

experiencia en el campo del trabajo institucional con familias pobres, los autores abordan una detallada exposición del enfoque ecológico que orienta su trabajo terapéutico de la familia. El modelo estructural admisionista, individual, patológico y funcionalista, el concepto de la familia, la vez patológica, y el rol de las redes familiares y comunitarias. El búsqueda habitual de recursos en esas redes, sus aplicación con referencia a la cooperación y transformación de las familias, una reflexión a la de la relación, un acercamiento entre familia e institución. Posteriormente comprometidos con el objetivo de regresar a las familias la capacidad de funcionamiento autónomo al que han renunciado o que les ha sido sustituido, los autores adoptan y prescriben una postura afirmativamente activista y comunitaria. La institución, en su labor a la hora de reditar a la familia un papel protagonista, para luego reflejarse en prácticas autorresistencia de su propia competencia, de modo que las clientes puedan cultivar la propia.

Los autores exponen convincentemente el impacto e influencia autogénica de las instituciones dedicadas a asistir a las familias pobres, sin caer en la trampa simplista de ver a la familia como víctima pasiva de la violencia externa, cuyos problemas se resuelvan con sólo cambiar a la institución víctima. Leyes de abogacía por la emancipación positiva incondicional de la familia, reconoce el papel de las diásporas intrafamiliares, y principalmente las hermanas, que las familias cuentan y cooperan con la intervención de los agentes externos. En última aplicación del modelo estructural, las intervenciones de apoyo vienen inextricablemente entrelazadas con cuestionamientos a la forma en que la familia define problemas e intenta soluciones.

Dr. Manuel Rojas



Pobreza, institución, familia



Pobreza, institución, familia

Patricia Minuchin
Jorge Colapinto
Salvador Minuchin

Amorrortu editores

Biblioteca de psicología y psicoanálisis
Directores: Jorge Colapinto y David Maldivsky
Working with Families of the Poor, Patricia Minuchin, Jorge
Colapinto y Salvador Minuchin
© The Guilford Press, 1998, por acuerdo con Mark Paterson
Traducción, Adolfo Negrotto

Única edición en castellano autorizada por *The Guilford Press*,
Nueva York, y debidamente protegida en todos los países.
Queda hecho el depósito que previene la ley n° 11.723. © To-
dos los derechos de la edición en castellano reservados por
Amorrortu editores S. A., Paraguay 1225, 7° piso (1057)
Buenos Aires.

La reproducción total o parcial de este libro en forma idénti-
ca o modificada por cualquier medio mecánico o electrónico,
incluyendo fotocopia, grabación o cualquier sistema de alma-
cenamiento y recuperación de información, no autorizada
por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utili-
zación debe ser previamente solicitada.

Industria argentina. Made in Argentina

ISBN 950-518-084-5
ISBN 1-57230-373-5, Nueva York, edición original

Índice general

| | |
|-----|---|
| 9 | Agradecimientos |
| 11 | <i>Primera parte. Fundamentos de nuestro pensamiento y de nuestra práctica</i> |
| 13 | 1. Prólogo. Angie, su familia y las instituciones de asistencia social |
| 22 | 2. El marco. Una orientación sistémica y un enfoque centrado en la familia |
| 47 | 3. Trabajar en el sistema. Habilidades relacionadas con el apoyo a las familias |
| 87 | 4. Cambiar el sistema. Procedimientos que apoyan a las familias |
| 113 | <i>Segunda parte. Intervenciones en diferentes ámbitos</i> |
| 117 | 5. Hogares sustitutos. Un modelo ecológico |
| 162 | 6. Abuso de drogas y embarazo |
| 196 | 7. Internación de niños I. Centros residenciales |
| 229 | 8. Internación de niños II. Salas psiquiátricas |
| 250 | 9. Servicios a domicilio centrados en la familia |
| 293 | 10. Epílogo |
| 295 | Referencias bibliográficas |

Impreso en los Talleres Gráficos Color Efe, Paso 192, Avellana-
neda, provincia de Buenos Aires, en abril de 2000.

Agradecimientos

Este libro es el producto del esfuerzo y la experiencia de muchas personas. Queremos, ante todo, expresar nuestro profundo agradecimiento a los amigos y colegas del Family Studies, Inc., el centro de capacitación y asesoramiento de Nueva York, que patrocinó y dirigió la mayoría de los proyectos en que se basa el libro. El grupo estaba integrado por Evan Bellin, Anne Brooks, Ema Genijovich, David Greenan, Richard Holm, Daniel Minuchin, Wai Yung Lee y George Simon, además de los autores, y contó con la eficaz colaboración de Loretta Duke en tareas de oficina.

Aunque en las reuniones del personal y las discusiones en los pasillos no había feudos particulares, algunos miembros del grupo participaron en proyectos diferentes y su trabajo influyó de modo especial en ciertos capítulos: el de David Greenan, Ema Genijovich y Daniel Minuchin, en el capítulo sobre dependencia de sustancias (capítulo 6); el de Daniel Minuchin, en los capítulos sobre servicios psiquiátricos para niños y servicios a domicilio centrados en la familia (capítulos 7 y 9), y el de Anne Brooks, Evan Bellin y Ema Genijovich, en el capítulo sobre los hogares sustitutos (capítulo 5). Richard Holm y George Simon, aunque participaron en proyectos que no se consideran por separado en capítulos específicos, influyeron en nuestro pensamiento, nos proporcionaron ejemplos y, en general, enriquecieron nuestra comprensión de las cuestiones propias de este campo. Juntamente con los autores, los miembros del grupo cubrieron toda la gama de experiencias y emociones que acompañan el esfuerzo por introducir cambios en los sistemas de asistencia. Todos ellos merecen nuestro agradecimiento. En el mejor sentido del término, son los responsables del libro, aunque los eximimos de toda culpa.

También agradecemos a las personas que nos invitaron a trabajar en sus instituciones, a los administradores y pro-

fesionales que, interesados en nuestro enfoque, toleraron nuestras actividades cuando nos extralimitamos y, por cierto, nos enseñaron tanto como nosotros les enseñamos a ellos. A lo largo de todo el libro hemos tratado de proteger su privacidad absteniéndonos de mencionar su nombre y dirección, y esta misma política es la que debemos seguir aquí. Damos a continuación una lista, forzosamente incompleta, de personas que actúan en distintos ámbitos y que facilitaron nuestro trabajo y potenciaron nuestro pensamiento: Anstiss Agnew, Mabelle Allan, Gretchen Buchenholz, Vince Caccamo, Demo Carros, Susan Egelko, Gloria Faretra, Hope Fontaine, Peter Forsythe, Marc Galanter, Fatima Goldman, Irma Gordon, Phyllis Hersch, Betty Jones, Jay Lappin, Pat Mahoney, Patrick McCarthy, Jim McGuirk, Bob McMahan, Mary Odom, Theodora Ooms, Connie Prescott, Ann Sullivan, Tom Ring, Steve Rutter, David Tobis, Giovanna Todini, William Tucker y Barbara White. Además, literalmente centenares de asistentes sociales siguieron nuestros cursos de capacitación en diferentes instituciones. Aunque es imposible nombrarlos a todos, aprovechamos esta oportunidad para agradecerles, disculparnos por los malos momentos que parecen acompañar a toda empresa de enseñanza-aprendizaje y expresar nuestra esperanza de que este libro merezca su aprobación.

Agradecemos a nuestros editores, Kitty Moore y Michael Nichols, sus sabios comentarios y sus sugerencias específicas respecto del manuscrito. Lograron que el libro fuera mejor que lo que podría haber sido.

Finalmente, queremos agradecer a todas las familias —tanto a las que acudieron a las instituciones en busca de ayuda como a las nuestras— por hacer que este libro fuera posible y por determinar su tono. Trabajar con familias que sufren carencias y deben enfrentar múltiples crisis es un constante recordatorio tanto de sus problemas como de su fortaleza; ellas merecen compasión y respeto en idéntica medida. Nuestras familias nos proporcionaron conocimientos, inspiración y apoyo. A ellas, nuestro amor y agradecimiento.

PATRICIA MINUCHIN
JORGE COLAPINTO
SALVADOR MINUCHIN

Primera parte. Fundamentos de nuestro pensamiento y de nuestra práctica

Los servicios destinados a las familias pobres, aunque asequibles y casi siempre bien intencionados, a menudo son también deficientes. Como por lo general están fragmentados y no actúan en forma coordinada, son menos eficaces de lo que podrían ser; y como las intervenciones están centradas en los individuos y los problemas individuales, no aprovechan los recursos curativos que pueden aportar las familias y las comunidades.

En este libro presentaremos un modo de pensar y trabajar cuyo objetivo es proporcionar servicios sociales más eficaces e integrados. Nuestro enfoque se basa en dos principios fundamentales: 1) la atención debe centrarse en la familia, y 2) la intervención debe basarse en un enfoque sistémico.

En la Primera parte describiremos nuestro concepto de los sistemas y nuestra perspectiva en lo que concierne a las familias, y a continuación nos referiremos a las habilidades y los procedimientos que se requieren para trabajar en este marco. En la Segunda parte concretaremos el enfoque, explorando específicamente los hogares sustitutos, la dependencia de sustancias químicas, los servicios residenciales y psiquiátricos para niños, y los servicios a domicilio centrados en la familia.

Pero antes de ocuparnos de los principios, habilidades y aplicaciones, es preciso que los problemas de las familias pobres cobren vida ante los ojos del lector. Por lo tanto comenzaremos por referirnos, en el «Prólogo», a un grupo de personas que atraviesan por una situación particular, las dificultades que padecen y las intervenciones de los organismos de asistencia social. El caso de Angie y su familia es, por supuesto, singular, como lo es cualquier historia, pero también es típico. Permite apreciar la compleja realidad de la vida de los pobres afectados por crisis múltiples, la mez-

cia de servicios útiles y perturbadores que se les ofrecen o se les imponen, y las reacciones de las personas involucradas. El relato sobre Angie, con el que damos comienzo a este libro, refleja lo que pensamos de ella, de sus hijos y su familia, y de las muchas intervenciones inspiradas en el propósito de atender a sus necesidades.

1. Prólogo

Angie, su familia y las instituciones de asistencia social

Angie y su familia

Angie es la figura central de este caso, pero no está sola. Su mundo incluye a su pareja, que es el padre de sus dos hijas; a esas hijas y un hijo varón, algo mayor, los cuales viven en tres hogares diferentes; a las familias con las que viven los niños; a sus padres, sus hermanos y varios tíos y tías. Una simple descripción de la red familiar de Angie permite apreciar en parte la complejidad —pero no la cruel realidad— de una vida signada por la pobreza, las drogas, las difíciles condiciones de vida y la mala salud. Esa realidad se aprecia mejor examinando la lista de instituciones y profesionales que tuvieron que ver con el caso. Angie y su familia pasaron por tribunales, hospitales, albergues temporarios, programas de alojamiento, clínicas de rehabilitación de drogadictos, guarderías y organismos encargados de la colocación de niños en hogares sustitutos. Interactuaron con abogados, investigadores, funcionarios que controlan a las personas en libertad condicional, médicos, asistentes sociales, consejeros de drogadictos, personal vinculado con el sistema de hogares sustitutos y psicoterapeutas. Los funcionarios y profesionales llamados a colaborar se toman en serio su rol y desean que haya un final feliz para los protagonistas o, por lo menos, para algunos de ellos. Inevitablemente, sin embargo, forcejean entre sí y zarandean a la familia, y a menudo no queda en claro cómo lo que hace cada uno puede concertarse con lo que hacen los demás.

Angie, una mujer con muchas dificultades, de poco más de veinte años, tuvo una niñez caótica y una historia familiar tan característica de los pobres afectados por crisis múltiples, que podríamos reconstruir su pasado sin necesidad de conocer los detalles. Cuando residió en hogares sustitutos, fue maltratada con frecuencia y violada varias

veces. Cuando vivió con su numerosa y desorganizada familia, hubo períodos en que nadie se fijaba en ella y otros en que tenía que cuidar de algún familiar. Con el correr del tiempo vivió en albergues temporarios, contrajo adicción a las drogas, lidió con programas de rehabilitación de drogadictos y mantuvo una relación discontinua con su pareja. Vio cómo sus hijos eran colocados con otras familias y trató de cumplir las condiciones que le impusieron para recuperarlos. Narró su historia en muchas instituciones y grupos de terapia y halló consejeros en los que confiaba y otros en los que no confiaba. Según el modo de ver de cada uno, se puede calificar a Angie de indecisa, depresiva e irresponsable, o bien de enérgica, realista y flexible. En realidad, Angie es todas esas cosas. ¿Cómo podemos, entonces, comprender su vida y su contexto, y cuál es la manera óptima de ayudarla?

Hay una vieja historia sobre el horrendo espectáculo de unas personas que se deslizan velozmente río abajo arrastradas por las aguas, y sobre el modo como reaccionan dos observadores ante esa difícil situación. Uno trata de sacarlas del agua cuando pasan cerca de él, mientras que el otro, después de pensar un momento, se dirige río arriba para averiguar cómo fue que cayeron al agua. La moraleja es clara: a largo plazo, prevenir es más eficaz que remediar. No hay duda de que es así, pero si dejamos de lado lo obvio, el relato nos ayuda a reflexionar más a fondo sobre Angie y otras personas como ella. En estos casos, la situación río arriba es compleja y suscita algunos interrogantes: ¿las personas como Angie se arrojan al agua (a causa de la drogadicción, la irresponsabilidad, el sufrimiento psicológico) o son empujadas (por la pobreza, la educación deficiente, los múltiples traumas)? Probablemente hay un poco de cada cosa, de modo que, para ser útil, una intervención en la fuente requeriría la identificación de todos los factores y una afinada comprensión de la forma en que interactúan.

Los auxiliares que permanecen a la orilla del río y sacan a la gente del agua cuando pasa velozmente junto a ellos también se enfrentan con una pregunta importante. ¿Es cada una de las personas que se debaten en el agua un individuo aislado, o algunas están relacionadas con otras? ¿Quién más se está deslizando río abajo con Angie, por ejemplo, y cómo deben manejar los salvadores las relaciones

entre las distintas personas y problemas? La realidad de esas relaciones y la necesidad de percibir las y de trabajar con ellas son los temas principales de este libro.

Piénsese en las personas cuyas vidas están relacionadas con la de Angie. Aunque los adultos no están casados y los miembros de la familia no viven juntos, el hecho es que hay una familia nuclear, y esa familia ocupa el centro de la escena. Está compuesta por los padres —Angie y Harlan, su pareja— y sus dos hijas —Jocelyn, que tiene tres años y medio, y Gail, de dos años—. Harlan es el padre de ambas niñas, y tanto él como Angie se consideran una pareja aunque su relación sea inestable.

Harlan padece de una enfermedad crónica, pero muestra una capacidad sorprendente para manejar su grave minusvalía. Al parecer no tiene un lugar fijo de residencia y complementa sus ingresos pidiendo limosna. Cuando habla suele expresarse en forma vaga y poco realista, pero siente con intensidad que ellos forman una familia. Quiere que las niñas vivan con Angie y se interesa en especial por Jocelyn, que ha heredado su enfermedad. Cree que puede ayudarla a lidiar con ella.

Jocelyn ha estado en un hogar sustituto durante dos años. No puede caminar, su crecimiento es limitado, y su lenguaje y desarrollo intelectual son los que corresponden a un niño de menos edad. Pero juega, hace algunas cosas sin ayuda, es afable y muestra interés por lo que la rodea. Recibe regularmente un tratamiento orientado a la rehabilitación física y asiste a una guardería para niños discapacitados. Vera, su madre sustituta, siguió un curso de capacitación para atender a sus necesidades. Jocelyn y su familia sustituta han logrado una buena adaptación recíproca, pero como la niña vivió con Angie hasta que, después de dos años, nació su hermanita, Angie piensa que entre ella y Jocelyn existe un vínculo afectivo permanente.

Gail fue más afortunada que Jocelyn, ya que no heredó la enfermedad de su padre, pero en su vida no todo anduvo sobre rieles. Cuando nació fue colocada de inmediato en un hogar sustituto, a causa de la drogadicción de su madre. El vínculo afectivo en ese hogar es fuerte. Angie sabe que nunca tuvo la oportunidad de relacionarse con Gail, pero quiere, lo mismo que Harlan, que su hija viva con ella. Gail es una hermosa niña que abre bien grandes sus ojos, callada, más

bien grave y vigilante —por lo menos cuando está con Angie, Harlan y Jocelyn.

Aunque viven en lugares distintos y no pasan el tiempo juntas, esas cuatro personas están interrelacionadas. También están relacionadas con las dos familias sustitutas y con los padres de Angie, que han criado a su primogénito, un varón de cinco años, desde que era un bebé. No hay respuestas obvias respecto de cómo deberían ser las cosas en adelante, qué arreglos deberían subsistir y cuáles modificarse, ni bajo qué condiciones. Sin embargo, al sacar a Angie del torrente debería entenderse que otras personas se deslizan río abajo junto con ella, que —cualesquiera que sean sus dudas— están y se sienten relacionadas, y que su relación merece ser tomada en cuenta.

Las instituciones de asistencia social

Las instituciones de asistencia social se han esforzado mucho por prestar servicios a Angie y su familia a fin de protegerlos y evitar nuevos problemas. Sin duda, los peores desastres fueron evitados. La ciudad les proporcionó alojamiento, Jocelyn y Harlan recibieron asistencia médica, los niños tienen quien los cuide, los programas de rehabilitación ayudaron a Angie a lidiar con su dependencia de las drogas y, en distintas etapas y contextos, se les ofreció orientación psicológica.

Pero esas intervenciones tuvieron consecuencias complejas. El sistema ha moldeado las respuestas de Angie, a veces en el sentido de disminuir su competencia, y la familia ha sido dividida mediante procedimientos que consolidan la separación y reducen la posibilidad de que sus miembros vuelvan a vivir juntos. Si queremos ser útiles en una situación semejante; debemos comprender no sólo las buenas intenciones y los efectos favorables sino también los problemas sistémicos que acompañan a las formas tradicionales de intervención.

Podemos considerar cuatro áreas en las que se prestaron servicios y respecto de las cuales debemos formularnos algunas preguntas: asistencia profesional, vivienda, colocación de los niños con familias sustitutas y tratamiento de la

drogadicción. Los problemas relacionados con estas y otras áreas aparecen a lo largo de todo el libro y se tratan con más detalle más adelante, pero es útil que en el comienzo veamos cómo juegan y cómo se sienten las intervenciones en el caso de esta familia. Las cuatro áreas, a las que sólo nos referiremos brevemente, no cubren la totalidad del espectro, pero nos servirán para señalar tanto los defectos como las virtudes de los sistemas de asistencia.

Asistencia profesional

La cantidad de asistentes sociales que se ocuparon de Angie en los últimos años es abrumadora. Uno puede sentirse complacido por el hecho de que tanta gente haya tratado de ayudar, o pensar que es antieconómico invertir tanto tiempo y dinero en un solo caso, pero lo importante es que, cuando la intervención asume esas características, la falta de coordinación se vuelve inevitable. Al hablar con Angie, los asistentes sociales han tratado siempre los mismos temas, reiterando lo hecho por quienes los precedieron. Angie ha memorizado el número del legajo que la reduce al anonimato, y cuando el legajo pasa de un asistente a otro, no puede menos que impacientarse ante el carácter repetitivo de las preguntas que le formulan y las respuestas que ella da («Estoy harta de contar mi historia a todas esas personas»). Afirma que, como consecuencia de las sucesivas altas y bajas de personal en una institución, tuvo que tratar con seis asistentes sociales distintos en un breve lapso.

