembro del ER se desplaza a la sala del SF y llamando a la puerta, solicita permiso y vuelve a la sala del ER, a la espera de que el SF les dé paso, o realiza el mismo proceso a través de un intercomunicador. Cuando el SF, pide o autoriza la intervención del equipo, entonces todos los miembros se desplazan a la sala del SF, que deberá estar lo más próxima posible.

Es importante que en la sala del SF, el ER cuente con una mesa, o un espacio reservado, aparte del que ocupan los miembros del SF, para mantener una cierta distancia, física por un lado y de funciones, por otro. Para reproducir lo más convenientemente las condiciones que facilitaba el espejo, los miembros del ER deben estar atentos a no interactuar verbal ni visualmente con el SF. También se puede conseguir un efecto de luz que facilite una atmósfera adecuada iluminando la zona de la sala donde se sitúa el ER y oscureciendo el resto. Una vez finalizada la intervención del ER, éstos abandonan la sala del SF y vuelven a la suya propia con el propósito seguir la sesión desde el monitor de TV. El SF deberá conceder unos instantes al ER para que pueda regresar a su sala antes de comentar las impresiones y sensaciones dejadas por la intervención del equipo.



Como podemos comprobar la estructura y propósito del trabajo sigue el mismo guión que en el caso del anterior, la novedad sustancial es que el ER se hace presente en la sala del SF mientras dura su intervención, para desaparecer a continuación. Esta variación es tan eficaz como la primera expuesta (la del espejo) si se pone especial cuidado en que el ER sepa mantener su distancia -evitando el contacto verbal y visual con el SF- y de que la escenificación en la intervención del ER se cuide. A nuestro parecer la única ventaja que pudiera derivarse de la variación que hace uso del espejo es que pudiera facilitar la inmediatez de los cambios, los cuales son algo más lentos cuando el ER ha de desplazarse a la sala del SE

Esta modalidad es la que eminentemente hemos utilizado en gran parte de los entornos en los que hemos trabajado con el ER. Para nosotros ha sido de suma utilidad el aprendizaje del “ritual de ir a reflexionar y volver a escuchar”. La aparente frialdad de los inicios se ve transformada al poco tiempo cuando las intervenciones son creativas y contienen emociones, permiten sentirse cerca de la familia aún con una técnica que requiere cierta lejanía.

El tono de las intervenciones de los miembros del Equipo y sus gestos serán las mejores guías de la relación que se establece con el SF.

3.3. TODOS CAMBIAMOS DE LUGAR

Sería una variante de la anterior modalidad, en la cual el SF permuta su lugar con el ER. En este sentido aumenta la movilidad física de todos los sistemas. El cambio de posición puede aumentar la conciencia del “cambio de rol”. Algunos autores como Selekman (1993), han empleado con frecuencia esta modalidad.

Nosotros hemos empleado ocasionalmente, como mecanismo de contención con parejas y familias muy disfuncionales, la inclusión de algún miembro del sistema familiar o conyugal en el ER durante parte de la sesión. De esta forma el padre o la madre del sistema familiar puede ver las interacciones del terapeuta con el resto de los miembros. Nos parece que el cambio completo de los sistemas puede crear ciertas confusiones de roles. En nuestra opinión no debemos confundir una posición más cercana, cordial e igualitaria con una confusión de roles que podría verse favorecida si los terapeutas o la propia familia no cuenta con “su espacio físico estable”.

El “trasiego de un número importante de personas” podría incidir negativamente en la inmediatez de los cambios y por supuesto podría llegar a ser poco funcional. De hecho Selekman utiliza habitualmente esta modalidad sólo produciendo un cambio a final de la sesión a modo de reflexión final o síntesis.

3.4. TODOS BAJO EL MISMO TECHO

Esta posibilidad es de todas la menos aconsejable y sólo se suele adoptar cuando ninguna de las anteriores está a nuestro alcance, ya sea por falta de espacio o de medios técnicos. El SF y el ER permanecen en la misma sala (gráfico C) durante toda la sesión. Mientras el SF trabaja los miembros del ER escuchan con atención, intentando evitar el contacto visual con el SF. Como es lógico, por otro lado, inicialmente, esta variación de la técnica puede resultar incómoda y cohibir a algunos pacientes, que se sienten observados por un grupo de personas o, por el contrario, poner en marcha comportamientos exhibicionistas de quién se siente foco de la atención de muchos especialistas. Este sesgo inicial tiende a diluirse en posteriores sesiones aunque dudamos seriamente de que llegue a desaparecer. Entendemos que uno de los factores que otorgan “poder” y eficacia al ER está ligado a su posición ligeramente distante, dónde participa y apoya al SF, pero nunca se confunde con el. Estos límites saludables y productivos se desdibujan en exceso cuando puede existir, por parte de los clientes, un contacto visual permanente de los miembros del ER.