Inevitablemente, tal vez, Angie aprendió a manipular al sistema y se convirtió en una especie de defensora de «nosotros» (los beneficiarios) contra «ellos» (el sistema y el personal). A veces, los asistentes sociales la encuentran difícil de tratar y le atribuyen una «actitud negativa». Angie cuenta que en un albergue temporario para mujeres, aunque las asistentes solían organizar reuniones para pedirles su opinión, «de todas maneras teníamos que hacer lo que ellas querían. Así que, ¿para qué nos preguntaban?». Angie se muestra reacia a reconocer que en su trabajo los miembros del personal deben seguir ciertas reglas, y no cree que deseen realmente tomar en cuenta la opinión del grupo en lo posible. Al mismo tiempo, uno puede entender su senti-

miento de frustración y su impresión de que el sistema es ineficiente y caótico. Angie sostiene que no confía en ninguna de las asistentes, con excepción de Mona, su actual consejera, a quien distingue de todas las demás. Mona es una asistente social experimentada y talentosa, cuyo modo de actuar puede inspirar respeto, pero también preocupación, a un observador reflexivo. Respeto porque es una coordinadora hábil y comprensiva, y preocupación porque parece haber tomado a su cargo en gran medida la parte ejecutiva de la vida de Angie. Aun cuando Angie se siente confinada y resentida, su dependencia del sistema y los asistentes sociales está muy arraigada y no cesa de aumentar.

Vivienda

La población urbana de personas sin hogar y/o drogadictas incluye un alto porcentaje de mujeres a quienes, como a Angie, les han quitado sus hijos para colocarlos en hogares sustitutos. Según Mona y Angie, todas esas mujeres son conscientes de la situación sin salida en que las colocan la legislación y los sistemas de alojamiento y hogares sustitutos: «Una no puede conseguir vivienda si no tiene a sus hijos consigo. . . y no puede tener a sus hijos consigo si no consigue vivienda».

Angie ha sido relativamente afortunada. Cuando vivía en un albergue temporario para mujeres en el que no podía tener a sus hijas, se relacionó con un grupo de apoyo femenino y se mudó a una casa administrada por ese grupo. Allí las mujeres conviven mientras esperan que los organismos oficiales resuelvan sobre sus casos y pueden ser visitadas por sus hijos. Cuando recobran la tenencia de los hijos, el grupo de apoyo les procura un departamento, servicio de guardería para los niños y asesoramiento permanente para las madres.

La nueva vivienda ha resuelto algunos de los problemas de Angie, pero al mismo tiempo ha creado otros. Por ejemplo, las normas del grupo no contemplan ningún tipo de asistencia para el compañero masculino o el padre, a quienes por lo general se considera ausentes o indeseables. Para Angie, esto significa que no podrá convivir con Harlan ni obtener un departamento para su familia nuclear.

Colocación de los niños con familias sustitutas

Sería impropio referirse al sistema de colocación de los niños con familias sustitutas como si no hubiera prestado ningún servicio a esta familia. Los niños tienen quien los cuide y Jocelyn recibe la atención especial que requiere su enfermedad. Sin embargo, los servicios que intervinieron han separado a los miembros de la familia de tal modo que, si todo transcurre normalmente, con el tiempo el distanciamiento entre ellos será cada vez mayor. Jocelyn y Gail están al cuidado de distintas instituciones y no viven con la misma familia sustituta. Las instituciones, situadas a considerable distancia una de la otra, no están en contacto, y arreglar las visitas a las niñas constituye un problema logístico. Angie describe el lugar elegido para las visitas por los servicios de protección como «un depósito. . . atestado de cosas, de cachivaches. . . sucio. . . los juguetes son viejos. . . no puedo dejar que las niñas jueguen en el suelo». Tal vez no sea culpa de nadie, pero sí una indicación de la escasa prioridad que se asigna a los contactos con la familia. Es difícil para los padres respetar el programa de visitas —y la falta de cumplimiento se considera indicativa de desinterés en las audiencias judiciales, donde se decide sobre la tenencia de los hijos.

Incluso si se realizan las visitas y se sigue adelante con los planes para reunir nuevamente a la familia, pareciera que no se comprende bien lo compleja que es esa transición después de tantos años de separación y de apego creciente a las familias sustitutas, como tampoco lo que se requiere para que la transición se lleve a cabo con éxito. Angie conoce perfectamente las limitaciones de las clases obligatorias sobre el cuidado de los hijos a las que ha asistido. ¿Qué puede contestar cuando le preguntan cómo disciplina a sus hijos o a qué juegan estos, cuando ni siquiera viven con ella? Si se la observa durante una de las visitas programadas, resulta claro que es cariñosa, desea el contacto y tiene algunas buenas ideas, pero no la capacidad suficiente como para resolver los problemas que puede presentar una niña en el curso del día, no hablemos ya de los que pueden presentar dos niñas, de las cuales una padece de una invalidez importante y requiere cuidados especiales. Angie manifiesta un intenso deseo de recobrar a sus hijas y también una profunda ansie-

dad, porque no sabe si está preparada para cuidarlas y si sería capaz de manejar la situación. Su ambivalencia es comprensible.

Hay otras cuestiones de las que nadie se ha ocupado, entre ellas el rol de Harlan como padre, el difícil proceso a través del cual Angie y Harlan podrían llegar a un arreglo viable acerca del cuidado compartido de las niñas, y la relación entre esta familia y las familias sustitutas, que son importantes para las niñas. En la Segunda parte del libro describiremos un enfoque sistémico con orientación familiar del cuidado en hogares sustitutos, el cual prevé diversas estructuras y procedimientos para abordar esas cuestiones.

Tratamiento de la drogadicción

El tema de la dependencia de sustancias químicas —especialmente en el caso de mujeres con hijos pequeños— también será desarrollado en la Segunda parte. Lo mencionamos aquí porque fue un factor importante en la historia de Angie, y porque el problema de la adicción demuestra que intervenciones diferentes pueden perseguir objetivos diferentes, exteriorizando la ambivalencia que siente Angie respecto de sus decisiones.

Angie pasó un tiempo en un centro residencial de rehabilitación como parte de las actividades que debía cumplir para recuperar a sus hijas, y también como parte del esfuerzo por librarse de su adicción a las drogas. Relata que el programa la ayudó a enfrentarse a sí misma, a comprender su vida y a controlar su hábito. Pero a pesar de los beneficios, abandonó el lugar mucho antes de cumplirse el plazo que le habían fijado. «Si hubiera seguido allí», dice, «hubiera aprendido que puedo vivir sin Harlan y sin mis hijas, y ser yo misma, y cuidar de mí... pero a mí me preocupan él y las niñas, y allí era todo sobre mí».

En opinión de Angie, al enfocarse en sus problemas personales el programa ponía en peligro la relación con su familia y la enfrentaba a un dilema. Pero su confusión no era sólo interna: era también consecuencia de las distintas intervenciones que tenían lugar en su vida en forma simultánea. En una reunión en la que participaron los consejeros de drogadictos y los asistentes sociales involucrados en la

colocación de las niñas en hogares sustitutos, quedó en evidencia que cada uno de esos servicios tenía sus propias prioridades y que transmitían mensajes diferentes. La institución a cargo de los hogares sustitutos se preocupaba por las relaciones familiares y su personal estaba tratando de coordinar los contactos de Angie con Jocelyn y Gail. El programa antidroga se centraba en Angie como persona y sostenía que ella necesitaba comprenderse a sí misma y comprender su pasado, reconocer con franqueza qué deseaba y fortalecerse como individuo antes de abordar otras cuestiones.

Cuando una visita a sus hijas —combinada por la institución competente— perturbó a Angie, el personal del programa antidroga dispuso la suspensión de esas visitas. Llegadas las cosas a ese punto, Angie reconoció la contradicción y decidió optar por seguir en contacto con sus hijas. Sacando fuerzas de flaqueza y eligiendo entre los apoyos contradictorios que se habían convertido en una característica permanente en su vida, Angie abandonó el programa residencial, con la esperanza de poder mantener la abstinencia de la droga con ayuda de soportes externos, y comprensiblemente preocupada por un futuro incierto.

Al ofrecer la historia de Angie y su familia, nos detenemos en un punto caracterizado por la incertidumbre. Lo que nos propusimos fue sólo crear una imagen de las personas auxiliadas por los sistemas de asistencia, como también destacar algunos problemas que surgen durante la prestación de esos auxilios. En el resto del libro nuestra tarea será proponer alternativas y considerar de qué modo se podría lograr que las cosas fueran diferentes para las personas como Angie y sus familiares cuando se las saca del torrente y se les ofrece ayuda.

2. El marco

Una orientación sistémica y un enfoque centrado en la familia

Este libro trata del trabajo con los pobres afectados por crisis múltiples y con las instituciones que se ocupan de sus necesidades. Comenzamos examinando un caso particular, en el que los servicios para Angie y su familia fueron específicamente seleccionados y canalizados a través de diversos sistemas independientes. El hecho de que Angie, Harlan, Jocelyn y Gail constituyeran una familia influyó poco en la forma en que los servicios fueron planificados o prestados.

Este tipo de fragmentación, que no es la excepción sino la regla, resulta no sólo poco eficiente sino también penoso para las familias. Al presentar un modo distinto de trabajar, estamos enfatizando un enfoque más integrado y sistémico que brinda mayor apoyo a las familias. Las consecuencias prácticas se exponen en los capítulos siguientes; aquí proporcionaremos un marco general: presentaremos primero los elementos básicos de la teoría de los sistemas, y describiremos a continuación nuestro concepto de las familias, especialmente en relación con los pobres afectados por crisis múltiples.

La orientación sistémica

¿Qué significa, en general, ser un pensador sistémico? ¿Qué significa ser un pensador sistémico en relación con las instituciones de asistencia social? ¿Qué significa serlo en relación con las familias?

Todos sabemos qué son los sistemas. Es un término que usamos en nuestra conversación y que tiene cierta importancia. Hablamos sobre los sistemas sociales, el sistema nervioso, el sistema solar. El término es tan conocido que no necesitamos pensar en lo que significa. Evidentemente

tiene que ver con el hecho de estar conectado, con la idea poética de que cuando sostenemos una flor en la mano descubrimos que está conectada con el universo.

En efecto, una perspectiva sistémica tiene que ver con las conexiones, aunque de un modo especial. Destaca la forma especial en que están relacionadas las partes y, por lo tanto, tiene un componente predictivo. Por ser el universo un sistema, los científicos pueden predecir el momento en que la Luna estará situada entre el Sol y la Tierra y producirá un eclipse solar, y pueden predecir las consecuencias que ello tendrá para la Tierra y sus habitantes. Sabemos que cada parte de un sistema afecta a las demás, y que esos efectos se repiten, lo que hace que el estudio de los sistemas sea interesante y posibilite las predicciones.

Los distintos tipos de sistemas presentan rasgos específicos, pero hay algo que los organiza y caracteriza a todos: las pautas repetitivas. El funcionamiento del sistema solar, del sistema de asistencia social, de una familia, no están regidos por el azar. El sol volverá a salir mañana y el sistema de asistencia social seguirá determinados procedimientos para auxiliar a los niños dependientes, del mismo modo que una familia seguirá sus propias pautas organizadas y predecibles.

Aquí debemos hacer una pausa a fin de considerar una contradicción. Las conexiones entre los organismos vivos parecen ser entendidas como una verdad universal. Cuando los ecólogos nos dicen que los lobos y los ciervos están interconectados en un equilibrio ecológico, lo aceptamos; comprendemos que si mueren demasiados ciervos, los lobos pasarán hambre hasta que se restablezca la proporción entre unos y otros. A pesar de nuestra comprensión casi orgánica de la forma en que funcionan los sistemas, exaltamos a los personajes prominentes del país como si actuaran y triunfaran solos; los héroes y las víctimas parecieran desconectados del ambiente y de las demás personas. Una especie de visión en túnel anula la comprensión de las conexiones, y esto tiene consecuencias importantes en la prestación de los servicios. Determina, por ejemplo, que quienes tratan la drogadicción de Angie insistan en que ella debe concentrarse ante todo en su propia curación, sin advertir que sus «problemas personales» incluyen su preocupación por las personas importantes de su familia.

Para comprender cómo se aplican los conceptos sistémicos a las personas, debemos tener siempre en mente la idea de las conexiones y las pautas repetitivas. También debemos prestar atención a otros rasgos de los sistemas: la presencia de subsistemas, la forma en que sus partes influyen unas en otras, y el hecho de que los sistemas pasan inevitablemente por períodos de estabilidad y cambio. Estas ideas son cruciales para entender el funcionamiento de las familias, pero también se aplican a los sistemas sociales más amplios que afectan la vida familiar, como por ejemplo los hospitales y las instituciones de asistencia social.

Resulta claro que los departamentos de cirugía, de consultorios externos y de asistencia social de un hospital son subsistemas de la institución: cada uno de ellos tiene una función particular, está relacionado con otros departamentos y se rige, en cuanto a su funcionamiento, por los criterios y procedimientos del hospital. Menos obvia es quizá la forma compleja y circular en que interactúan las partes. Tal vez el enfoque de los asistentes sociales haya ampliado el modo de pensar de los cirujanos, para quienes «El paciente X es un problema renal». Tal vez los cirujanos hayan enseñado algo a los asistentes sociales sobre la urgencia que impera en la sala de guardia. Sabemos que los criterios se originan en la cima y recorren un camino descendente, pero prestamos menos atención al hecho de que los departamentos influyen en los criterios del hospital mediante las ideas que transmiten a los administradores y la forma en que aplican o se resisten a aplicar las directivas.

Por cierto que la reciprocidad no necesariamente significa igualdad. La influencia de los subsistemas de un hospital sobre los criterios generales depende de la flexibilidad del sistema, y en cualquier estructura el poder de las distintas partes tiende a ser desigual. En la mayoría de los hospitales, el departamento de asistencia social tiene menos influencia global que el de cirugía. La cuestión se plantea además en el contexto familiar, sobre todo si se trata de familias pobres que requieren la ayuda de instituciones organizadas. Esas familias raras veces pueden influir en las pautas de los sistemas que las auxilian, y a menudo una intervención constructiva es una forma de corregir ese desequilibrio.

Sea cual fuere la forma en que está organizado, ningún sistema permanece estático. Inevitablemente pasará por

ciclos de estabilidad y cambio. Durante los períodos de estabilidad, un sistema funciona de acuerdo con pautas conocidas y, por lo general, la repetición es adaptativa. Los hospitales no necesitan reinventar los procedimientos de admisión cada vez que acude un paciente, y las familias no necesitan establecer diariamente nuevas reglas acerca de la hora propicia para irse a la cama. Pero todos los sistemas que incluyen seres vivos pueden sufrir modificaciones. Cada tanto ocurre algo novedoso, y el resultado es la perturbación de las pautas estables. Por ejemplo, el hospital puede fusionarse con otro y quedar bajo el control de una organización de medicina prepaga. Los procedimientos empleados hasta entonces serían en tal caso cuestionados. Incluso si el hospital funcionaba sin contratiempos antes de la fusión, tendría que reorganizar sus estructuras y procedimientos. El personal pasaría por un período transicional de confusión buscando pautas que preservaran lo valioso del pasado y tratando al mismo tiempo de adaptarse adecuadamente a la nueva realidad.

Al igual que los hospitales, las instituciones de asistencia social son sistemas organizados, y su realidad es casi siempre compleja. Generalmente, forman parte de estructuras sociales y políticas más amplias, están subdivididas en subsistemas internos y coexisten con otras instituciones que en muchos casos auxilian a las mismas familias. Una institución que se ocupa de la adopción de niños, por ejemplo, está inmersa en un contexto sociopolítico dado, que es el que determina los requisitos legales para la adopción, la política —oficial o tácita— relativa a las adopciones interraciales, la actitud hacia las parejas de homosexuales que quieren ser padres adoptivos y el plazo de caducidad de los derechos de patria potestad en los casos de negligencia presunta. De todos estos factores combinados depende la cantidad de niños que pueden ser adoptados.

La institución está dividida en secciones o departamentos que se distribuyen las tareas por realizar. Los departamentos cumplen funciones diferentes, como la localización y la evaluación de los potenciales padres adoptivos, el manejo de los aspectos legales y el control de la colocación mediante visitas de seguimiento. Cada departamento tiene sus propios procedimientos y debe coordinar sus relaciones con los demás, como también con otras instituciones que trabajan

con las mismas familias. Lógicamente, la comunicación entre el departamento que selecciona las familias y el que controla la colocación debe ser amplia y permitir que cada uno de ellos se adapte a las realidades que enfrenta el personal del otro. Asimismo, una institución que se ocupa de la adopción de niños debería estar en comunicación constante con otros servicios, como el centro residencial en el que un niño ha estado viviendo durante dos años antes de ser ofrecido en adopción, o el programa para niños con necesidades especiales de la zona en la que un niño está por ser adoptado. La conexión debería ir más allá del papeleo, sobre todo cuando una transición difícil —como la adopción— ha sido proyectada o está en marcha.

Integrar el trabajo de diferentes subsistemas e instituciones es algo que demanda mucho tiempo, pero no más, quizá, que contrarrestar los efectos desfavorables de una coordinación deficiente. Los problemas de «territorio» entre los subsistemas de una institución tienen un efecto corrosivo; lo mismo sucede con la comunicación deficiente entre distintas instituciones. La capacitación es un medio útil y necesario para introducir cambios, pero sus efectos favorables son limitados si abarca sólo un sector de un sistema complejo. Hemos aprendido, por ejemplo, que la capacidad de los asistentes sociales para sostener ideas y procedimientos nuevos depende del respaldo que reciban de sus supervisores, como también de un cambio en las políticas de la institución.

Una orientación sistémica no es un lujo académico, sino una herramienta necesaria. La comprensión de que las distintas instituciones son fuerzas interactivas en la red que incluye a una familia es una piedra angular del trabajo en colaboración, y es esencial para manejar intervenciones contradictorias. Si los profesionales pueden aceptar su interconexión y hallar modos alternativos de resolver sus diferencias, aumentarán la eficiencia del sistema y mejorarán la calidad de la ayuda ofrecida a sus clientes.

Dando fin así a esta breve descripción de los sistemas que proporcionan asistencia, nos referiremos con más detalle a las familias que son sus beneficiarios.

Las familias

Una familia es una clase especial de sistema, con estructura, pautas y propiedades que organizan la estabilidad y el cambio. También es una pequeña sociedad humana cuyos miembros están en contacto cara a cara y tienen vínculos emocionales y una historia compartida. Necesitamos comprender, en especial, a las familias asistidas por servicios sociales. Una exposición general, que se refiere en primer término a las familias como sistemas y luego como pequeñas sociedades, facilita esa comprensión.

Las familias como sistemas

Pautas

Cuando decimos que las familias tienen una estructura, no estamos aludiendo a un simple diagrama donde consta quiénes son sus miembros. Nos estamos refiriendo a pautas de interacción recurrentes y predecibles. Esas pautas reflejan las afiliaciones, tensiones y jerarquías importantes en las sociedades humanas y confieren significado a la conducta y las relaciones.

En la mayoría de las familias hay múltiples pautas de alianza entre personas que se profesan afecto y se apoyan mutuamente. Jerry y Clarissa Brown están casados desde hace más de veinte años. La forma en que disfrutan juntos de sus ratos de ocio, tratan a su familia y manejan los problemas demuestra claramente que hay entre ellos una alianza estable. Pero también existen alianzas de otros tipos, menos obvias que la de ellos. Por ejemplo, entre Jenny y su abuela hay un vínculo especial. Pasan tiempo juntas, la abuela es la confidente de Jenny y a ambas les agrada que la gente las encuentre parecidas.

A veces las alianzas adoptan una forma diferente. Se establecen entre personas a quienes une su oposición a otros miembros de la familia; en estos casos es más apropiado emplear el término coalición. A menudo las coaliciones son

transitorias y pueden ser relativamente benignas. En una familia, por ejemplo, los adolescentes se confabulan contra su madre cada vez que esta propone visitar durante el fin de semana a unos tíos impopulares. En otra familia, sin embargo, la coalición es más estable y menos jovial. Las hijas han formado una alianza contra su padrastro y han encontrado infinidad de maneras de enfrentarlo, pese a que no suelen estar de acuerdo en muchas otras cuestiones.