Esta forma de trabajo la hemos utilizado en instituciones sanitarias en las que los problemas de espacio eran insoslayables al menos al inicio. Al adaptarnos al medio y tratar al mismo tiempo de conservar las líneas directrices de la metodología del Equipo Reflexivo tuvimos que imaginar las mejores situaciones y sacar partido de la distribución.

Una ventaja era la mayor cercanía física Equipo Reflexivo-Familia. Aunque en algún momento se podría convertir en un inconveniente, sobre todo en el caso de padres

intrusivos que no soportaban las reflexiones de los miembros, bien porque éstas fueran contratransferencialmente inadecuadas (acusatorias, exigentes, incorrectas...) o bien porque a los padres les costaba mantenerse en una postura de escucha como les suele ocurrir e su vida diaria. Fuera el motivo que fuera, esta excesiva cercanía era un arma de doble filo. Por una parte familia se sentía más acompañada, más vigilada en otros momentos, y quizás más exigida. Una cierta lejanía da más poder al E.R, en cuanto la distancia permite respetar con más facilidad las ideas. En muchas ocasiones el entrevistador tenía que hacer como un “guardia de tráfico”, que da paso a unos automovilistas y detiene a otros. Es verdad que en la mayoría de los casos de familias con fibrosis quística que hemos visto, las familias respetaban la norma de no dialogar con el Equipo. Es importante manejar la frustración de los padres muy intrusivos que intervenían y vivían el silencio por parte de los miembros del ER con cierta molestia. Esta frustración se podría comentar y sacar partido, didácticamente hablando, enseñando los padres a escuchar y no necesitar con urgencia rebatir las ideas. La metodología es impactante para las familias al inicio y es necesario hacer un esfuerzo por explicarles sus ventajas. Las posibilidades para el aprendizaje de otras formas de comunicarse será algo que tendrán que con probar los propios miembros de la familia con los ensayos.

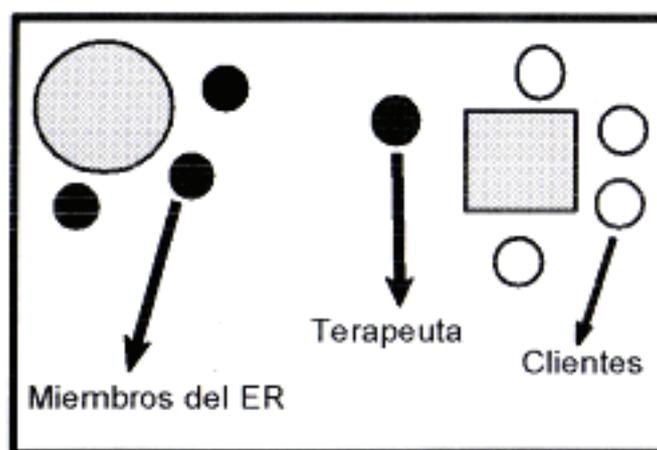


Gráfico C

También es importante destacar que el sentimiento de “estar acompañado” para el entrevistador que realiza la entrevista es importante por sí sólo. También el entrevistador siente más cerca a los miembros del Equipo. Aquí se pueden disparar fantasías de ser “derrocado con más facilidad”, “ser ayudado con más prontitud” o “ser más fuerte por tener a colegas más cerca”. Cualquier ocurrencia sobre las relaciones dentro de la sala y la mayor cercanía pueden ser tratadas en la post-sesión por el Equipo. De esta forma se saca más partido a las limitaciones técnicas y de espacio.

Por último, destacar que cuando el Equipo está en la misma sala puede tener mejores datos de la Comunicación Analógica en cuanto que el espejo y más aún el monitor dificulta la observación más completa de los movimientos y elementos no verbales. Es curioso como

hasta la respiración, suspiros y elementos que indican una mayor profundidad pueden ser observados mejor al estar en la sesión. Aquí nos preguntamos si esto es conveniente o no para el estilo del ER, en el que una cierta distancia permite mejor “hacer diálogos sobre los diálogos”. Entraríamos en este punto a discutir sobre los elementos emotivos de las relaciones del SF y ER, que están poco desarrollados en la obra de Andersen y que en general han sido descuidados por los modelos cognitivos y constructivistas.