En todas las familias hay pautas que organizan la jerarquía del poder. Esas pautas definen la forma en que las familias toman decisiones y controlan la conducta de sus miembros. Las pautas de autoridad son un aspecto especialmente importante de la organización familiar. De ellas pueden resultar tanto la armonía como el conflicto y están sujetas a cuestionamiento cuando los miembros de la familia crecen y cambian.

Las pautas de autoridad claras y flexibles tienden a dar buen resultado. Clarissa y Jerry Brown han desarrollado con los años un proceso viable. Cada uno acata la autoridad del otro en determinadas áreas, ambos toman en cuenta la opinión de sus hijos antes de tomar decisiones importantes para la familia y, cuando sus hijos alcanzaron la adolescencia, les concedieron mayor autoridad y autonomía. Otras familias, sin embargo, tienen pautas menos funcionales para tomar decisiones y escasa habilidad para resolver sus discrepancias. Muchas familias buscan la ayuda de un psicoterapeuta porque sus discusiones están rígidamente organizadas en torno de ganar y perder, y no encuentran el modo de cambiar las pautas que intensifican el conflicto familiar. Con todo, los conflictos relacionados con la autoridad no siempre tienen que ver con la rigidez. El control puede ser errático en lugar de inflexible y producir consecuencias desafortunadas cuya causa nadie advierte. Por ejemplo, en los hogares de un solo progenitor en que conviven tres generaciones y hay niños pequeños, puede ocurrir que la autoridad la ejerza un día la madre y otro la abuela, o incluso las tías o las hermanas de más edad, lo cual depende de quién esté presente en el lugar. Los mensajes poco claros y contradictorios confunden a los niños y dificultan su comprensión de lo que constituye una conducta aceptable.

Algunas pautas tienen un origen étnico. Por lo general, las familias de la comunidad latina tienen pautas para ex-

presar afecto, exponer sus desacuerdos y mimar a los niños que difieren de las de sus vecinos originarios del norte de Europa. Pero la mayoría de las pautas familiares son particulares, elaboradas a través del tiempo en el seno de la propia familia. Una madre, por ejemplo, siempre interviene para proteger al bebé de su hermana mayor, y siempre se enoja con su hijo de doce años cuando este se pelea con el compañero de ella. Su conducta es predecible incluso cuando el contenido específico parece diferente. La madre protegerá al bebé tanto si su hermana lo golpea como si sólo lo incluye en un juego peligroso, tanto si el trato rudo le es inferido por la hermana como si le es inferido por un compañero de juegos en el parque. Por las mismas razones, se enojará con su hijo cada vez que este se pelee con el compañero —incluso si ella ha cambiado de compañero— y aunque sospeche que fue el adulto quien provocó el problema.

Las pautas organizadas son la expresión concreta de reglas implícitas. Dado que definen las expectativas y los límites, los miembros de la familia saben lo que está permitido y lo que no lo está. Nina, la hija mayor de una madre separada, sabe que ella está a cargo y que puede mandonear a los niños más pequeños cuando su madre se ausenta, pero todos están al tanto de que no puede golpearlos ni asustarlos. Sin embargo, lo que es útil puede volverse restrictivo. Como las pautas son habituales, no propician el cambio ni movilizan el repertorio más amplio de los miembros de la familia. Si Nina cuida de sus hermanos con excesiva frecuencia, lo que limita su vida social y crea una reserva de fastidio inexpressado, es tiempo de que la familia abandone una pauta que ya no es útil. Tal vez podrían aprovechar el potencial de su hermano de trece años, cambiar el horario de trabajo de la madre, o incluso negociar un arreglo, basado en la reciprocidad, con una familia vecina.

Subsistemas

En las familias, como en todos los sistemas complejos, hay muchos subsistemas. La edad y el género, así como otros factores, crean subsistemas familiares. Los adultos tienen funciones y relaciones que los separan de los niños. Los adolescentes forman un grupo con intereses especiales.

Los varones conforman una unidad, y las mujeres, otra. En las familias «combinadas» hay subgrupos formados por «los de él», «los de ella» y «los de ambos». Las relaciones entre las unidades están regidas por normas explícitas y tácitas: los niños más pequeños no pueden molestar a un adolescente cuando la puerta de su dormitorio está cerrada; los niños sólo irán con quejas a los adultos cuando se sientan tratados muy injustamente; los niños no acompañarán a su madre cuando sale de excursión un día sábado con su compañero y el hijo de este a menos que hayan sido invitados expresamente, y el abuelo puede defender a un niño que tiene problemas con sus hermanos, pero no cuando los padres están imponiendo disciplina.

El concepto de *fronteras* es tan importante para los subsistemas como lo es para la familia en conjunto. Las fronteras son invisibles pero, como en el caso del viento, sabemos que existen a causa de los efectos que producen. Todos los ejemplos incluidos en el párrafo precedente tienen que ver con las fronteras: señalan umbrales que no deben ser transpuestos, como también las condiciones que los vuelven más permeables. La permeabilidad de las fronteras expresa las realidades del acceso y la privacidad.

La firmeza de las fronteras entre los subsistemas varía según el estilo particular de cada familia. En casa de la familia Smith, el día de Acción de Gracias se reúnen para cenar miembros de tres generaciones; están apiñados y hacen mucho ruido. Esta manera de hacer las cosas no tiene sentido para los Barry, que ubican a los niños en una mesa separada y los llaman al orden cuando se portan mal. En ambas familias, sin embargo, se producirán cambios evolutivos apropiados durante el ciclo de vida familiar. Las fronteras entre los adultos y los niños se volverán más firmes cuando los niños lleguen a la adolescencia. Cuando un niño de cinco años molesta a su hermano menor y está a punto de provocarle una rabieta es habitual que los padres intervengan, pero en el caso de los adolescentes por lo general se espera que se defiendan por sí mismos y probablemente serán capaces de demarcar fronteras que les proporcionen más privacidad. Cuando los padres envejecen, las fronteras pueden cambiar nuevamente, reflejando sus necesidades y la creciente preocupación de sus hijos por su salud y bienestar.

Cuando las pautas familiares no funcionan bien, es útil observar por separado los distintos subsistemas. Reunirse con el grupo de los niños, por ejemplo, proporciona una perspectiva de la jerarquía familiar y de las contracorrientes que van desde el fondo hacia arriba y no desde la cima hacia abajo. También puede arrojar luz sobre el repertorio de los miembros de la familia, algunos de los cuales pueden actuar de modos muy diferentes en subgrupos diferentes. Por ejemplo, Mario, de doce años, puede actuar como un líder creativo e imparcial con sus hermanos aunque se muestre hosco y poco comunicativo cuando su padre está presente. Un hecho como este proporciona una guía útil para ayudar a la familia a explorar su propio funcionamiento y a desarrollar pautas que abarquen las necesidades de determinados miembros.

El individuo

El individuo es la unidad más pequeña del sistema familiar: un ente separado, pero también una parte del conjunto. En el marco de un enfoque sistémico se considera que cada persona contribuye a la formación de las pautas familiares, pero también es evidente que la personalidad y la conducta son moldeadas por lo que la familia espera y permite.

Este punto de vista es más revolucionario de lo que parece. Cuestiona tanto la teoría predominante como la organización habitual de la asistencia social, que se centra en el individuo como unidad natural y suficiente. Subrayamos esta cuestión a lo largo de todo el libro, afirmando que centrarse en la historia, dinámica y tratamiento del individuo es insuficiente, y que es necesario trabajar con la gente en el contexto de su familia y su red extensa.

Pensar en los individuos como partes de un sistema nos lleva a concebir de otro modo la formación de la imagen de sí y la determinación de la conducta. En cierta medida las familias definen a sus miembros en relación con las cualidades y los roles de otros miembros. Al hacerlo, crean una especie de profecía de autocumplimiento, afectando la imagen que cada uno tiene de sí y la conducta de cada individuo. Se dice que Joe es más tímido que los otros niños, y él piensa eso de sí mismo. De Annie, la mayor de las niñas, se espera

que ayude a cocinar y a cuidar a los más pequeños, y ella asume el rol de «hija parental» sin cuestionarlo, por lo menos hasta la adolescencia. La madre es quien trata con las escuelas y otras instituciones. La configuración de la conducta por la familia a menudo incluye el reconocimiento de cualidades individuales, pero también puede tener el efecto de impedir su evolución, restringiendo la exploración y limitando los elementos constitutivos del concepto de sí mismo.

Desde un punto de vista sistémico, la conducta se explica como una responsabilidad compartida, surgida de pautas que provocan y mantienen las acciones de cada individuo. Es habitual pensar que «mi hija no me obedece» o que «mi compañero me critica», pero esas descripciones son lineales, unilaterales. En realidad, la desobediencia de la hija o las críticas del compañero son sólo la mitad de la ecuación. El proceso es *circular* y la conducta es *complementaria*, lo cual significa que es sustentada por todos los participantes. Todos inician la conducta y todos reaccionan; no es posible reconocer el comienzo ni establecer cuál es la causa y cuál, el efecto. Tan válido es afirmar que Tamika desobedece, su madre le grita, Tamika llora y su madre le pega, como decir que la madre le grita a su hija, Tamika llora, su madre le pega y Tamika desobedece. La interacción entre Tamika y su madre es *pautada* y no podemos explicar la conducta de una de ellas sin tomar en cuenta a la otra.

El concepto de complementariedad ofrece un modo útil, aunque un tanto desconcertante, de enfocar el diagnóstico, así como las causas y los efectos, pero también ha motivado algunas advertencias. Si bien toda conducta refleja una pauta circular, hay conductas que son peligrosas y moralmente inaceptables, porque explotan la debilidad de algunos miembros de la familia y atentan contra su seguridad. Las feministas así lo han señalado en relación con la violencia masculina contra las mujeres, y toda la sociedad condena el maltrato de los niños. En esas situaciones lo principal es proteger a las víctimas y adoptar una postura ética, sin perjuicio de trabajar con la familia para modificar las pautas recurrentes que entrañan peligro o son moralmente condenables.

Transiciones

Todas las familias pasan por períodos de transición. Sus miembros crecen y cambian; también ocurren hechos que modifican la realidad familiar. Cada vez que cambian las circunstancias, la familia, como otros sistemas, se enfrenta con un período de desorganización. Las pautas familiares ya no son apropiadas, pero aún no se dispone de nuevos modos de ser. La familia debe pasar por un proceso de *ensayos* y errores mientras busca algún equilibrio entre las cómodas pautas que le fueron útiles en el pasado y las demandas realistas de su nueva situación. El proceso, a menudo doloroso, se cumple a lo largo de un período caracterizado por la incertidumbre y la tensión.

Algunas transiciones son provocadas por el ciclo normal de desarrollo. Cuando nace un niño, su dependencia extrema requiere una conducta nueva de asistencia y cuidados que modifica las relaciones entre los adultos en el hogar. Cuando los niños crecen, surgen demandas cada vez mayores de privacidad, autonomía y responsabilidad que perturban el sistema y exigen nuevas pautas. Cuando los miembros de la generación intermedia envejecen, la fragilidad y los problemas propios de la edad avanzada requieren que los padres transfieran ciertas funciones a sus hijos adultos. Algunas transiciones, por supuesto, no son evolutivas en absoluto. Reflejan las vicisitudes de la vida moderna y los acontecimientos inesperados que pueden afectar a cualquier familia, como el divorcio, un nuevo matrimonio, una enfermedad imprevista, la pérdida repentina del empleo, una inundación o un terremoto.

Cualquiera que sea su causa, es importante comprender que los problemas conductuales que se manifiestan durante los períodos de transición no son necesariamente patológicos ni permanentes. A menudo representan los intentos de la familia por explorar y adaptarse. La ansiedad, la depresión y la irritabilidad son los componentes afectivos de una crisis. Aunque la conducta pueda parecer perturbada o disfuncional, no es útil cristalizar la reacción concentrándose en la patología.

Este es un aspecto importante en relación con las familias afectadas por crisis múltiples, hecho que destacaremos en secciones posteriores. Estas familias pasan a menudo

por transiciones recurrentes y dramáticas, muchas de las cuales son creadas por la intervención de poderosos sistemas sociales. Por lo general, no se comprende que la conmoción y la desorganización que se reflejan en las reacciones de los miembros de la familia son parte del proceso que acompaña a la transición. Con frecuencia, se juzga que la conducta es permanente, de lo que resultan consecuencias que agravan las dificultades.

Las familias como pequeñas sociedades

Hablar de la familia como de un sistema suena un tanto impersonal, quizá porque implica dejar de lado los sentimientos y las complejidades propios de la interacción humana. Si miramos más de cerca, podremos prestar atención a las fuerzas emocionales que unen y separan a las personas.

→ Los miembros de una familia sienten que existe entre ellos una conexión: un lazo familiar, una unión afectiva. Es a la vez una percepción y un sentimiento. Se refieren a sí mismos como «nosotros», y cada uno se preocupa por todos los demás. Cuando trabajamos con familias sabemos que a sus miembros les interesa protegerse, defenderse y apoyarse mutuamente, y nos valemos de ese vínculo para ayudarlos a cambiar. Sabemos también que la tensión, el conflicto y el resentimiento son inevitables, a causa, en parte, de los lazos que los unen. Como lo sugieren algunos de los ejemplos que dimos anteriormente, una familia limita y cuestiona a sus miembros incluso cuando los apoya.

El sentido de la familia se expresa por medio de sentimientos y percepciones, y está presente en la narración que hacen sus miembros de su historia, sus actitudes y su estilo: lo que se denomina a veces «la historia familiar». «Somos una familia muy reservada; no queremos líos en este barrio»; o «Las pasamos negras para venirnos desde las islas, pero ahora nos va bien»; o «Al parecer no somos capaces de resolver nada sin ponernos a pelear»; o «Todas las mujeres de nuestra familia sufren de depresión». Hay, por supuesto, historias alternativas narradas por distintos miembros, pero habitualmente las familias comparten alguna versión acerca de quiénes son y cómo actúan.

La contraparte del afecto familiar es el conflicto familiar. Todas las familias tienen desacuerdos, deben negociar para superar sus diferencias y desarrollar modos de manejar los conflictos. Lo que cabe preguntarse es si sus métodos son lo bastante eficaces: si son adecuados para resolver los problemas, si son satisfactorios para los participantes y si estos pueden mantener la expresión de su ira dentro de límites aceptables.

A veces, las familias se desintegran porque no pueden superar sus desacuerdos, aunque sus miembros se profesen afecto. La mayoría de las familias tiene un sistema de señales, un umbral que al ser sobrepasado activa una alarma, indicando así a los miembros que deben calmarse y evitar el peligro. Es importante que esa advertencia se reciba con suficiente antelación y que la familia disponga de mecanismos de retirada y de control de crisis, y no una tendencia a agravar la situación hasta llegar a la violencia.

El conflicto y la violencia son lo que más preocupa a quienes trabajan con familias afectadas por crisis múltiples. Abordaremos este punto con mayor detalle en la sección siguiente, que trata específicamente de los pobres afectados por crisis múltiples en relación con nuestros conceptos generales sobre la familia.

Familias «institucionales»: los pobres afectados por crisis múltiples

Los principios relacionados con la estructura y la función de la familia son genéricos, pero tienen características especiales cuando se aplican a familias asistidas y controladas por los tribunales, el sistema de bienestar social y los servicios de protección. En primer lugar, es frecuente que en el caso de esas familias el vínculo afectivo que las une sea pasado por alto. Oímos decir que esas personas están tan desconectadas de la realidad a causa de las drogas que no pueden formar vínculos de afecto, que las madres descuidan a sus hijos y los padres los maltratan, y que las familias son violentas y las personas están aisladas. Todo esto es verdad en el caso de algunas familias, pero sólo una verdad parcial que destaca los aspectos más visibles del infortunio indivi-

dual y familiar y no presta atención a la lealtad y el afecto recíprocos de esas personas. Por ejemplo, Harlan quiere que sus hijas vivan con Angie porque siente que son una familia, aunque otros no piensen lo mismo y estén dispersos como consecuencia de intervenciones que, si bien los han ayudado, también los han dividido. Algunos padres sustitutos, muy observadores, nos dicen que los niños aman a su madre biológica y quieren estar con ella, incluso los que fueron golpeados o descuidados. Una situación ilógica, si se quiere, pero también un ejemplo de los sentimientos profundos y la ambivalencia emocional que caracterizan a los lazos familiares.

Un hecho repetido y perturbador es que estas familias no escriben su historia. Una vez que han ingresado en la red institucional y se ha dado comienzo a la historia del caso, la redacción corre por cuenta de la sociedad. El legajo de Angie va de un lugar a otro transmitiendo la versión oficial respecto de quién es ella y cuáles son los miembros de su familia que se consideran importantes para el caso. Un abordaje más amistoso consistiría en pedirles que den su propia versión respecto de quiénes son, por quiénes se preocupan y qué piensan de sus problemas.

Del mismo modo que las conexiones y los afectos no son habitualmente identificados, tampoco lo son las estructuras familiares: la composición real de la familia y las pautas que describen su funcionamiento. Las familias que reciben asistencia a menudo parecen caóticas: las personas van y vienen y los individuos parecen desconectados entre sí. Esa inestabilidad es en parte un estilo de vida, en medio de la pobreza, las drogas y la violencia, pero también es el resultado de las intervenciones sociales. Los niños son llevados para colocarlos en hogares sustitutos, los miembros son encarcelados u hospitalizados, y los servicios están fragmentados. Esas intervenciones son a veces necesarias, pero siempre desarticulan las estructuras familiares. Se llevan a cabo sin tomar en cuenta los vínculos emocionales positivos, y anulan recursos potenciales. Cuando todos los niños de una familia en la que el bebé no se desarrolla bien son llevados para colocarlos en hogares sustitutos, el adolescente que protegía a la madre contra el maltrato de su compañero también desaparece, y el grupo de hermanos que se apoyaban mutuamente es dispersado.

En esas familias las fronteras son fluidas, de modo que para los asistentes sociales es fácil introducirse en ellas. Al momento la estructura de autoridad de la familia —que, para comenzar, es errática— desaparece. Las decisiones se toman afuera, y los niños aprenden muy pronto que los adultos de la familia no tienen poder. El asistente social puede integrar subsistemas disfuncionales sin tener conciencia de ello, e influir en las pautas de un modo que, en última instancia, no presta ninguna utilidad. Si, por ejemplo, apoya a la hija adolescente y le permite invocar el poder de los servicios de protección cuando entra en conflicto con la madre, la posibilidad de que la familia maneje sus propios asuntos disminuye en vez de aumentar.

La violencia, que para estas familias es una de las realidades de la vida, es de dos clases: la que tiene lugar dentro de la familia y la que acarrea las intervenciones sociales. La primera es la más reconocida. La pobreza, la impotencia y la desesperación son existenciales y están arraigadas en los ciclos familiares de esta población, que a menudo busca soluciones rápidas en la droga, la delincuencia, el sexo impulsivo o la violencia.

Dentro de las familias violentas reina el desorden. Los mecanismos de seguridad usuales, que protegen a los miembros de la familia y aseguran la supervivencia de la sociedad, no funcionan. Todo asistente social que trata con familias protegidas de los barrios bajos se enfrenta a veces con una inquietante realidad: castigos brutales, incesto, niños abandonados. Como consultores e instructores siempre hemos defendido la preservación de la familia y apoyado las intervenciones que mantienen a los niños en su hogar, pero prestamos mucha atención al problema de la violencia familiar y a la cuestión de cómo evaluar y afianzar la seguridad de los miembros de la familia. El movimiento pendular entre la política de «rescatar» a los niños y la de mantener a la familia unida no proporciona una solución ponderada a este dilema básico. Las instrucciones se refieren a los procedimientos y son globales. Son bien intencionadas pero no lo bastante útiles en situaciones específicas. Un asistente social debe estar facultado para explorar el conflicto familiar y evaluar el potencial de cambio de la familia antes de tomar una decisión de esa naturaleza. Volveremos sobre esta importante cuestión en los capítulos que siguen.

La segunda clase de violencia es externa. Deriva de la intromisión y del poder absoluto que tiene la sociedad cuando ejerce funciones de control. La retórica, y a veces la realidad, es la de la protección de los débiles, pero la intromisión en los asuntos de la familia es a menudo irrespetuosa, daña los vínculos y desarticula las estructuras establecidas sin reconocer que los procedimientos son agresivos para la familia. Como consecuencia de la escasa disposición a reconocer que los individuos y las familias están profundamente interconectados, las estructuras legales y la política social crean una situación de desequilibrio entre los derechos de la familia y los del individuo.

En 1996, *The New York Times* publicó en primera plana un artículo que ilustraba esta pauta. Titulado «As courts remove children, lawyers for parents stumble» [«Los tribunales separan a los padres de sus hijos; los abogados de los padres trastabillan»] (10 de junio de 1996), el artículo detallaba la diferencia entre los recursos legales de que disponen los padres cuando se les quita la tenencia de sus hijos, y aquellos de que disponen el Estado y los niños. Los abogados que nombra el tribunal para que asistan a los padres están, según el artículo, «sobrecargados de trabajo y mal equipados». Ganan poco, y la remuneración que reciben por estar presentes en la audiencia es mayor, en proporción, que la que reciben por el trabajo preparatorio. La consecuencia es que a menudo no realizan entrevistas ni investigaciones que podrían mejorar las perspectivas de los padres. En los últimos años, señala el artículo, algunos expertos en cuestiones legales «han llegado a considerar que gran parte de ese trabajo es muy deficiente». En la mayoría de los casos el resultado es el que podría preverse, dadas las circunstancias: los padres pierden el litigio. Aunque casi nadie lo advierte, ya que un artículo publicado en primera plana por un periódico prestigioso es un acontecimiento excepcional y, en última instancia, inofensivo, el resultado neto es que la familia queda sumida en la impotencia. La familia es, en cierto sentido, la víctima de la violencia social involuntaria.

Las intervenciones sociales son frecuentemente necesarias —aunque no tan a menudo como en realidad se producen—, pero no en la forma en que por lo general se las lleva a cabo. Reconocer que la familia tiene estructuras, vínculos

afectivos, pautas recurrentes y fronteras con un sentido —aunque no funcionen bien ni eviten el peligro— lo cambia todo en el modo de abordar a la familia. Se produce un cambio de énfasis. Comenzamos a buscar personas importantes en la red familiar y a aceptar tipos de familia no convencionales. Reparamos en los subsistemas y las reglas que rigen las interacciones de la familia, tanto en las que provocan crisis como en las que indican fortaleza. Comprendemos que las intervenciones sociales determinan transiciones y que las familias pasarán por períodos de confusión, resentimiento y ansiedad que no deberían considerarse típicos ni permanentes. También cobramos conciencia de que, cuando intervienen activamente, los asistentes sociales son parte del sistema familiar. Cuando trabajan con familias pobres, su rol es mucho más importante que el desempeñado por los maestros, médicos o sacerdotes en relación con familias más estables y privilegiadas. El reconocimiento de estas realidades y el manejo de las intervenciones, de tal modo que el asistente ayude a la familia a ayudarse a sí misma, son las fuerzas impulsoras de un enfoque con orientación familiar.

¿Cuál es la realidad actual? ¿Hasta qué punto se aproximan los sistemas de ayuda a esta concepción de la familia y de la forma en que deben prestarse los servicios? Después de haber actuado durante muchos años como instructores y consultores, sabemos que a la mayoría de los organismos de asistencia social les resulta difícil adoptar y poner en práctica un enfoque sistémico de la familia, y hemos tratado empeñosamente de averiguar por qué. Sabemos que cambiar una forma de trabajar por otra distinta es siempre difícil, pero necesitamos ir más a fondo, examinar la combinación de factores que determinan la práctica actual y dificultan la adopción de un enfoque con orientación familiar. Las explicaciones más probables tienen que ver con tres áreas: la índole de la burocracia, la formación de profesionales y las actitudes de la sociedad hacia los pobres. Nos ocuparemos de esos factores en la sección siguiente.

Factores que obstaculizan la adopción de un enfoque sistémico de la familia

La naturaleza de la burocracia

La hipertrofia de las burocracias suele ser accidental. Las organizaciones comienzan por identificar las tareas necesarias y desarrollar las estructuras que permitirán llevarlas a cabo. Sin duda, las instituciones sociales que asisten a los pobres fueron creadas para ser útiles: para aliviar padecimientos, proteger a los débiles y proporcionar una red de seguridad a la sociedad y a sus miembros. Pero al aumentar la pobreza, el número de personas sin hogar, el consumo de drogas, la violencia y la cantidad de niños en peligro, los sistemas de protección tuvieron nuevas demandas. Para hacer frente a ese incremento, lo ideal hubiera sido elaborar un plan amplio, creativo y eficiente destinado a regular la integración de los servicios y la asignación de fondos. Pero de hecho la situación produjo un mosaico de elementos diversos e inconexos: refugios, alojamiento temporario e intervención policial en el caso de las personas sin hogar; una variedad de programas para tratar el uso indebido de sustancias; un abanico de servicios que ofrecen colocación en hogares sustitutos, adopción, internación en centros residenciales o tratamiento médico para los niños en peligro, etcétera.

Los elementos de la burocracia encargada de la asistencia social, en lugar de ser subsistemas interactivos de una estructura organizada, se han convertido en territorios especializados que compiten entre sí por captar fondos. Aunque el nivel de financiamiento es siempre inadecuado para satisfacer las necesidades, un aumento en el flujo de dinero no bastaría para mejorar la situación. El problema fundamental es que los servicios no están integrados y el dinero se destina a categorías específicas: bebés nacidos con toxicidad positiva o adolescentes embarazadas o programas de capacitación laboral para desocupados. El financiamiento discriminado por categorías asigna un nombre al territorio, sugiere ciertos procedimientos y provee una ideología para preservar las fronteras artificiales. Hay escaso margen o incentivo para estudiar detenidamente un enfoque óptimo e

innovador. En consecuencia, las instituciones o los departamentos que compiten por los fondos configuran su lenguaje, sus procedimientos y su capacitación de acuerdo con las oportunidades de financiamiento existentes.

Con el paso de los años la burocracia encargada de la asistencia social se ha vuelto complicada, impersonal y rígida y esta realidad es uno de los principales impedimentos para la adopción de un enfoque orientado a la familia. Cuando un sistema complejo está rigidamente organizado, introducir un cambio de enfoque se convierte en una tarea inabordable.

Los servicios sociales tienden a estar organizados en torno de individuos. Cada caso se centra en un cliente designado que fue derivado a una institución de servicio para que se le prestara ayuda en relación con un problema específico. Las consecuencias de este énfasis en el individuo han sido tratadas en secciones anteriores, especialmente las que se refieren a Angie y su familia. En ese caso, el problema no es que la rehabilitación de Jocelyn esté en manos de expertos en medicina, ni que Angie sea atendida por personas con conocimientos y experiencia en materia de drogadicción. Esta clase de especialización da cuenta del funcionamiento competente del sistema. El problema es que los especialistas en drogadicción, siguiendo los procedimientos habituales, levantan una barrera en torno de Angie como persona, sin que ninguna comunicación procedente de la institución que integran les recuerde que Angie tiene familia. Análogamente, en el centro de rehabilitación al que concurre Jocelyn no hay nada, ni en la organización de los servicios ni en las instrucciones al personal, que sugiera la conveniencia de enseñar a Angie cómo criar a una niña que tiene necesidades especiales.

Es difícil desafiar esta orientación individualista porque los procedimientos están ligados a estructuras burocráticas bien afianzadas. Las asignaciones presupuestarias, el número de casos atendidos y los reembolsos del seguro se basan en la evaluación y el tratamiento de individuos. Los arreglos de esta clase son a la vez complicados y engorrosos, y no son fáciles de modificar. Además, el énfasis en el individuo es algo que dan por descontado no sólo los funcionarios que manejan el sistema, sino también la mayoría de los profesionales que forman parte de él.

La formación de los profesionales

Cuando un profesional que trabaja en el servicio social se pregunta «¿Para qué estoy aquí?», la respuesta suele ser simple: «Para ayudar al paciente» (o al niño maltratado, la adolescente embarazada o al adicto a la heroína). El hecho de que el individuo sea el centro de la atención es un legado de la formación profesional, ya que esta por lo general destaca la teoría, el material de casos y las técnicas terapéuticas orientados al individuo. Los asistentes sociales, psicólogos y psiquiatras abordan su trabajo profesional con un marco de ideas sobre la personalidad, la patología y el tratamiento, junto con habilidades particulares para tratar con individuos. Tal vez sea natural responder a las cualidades y acciones individuales, sobre todo cuando se trata de personas que sufren. Se necesita una clase compleja de formación para responder a una persona en su contexto y para aplicar procedimientos curativos que vayan más allá del sufrimiento individual a fin de movilizar el sistema.

Queda mucho por hacer. En la situación actual, la orientación individualista comienza con la admisión. De los asistentes sociales se espera que sigan los procedimientos prescriptos, obtengan la información requerida sobre la persona derivada al servicio y se esfuercen por llegar a una decisión clara que permita pasar a la etapa siguiente. Aunque hayan ingresado en el sistema con ideas innovadoras, por lo general los asistentes encuentran que para sobrevivir en su trabajo han de aprender las reglas del juego, quién está a cargo y cómo administrar decenas de casos. A menudo se supone que los procedimientos establecidos son leyes inflexibles u órdenes oficiales: se debe llevar a cabo la admisión y llenar los formularios de este modo. . . Se deben concertar las visitas en esta forma. . . La oportunidad y los requisitos para proponer el alta son estos. . . Los profesionales por lo general están sobrecargados de trabajo y tienden a considerar la orientación familiar como algo que se añade a sus obligaciones y no como un enfoque útil y de gran importancia para el trabajo. Tienen que sobrevivir en un sistema que los hace responsables de lo que ocurra y espera de ellos el equivalente de las «horas facturables» en forma de esfuerzo diligente encuadrado en las directivas.

Los trabajadores saben que pueden verse en problemas y no siguen los procedimientos establecidos. Los medios periodísticos no se muestran comprensivos cuando algo sale mal y la burocracia no protege a un empleado que no ha actuado de acuerdo con las normas. La realidad del empleo no permite dedicar tiempo a buscar familiares, explorar sus puntos fuertes y manejar las complejidades que presentan las familias afectadas por crisis múltiples. Sólo una firme determinación puede llevar a un asistente social a adoptar un enfoque semejante cuando ve que sus colegas y supervisores recurren a las prácticas más habituales, orientadas al individuo, características de su preparación para el trabajo profesional.

Las actitudes de la sociedad hacia los pobres

En las instituciones de asistencia social, los efectos de la estructura burocrática y la tradicional orientación individualista se ven agravados por una concepción de las familias pobres que es esencialmente pragmática y a menudo moralizadora. En muchos ámbitos, la definición de la familia es estricta. Los servicios sociales están para lograr soluciones y entonces tienden a definir a la familia de acuerdo con la información que debe hacerse llegar a los tribunales o a los organismos que se ocupan del bienestar de los niños. ¿Quién puede suministrar información sobre la historia temprana, física y social de este niño? ¿Hay algún familiar de este niño abandonado que pueda tenerlo consigo sobre la base de un arreglo con el organismo competente? ¿A quién puede recurrir esta adolescente embarazada cuando haya nacido su bebé? El personal trata de establecer quiénes están en condiciones de ayudar y quiénes deben ser excluidos porque sus antecedentes indican que han sido destructivos en su relación con el cliente.

Aunque las definiciones son a menudo estrictas, las actitudes críticas tienden a ser generalizadas. Las actitudes moralizadoras hacia las familias pobres, aunque soterradas, están muy difundidas en la cultura. Se culpa a las familias por el abuso de drogas, la carencia de vivienda y la dependencia económica, y se las considera una carga para la sociedad. El hecho de que se las disperse o se las pase por

alto es en parte una consecuencia de la desaprobación, a la que se suma un espíritu misionero cuando se piensa en los niños como víctimas. Hay, por supuesto, una tendencia contraria, tan válida como la anterior. Para quienes sustentan este otro punto de vista, las familias pobres son víctimas de las épocas de depresión económica y de las políticas reaccionarias. Ante lo desesperado de su situación, reaccionan con una conducta autodestructiva y socialmente inaceptable. En la práctica, sin embargo, la crítica y la impaciencia social tienden a prevalecer sobre la compasión, especialmente cuando el péndulo de la política se desplaza en una dirección conservadora.

Incluso cuando no se culpa a las familias por su pobreza o su conducta social, suele ocurrir que se las culpe por los problemas del cliente. Se las considera parte del problema más que parte de la solución. Marina bebe porque su novio la maltrata, sus padres siempre le hicieron sentir que era un fracaso y otros miembros de la familia son también drogadictos. Jamal fue descuidado por su madre, a la abuela no parece interesarle y el tío dijo que iría a verlo pero nunca se presentó. El entorno hogareño es tan malo que Jane se fue con un chico y quedó embarazada. Y así sucesivamente.

Hay algo de verdad en estos juicios, pero un análisis tan tendencioso no toma en cuenta lo que el sistema ha aplastado, quién podría estar disponible como fuente de ayuda o cómo podrían haberse aprovechado los recursos de la familia para crear un contexto más protector y eficaz para sus miembros individuales.

Trabajar para promover el cambio

El hecho de que el personal de un servicio social pueda ver a la familia como un recurso es un gran progreso, pero puede ocurrir que ese personal no sea capaz de trabajar en forma productiva porque no piensa en la familia como en un sistema. Con frecuencia los asistentes sociales tienen una comprensión limitada del funcionamiento de la familia: no advierten que la conducta del cliente refleja su posición en un sistema interactivo, que las acciones de los tribunales y los organismos repercuten en la familia, y que sólo podrán

generar cambios favorables si trabajan con la red de la que el cliente forma parte.

Se observa aquí una interesante paradoja. A diferencia de los profesionales que atienden a una clientela privada, los que trabajan en instituciones de asistencia social saben por experiencia lo que es un sistema interactivo. En su propio ámbito de trabajo tienen conciencia de las jerarquías, reglas, coaliciones, alianzas, subsistemas y conflictos. También tienen conciencia del lugar que ocupan en el sistema. Saben que sus roles y posibilidades están determinados y condicionados por la modalidad de trabajo del sistema, y que, si modifican o desconocen las reglas, su acción repercutirá en otro lugar y otras personas. Es interesante —y un tanto desconcertante— que aunque la familia comparta muchas de las características de ese ámbito laboral, la idea de que es un sistema interactivo no encuentre eco en los miembros del personal. En particular, debería ser obvio para ellos que el individuo no funciona en forma independiente; que es improbable que los efectos de su esfuerzo persistan si no cambia el sistema del que forma parte.

La enseñanza tradicional, las actitudes sociales y la burocracia de los grandes sistemas obstaculizan la puesta en práctica de nuevas ideas, pero lo mismo puede decirse de otros factores. Las instituciones responsables de la prestación de servicios imponen sus propias trabas. Presentan todos los rasgos que caracterizan a los sistemas complejos; entre ellos, una fuerte resistencia al cambio. Al poner en discusión nuevas ideas y procedimientos, nos damos cuenta de que probablemente el proceso de cambio no será fácil, en especial si se pide a profesionales de larga trayectoria que modifiquen su manera de pensar habitual, los criterios que guían su labor y la organización de sus servicios. Por sincero que sea el esfuerzo, el camino que lleva al cambio es siempre cuesta arriba.

En el resto del libro trataremos en detalle la interacción entre los trabajadores profesionales y los miembros de la familia. Esa interacción es lo esencial de la prestación de los servicios; es más importante, en los esfuerzos por cambiar el sistema, que las leyes, las políticas sociales o el dinero disponible. Incluso cuando se reorganiza el sistema efectuando cambios en esos grandes factores, puede ocurrir que las actividades diarias de quienes proporcionan los servicios no

reflejen la diferencia. El personal al que se pide que trabaje con familias a menudo tiene dudas sobre la forma en que debe proceder. Los asistentes sociales que no están acostumbrados a pensar en términos de sistemas familiares carecen de las habilidades necesarias para llevar a cabo intervenciones eficaces, y los terapeutas que han trabajado con conceptos sistémicos tal vez no sepan cómo aplicar sus habilidades cuando tratan a estas familias. El material contenido en este libro tiene como objetivo promover el conocimiento práctico. Tratamos de proporcionar ilustraciones concretas de un marco sistémico y ejemplos específicos de intervenciones que pueden ser útiles en la prestación de servicios a esa población.

→ En los dos capítulos que siguen presentaremos el material que reviste mayor importancia para la capacitación del personal en un enfoque con orientación familiar: tanto las habilidades necesarias para trabajar con familias como detalles de procedimientos eficaces. Sin embargo, puede ser útil señalar primero que desempeñamos un rol particular en esas instituciones, y que el rol profesional del lector puede ser ya análogo, ya diferente. Como consultores o instructores somos personas ajenas a la institución en que actuamos, lo cual presenta ciertas ventajas: un punto de vista novedoso cuando examinamos la estructura y el modo de trabajar de la institución, y cierta libertad respecto de las alianzas y tensiones que dividen a los miembros. También tiene sus desventajas: debemos dedicar tiempo a aprender cómo funciona la institución y se nos escapan trasfondos importantes que resultan obvios para cualquier miembro del personal. Algunos lectores probablemente desempeñen el mismo rol que tuvimos nosotros y podrán leer el material para aplicarlo directamente a lo que hacen. Otros tal vez sean responsables de la capacitación en su propia institución y tendrán un contexto diferente para procesar el material. Los puntos básicos, sin embargo, y gran parte de los detalles, deberían ser fácilmente comprensibles para cualquier lector que se haya ocupado de los complejos problemas de los pobres afectados por crisis múltiples, y deberían proporcionar algunas sugerencias a quienes estén pensando en ingresar en este ámbito laboral.

2. Trabajar en el sistema

Habilidades relacionadas con el apoyo a las familias

Los asistentes sociales aportan dos conjuntos de habilidades a su trabajo: un modo de pensar sobre sus clientes y un modo de actuar para favorecer el cambio. Para poder ayudar mejor a las familias, necesitan tanto un marco conceptual con orientación familiar como un conjunto ampliado de técnicas que respondan a ese nuevo marco. Las habilidades prácticas son las más directas, puesto que regulan la interacción con los clientes, pero no son del todo útiles ni autosustentables si no las acompaña una actitud mental basada en la convicción de que la familia es importante y en el conocimiento de la forma en que los sistemas moldean la conducta.

En este capítulo nos referiremos a las *habilidades conceptuales* (cómo entender a una familia y organizar la información) y las *habilidades prácticas* (cómo ayudar a una familia a movilizar y desarrollar sus recursos). A los fines de esta exposición nos ocuparemos de ellas por separado, pero en realidad están relacionadas y, en las secciones que siguen, se verá claramente que se superponen. Ilustraremos las ideas con ejemplos que incluyen intervenciones, y vincularemos esas intervenciones con nuestro pensamiento.

En la práctica, los servicios son necesariamente específicos y se adaptan a las tareas particulares que deben llevarse a cabo en cada institución. En una clínica de rehabilitación para drogadictos, por ejemplo, el personal debe aprender a proteger o componer las relaciones del cliente con su familia, proporcionando el apoyo necesario, de modo que una persona como Angie no tenga que elegir entre cuidar de sí misma y permanecer en contacto con su familia. En un servicio para las mujeres embarazadas, el personal debe tomar en cuenta el hecho de que el bebé tiene un padre que tal vez sienta que el embarazo le concierne, de que es importante explorar las relaciones con miembros de la familia de los

que la madre se ha alejado, y de que es vital fortalecer el vínculo de afecto entre la madre y el bebé. Las familias que tienen hijos colocados en hogares sustitutos deben ser apoyadas mientras dure esta situación, y los asistentes deben emplear su habilidad para promover un proceso de reunificación que sea exitoso para los niños y las familias involucradas. Todas estas cuestiones, aunque son específicas, reflejan una orientación general. En tal sentido, los ejemplos presentados en este capítulo son aplicables por analogía a diversos servicios sociales.