3.5. EL GRUPO AMPLIO COMO EQUIPO REFLEXIVO EN EL CONTEXTO FORMATIVO

Esta modalidad, menos usual, está indicada en contextos formativos donde es importante tener en cuenta las condiciones especiales de un gran grupo de observadores. Cuando la familia acepta que un grupo numeroso observe la entrevista que un terapeuta o terapeutas realizan en otra sala, es posible trasladar el sistema fijo (SF) a la sala amplia y oír las reflexiones de los expertos que desean aportar sus puntos de vista a la familia. Esta modalidad de intervención, que en alguna ocasión hemos realizado con la supervisión del profesor C. Sluzki, permite recoger un número significativo de visiones de la relación terapéutica y favorece un clima de gran impacto en el sistema familiar. A pesar de los riesgos, nos parece que utilizada con sensibilidad y preparando al grupo y la familia para el acontecimiento, puede ser de enorme potencia y utilidad. Creemos que los mensajes y reflexiones realizados en un gran grupo, por una parte le restan a los miembros del equipo protagonismo y personalismo pero al mismo tiempo la familia puede estar menos cerrada para oír ideas nuevas.

El diálogo entre los profesionales sigue las mismas reglas que las anteriores modalidades del ER. Sin embargo, el número de personas que oyen y muestran que no sólo son conservadores es mayor. Cuando la familia tiene buenas relaciones con el sistema terapéutico, esta modalidad es vivida como una “gran posibilidad”, que gracias al contexto formado cuenta con múltiples opiniones de expertos que difícilmente van a conseguirse en otras circunstancias. Por supuesto, esta modalidad de trabajo estaría contraindicada con familias en las que se dé un nivel elevado de desconfianza o que muestren dificultades acrecentadas e inseguridades.

4. ALGUNAS CONSIDERACIONES ADICIONALES

En este último apartado incluiremos algunos aspectos técnicos y formales que completan la exposición de los formatos más frecuentes.

4.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS PUEDEN INTEGRAR EL ER?

A lo largo de los últimos años de forma espontánea o reglada hemos ensayado distintos equipos en cuanto al número de integrantes. Si bien no existe un número estipulado de integrantes para el ER, nos parece que tres es un número adecuado. No nos olvidemos que

cuánto mayor sea el número de integrantes más ideas, reflexiones y conversaciones habrán de oír los miembros del SF, y ello, pudiera redundar en una saturación, en un exceso de información y en una mayor dificultad para focalizar la atención en algún elemento concreto de las aportaciones del ER. Una posibilidad igualmente válida es que el ER esté integrado por más de tres personas pero solamente serían tres los que reflexionan en voz alta mientras que los demás escuchan con atención, después, en los siguientes cambios, pueden ser otros los miembros del equipo que intervengan. En este caso el equipo podría estar constituido por cuatro o cinco miembros. Si hemos hablado de tres miembros que reflexionen en voz alta como posibilidad por arriba, el mínimo sería dos. Nunca hemos ensayado un ER de uno, pues es indudable que se pierde la capacidad y recursos de las dinámicas grupales: pasaríamos de los diálogos a los monólogos. Cualquier posibilidad se puede ensayar siempre que estemos atentos a no poner el énfasis en decir muchas cosas, pues todo proceso debe obedecer a una didáctica, que nos recuerde que una “exceso de reflexiones no facilita los cambios” con más rapidez que unas pocas y bien construidas así como adecuadamente expuestas. En ocasiones las exigencias de los miembros del ER les llevan a aportar muchas reflexiones cortas o a realizar “discursos excesivamente largos e inacabados”. Nos parece que conforme los miembros del Equipo van entendiendo y comprobando que las construcciones sencillas, metafóricas, que ofrezcan alternativas y connotaciones positivas, son mucho más potentes para producir cambios significativos, van limitando estas intervenciones. La necesidad de “quedar bien”, se va disipando en los miembros del grupo y empiezan a valorar la “sencillez, humildad, parsimonia y eficacia de sus ideas y sentimientos”.

4.2 ¿PUEDEN CÁMBIAR LOS INTEGRANTES DEL ER DE UNA SESIÓN A OTRA?

Si los clientes no cambian de terapeuta porqué habrían de cambiar de ER. Nos parece aconsejable que los miembros del ER se mantengan estables a lo largo de un tratamiento determinado y no cambien de una sesión a otra, pues, también con el equipo, los clientes crean lazos afectivos y empáticos muy útiles para el proceso y, por otro lado, los miembros del ER son más eficaces, más certeros cuando ya han realizado un recorrido previo con unos clientes. Si han de producirse cambios en los integrantes del equipo, procuraremos que sean los mínimos. Si en el ER se integra un nuevo miembro, ya sea con carácter provisional o no, es conveniente que el terapeuta del SF, presente este nuevo integrante a los pacientes para favorecer su inclusión en el conjunto del proceso.

En ocasiones la aparición de un nuevo miembro del ER y su intervención puede desbloquear alguna situación estancada. Es posible que mantener una cierta constancia en los integrantes del equipo sea lo más adecuado, pero tratando de enriquecer el equipo con nuevas caras de vez en cuando para aportar visiones novedosas. Todos sabemos que a veces personas que no conocen la “historia de un grupo y sus vicisitudes” pueden hacer aportaciones y reflexiones muy interesantes, precisamente porque están descontextualizadas. Las ideas inusuales y más creativas pueden partir a veces de miembros

que por primera vez oyen las conversaciones de los miembros del SF y no conocen la evolución de la familia.

Valga como ejemplo la experiencia de uno de nosotros en referencia a los cambios de contextos. En el propio Berkshire Medical Center, en las sesiones del grupo amplio de la mañana, mis intervenciones como “extranjero” eran muy significativas, no tanto por el contenido, sino por venir de fuera y desconocer la vida anterior de los clientes. Mi esfuerzo se focalizaba en observar con “mi no muy avanzado inglés” las comunicaciones analógicas de los miembros del grupo. Esto siempre les aportaba y les causaba impresión. Podríamos decir que “ser extranjero y observar en otras direcciones” era interesante. Con el paso de los meses ya era “tan extranjero, sino parte de las historia; entonces perdí eficacia y tuve que buscar nuevos recursos.

4.3. ¿CUÁNTOS CAMBIOS SE PUEDEN REALIZAR A LO LARGO DE UNA SESIÓN?

Tampoco podemos hablar este punto en términos categóricos. Nos parece que la variante con espejo facilita más los cambios y en ella es raro realizar menos de dos o tres. En la variante donde el equipo se desplaza a la sala del S.F., se suele realizar un sólo cambio. Creemos que un factor que viene a agilizar los cambios es la realización de intervenciones cortas por parte del ER, factor que facilita la variante del espejo, pues en la segunda, el ER suele esperar un tiempo a tener suficiente información antes de cambiar de sala. En cualquier caso los cambios obedecen siempre sobre todo a un criterio terapéutico de inmediatas. Cuando el ER o miembro del mismo tiene la creencia o la percepción de que una intervención es pertinente y adecuada para dar al S.F., entonces debe solicitar la intervención. Otros criterios como el de tiempo entre cambios, cantidad reflexiones, etc., deben subordinarse de inmediatas.

Sin duda, cada ER, tras un periodo de rodaje, podrá ajustar su modo de funcionamiento y podrá adecuar elementos de la técnica de modo que, respetando la esencia del proceso, gane el trabajo del Equipo más sólido, natural y congruente. No nos parece posible establecer un patrón conformado para todos los ER. Sin duda, un ER formado mayoritariamente por castellanos, por ejemplo, tenderá a otros tonos y estilos organizacionales del que adoptaría un Equipo, como el nuestro, integrado en su gran mayoría por andaluces. Creemos que estos elementos de carácter idiosincrásico, cuando se tienen presentes, pueden incidir muy convenientemente en el desarrollo creativo de cada ER ya que los modos de cada pueblo y cultura también son parte del proceso.

En este sentido, hemos incorporado a nuestro mobiliario de trabajo una mesa-camilla. Esta mesa circular, vestida hasta el suelo, lleva en ocasiones un calentador eléctrico en su interior -antaoño eran braseros de cisco-. Nuestro ER reflexiona congregado en torno a una mesa de estas características, como tantas familias de Andalucía (y de España), que sobre todo en el ámbito rural, se refugian del invierno en torno al calor de estas mesas, que se acaban convirtiendo en espacios de tertulia, de juegos de mesa, de lectura, en definitiva, de relación.