Habilidades conceptuales: pensar sobre las familias

En el capítulo anterior describimos a las familias como sistemas y como pequeñas sociedades. Ahora concretaremos esas ideas, mostrando cómo es posible enseñar a los operadores de servicios sociales a pensar en el individuo como parte de un contexto, y a concentrarse en pautas, relaciones, subsistemas, fronteras y transiciones a fin de comprender y describir a una familia.

Para simplificar podemos decir que la tarea conceptual de un enfoque con orientación familiar es doble: por un lado, «pensar en grande», y, por el otro, tomar en cuenta la organización del sistema familiar. Pensar en grande significa ir más allá del individuo a fin de comprender importantes características del caso. También significa estar dispuesto a hacer una pausa y mirar alrededor: llevar la definición del sistema pertinente más allá de las personas que acuden a la mente con más facilidad. Tomar en cuenta la organización del sistema familiar significa estar alerta a cosas como la calidad de las relaciones entre las personas, las pautas habituales del funcionamiento de la familia, las reglas implícitas que rigen las interacciones, la indole de las fronteras, etc. Una descripción de Tracy y su familia servirá para ilustrar todo esto.

Pensar en las personas, las pautas, las reglas y las fronteras

Tracy, madre de tres hijos, se pelea con uno de ellos, Abel, de doce años—, le grita y lo golpea cuando se niega a ir a la escuela. Un vecino presenta una queja y un servicio se hace cargo del caso; Tracy y su hijo son los clientes designados. Para el personal del servicio, las personas son individuos independientes cuya conducta está determinada por su carácter. Incluyen a la madre en un grupo de terapia para que pueda explorar sus propias experiencias —los malos tratos que recibió en la niñez— y proporcionan a Abel asesoramiento individual. Más tarde, cuando Tracy revela que tiene un amigo que vive con ella y que la maltrata de palabra, el asistente social recomienda que también él concorra a algunas sesiones de terapia individual. De hecho, el personal está tratando el castigo que administra Tracy a su hijo, la fobia escolar de Abel y el lenguaje insultante del amigo de Tracy como si fueran problemas separados, sin ninguna relación entre ellos.

Si el personal percibiera la conducta en función de interacciones y quisiera comprender las pautas dominantes, tendría que proceder de otro modo, comenzando con un reparto más amplio de personajes. Tracy y Abel son las figuras centrales, pero el reparto incluye también a John, el amigo de Tracy, y a las dos hermanas de Abel, que comparten el hogar. Si se investigara un poco, quedaría en claro que corresponde incluir asimismo a la madre de Tracy, que tiene una influencia considerable sobre Tracy y los niños, y a los hermanos de Tracy, sin olvidar a su madrina, su tío y una amiga íntima. También son importantes algunas personas que, sin ser familiares ni amigos, forman parte de la red que regula la vida de las familias pobres: un empleado de los servicios de protección del menor que ha estado vigilando el hogar durante dos años, y la persona encargada de investigar ausencias injustificadas a la escuela, con quien Tracy tiene una mala relación.

Inicialmente muchas de estas personas serán invisibles para el asistente social o, por lo menos, su importancia y sus interrelaciones quizá no resulten evidentes. Los familiares y los amigos tal vez no se ofrezcan como recursos porque no están acostumbrados a desempeñar ese rol o porque están

enemistados, ya sea con el cliente o entre sí. Y quizás al personal no se le ocurra la idea de que otros profesionales pueden estar contribuyendo a determinar la realidad de la familia. La cuestión de si estas personas deben ser incluidas en el trabajo —y de qué modo— es algo que se debe decidir caso por caso, pero conocer su existencia es importante. Se necesita un lienzo amplio para poder representar la totalidad del contexto humano. El personal debe proceder basándose en el supuesto de que la realidad de cada familia requiere un mural y no un primer plano, y de que sólo reconstruyendo el cuadro general podrá comprender los problemas y movilizar los recursos.

Para explorar las pautas importantes, es útil comenzar por identificar los principales subsistemas. Las pautas fundamentales de alianza y antagonismo pueden hallarse tanto en una relación particular como en la interacción de los subsistemas. En el caso de Tracy, lo que nos está indicando dónde buscar son la queja inicial y la información posterior sobre la presencia de John en el hogar. Sabemos que Tracy y Abel forman un subsistema problemático. Tracy y John forman otro. Considerando la información disponible, podemos suponer asimismo que la tríada que integran Tracy, John y Abel ocupa una posición central en la organización de la familia. Las alianzas y coaliciones en que participan las hermanas de Abel y la madre de Tracy son sin duda parte de la ecuación, pero probablemente, no el punto de entrada. Los asistentes sociales experimentados saben que, una vez que han comprendido el diagrama familiar, deben concentrarse en las partes del sistema que son claramente disfuncionales o que, como lo saben por experiencia, tienen problemas difíciles que resolver.

En este caso, el personal podría explorar subsistemas en los que las interacciones culminan en malos tratos, observando las provocaciones recíprocas de Tracy y su hijo, y los sucesos que originan conflictos entre Tracy y John. Sin embargo, también debería prestar especial atención a la tríada formada por Tracy, John y Abel, teniendo en cuenta que las fronteras y la autoridad son a menudo poco claras cuando un extraño se suma a una unidad ya establecida de un progenitor y sus hijos. Es evidente que para los miembros de esta familia las reglas relativas a la autoridad no eran claras. Tracy y John discrepaban en lo que se refiere a la disci-

plina. Abel no se llevaba bien con John y se sentía inclinado a proteger a su madre, lo cual explica, al menos en parte, por qué permanecía en la casa en lugar de ir a la escuela. Y los esfuerzos de Tracy por controlar a su hijo culminaban en gritos frenéticos, pero sólo cuando John estaba presente y su madre no lo estaba, o cuando las amenazas del funcionario de la escuela se volvían más apremiantes, Abel se volvía más recalcitrante, y John, más crítico. Los miembros de esta red interactuaban entre sí; sus reacciones individuales servían de estímulo y respuesta a la conducta de los demás. Las pautas específicas que se evidenciaron en este caso no son importantes por el momento, como tampoco el hecho de que la situación no puede ser resuelta sin incorporar a otros miembros de la familia y al personal de la escuela. Lo importante es que las dificultades de Tracy y su hijo sólo se pudieron comprender plenamente en el contexto de la organización de esta familia. Las opciones de intervención aumentaron cuando se observó el funcionamiento de los diferentes subsistemas y se logró comprender las confusas reglas que regían las interacciones de la familia.

Pensar en las transiciones

El análisis de la familia de Tracy proporciona un ejemplo útil del cambio que se produce en las posibilidades de diagnóstico y tratamiento cuando se emplea un enfoque sistémico. Sin embargo, la comprensión de las pautas familiares, aunque proporciona una base esencial, no siempre es suficiente. Con el transcurso del tiempo los individuos y las familias evolucionan y pasan por períodos de transición. El factor cambio puede ser una de las fuerzas más poderosas que actúan en su vida. Las familias que acaban de ingresar en un albergue temporario, o a las que les han quitado sus hijos para colocarlos en hogares sustitutos, o cuya hija adolescente ha quedado embarazada, están, todas ellas, en transición. El personal podrá comprender mejor su conducta si presta atención al significado e impacto de los cambios que las han afectado.

Megan y su familia están en esa situación. Megan tiene quince años y un embarazo de dos meses. Su madre presentó una petición para «niños que necesitan servicios» y Me-

gan fue derivada a un centro residencial para adolescentes embarazadas, donde vivirá hasta que nazca su hijo. En ese centro se prestan muchos servicios: atención médica, educación y clases sobre problemas especiales del embarazo, el parto y el desarrollo infantil. El personal controla las relaciones en la residencia, al promover la amistad y mediar en las querellas; además hay sesiones de grupo para las muchachas. El tratamiento individual se centra en los temores y problemas y explora decisiones sobre el futuro. Lo que falta es interés por la familia. El personal recibe información sobre las razones por las que fue enviada la adolescente, por lo general con algunos comentarios sobre los problemas familiares, pero no está interesado en explorar las relaciones familiares mientras la niña permanece en la residencia.

Megan es una adolescente algo rebelde cuyas excelentes notas en la escuela desmejoraron y cuya relación con Jamal, de dieciséis años, resultó en un embarazo que ahora la asusta. Aunque está en el centro de la situación, no es de ningún modo la única involucrada. Proviene de una familia afroamericana intacta que participa activamente en una secta religiosa muy estricta. Los padres criaron a sus cinco hijos con reglas firmes y rienda corta. Si el personal estuviera orientado a la familia, consideraría importante explorar las pautas dominantes, las estructuras de autoridad, las alianzas y las tensiones que llevaron a esa niña a un centro residencial. Pronto se pondría de manifiesto que el padre es partidario de una disciplina férrea; que, aunque sienten un gran afecto por Megan, la madre y la tía nunca contradicen al padre, y que los otros cuatro hijos obedecen las reglas de la familia. No obstante, el punto fundamental para nuestro análisis es que el embarazo resultó para la familia un acontecimiento inesperado y vergonzoso que convirtió a una entidad coherente y bien organizada en la que todos los miembros conocían las reglas, en un sistema en estado de confusión.

La familia de Megan está en transición, tratando de hacer frente a un acontecimiento perturbador por medio de pautas familiares que hasta ahora no habían sido cuestionadas. El padre es el jefe y ha manejado la situación expulsando al culpable. Los demás miembros de la familia siguen actuando como antes; en la superficie todo parece igual, pero el cambio es profundo y la situación no ha sido resuelta.

habrá un bebé, un nuevo miembro de la familia, y Megan esté o no preparada para ello— se convertirá en madre.

El personal debe considerar algunas cuestiones básicas referentes al período de embarazo y a futuros acontecimientos. ¿Será permanente el destierro de Megan y su bebé? ¿Es en realidad lo que quieren ella y su familia? ¿Qué piensan los otros niños, y de qué modo la situación afectará su adolescencia? ¿Jamal y su familia sienten interés por el bebé? El embarazo de Megan es un período transicional, dotado de propiedades fluidas que con el tiempo se acomodarán a nuevas pautas. Sin ayuda, los miembros de esta familia extensa pueden perseverar en sus reacciones, con fronteras que son demasiado rígidas, vínculos emocionales que no se respetan y sufrimientos que permanecen inexpressados.

Ayudar a esta familia requerirá habilidades prácticas: el asistente social tendrá que reunirse con ella y reconocer su resentimiento y su dolor mientras explora medios alternativos de ayudar a Megan y su bebé. El primer paso, sin embargo, es conceptual. Es preciso comprender las implicaciones traumáticas que tiene la situación para la familia, incluido el hecho de que se encuentran en medio de una profunda transición.

Las transiciones no tienen un desenlace prefijado. Provocan confusión, pero también proporcionan oportunidades. Un asistente social que piense creativamente puede abordar una situación como la de Megan con el propósito de preparar el terreno para el cambio y con una perspectiva amplia respecto de la posibilidad de volver a unir a la familia. Hemos trabajado con familias que se mostraban resentidas o distantes durante el embarazo, pero cuya disponibilidad cambiaba radicalmente cuando nacía el bebé. El nacimiento del niño es, después de todo, otra transición importante, que tiene en su centro el atractivo de un bebé.

Si el personal piensa así, aportará paciencia y una cuidadosa preparación a su trabajo durante el embarazo. En algunos casos quizá se necesite ir más allá de la familia inmediata y examinar junto con la adolescente los recursos de su red informal. Esa red podría incluir madrinas, miembros de la iglesia o hermanos mayores que se preocupan por ella y se interesan por el bebé. Pero si el asistente social no tiene esa actitud, el desarrollo de un sistema de apoyo probablemente será producto del azar más que de la planificación.

La transición que ha perturbado a una familia puede ser menos obvia que un embarazo imprevisto. En algunas situaciones los profesionales hacen el diagnóstico y deciden el tratamiento sin darse cuenta siquiera de que ha ocurrido en la familia una transición que es importante para el caso. La llegada de Liliana a un hospital local puede servir de ejemplo. Liliana, de dieciséis años, había dicho a sus padres que quería morir y había tomado una fuerte dosis de píldoras. La primera reacción del personal se basó en conocidas teorías sobre patología individual. Interpretaron que se trataba de una adolescente deprimida con tendencias suicidas. En este caso, sin embargo, la adolescente formaba parte de una familia de inmigrantes que había llegado al país poco tiempo atrás. Alentamos al personal a adoptar una perspectiva más amplia, a tener en cuenta, sobre todo, la posibilidad de que los problemas de la hija estuvieran relacionados con el sentimiento de desarraigo que se apoderó de la familia después de haber emigrado de Sudamérica.

Se invitó a la familia a concurrir al hospital para examinar la situación. Durante la reunión, el personal advirtió la importancia y la complejidad de la transición. La familia tenía que hacer frente a un nuevo idioma, la pérdida de los amigos, la necesidad de proveer a su propio sustento, la aterradora realidad de que estaban viviendo en un barrio dominado por pandilleros armados y la relación de su hija con un grupo de adolescentes cuyo estilo de vida no les resultaba familiar. Tanto el personal como la familia vieron con nuevos ojos el problema de Liliana. Lograron interpretar sus síntomas en relación con el contexto y comprender que Liliana estaba atrapada entre dos mundos, que era incapaz de resolver las contradicciones y vivir de acuerdo con las reglas de ambos, en tanto que la conducta controladora de los padres expresaba su temor e impotencia en una cultura extraña y un barrio peligroso.

Prepararse para el cambio

El reconocimiento de las pautas interaccionales, del contexto y del efecto de las transiciones permite al personal abordar problemas y soluciones con una actitud nueva que incluye cierto optimismo respecto de la posibilidad de movi-

lizar los recursos de la familia. Una familia tiene siempre un repertorio potencial más amplio que el que se manifiesta en sus pautas repetitivas. El trato que da Tracy a su hijo cuando se enoja sólo la representa en parte. En circunstancias diferentes saldrían a la luz su sentido de la responsabilidad, su ternura y su buen carácter, como también el interés de John por la familia de Tracy, que motiva su conducta dominante. En la familia de Megan hay fuertes lazos de lealtad que subyacen a su rutina estrictamente reglamentada. Y, al igual que otras familias de inmigrantes, la de Liliana ha adquirido cierta experiencia en lo que se refiere a enfrentarse con lo desconocido, aunque hayan sufrido en el proceso. Estos aspectos, aunque invisibles por el momento, son parte de la fortaleza latente de una familia. Con ayuda del personal de un servicio que reconozca ese potencial, los miembros de la familia quizá sean capaces de usar distintas partes de sí mismos en una forma que contribuya positivamente a su vida colectiva y su desarrollo individual.

Reconocer que los asistentes sociales y los clientes moldean recíprocamente su conducta es otra manera de prepararse para el cambio constructivo. Las pautas establecidas en la situación de asistencia pueden o no ser útiles, e incluso un asistente social responsable y bien intencionado puede convertirse en parte del problema. Por ejemplo, la madre de una adolescente concurreó a un servicio para padres de adolescentes difíciles porque «ya no sabía qué hacer». Para describir lo difícil que era su relación con su hija Gina, mencionó un incidente en el que ella había perdido la paciencia. Para la asistente social fue como si sonara una alarma automática; se sintió preocupada. Cambió su rol de consultora y ayuda para la madre por el de defensora de la muchacha, formando con Gina una alianza que aumentó la tensión en la familia. La madre quedó perpleja. Adoptó una actitud más defensiva hacia la asistente y más indecisa en su relación con su hija, al tiempo que esta se sentía tironeada entre su lealtad hacia su madre y la sensación de poder que había adquirido como consecuencia de la intervención de las autoridades.

En una situación diferente, sin embargo, el personal de un centro residencial reconoció el papel que había desempeñado la institución en la formación de una pauta negativa, y fueron capaces de trabajar constructivamente con la fami-

lia. En este caso, un niño de doce años y su padrastro tenían violentos enfrentamientos, a consecuencia de los cuales el niño iba a parar rutinariamente a la institución. El personal comprendió que la colocación del niño aliviaba en forma temporaria la tensión crónica existente entre el padrastro y la madre del niño y que esa situación persistiría si no se interrumpía el ciclo. Ayudaron a los padres a superar sus diferencias internas sin recurrir a fuentes de control externas y normalizaron la percepción que tenía la familia de las dificultades transicionales que sobrevenían cada vez que el niño volvía al hogar después de permanecer internado y recibir terapia durante cierto tiempo.

Prepararse para cambiar sistemas que no funcionan bien supone círculos cada vez más amplios, incluyendo las relaciones entre varios servicios que asisten a la misma familia. Los problemas entre instituciones, a los que nos hemos referido en los capítulos anteriores, se presentan con frecuencia sorprendente también en los casos individuales. Cuando los asistentes sociales hacen diagnósticos contradictorios de las necesidades de la familia y emplean su tiempo discutiendo puntos de vista, es posible que su conducta esté reflejando los conflictos de aquella y las infructuosas pautas de que dispone para enfrentarlos.

→ Un enfoque sistémico debe incluir siempre una revisión de la coordinación de los casos. Si los servicios son muchos y su participación es intensa, tal vez sea necesario admitir que «hemos conocido al enemigo, y somos nosotros». Cambiar la pauta multiinstitucional puede requerir algo básicamente simple, como es reducir el número de servicios intervinientes a fin de aumentar la eficacia de la coordinación. Como consecuencia favorable, puede señalarse que probablemente la familia deberá dedicar menos tiempo a asistir a reuniones, no tendrá que narrar su historia una y otra vez, y no podrá explotar las diferencias de opinión entre los servicios para obtener lo que quiere. Cualesquiera que sean los remedios a los que se recurra, nada cambiará a menos que el personal esté alerta a las realidades de cómo funcionan las cosas, tanto en las familias como en los sistemas más amplios que las asisten.

Habilidades prácticas: ayudar a las familias a cambiar

Una concepción amplia acerca de quiénes son las personas importantes, sumada a la comprensión de las pautas, rutinas y transiciones, no produce automáticamente un servicio eficaz, sobre todo cuando la meta principal es promover la participación de la familia y conferirle poder. Muchas familias pobres no están acostumbradas a desempeñar un rol activo de esa índole. Esperan que las instituciones del servicio social hagan algo por ellas (conseguirles vivienda o mantener a un adolescente alejado de la calle) o que les hagan algo a ellas (llevarse a los niños o efectuar visitas sorpresa al hogar). La madre de un niño admitido en un centro residencial puede alegrarse del respiro que eso le proporciona. El hermano de una adicta en vías de recuperación quizá prefiera mantenerse al margen de la experiencia de rehabilitación de su hermana. Los padres de un niño colocado en un hogar sustituto pueden sentir enojo por los asistentes sociales en general. Cambiar esas expectativas de un modo que induzca a la familia a asumir un papel activo en la solución de sus problemas requiere habilidades sutiles con un aspecto paradójico: el personal debe aprender a hacer un gran esfuerzo por mantenerse en segundo plano.

→ Cuando enseñamos a los asistentes sociales a establecer una relación interactiva con las familias, ponemos énfasis en el desarrollo de nuevas habilidades en cuatro áreas: obtención de información, reencuadramiento de los supuestos de la familia, exploración de pautas alternativas de interacción y manejo de conflictos.

IMP

Obtención de información

El proceso de obtener información comienza con el primer contacto. La reunión inicial proporciona una oportunidad de manifestar un respetuoso interés respecto de lo que la familia opina de su situación, al mismo tiempo que el entrevistador aprende cómo funciona. El objetivo básico es hacer que la familia se sienta bien recibida, como también involucrarla de inmediato en un esfuerzo conjunto. Hay una manera relativamente discreta de obtener información que

consiste en escuchar, observar y comunicar una comprensión del punto de vista de la familia. En la bibliografía de terapia familiar, a esto se lo llama «unirse», y es el primer paso en la formación de una unidad cooperativa. Una manera más activa consiste en trazar un diagrama de la estructura familiar y alentar la puesta en acto de las interacciones típicas que puedan ayudar al asistente social a comprender cómo maneja la familia los problemas y las relaciones.