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

De forma esquemática y como resumen de las variantes ya vistas, el gráfico D, nos muestra el conjunto del proceso. El ER parte de una posición inicial de observación activa, para pasar a tomar en algunos momentos el protagonismo de la sesión. Normalmente esta intervención producirá otros focos de atención, interés y reflexión entre los miembros del S.F., quienes, a su vez, continuarán su discurrir terapéutico, el cuál, volverá a estar sujeto a nuevas influencias del ER. Se trata de una dinámica con un constante feedback y una gran circularidad.

Entendemos que las características de la técnica, donde un grupo de profesionales se hace cargo de un caso, activa una constante supervisión en vivo del proceso, lo que facilita una más atenta escucha a los clientes y a sus necesidades, de la que se produciría en un esquema-tipo clásico de intervención. La mayoría de los autores opinan que el ER reflexivo es una técnica que tiene sobre todo grandes ventajas para la formación y supervisión de los terapeutas.

Podríamos añadir que el formato primero es el ideal para llevar a cabo las propuestas de Andersen sobre ER. Sin embargo, vemos importantes ventajas en el segundo formato que permite utilizar el “ir y venir” como metáforas de los cambios de posición de una forma más activa.

Existen algunos riesgos en cada uno de los formatos y desde otras perspectivas teóricas la “ruptura de la distribución de poder” que facilita el ER se ha cuestionado con fuerza. Por ejemplo, algunos creen que la posición “pasiva de una actitud reflexiva” no es muy adecuada para trastornos que requieren un alto grado de intervención y acción. Por ejemplo en caso de familias multiproblemáticas, trastornos adictivos y de la alimentación, es probable que el ER, llevado a sus extremos sea ineficaz. Nosotros mismos pensamos que con algunas familias muy disfuncionales esta técnica ha de completarse con las propuestas estructurales y estratégicas más clásicas. Goolishian y Anderson (1987) opinan, sin embargo, que el ER puede ser una buena técnica para introducir otro ritmo en familias que tienden a las actuaciones y son poco reflexivas.

Creemos que la mejor manera de responder a estos interrogantes es continuar con la planificación de investigaciones a largo plazo que demuestren la eficacia o ineficacia de la técnica en diversos contextos y patologías. De momento, no es poco que ya existan esos proyectos y que en diversos centros se esté trabajando en esta dirección. También es necesario destacar que el paso de describir los formatos y sus posibles usos supone un avance sobre las primeras aportaciones de Andersen. En cierta medida los descubrimientos originales siempre siguen este proceso de continuo feedback, entre la clínica y la investigación.

Aunque no podemos igualar la técnica del ER a la metodología clásica sistémica, tras los primeros diez años desde las primeras propuestas estamos comenzando a detectar

importantes cambios. Como afirma Kauffman (1987), tras los primeros momentos de “euforia y de difusión” de una modalidad técnica sistémica, se unen al grupo pionero discípulos que extienden las bondades del método. En esta línea, pensamos que ahora estamos en una etapa en la que el método parece “omnipotente y capaz de aportar soluciones a todos los casos a los que se aplique”. Sin embargo, tanto desde las propias posturas del mismo Andersen, como de otros autores, ya han aparecido las primeras autocríticas y propuestas de estudios más a largo plazo y controlados (Andersen, 1992; Maloney, 1993; Perlesz, 1994; Garrido 1995; 1996).

Las grabaciones en vídeo y la utilización del espejo unidireccional han sido elementos constitutivos del desarrollo de la terapia sistémica (Haley, 1990). Era la “tecnocracia” como la llama Perlesz (1994) durante más de dos décadas. Ahora, el ER puede convertirse en la “métodocracia” dentro de las modalidades de terapia sistémica. Como dice Perlesz, no es necesario esperar otros veinte años para someter a prueba la metodología propuesta por el ER. El mismo Andersen reconoce que uno de los pilares teóricos de la propuesta del ER se encuentra en las aportaciones del Grupo de Milán (Palazzoli et al. 1980; Boscolo et al. 1987). Desde estos presupuestos nos parece que Andersen colabora en el cambio del modelo sistémico hacia perspectivas constructivistas, sin olvidar que hasta el propio Minuchin (1981) ya en una de sus obras más clásicas incluía algunos aspectos de este enfoque. La técnica ha favorecido la posibilidad de un mejor desarrollo de las aportaciones de la segunda cibernética y de las propuestas narrativas (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Gergen, 1989).