Unirse, escuchar y observar

Algunas familias acuden a la primera sesión bajo coacción, porque el tribunal o el servicio de protección les dijo que la asistencia a las reuniones en la institución era obligatoria. Otras lo hacen voluntariamente, porque alientan la esperanza de que la institución resuelva de algún modo sus dificultades. En ambos casos, el asistente social debe escuchar primero lo que la familia tiene para decir: su propio relato de lo que ha estado sucediendo, de las causas, de lo que esperan y lo que temen. Su versión es tan válida como la presentación oficial del caso, en ocasiones más válida aún. Un asistente social atareado puede sentir impaciencia al escuchar el informe de la familia. Ese informe puede estar en contradicción con lo que se afirma en el legajo oficial, y por lo tanto parecer interesado o evasivo. Para la familia, sin embargo, es la realidad. Escuchar su exposición con atención respetuosa es una habilidad, y comunicar una comprensión de las dificultades es parte de la actitud de unirse a la familia.

Una joven madre, a quien separaron de sus hijos a raíz de una acusación de trato negligente, dice: «No sé qué hago aquí. Ustedes me tienen corriendo en círculo. Nadie me da una respuesta».

El asistente social dice: «Usted está librando muchas batallas».

La madre agrega: «Estoy luchando contra ella, contra él, contra ella. . . (señala a miembros de la familia y a otro asistente social que están en la habitación). Soy sólo una persona».

El asistente social asiente: «Tiene razón. Es demasiado para una persona. ¿En qué forma luchan ellos contra usted?».

El asistente admite el punto de vista de la madre y la alienta a seguir hablando. Al poco rato ha obtenido información sobre trabas burocráticas que el registro oficial no contiene pero cuyo conocimiento es importante para poder manejar la situación constructivamente.

Cuando una familia comienza a describir su realidad, el asistente social debe escuchar con lo que a veces se denomina «el tercer oído», tomando nota de lo que se dice indirectamente y registrando información que el relato intenta encubrir. Es especialmente importante escuchar todo lo que se refiere a los logros y las áreas de fortaleza que quizá nunca hayan sido valorados abiertamente. Sabemos que a menudo las familias pobres se presentan como más débiles de lo que son, sobre todo cuando interactúan con representantes del sistema, y que describen sus problemas y realidades sin reconocer su competencia. La joven madre que se ha estado quejando a la asistente social dice: «Me echaron del departamento y fuimos a parar a esa cueva de ratas, sin calefacción ni agua caliente». El asistente le pregunta cuándo ocurrió y la mujer contesta que fue hace un año. El asistente dice con énfasis: «¿Usted pasó un año en ese lugar, con sus hijos? ¿Cómo se las arregló?». Al hacerlo ha respondido a la parte del relato que sugiere fortaleza en lugar de disfunción, interrumpiendo la narrativa para reconocer lo lamentable de la situación y destacar la habilidad que hizo posible la supervivencia de la familia.

La escucha y la observación son simultáneas. La herencia del psicoanálisis ha determinado que la psicoterapia sea conocida como «cura por la palabra», pero los psicoterapeutas hábiles siempre prestaron atención a los indicios no verbales como la postura, la expresión del rostro y el movimiento. Los terapeutas de familias siempre comprendieron que el drama familiar se desarrolla, en parte, ante su vista.

La observación comienza tan pronto como la familia entra en la habitación. El asistente social debe registrar las pautas e interacciones tanto como la conducta individual. Sin duda, importa que la muchacha tenga el aspecto de alguien que ha estado llorando, pero el asistente debe exami-

nar el grupo y tomar nota de que la hermana tiene una actitud protectora y la madre parece impaciente. El lugar que elige para sentarse cada uno de los miembros también dice mucho acerca de la organización de la familia y de las relaciones entre ellos. ¿Quién se sienta junto a quién? ¿Quién es el primero en hablar? ¿Quién es el que más habla y quién parece callado, respetuoso u indiferente? ¿Qué miembros de la familia se apoyan reciprocamente y cuáles guardan las distancias? ¿Quién tiene una buena relación con el funcionario del servicio de protección que acompaña a la familia y quién no?

↓
¿Y qué decir de los desacuerdos? Cuando una familia describe su situación, con frecuencia sus miembros relatan historias diferentes. Conocer «la verdad» —que, en todo caso, siempre será parcial— es menos importante que descubrir la pauta que sigue la familia para manejar las contradicciones. ¿Sus miembros se interrumpen unos a otros para corregirse? ¿Qué pasa en tal caso? ¿Discuten o se insultan reciprocamente? ¿El abuelo se pone de parte de los niños? ¿Los miembros de la familia compiten entre sí por atraer la atención del asistente y producirle buena impresión? ¿Hay conductas que no son como las describe la familia? Por ejemplo, la familia puede sostener, de común acuerdo, que los niños no prestan atención al novio de la madre, y el asistente puede aceptar esa afirmación como verdadera. Al observar la videograbación, sin embargo, advierte algo que se le pasó en el momento: el menor de los varones se acerca al novio y se reclina contra sus rodillas mientras el asistente habla con la familia.

Escuchando y observando atentamente a la familia, el personal puede encontrar indicios de los aspectos que desea reforzar. En el ejemplo que sigue, el asistente social capta y combina información que sugiere preocupación, vinculación e interdependencia de los miembros de la familia, pese a que en la versión de esta todo ello aparece minimizado.

Paula: A nadie le importaba. Ellos sabían que estaba usando drogas. Sabían que era una prostituta. No los culpo.

Asistente: Pero Lisa dijo que a menudo iba a buscarte.

Paula: Sí, es cierto. Sabía dónde encontrarme. Pero eso era todo. Ella era la única.

Asistente (a Lisa): ¿Por qué ibas a buscarla?

Lisa: Estábamos preocupadas. Oíamos cosas.

Asistente: ¿Oíamos? ¿Tú y quién más?

Lisa: Mamá. Ella oía algo... a los vecinos que hablaban... y me decía «Ve a buscar a tu hermana».

Paula: Aquí el asistente no sólo destaca la preocupación de los miembros de la familia sino que pasa de un amorfo «ellos» a personas determinadas, lo que pone en claro los detalles de quienes deben ser incluidos en un diagrama de la familia de Paula.

Confeción de un diagrama

Un asistente social que emplea un enfoque sistémico reúne información que proporciona un cuadro de la familia. La confección de un diagrama es un medio concreto de recordar y compartir esa información. La composición de la familia, como también sus conexiones, funciones y relaciones, resultan más evidentes, tanto para los asistentes sociales como para los clientes, cuando se las representa gráficamente.

Es útil trazar un diagrama provisional de la familia incluso antes de la reunión inicial, dado que así se podrá tener una imagen visual de «familia» en ese primer encuentro. Dicho diagrama muestra a los miembros de la red del cliente primario, tal como el asistente la concibe basándose en la derivación; figuran allí el género y la edad de cada miembro, su vínculo con la persona derivada y el lugar donde vive.

El asistente puede saber, por ejemplo, que la abuela ha presentado una queja alegando que sus dos nietos han sido golpeados, y que la madre, que niega el hecho, irá a verlo junto con los niños. Sin embargo, tiene dudas acerca de algunos hechos. ¿La abuela vive con la familia? Suponiendo que la madre no golpee a los niños, ¿hay un padre o un novio que lo haga? En tal caso, ¿vive con ellos esa persona? ¿La madre tiene hermanos? ¿Se lleva bien con ellos? El asistente traza un diagrama preliminar (o genograma) que refleja sus conocimientos actuales y, quizá, sus dudas (véase la figura 3.1).

En la reunión, es útil que la familia confeccione su propio diagrama. Conseguir su participación puede ser práctico:

«¿Podrían indicar aquí quiénes forman parte de su familia? Dibujen un círculo para las mujeres y un cuadrado para los hombres. Pidan a los otros miembros de la familia que los ayuden». Invitar a los miembros de la familia a que sitúen a las personas y escriban sus nombres dentro de un círculo o un cuadrado promueve el reconocimiento de su pertenencia mutua, la conciencia de que «estos somos nosotros». Los induce a pensar en cuáles son los miembros estables y cuáles, los temporarios, y a quiénes habría que poner más cerca porque están muy conectados.

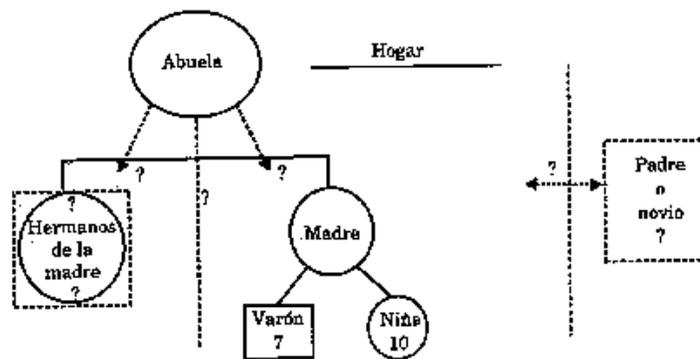


Figura 3.1.

El trazado de su diagrama por la familia proporciona información útil y por lo general es una actividad placentera. Sin embargo, un asistente experimentado examina el producto sabiendo que sólo puede ser parcial. Es habitual que en la primera versión se omitan algunas personas —una tía o la abuela de la hija mayor—, aunque estas tengan una participación activa en la vida de la familia. Algunas preguntas oportunas contribuirán a que se complete el diagrama: ¿a quién más le preocupa el problema de Carla con las drogas? (¿A su abuela? En tal caso, inclúyala.) ¿Quién se sentiría aliviado si ella finalmente participara en un programa de rehabilitación? (¿Su tía y madrina? Entonces pongan también a la tía.) ¿Hay alguien en la familia extensa que piense que Carla no debería conservar a su nuevo bebé? (¿Su hermano y la madre de su novio? Entonces agréguelos.) Aunque estos procedimientos son útiles, es importante ser sensible a la reserva de la familia. Puede ser de-

masiado pronto como para que confíen en el asistente. En algunos casos el cuadro puede completarse más adelante, cuando el asistente y la familia se conviertan en una unidad cooperativa y surjan nuevos nombres como resultado de sus esfuerzos conjuntos.

A veces, los miembros de la familia disienten en cuanto a quiénes deberían ser incluidos o qué lugar del diagrama deberían ocupar. Estos desacuerdos son sin duda significativos. «También mi papá tiene que estar allí», dice Crystal. El asistente le pregunta por qué piensa que debe estar allí. «Porque es mi papá», contesta Crystal. «Muy bien, ponlo allí», dice su tía. Pero cuando Crystal escribe el nombre de su padre dentro del círculo, su tía dice: «No, no debería estar dentro del círculo porque no vive con nosotros, ¿no es verdad?».

En algunos casos el asistente puede usar la diagramación para representar aspectos más complejos de la organización de la familia. La cercanía y la distancia de sus miembros pueden indicarse por medio de su ubicación en el diagrama. El interés puede indicarse con una línea doble (=), y el interés absorbente, por medio de una línea triple (≡). El conflicto puede indicarse con líneas onduladas (≈), y una ruptura de la relación, con una línea interrumpida (-\-\-). Cuando sea útil, los símbolos pueden indicar también la diferencia entre las fronteras claras (---), las rígidas (—) y las difusas (....).

La familia Jones, por ejemplo, está integrada por la madre, el padrastro, Lewis (de dieciséis años), Sheba (de trece) y la abuela materna. La abuela no vive con ellos pero se interesa por la familia y está disponible. El padre de los niños se marchó de la ciudad y no está en contacto con su esposa ni con sus hijos. Como suele ocurrir en las familias que incluyen un padrastro, la madre y sus hijos constituyen un subsistema íntimo. Lewis está siempre en conflicto con su padrastro, y la madre, que protege a su hijo, riñe con su esposo por cuestiones de control. Sheba y su madre siempre estuvieron muy unidas.

La figura 3.2 ilustra esta situación. Hay un límite bien visible que separa a la abuela del resto de la familia. Una frontera rígida y una línea interrumpida separan al padre de la familia, lo que indica falta de contacto. La ubicación de la madre y los niños en el diagrama, así como la frontera

que los rodea, indican que se trata de un subsistema, y la línea triple entre la madre y Sheba sugiere sobreinvolucración. Las líneas onduladas entre Lewis y su padrastro, y también entre la madre y el padrastro, indican que esas relaciones son conflictivas.

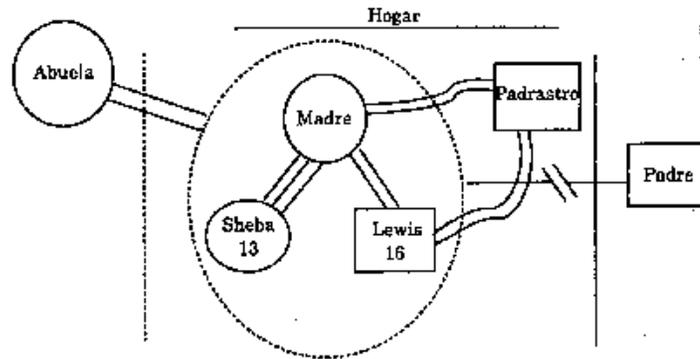


Figura 3.2.

Lógicamente, cada servicio puede desarrollar su propio conjunto de símbolos, eligiendo los indicadores más adecuados para las familias con las que trabaja. Un diagrama de esta clase ayuda al personal a pensar en las interacciones entre los miembros de la familia. Incluso en su forma más simple, permite que el personal y la familia tengan una visión compartida de la composición de esta última. También sirve para normalizar los primeros contactos, evitando que los problemas de la familia se conviertan en el único tema de la reunión. A medida que se va acrecentando la información disponible, el truzado de diagramas puede ser un medio útil para registrar la estabilidad y la fluidez de la calidad de miembro, la índole de los subsistemas y la opinión de la familia sobre quiénes son importantes en su vida.

Alentar la puesta en acto

Un diagrama muestra cómo están situados y conectados entre sí los miembros de una familia, pero es la conducta de estos lo que da la clave para las intervenciones útiles. Man-

tenirse alerta a lo que sucede espontáneamente es un momento importante de obtener información y es una habilidad del asistente social. Sin embargo, el rol que cumple un asistente social es meramente el de observador. Para comprender las pautas típicas de la familia, debe alentar su puesta en acto, lo cual requiere una habilidad más compleja.

Cuando asisten juntos a una entrevista, los miembros de la familia tienden a actuar de manera típica. Incluso los que son cautelosos o suspicaces manejan las relaciones y los procesos de un modo natural, siempre que tengan la oportunidad y el espacio necesarios. Esto último no es fácil de lograr. En la entrevista el centro de la escena lo ocupa el asistente social, quien ha sido entrenado para asumir el control formulando preguntas a determinadas personas y manejando las tensiones y las interrupciones. El asistente debe aprender a mantenerse al margen de la acción, dejar que se desarrolle y reconocer el momento en que su interacción puede ser útil. Si los miembros de la familia intentan imponer una pauta habitual para dirigirse al asistente, lo mejor puede ser reencauzar la interacción hacia la familia. En el pasaje que se reproduce a continuación, la asistente social promueve una ejecución más completa de la conducta familiar, tal como probablemente ocurriría si estuvieran en su hogar. La asistente está escuchando el relato de Miryam sobre los problemas que le causan sus hijos Anthony, de nueve años, y Michelle, de siete, que juegan a un costado. De pronto Anthony empuja a Michelle, quien comienza a llorar.

Miryam (con enojo): ¿Y ahora qué ocurre?

Los dos niños comienzan a hablar al unísono. Miryam no les presta atención y reanuda la conversación con la asistente. Pero esta se recuesta en su silla y mira alternativamente a Miryam y a los niños. Miryam vacila y luego se dirige a Anthony.

Miryam: Ven aquí.

Anthony (a la asistente): ¡Ella me pegó primero!

Asistente: Yo no sé nada. Díselo a tu madre.

Miryam y los niños inician una conversación.

Aquí la asistente, procediendo con habilidad, se margina de la situación. Al inclinarse en el asiento y abstenerse de proseguir la conversación, le está indicando a Miryam que espera que ella maneje la situación. Su respuesta a Anthony es directa e indica que no puede contarse con ella como aliada ni como juez, y que considera que su madre es la persona indicada para mediar en el conflicto. Con estos gestos simples pero hábiles, ha obtenido información sobre la pauta familiar: sabe, por ejemplo, que es posible que Miryam se desentienda de los esfuerzos de los niños por apelar a su autoridad, permitiendo que aumente el alboroto; también que Anthony es rápido para buscar el respaldo de otras personas. Mientras observa la interacción que ella ha alentado, la asistente verá también cómo maneja Miryam el conflicto entre los niños y obtendrá indicios sobre los aspectos de los métodos de crianza de Miryam que ella podría reforzar o ayudar a Miryam a cambiar.

Aunque la conducta de la asistente puede parecer bastante simple una vez que se la ha señalado, en realidad no es fácil para un profesional abstenerse de intervenir. Incluso los terapeutas expertos tienden a intervenir demasiado pronto y a hablar demasiado. La puesta en acto confiere poder a la familia, ya que permite que los miembros expresen sus modos habituales de funcionar y que exploren nuevos métodos por sí mismos. El asistente debe tener suficiente autocontrol como para desempeñar un rol activo de liderazgo resistiendo al mismo tiempo la tendencia a asumir el mando.

Reencuadramiento de los supuestos de la familia

Para que su intervención sea constructiva, el asistente social debe utilizar como recurso la puntuación, seleccionando las transacciones que sean importantes para su tarea y concentrándose en ellas. Una parte de su tarea consiste en ayudar a los miembros de la familia a reencuadrar sus supuestos respecto de sí mismos. Cuando una familia narra su historia, casi siempre es demasiado estricta; la historia, por otra parte, sobre todo en el caso de las familias afectadas por crisis múltiples, es a menudo demasiado negativa. Para reencuadrar sus supuestos, con frecuencia es necesari-

realzar los aspectos positivos, buscar indicaciones de afinidad y afecto entre los miembros de la familia y estar alerta a todo lo que sugiera fortaleza en el modo como la familia enfrenta a sus problemas.

En otros momentos (o simultáneamente), la tarea del asistente social consistirá en cuestionar el negativismo. El reencuadramiento de la narrativa histórica de una familia no necesita ser un acto agresivo. Más bien debe ofrecer nuevas opciones. Puede consistir en ayudar a un niño a comprobar que puede hacerse entender, aunque haya aprendido a renunciar antes de intentarlo; o ayudar a un novio a comprender que su opinión es importante para su novia, aunque él piense que la familia de ella no le presta ninguna atención; o ayudar a que una madre se dé cuenta de que comprende a su hija más de lo que ella cree.

En una situación, por ejemplo, la madre de Jamie le dice al asistente: «Ya no trato de conseguir que me escuche. . . La única razón por la que antes me escuchaba es porque yo le pegaba, pero eso es maltrato infantil». El asistente comenta: «¿Dice que no trata de disciplinarlo porque el único modo de hacerlo que usted conoce es incorrecto?». La madre dice: «Sí. Solía hacerlo, pero ya no lo hago». El asistente, que se ha estado preparando para este momento, está en condiciones de decirle: «Pero hace cinco minutos usted le dijo en tono firme que devolviera ese juguete a su lugar y él lo hizo».

A menudo el asistente deberá «pescar» a los miembros de la familia en el momento en que, sin darse cuenta, estén describiendo sus conexiones y puntos fuertes, o actuando de un modo que contradiga su versión negativa de sí mismos. En ese momento, el asistente puede modificar el contexto de la discusión o la acción para que la familia cobre conciencia de un aspecto diferente. Al hablar con Paula sobre su drogadicción y su conducta sexual, el asistente captó el momento en que Paula describía las actividades de su hermana y su madre, y pudo señalar el interés y la conexión existentes en la familia. En su reunión con Miryam, la asistente la oyó hablar con sus hijos y pudo hacer más tarde un comentario sobre su competencia: «Eso de veras restableció la calma: la explicación que usted le dio a Anthony sobre cómo debía portarse aquí. Fue muy eficaz». Este comentario cuestiona el supuesto de Miryam de que no puede manejar a sus hijos,

introduce una perspectiva diferente y abona el terreno para el cambio.

Hay muchos casos en los que la conducta parecerá inaceptable. Los padres pueden dar la impresión de que son demasiado severos con sus hijos o de que renuncian a su rol de autoridades o guías. El relato de la propia familia, que presenta a la madre como criticadora, impotente o aislada, puede parecer bastante exacto. Sin embargo, el asistente debe saber cómo reencuadrar esa conducta en términos más positivos, no porque esto sea más verdadero sino porque es igualmente verdadero y porque ayuda a personas que tienden a criticarse y a sentirse derrotadas que movilicen otras partes más fuertes de sí mismas. Cuando Miryam critica severamente a Anthony, la asistente puede decir: «Veo que es usted una madre que se preocupa mucho por sus hijos y que tiene un sentido de la justicia muy arraigado». Cuando una madre ve que sus tres hijos pequeños están aporreando las sillas y dice desesperada que no sabe cómo hacer para que se queden quietos, el asistente puede decir: «Sí, son un problema para usted, pero es usted muy paciente con ellos». Esto amplía la descripción de cómo actúa la familia y sirve de preludio a una exploración de modos más eficaces de controlar a los niños.

Tal vez parezca que intercalar esa clase de comentarios no es fácil, pero hay que recordar que la gente que debe soportar condiciones de vida muy difíciles suele presentar rasgos positivos característicos. A menudo los pobres afectados por crisis múltiples desarrollan la capacidad de tolerar situaciones frustrantes que serían una dura prueba para cualquiera de nosotros, y también habilidades útiles para buscar ayuda y aprovecharla, así como una actitud generosa y empática hacia otras personas que atraviesan por una situación similar. Teniendo en mente esta realidad, a un asistente social puede resultarle cada vez más fácil identificar elementos encomiables y reencuadrar el significado de la conducta en términos positivos.

El esfuerzo es importante. Al desorganizar los supuestos automáticos de la familia, el asistente crea espacio para considerar nuevas perspectivas y posibilidades. El reencuadramiento, sin embargo, es una parte del proceso pero no su fin último. Una opinión diferente sobre los puntos fuertes y las posibilidades de la familia sienta las bases para una con-

ducta diferente, pero por lo general es un estímulo insuficiente para el cambio. Es importante que las palabras y las ideas se refuercen, al mismo tiempo que se provee una oportunidad real de explorar nuevas pautas de interacción.

Exploración de pautas alternativas de interacción

Las familias disfuncionales están parcialmente paralizadas. Se encuentran atascadas en pautas repetitivas que, aunque no cumplen adecuadamente sus funciones, aportan cierto sentimiento de seguridad por el hecho de ser habituales. La familia disfuncional a menudo teme el cambio, y además no sabe cómo lograrlo. Necesita ayuda experta, y proporcionar esa clase de ayuda es la función de los servicios asistenciales. Después de haber comprendido, y tal vez reencuadrado, las pautas de la familia, el personal de esos servicios debe intervenir activamente para ayudarla a explorar nuevos caminos, capacitándola para desarrollar una fortaleza que no poseía.

Para expresarlo con los términos sistémicos que hemos empleado al describir el funcionamiento de la familia, podríamos decir que esta necesita ayuda para crear nuevas fronteras en torno de los subsistemas y cambiar las reglas habituales aplicables a la comunicación. Usando un lenguaje más práctico, diríamos que los miembros de la familia necesitan modos diferentes de conectarse entre sí, modos más apropiados de expresar sus sentimientos y un conjunto más amplio y eficaz de habilidades para resolver los conflictos.

Para superar la inercia que caracteriza a la conducta habitual, es preciso estructurar interacciones que resulten atípicas para la familia, pedirles que manejen la situación y apoyarlos cuando, vacilantes, comiencen a transitar por un camino nuevo. El personal debe sostener el esfuerzo, destacando la conducta que progresa en una dirección más funcional y reorientando la que amenaza con recaer en las viejas pautas. Al alentar la exploración, el personal recluta a los miembros de la familia como actores principales. Para ellos, el objetivo es poner en práctica por sí mismos una nueva conducta.

Por ejemplo, un asistente que trabaja con Tracy, John y Abel les pide que conversen sobre la presión creciente que

ejerce el funcionario escolar encargado de controlar las inasistencias. ¿Se les ocurre alguna manera de lograr que Abel se levante por la mañana y vaya a la escuela? Este grupo es nuevo, al menos como unidad de resolución de problemas. Cuando John sugiere que él puede encargarse de despertar a Abel, Tracy se opone, temiendo una pelea. El asistente pide que John y Abel discutan la idea mientras Tracy se limita a mirar, creando así una nueva pauta cuyas fronteras son atípicas. Cuando John y Abel comienzan a hablar, el asistente hace señas a Tracy de que se siente cerca de él, destacando físicamente la frontera invisible que rodea a los dos varones y brindando el apoyo de su cercanía a Tracy, que está ansiosa.

John dice que puede despertar a Abel a las siete, y Abel dice que no antes de las siete y media, si es que él no está ya despierto a esa hora. Pidiéndole a Tracy con un gesto amable que guarde silencio, y antes de que John pueda decir que a las siete y media sería demasiado tarde, el asistente los felicita a ambos por su negociación, dice que es un buen arreglo y que vale la pena ponerlo a prueba. Básicamente está apoyando una nueva pauta, interrumpiendo la discusión cuando se ha logrado algún progreso y antes de que surjan dificultades y la discusión degenerare en trifulca. Esos pocos minutos son sólo un comienzo, pero allanan el camino a nuevos progresos.

Consideremos ahora la situación de Megan, de quince años, que vive en el centro residencial, separada de su familia, mientras espera que nazca su bebé. El personal invita a la familia a concurrir al centro para hacer planes para el bebé. Cuando Megan comienza a llorar, es su hermana Saral, de catorce años, quien rodea sus hombros con un brazo y le ofrece un pañuelo de papel. El asistente dice que es un momento difícil para toda la familia, pero que advierte cómo todos respetan la vida y probablemente se interesan por el bebé. Le pide a Saral que ayude a Megan a hablar de lo que siente, de lo que desea y de lo que les diría a sus padres. El asistente va despacio, sabiendo que esa familia no habla abiertamente de sus sentimientos y que por lo general los hijos no hablan entre sí sobre cuestiones importantes sin que intervengan los padres, y en especial el padre. Cuando Megan le dice a su padre que le gustaría ir a su casa los fines de semana y este no le responde, el asistente le pide a

Megan: «Dilo de otro modo para que tu padre pueda escuchar lo que estás tratando de decirle». El asistente necesita conseguir que los miembros de la familia se ayuden unos a otros en una situación difícil, reforzando todos los intentos de comunicarse y normalizando la expresión de la ira, el dolor y la dependencia. Aunque los procedimientos exactos dependen de la situación, la intervención del personal dirigida a ayudar a las familias a explorar sus propias posibilidades de soluciones es importante.

Por último, está el ejemplo de la familia Silva, que podemos seguir brevemente a través de la obtención de información, el reencuadramiento de los supuestos de la familia y la exploración de nuevas pautas.

El asistente recibió un informe sobre maltrato de niños, según el cual la señora Silva habría golpeado con un palo a su hija Tina, de catorce años. El asistente tiene muy poca información complementaria sobre la familia y su diagrama preliminar incluye sólo a esas dos personas. Pide a la señora Silva que concorra junto con Tina. A poco de iniciada la reunión, están analizando el incidente denunciado y tiene lugar el siguiente intercambio:

Asistente (a Tina): ¿Recuerdas qué aspecto tenía el palo?

Tina: Era el de la escoba.

Asistente: ¿Dónde te golpeó?

Tina: Bueno, empezó a pegarme en una pierna. Mi abuela me decía: «Corre, corre». Mi madre casi me da en la cara. Entonces corrí a la habitación y...

Asistente: Espera un momento. ¿De dónde salió tu abuela?

Tina: Eso pasó en casa de mi abuela.

Señora Silva: La vez que le pegué, sí, es cierto. Ese fin de semana fui a casa de mi madre. Mi madre la mandó al almacén, ella salió y tardó horas en volver, y yo le pegué.

Asistente: Permítame que le haga una pregunta. ¿Con qué frecuencia ha hecho eso, pegarle con un palo de escoba?

Señora Silva: Sólo esa vez. Le he pegado otras veces, pero no con una escoba.

Asistente: ¿Cree que si el incidente hubiera ocurrido en su casa, estando sólo ustedes dos, igual la habría golpeado con una escoba? Digamos que usted está en su casa y ella sale sin pedir permiso.

Señora Silva: Lo ha hecho alguna vez.

Asistente: Pero usted no la golpeó con una escoba.

Tina: No podía hacerlo. Hubiera sido maltrato de niños.

Señora Silva: No, no es que no pudiera hacerlo. Trato de controlarme.

Asistente: Cuando está en su casa... ¿Tiene escoba en su casa?

Tina: Por supuesto que tiene. No puede barrer sin escoba.

Asistente: Pero nunca te pegó con la escoba en tu casa.

Señora Silva: Pero con mi madre, ella sabía cómo salirse con la suya, cuando mi madre la mandó al almacén.

Asistente: Tina engañó a su madre.

Señora Silva: Así es. Aquí podría hacer lo mismo. Lo ha hecho. Pero yo no permito que quede impune.

Asistente: De modo que tal vez a quien quería usted pegar con la escoba era a su madre, por dejar que su hija se saliera con la suya.

Tina: Le dijo a mi abuela que si no se apartaba le pegaría a ella. Y mi abuela dijo: «¿Cómo? ¿Que vas a pegar a quién? ¡Yo te pegaré a ti!».

Señora Silva: No, no fue así. Le dije que se hiciera a un lado porque si no podía recibir algún golpe, no que yo iba a pegarle. Mi madre no quería que le pegara a mi hija.

Asistente (a Tina): Creo que te pegaron con una escoba porque tu madre quería darle una lección a tu abuela.

Tina: Y mi abuela le daría en el trasero.

En el transcurso de este breve intercambio, el asistente obtiene información y comienza a reencuadrar la situación. Repara en una alusión a la abuela y advierte que el elenco debe ser ampliado. En la discusión posterior reencuadra la conducta abusiva y destaca como factor importante la interacción de la madre y la abuela.

Al planear la exploración de nuevas pautas, utiliza la información recogida y considera cuál sería para la familia la manera más útil de examinar nuevas posibilidades. Ha observado, por ejemplo, que Tina ha aprendido a aliarse con un adulto para hacer frente a otro. La alianza con su abuela y la posibilidad de invocar las atribuciones de los organismos encargados de controlar el maltrato de niños fortalecen su posición cuando desafía la autoridad de su madre. La protección de los niños contra el daño físico es una importante responsabilidad del Estado, pero no resulta útil cuando

no se la emplea como arma en el conflicto entre un adolescente y un progenitor, sobre todo si la conducta del progenitor no es habitual ni grave. En este caso el asistente decide concentrarse en el triángulo familiar y trazar un límite firme entre los miembros de la familia y las autoridades. Se propone alentar una discusión franca entre la madre y la abuela, cuestionar la coalición de la abuela y Tina contra la señora Silva, y apartar a Tina de la inadecuada posición de poder que ocupa, la cual aumenta la tensión entre la madre y la hija, y conduce a la acción física.

El asistente se reúne con la señora Silva, su madre y Tina. Pide a las dos primeras que den su opinión acerca de cómo se debería proceder para controlar a Tina. Cuando Tina interviene para hacer un comentario, el asistente la interrumpe: «No, eso es algo que deben discutir entre ellas». Mientras se desarrolla la discusión —o en otra reunión, si las cosas progresan lentamente— habrá tiempo para ayudar a la madre o a la abuela a asumir la función de impedir las intromisiones de Tina. Se trata de una pauta nueva que la familia deberá integrar en su vida cotidiana y aplicar en forma automática. Al mismo tiempo, el asistente y la familia deben reconocer que Tina es una adolescente que trata de obtener mayor autonomía. La madre y la hija deberán negociar nuevas reglas que tomen en cuenta el hecho de que las necesidades de Tina han cambiado.

En todas estas situaciones los ejemplos son parciales y limitan a sugerir cuáles son las habilidades que se requieren. A medida que avanza el trabajo, el personal debe prestar atento a los acontecimientos y ayudar a la familia a negociar las nuevas pautas, a aceptar los contratiempos y asumir la responsabilidad de crear para sí una realidad nueva y más funcional.

Manejo de conflictos

Algunos de los ejemplos presentados en este capítulo incluyen conflictos familiares, pero la cuestión de cómo manejarlos es tan importante que resulta apropiado tratarla con más detalle.

Para comenzar aclararemos nuestra posición en relación con el tratamiento directo de las pautas familiares negati-

vas. Es cierto que resulta muy importante —sobre todo en el caso de una población que ha pasado por tantos infortunios y ha internalizado tanta crítica social— destacar los puntos fuertes de la familia, reencuadrar los aspectos negativos, concentrarse en las soluciones y conferir poder a sus miembros respetando sus puntos de vista y apoyando sus esfuerzos. En este capítulo nos hemos ocupado principalmente de los modos de poner en práctica este enfoque. Sin embargo, destacar los aspectos positivos puede ser insuficiente si una familia no ha aprendido a manejar sus desacuerdos y su ira. La gente necesita disponer de mecanismos adecuados para manejar la tensión subterránea que sale a la superficie y estalla o que pone en peligro el afecto y rompe relaciones importantes.

Los desacuerdos familiares son parte de la vida. En cualquier familia pueden ser amargos y persistentes, mantenidos por la cuestión no resuelta de quién «tiene razón», por los sentimientos heridos y por la frustración de esfuerzos que parecen no conducir a ninguna parte: «Se lo dije una y otra vez, pero nada da resultado»; «Ella no me escucha, no comprende»; «No me hace caso a menos que le pegue». Las personas quedan atascadas en pautas repetitivas, se causan daño unas a otras y no son capaces de ver las posibles alternativas. La ira puede ser reprimida para luego estallar e intensificarse o bien hallar solución en la bebida o la droga. ↑

¿Qué puede hacer un asistente social? Sin duda, debe evaluar hasta qué punto una situación es peligrosa. Debe preocuparse por proteger a los miembros más débiles de la familia y evitar una tragedia incipiente. Pero un conflicto familiar pasa por muchas etapas antes de alcanzar un nivel realmente peligroso. Conferir poder y fortalecer a la familia también significa ayudarla a tolerar diferencias y a desarrollar un repertorio para resolver conflictos.

Todo profesional de servicio social sabe cuán útil es dar rienda suelta a la ira. Permitir que un cliente se desahogue despotricando contra el sistema o incluso contra otro miembro de la familia a menudo sirve para despejar la atmósfera, aunque sólo sea porque hay un oyente predispuesto a la tolerancia y porque es un modo de aliviar la tensión. Pero el conflicto no tiene que ver solamente con la tensión interna; el conflicto es algo interactivo, una deficiencia de la comuni-

ación y resolución entre las personas. El personal no puede andar en puntas de pie alrededor de esa realidad si quiere ayudar a la familia.

Estar dispuesto a lidiar con el conflicto y capacitado para hacerlo requiere varias habilidades. El asistente social debe estar preparado para reavivar el desacuerdo cuando la familia evita hablar de sus diferencias, tolerar el conflicto cuando este surge espontáneamente y mediar cuando los miembros se han caldeado demasiado. Tal vez sea mucho pedir, pero el asistente no está solo. A menudo los miembros de la familia son aliados eficaces que ayudan a examinar los problemas y a hallar nuevas sendas. El asistente inicia y dirige la acción, pero puede seleccionar a ciertos miembros de la familia para que hagan de entrenadores, ayuden a romper un silencio o superen un criterio.

Por ejemplo Saral, la hermana de Megan, es su aliada, y también alguien que sabe manejar a su padre mejor que Megan. El asistente le pide a Saral que enseñe a Megan la manera apropiada de decir a sus padres lo que desea para ella y su bebé. Cuando se rompe el silencio, el padre estalla en cólera y los demás miembros de la familia quedan como petrificados en sus asientos. El asistente interviene entonces para promover más discusión: «Comprendo, lo mismo que Megan, su dolor y su desilusión, pero en este momento ella está asustada y necesita hacer planes para su bebé. ¿Podrían usted, su esposa y Megan hablar ahora sobre lo que ha de hacerse?».

El asistente actúa a veces como un policía de tránsito, manteniendo fuera a algunas personas, juntando a otras, dando a algunas la posibilidad de desahogar su ira y proporcionando a otras la experiencia de resolver un problema antes de que prevalezca el resentimiento. La madre y la abuela de Tina necesitan hablar entre ellas como personas adultas; cada una necesita expresar su desaprobación respecto de los métodos que emplea la otra para disciplinar a Tina, y a Tina no se le debe permitir que intervenga en la discusión. Abel y John deben negociar las reglas relativas a la hora en que Abel se levantará por la mañana, mientras Trucy se abstiene de intervenir y el asistente observa, dispuesto a interrumpir la discusión tan pronto como lleguen a un semiacuerdo. En este caso, el asistente decidió que esos miembros de la familia necesitaban resolver algo antes de

que la discusión degenerara en conflicto, aunque el plan no fuera óptimo.

Tracy y John deberían hablar sobre el trato que él le da a ella y sobre lo que provoca su conducta insultante. Cuando hablen, probablemente lo harán a gritos —algo que el asistente tendrá que tolerar— y cada uno hablará del otro sin preocuparse por escucharlo, situación en la cual el asistente tendrá una función que cumplir. Hay varias intervenciones posibles y puede recurrir a todas ellas: puede emplear una versión de «Espere! El no la oye. Es mucho ruido y él ya lo ha oído antes. Dígalo de otro modo». Entonces Tracy dice algo y el asistente puede decir: «Bien. Averigüe si John entendió. . . Pregúntele». Tracy pregunta. John se encoge de hombros y luego dice que no es su intención hacerla sentir inferior pero que no puede soportar la manera en que ella lo persigue. Tracy guarda silencio. El asistente dice: «Averigüe lo que quiso decir».

El asistente es un instructor que a veces interviene en la discusión y otras se mantiene deliberadamente al margen. Revuelve el caldero, en ocasiones mostrando cómo se desarrolla un diálogo cuando cada uno puede dar su opinión, cuando se analiza lo que cada uno quiso decir y los miembros de la familia discuten por más tiempo del que es habitual para ellos. Se trata de una pauta novedosa que comienza a crear una nueva senda para resolver los conflictos: frágil, no autosustentable aún, que requiere práctica, pero potencialmente significativa para la supervivencia de esa pareja.

Los asistentes sociales tienen otras posibilidades, no siempre verbales. Una asistente solía manejar las situaciones en las que todos hablan a la vez interrumpiendo la discusión y sosteniendo en alto un lápiz: «Esta es la varita de hablar (o "la varita mágica"). El que la tenga puede hablar; los demás escuchan». O bien, para volver más concretas las fronteras de los subsistemas, el asistente puede pedir a los miembros de la familia que cambien de asiento o que desplacen sus sillas, indicándoles que determinadas personas hablarán sobre sus conflictos, mientras que otras, que suelen intervenir cuando se caldean los ánimos, se sentarán a cierta distancia y se limitarán a observar. El asistente no participa en la discusión pero se mantiene alerta. Puede intervenir para reanudar la discusión cuando se ha

producido un silencio cargado de ira, o intervenir para decir a la madre: «Es en momentos como este cuando su hija se frustra y teme que usted le pegue, y por eso grita o sale corriendo. Tómese un minuto para escucharla y luego respóndele». O puede reclutar un ayudante entre los miembros de la familia para ensayar distintos modos de comunicarse.