Nos parece que lo más importante de las propuestas de Andersen se encuentran en el cambio de enfoque que produjo la técnica. Es decir, la actitud de los psicoterapeutas puede cambiar más que las técnicas. En otras palabras, nos parece que el riesgo mayor en psicoterapia sistémica es utilizar técnicas con actitudes inadecuadas. Creemos que tanto con los sistemas tradicionales como con los más actuales, la psicoterapia funciona cuando es capaz de crear un contexto de respeto, enriquecimiento y favorece la espontaneidad de los clientes. En ocasiones el estilo constructivista llevado a extremos puede producir en los clientes una sensación de “frialidad y lejanía”. Para nosotros es muy importante el tono, la utilización de reflejos como movimientos empáticos, junto con las preguntas circulares, la propuesta de dilemas y las connotaciones positivas para conseguir que el ER no se convierta en una mera técnica y se caiga en la ilusión de que las “técnicas sustituyan el contacto humano”. Como diría Maturana (1997) nosotros “somos observadores en el vivir. Viviendo”. A fin de cuentas, toda explicación como afirma este autor es “la proposición de un mecanismo o proceso que usa elementos de la experiencia para explicar la experiencia” (Maturana 1997, 19). En esta línea, el título del libro de Boscolo y Bertrando (1996), “Los tiempos del tiempo” y la revisión que ambos autores realizan de los cambios que se han ido produciendo en la epistemología sistémica, es un buen ejemplo de como se han ido sustituyendo las hipótesis unidireccionales y monoculares por visiones más complejas, pluridimensionales y que tienen en cuenta contextos más amplios.

El Equipo Reflexivo es un instrumento más, pero que tiene que ser constantemente actualizado para evitar que tanto los clientes como los terapeutas lo tomen como el fin y no como un medio. En esta línea, no somos puristas en el uso del Equipo Reflexivo, en la medida en que como ya hemos discutido en otros lugares, utilizamos elementos y técnicas de diversos modelos, sin pretender hacer “psicoterapia más sistémica constructivista del mundo”, pues somos conscientes de que también esta moda técnica tiene que dar cuenta a la ciencia de sus virtudes y defectos y de momento sólo estamos en los inicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, T. (1987). "T Reflecting Team: Dialogue and mei dialogue in clinical work", *Farw Process*, 26: 415-428.

ANDERSEN, T: (1991). *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues abc Dialogues*. W.W. & Norton. Londc N. York. (Trad. cas. *El Equipo Reflexivo. Diálogos y Diálogos sobre los diálogos*. Gedisa. Barcelona. 1994).

ANDERSEN, T. (199: "Relationship, Language and Understanding in the Reflecting Processes", *A.N.Z.J. Fam. Ther*, V 13, pp. 87-91.

ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, (1988). "Human Systems as Linguistic System: Preliminary and Evoke Ideas about the Implantation of Clinical Theory", *Family Process*, 371-394.

BATESON, G. (1972). *Steps to Ecology*, of Mind. Ballantine. N(York.

BEYEBACH, M. (1995). "Técnicas de trabajo en equipo en terapia familiar", en Navarro y Beyebach (comps *Avances en terapia familiar sistémica*). Paidós.Barcelona. pp. 109-136.

BOSCOLO, L.; BERTRANDO, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Paidós. Barcelona.

DAVIDSON, J; LAX, W; LUSSARDI, D. J. ; MILLER, D. Y RAHEAU, M. (1988). "The Reflecting Team", *The Family Therapy*), , *Vetworker*, Sep-Oct. 44-46 y 76-77.

DAVIS, J. Y LAX, W. (1991). "Expanding the Reflecting Position in Family Therapy, *Journal of Strategic and Systemic Theories*, 10, 3-4: 1-3.

FEIXAS, G. Y VILLEGAS,M. (1990). *Constructivismo y Psicoterapia*. PPU (Promociones y Publicaciones Universitarias). Barcelona.

FEIXAS, G. (1991). "Del individuo al sistema: la perspectiva constructivista como marco integrador", *Revista de Psicoterapia*, 6-7, 91-120.

GARCIA,J.;GARRIDO,M;YRODRÍGUEZ,L.(1997-Enprensa)(Comps.).*Personalidad, Procesos Cognitivos y Psicoterapia*. Ed. Fundamentos. Madrid.

GARRIDO F. M. Y GARCÍA, M.J. (Comps.) (1994). *Psicoterapia. Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Promolibro. Valencia.

GARRIDO, F. M. (1995). "Terapia de Pareja y Equipo Reflexivo", En Galdeano J. (Comp.). *La vida en pareja*. Editorial San Esteban. Salamanca. 306-338.

GARRIDO, F. M. (1996). "Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo", *Revista de Psicoterapia*, 26-27,87-112.

GERGEN; K.J. (1989). "Theory of the Self: Impasse and Evolution", *Advances in Experimental Social Psychology*, 17: 49-115.

GOLANN, S. (1988). "On Secondorder Family Therapy", *Family Process*, 27:51-65.

GOOLISHIAN, H. YANDERSON, H. (1987). "Language systems and therapy: An evolving idea", *Journal of Psychotherapy*, 24 (3S), 529-538.

GOOLISHIAN, H. Y WINDERMAN, L. (1988). "Constuctivism, autopoiesis and problem determined systems", *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 130-143.

HALEY, J. (1990). *Estrategias de Psicoterapia*. Herder. Barcelona.

HOFFMAN, L. (1985). "Beyond Power and Control: Toward a "Second Order" Family Systems Therapy", *Family System in Medicine*, 3-4: 381396.

HOFFMAN, L. (1991). "A Reflexive Stance for Family Therapy", *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 10,3 & 4: 4-17.

MATURANA, H. (1997). "El observador en su observación", *Sistémica*, 2, 3-52.

MILLER, D. Y LAX, W.D. (1988). "Interpreting Deadly Struggles: A Reflecting Team Model for Working with Couples", *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 7,3: 16-22.

MINUCHIN; S. (1981). *Family, Therapy Tecniques*. Harvard Universities Press. Boston. (Trad. cast. *Técnicas de Terapia Familiar*. Paidós. Barcelona. 1992).

MOLONEY, B. (1993). "The Reflecting Team. In Network News". *The Australian And New Zealand Journal of Family Therapy*, 14:3: 155156.

ONNIS, L. (1991). "La renovación epistemológica actual de la psicoterapia sistémica: Repercusiones en la teoría y en la práctica" *Revista de Psicoterapia*, n.6-7: 5-16.

PAKMAN, M. (1994). "Un enfoque constructivista para intervenciones sistémicas". En Garrido y García (comps.) *Psicoterapia. Modelos Contemporáneos y Aplicaciones*. Promolibro. Valencia. 291-301.

PAPP, P. (1980). "The Greek Chorus and Other Techniques of Paradoxical Therapy", *Family Process*, 19: 45-47. - PERLESZ, A; YOUNG, J; PATERSON, R. Y BRIDGE, S. (1994). "The reflecting team as reflection of second order therapeutic ideals", *A.N.Z.J. Fam. Ther*, Vol. 15, No. 3, pp. 117-127.

PREST, L.A.; DARDEN, E.C. Y KELLER, J.F. (1990). "The Fly on the Wall". Reflecting Team Supervision", *Journal of Marital and Family Therapy*, 16,3: 265-273.

SELEKMAN, M. (1993). *Pathways to change*. Guilford Press. (Trad. cast. Abrir caminos para el cambio. Gedisa. Barcelona.1996).

SELVINI-PALAZZOLI, M. ; BOSCOLO, L; CECCHIN, G. Y PRATA, G. (1980). "Hypothesizing circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the sessions"; *Family Process*, 19: 3-12.

SLUZKI, C. (1983). "Process, Structure and World views: toward an integrated view of systemic models in family therapy", *Family Process*, 22, 469-475.

SLUZKI, C. (1997)(En prensa). "Atractores extraños y la transformación de las narrativas", En García, J; Garrido, M. y Rodríguez, L. (Comps.). *Personalidad, Procesos Cognitivos y Psicoterapia*. Fundamentos. Madrid.

VILLEGAS, M. (1996). "El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática", *Revista de Psicoterapia*, 26-27: 25-28.

WATZLAWICK P. Y KRIEG, (Comps.)(1994). *El ojo del observador*. Gedisa. Barcelona.

WHITE, M. Y EPSTON, D. (1995) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós. Barcelona.