El repertorio de habilidades es amplio y el asistente las usa con flexibilidad a medida que la relación con la familia va evolucionando. En uno u otro momento, cualquiera que sea la familia, es probable que sea útil emplear la mayoría de las habilidades que hemos descrito: pedir a la gente que converse sobre sus desacuerdos, evitar que otros miembros de la familia tomen partido o traten de suavizar la situación, hacer que otros miembros de la familia desempeñen roles útiles pero atípicos, intervenir —cuando parezca apropiado— avivando o apaciguando la acción, ofrecer varitas de hablar o metáforas o incluso comentarios humorísticos con el fin de facilitar la adopción de modos alternativos de interacción, y explorar pautas novedosas y más constructivas para la resolución de conflictos.

Detrás de esta discusión acecha el espectro de la violencia, el conocimiento de que el desacuerdo puede degenerar en ira y de que la ira puede llevar a la agresión física. Es responsabilidad del personal evaluar el nivel de violencia y si se decide trabajar con la familia— dejar bien en claro el punto de partida: «Es inaceptable causar daño a los niños. Hay otros modos de hacer las cosas y vamos a analizarlos, pero esa es la regla básica. Eso tiene que cambiar».

No es fácil ocuparse de los conflictos familiares. A menudo el personal se siente incómodo y también preocupado. Es un alivio destacar la fortaleza, el respeto y el apoyo, pero las familias asistidas necesitan —como cualquier familia— retirarse de sus campos de batalla sin dejar detrás una carnicería. O —diríamos para suavizar la imagen— necesitan aprender a no romper lazos familiares que son una fuente potencial de apoyo en un mundo difícil. Megan y su bebé necesitan una familia extensa. Tracy, John, Abel y las hermanas de Abel deberían ser capaces de vivir juntos como una familia, negociando para superar sus diferencias y su resentimiento. La madre de Tina debería ser capaz de controlar a su hija sin recurrir a una escoba, y Tina debería ser capaz de defender sus derechos sin provocar la intervención

de un asistente social ni invocar el poder del Estado. En todas estas situaciones, el conflicto puede resolverse sin dañar a nadie ni suscitar intervenciones sociales que fragmenten a la familia.

Para actuar con eficacia en la atención de los conflictos familiares, el personal debe realizar en todo momento una evaluación realista de sus habilidades. Sus miembros pueden pasar a ocuparse de situaciones más difíciles a medida que van adquiriendo experiencia, asegurándose de mantener las estructuras esenciales de supervisión y apoyo durante el proceso. Sin embargo, para que los asistentes puedan conferir poder a las familias, el esfuerzo y el riesgo siempre serán necesarios.

Las familias y los sistemas más amplios: cómo articularlos

Muchos de los problemas que acosan a una familia asistida tienen que ver con su modo de conectarse con los sistemas más amplios. Los pobres afectados por crisis múltiples no manejan muy bien sus contactos con los servicios asistenciales. Los problemas que se plantean son muy similares a los que ya existen en el seno de la familia: canales de comunicación confusos, fronteras poco claras, escasa habilidad para resolver conflictos. En esta particular situación, los problemas se ven agravados por el hecho de que el sistema está sesgado, ya que la posición de las familias es más débil que la de quienes ejercen la autoridad. Para restablecer el equilibrio del sistema, a menudo se requiere un cambio de procedimientos en las instituciones, como también cambios sistémicos en el modo como los distintos servicios coordinan sus esfuerzos.

Sin embargo, el personal puede ayudar a la familia a relacionarse más eficazmente con los sistemas de servicios. Puede hacerlo mediante actos que confieran poder a la familia: absteniéndose de revelar su competencia profesional, despojándose de poder, reforzando las fronteras entre la institución y la familia. Aunque estos actos parecen consistir principalmente en dar un paso atrás y mantenerse en segundo plano, requieren cierta habilidad. Requieren que

profesionales entrenados para ejercer el mando respeten la autonomía ajena, y que personas acostumbradas a desempeñar un rol más pasivo den un paso adelante. Saber cuánto y cómo se debe conferir poder a la familia es una habilidad importante.

Algunas oportunidades de fortalecer la participación de la familia se presentan en el curso de los contactos ordinarios con sus miembros. Si el asistente social no está alerta, pasarán inadvertidas. Durante una entrevista inicial, por ejemplo, una adolescente recordó que en su niñez había sido dejada por un vecino, y el asistente y la madre coincidieron en que «necesita hablar con alguien sobre eso». Nadie sugirió que no se trataba de un asunto puramente profesional, que la madre podía encargarse de la tarea o que podía ser útil que otros miembros de la familia hablaran con la muchacha acerca de sus sentimientos. En otro caso, cuando una madre joven tenía en brazos a su bebé durante una visita programada y el bebé comenzó a llorar, la madre sustituta tendió automáticamente los brazos y la madre se lo entregó sin demora. A todo el mundo le pareció natural. El asistente en ningún momento sugirió que la madre podía intentar calmarlo o que la madre sustituta podía aconsejarla respecto del mejor modo de hacerlo.

En esas situaciones, la competencia, el poder y los conocimientos siguieron siendo patrimonio de los representantes del sistema. Conferir poder a la familia sólo es posible cuando se está motivado para romper las pautas habituales y se poseen habilidades prácticas para hacerlo. El personal necesita confiar en que los miembros de la familia hallarán su propio modo de salir del paso, tolerar sus titubeos, tener paciencia cuando intentan recurrir nuevamente al experto y poner en juego una sencilla habilidad docente cuando parezca útil y no constituya una intromisión. Algunas indicaciones de la madre sustituta sobre cómo calmar al bebé, sumadas al comentario de que el método no siempre da resultado, proporcionarían orientación a la joven madre sin interrumpir su relación con el bebé ni impedir la adquisición de competencia. La madre sólo puede tomar confianza y desarrollar la capacidad de criar a su hijo si está en contacto con él.

Un modo de despojarse de poder consiste en buscar diligentemente recursos dentro de la familia en lugar de de-

rivarla en forma automática. Para obrar así, el asistente social debe aceptar que la familia puede tener recursos que compensen sus carencias. Por lo general, sus miembros son menos instruidos y eficientes que los asistentes profesionales, pero es probable que puedan usar los mecanismos ideados por ellos en forma más sostenida. Quizás el tío de un chico pueda reemplazar con ventaja al asistente social cuando se trata de enseñarle a no pelearse en la escuela. Tal vez los abuelos que cuidan de un nieto puedan negociar directamente con su hija el régimen de visitas en lugar de seguir las reglas establecidas por la institución y comunicarle sus quejas por intermedio del asistente social.

Abstenerse de intervenir puede ser especialmente difícil cuando hay conflictos en la familia o cuando las prácticas de crianza de los niños parecen deficientes, porque el personal debe velar por la seguridad de los miembros de la familia. Pero a menudo los profesionales intentan controlar las «zonas grises» cuando es discutible que así deba ser.

Damos a continuación dos ejemplos sencillos:

Emma Jones tiene la guarda de su nieto Paul. Ella y la madre de Paul, Gwen, entablan ruidosas discusiones cada vez que Gwen va a buscarlo para tenerlo consigo durante el fin de semana. El asistente social interviene para impedir que discutan delante de Paul y les anuncia que en adelante él recogerá al niño en casa de Emma, lo llevará a casa de Gwen y luego lo traerá de vuelta.

La asistente encargada de la protección de niños ha logrado que Margo, que está embarazada, se atienda en una clínica de rehabilitación de drogadictos a fin de evitar que, cuando nazca, el bebé sea colocado en un hogar sustituto. Ambas se sienten complacidas por el arreglo. Sin embargo la asistente, al observar en una de sus visitas que Margo reprende injustamente a su hija de cinco años, le dice que tendrá que aprender a ser justa con esa hija antes de que su caso pueda considerarse cerrado.

En estas situaciones, los asistentes han aprovechado su posición de poder para promover modos específicos de relacionarse —o de no relacionarse— entre los miembros de la

familia. En el primer ejemplo, el asistente impide que las dos mujeres discutan, por lo menos delante del niño; en el segundo, la asistente exige que haya equidad en la relación entre madre e hija como condición para cerrar el caso. Las intenciones son buenas y las prescripciones para la vida familiar son intrínsecamente positivas, pero el efecto de estas ordenes es una pérdida de autonomía para la familia. La relación entre Margo y su hija de cinco años está ahora más determinada por las reglas de la asistente que por la interacción de ambas. Y Emma y Gwen no aprenderán a resolver sus conflictos mediante la negociación; su contacto se ha interrumpido y sus desacuerdos —irresueltos— han quedado en suspenso.

Para ayudar a las familias a recobrar el control sobre su vida, el personal debe refrenar su conducta controladora, preguntándose en cada caso si la intervención es necesaria. Es en verdad imprescindible que Emma y Gwen se abstengan de discutir? ¿Hay algún otro modo de reaccionar, menos controlador? ¿No sería más conveniente sugerir que el conflicto es normal en una situación como la que están atravesando y que una reunión entre ellas para discutir sus diferencias en presencia del asistente podría ser útil? ¿Puede ocurrir a veces que el personal sea inducido a adoptar una actitud controladora por los mismos clientes, como, por ejemplo, por la madre «injusta» que tal vez esté desafiando a la asistente no menos que reprendiendo a su hija? Cualquiera que sea la respuesta, la asistente debería dejar transcurrir un lapso antes de actuar, a fin de que el control sea una función de la necesidad y no del rol.

A veces, por supuesto, la adopción de una postura controladora es inevitable. Cuando ello ocurre, el asistente debe hallar un medio de evitar que la cuestión domine la relación. Cuando Jane, que tenía que hacerse un análisis de orina, no concurrió a la clínica, el asistente se vio obligado, porque así lo establece la ley, a notificar a un organismo oficial. En la sesión siguiente, Jane, que estaba acompañada por Jerry, su novio, se mostró enojada:

Jane: Hoy no estoy de humor para asistir a una sesión.

Asistente: ¿Por qué?

Jane: Porque tengo bronca. No me hago un análisis de m... y usted me denuncia.

Asistente: Bueno, según las reglas, si usted no se hace un análisis, yo tengo que informar. Lo hice, pero también incluí en el informe la explicación que usted me dio. De todos modos, me alegro de que haya venido. Sé que está enojada con nosotros y creo que podría tratar de averiguar qué piensa Jerry sobre lo que debería hacer al respecto.

Una forma en que los asistentes sociales pueden reafirmar las fronteras entre la familia y las instituciones es excluirse de la acción, abstenerse de demostrar sus conocimientos y pedir a sus clientes que hablen entre ellos de sus preocupaciones, incluso de los problemas que se plantean en su relación con los servicios asistenciales. En el diálogo que se transcribe a continuación, y en el que participa una pareja cuyos hijos han sido colocados en un hogar sustituto, el asistente procura que sientan que forman un equipo, que piensen que probablemente podrán aportar ideas útiles y que juntos tienen algún poder. Inicialmente, la pareja supone que todas las decisiones las toman otras personas.

Asistente (a la madre): ¿Habló con su esposo sobre lo que tienen que hacer para que sus hijos vuelvan a estar con ustedes?

Madre: No es él quien se los llevó. La gente que se los llevó es quien tiene que darme explicaciones. No podemos hacer nada antes de que nos den explicaciones.

Asistente: ¿Con quién habló usted?

Madre: Con esa mujer, la señora No-sé-cuánto, de los servicios de protección.

Asistente (al padre): ¿Y usted?

Padre: Con nadie. No hablo con esa gente. Le dije a ella que era inútil.

Asistente: Creo que ustedes deben actuar como un equipo. ¿Por qué no conversan ahora sobre cómo manejar la situación?

A muchas familias pobres les resulta difícil concentrarse en sus procesos internos precisamente porque están sometidas a una intervención permanente de organismos externos. Una familia puede estar en tratos simultáneamente con muchas instituciones; estas pueden tener distintas misiones, pero todas, sin excepción, traspasan regularmente

las fronteras de la familia. Los programas contradictorios reflejan a veces las actitudes encontradas de varios miembros de la familia. La relación entre esos miembros y sus respectivos defensores puede llegar a ser tan importante como las relaciones entre los miembros de la familia.

Para ayudar a las familias a reafirmar las fronteras que las diferencian de los organismos reguladores, algunos asistentes actúan como guardias fronterizos. Invocan sus conocimientos para limitar la intervención de los reguladores o disponden por la competencia de la familia cuando otros expresan su preocupación. Esto es útil, hasta cierto punto.

Sin embargo, hay algunos problemas que es oportuno señalar: quienes así actúan deberán responder a la preocupación creciente del organismo regulador por lo que está ocurriendo en la familia que el asistente parece proteger, y también comprender que, mientras desempeñen ese rol, la familia no llegará a desarrollar la capacidad de proteger sus fronteras. Hay una alternativa: en lugar de convertirse en una frontera, el asistente puede educar a la familia, indicando por los diversos medios que hemos sugerido —o por otros que se le ocurran— que respeta su integridad como entidad con recursos propios.

Como ya indicamos, los problemas relacionados con la articulación entre las familias y los sistemas más amplios no pueden ser manejados en su totalidad por los asistentes sociales, por hábiles y bien intencionados que sean. A menudo el progreso depende de qué cambios se realicen en el modo de funcionar de las instituciones, y de la coordinación de los servicios de los diversos organismos que se ocupan de la familia. Nos referiremos a las cuestiones de procedimiento en el próximo capítulo y abordaremos el tema de la comunicación entre los profesionales en varios lugares a lo largo de todo el libro.

Resumen de las habilidades requeridas

Dado que las habilidades hasta aquí descritas son fundamentales para realizar un trabajo eficaz con las familias, concluiremos el capítulo resumiendo y reencuadrando los principales puntos en él tratados.

Para ayudar a las familias a cambiar, los asistentes sociales deben ante todo *pensar* en ellas (puntos 1 a 5) y luego aplicar sus *habilidades prácticas* (puntos 6 a 10):

1 Las familias son sistemas sociales. Determinan lo que sus miembros piensan de sí mismos y el modo como ellos interactúan. Con el tiempo, la conducta de sus miembros es acotada por las reglas, las fronteras y las expectativas de la familia. Lo que el personal ve cuando conoce a una familia es una conducta predecible que define «cómo son las cosas» en ella.

2 La conducta habitual de los miembros de la familia es probablemente la que ellos prefieren, pero hay otras pautas que, aunque se usen raras veces, están disponibles. Esto da pie a una visión optimista de las posibilidades y constituye un incentivo para explorar el repertorio de la familia. La evaluación de esta debería incluir siempre la lista de sus virtudes y recursos invisibles.

3 Los individuos son entes separados, pero también son parte de una red de relaciones familiares. A menudo la derivación designa a un cliente cuyos síntomas o conducta se definen como el problema. El personal puede aceptar esto, pero debe ser consciente de que la interacción de los miembros de la familia y el cliente es lo que controla al síntoma.

4 Las familias atraviesan por períodos de transición en los que circunstancias nuevas plantean exigencias que imponen un cambio en las pautas familiares. Las familias pueden reaccionar adaptándose y evolucionando, pero a veces se atascan y mantienen pautas que son habituales pero no adaptativas. Los síntomas o la conducta perturbadora de uno de sus miembros pueden ser un reflejo del sufrimiento de la familia. Los problemas son potencialmente transitorios y la función del personal consiste en ayudar a la familia durante el período de desorganización.

5 Durante su intervención, los asistentes sociales se convierten en parte del sistema familiar, y es probable que sean inducidos a aceptar la opinión de los miembros de la familia respecto de quiénes son ellos y cómo se los debería ayudar. Los asistentes deben comprender que la atracción que ejerce el sistema condiciona su percepción de la familia. Es importante que, por difícil que les resulte, piensen de

modo sobre la familia y destaquen su capacidad de expansión.

6 Para ayudarlas a cambiar, el personal debe dedicar sus primeros esfuerzos a determinar cómo definen las familias sus problemas, y también a cuestionar y ampliar lo que dan por sentado. Las habilidades necesarias para reunir información y explorar posibilidades incluyen las de escuchar, observar, trazar diagramas, reencuadrar y ayudar a las familias a examinar sus coincidencias y discrepancias mediante puestas en acto espontáneas y guiadas.

7 Los asistentes sociales son los catalizadores del cambio. Ayudan a la familia a reconocer las pautas disfuncionales y a explorar la posibilidad de relacionarse de modos diferentes. Cuando los miembros de la familia están distanciados, los alientan a recomponer su relación y a abordar el conflicto de modo constructivo.

8 El personal confiere poder a las familias concentrándose en sus virtudes, pero también debe ocuparse de los conflictos. Los conflictos no resueltos pueden provocar enemistad entre los familiares o desembocar en actos de violencia. El personal debe investigar este aspecto, reparar en las discrepancias, ayudar a la familia a manejar los conflictos de modo seguro y explorar nuevas maneras de relacionarse en condiciones de estrés.

9 La intervención es más eficiente cuando el personal es capaz de hacer un uso limitado de su pericia y emplea sus habilidades para alentar a los miembros de la familia a considerarse unos a otros como recursos y a movilizar ayuda desde dentro de su propia red. Para los asistentes esto puede significar un nuevo rol que implica ocupar una posición menos central que la acostumbrada y realizar un esfuerzo menos activo para resolver problemas que los mismos miembros de la familia deberían resolver.

10 El personal debería considerar a la familia extensa como su principal recurso, ampliando su opinión inicial respecto de quiénes podrían estar disponibles para prestar ayuda. Un pedido de servicios profesionales adicionales puede no ser necesario y debería ser analizado cuidadosamente. Cuando muchas instituciones proporcionan a una familia múltiples servicios, es necesario evaluar si la mayor ayuda compensa la confusión que esa multiplicidad acarrea. Una de las intervenciones más útiles en beneficio de

una familia quizá consista en promover cambios organizacionales a fin de que los servicios colaboren más entre ellos y se muestren más amistosos con las familias y sean más eficaces.

Cambiar el sistema

Procedimientos que apoyan a las familias

La puesta en práctica de un enfoque familiar depende de las habilidades de los asistentes sociales, y el éxito de estos en su tarea depende a su vez del apoyo que reciban de las instituciones asistenciales: se trata de un círculo de mutua dependencia. El apoyo institucional es en parte una cuestión de actitud, pero también una cuestión de estructura, en que los detalles de criterios y procedimientos permiten al personal poner en juego un repertorio de habilidades orientadas a la familia. A esta situación no se llega fácilmente. A menudo es necesario revisar los procedimientos establecidos para determinar cuáles son los detalles que dificultan y cuáles los que facilitan un enfoque familiar, y modificar los procedimientos de modo que proporcionen un contexto de apoyo a las familias.

Desde nuestro punto de vista, la admisión, la evaluación, el planeamiento y la atención forman parte de un proceso ininterrumpido. Si no están uniformemente organizados para incluir a la familia desde el principio, esa inclusión resultará cada vez más difícil en las etapas posteriores. Considérense las siguientes situaciones:

Sandra abandona una clínica de rehabilitación de drogadictos después de atenderse allí durante un tiempo. El asistente social se comunica con Colin, el novio de Sandra, de quien se suponía que estaba a favor de que Sandra participara en el programa. Colin dice que no hay nada que él pueda hacer.

Angela, que sufre de depresión y vive con sus cuatro hijos en un albergue temporario para familias sin hogar, se encuentra en dificultades por haber violado el «toque de queda». El personal del albergue invita a su esposo (que vive con su madre) a una reunión. El reprende a Angela

suavemente por su mala conducta, aunque también elogió los progresos que ha hecho en su lucha por dejar la bebida. Angela reacciona como una niña arrepentida, pero esa misma noche vuelve a violar el toque de queda.

James, de once años, vive en un centro residencial a causa de su conducta violenta en la escuela y en el hogar. Ha estado en tratamiento residencial durante tres meses y, a juicio del personal, está en condiciones de participar en sesiones de terapia familiar que lo prepararán para el alta. En la primera sesión, James y su madre se trenzan en una acalorada discusión y el padrastro abandona furioso la habitación jurando que, si James no se aleja de la familia, será él quien lo hará.

Wanda, la hija recién nacida de Laura, es colocada en un hogar sustituto para que su madre pueda asistir a un programa residencial de tratamiento contra la droga. Transcurridos seis meses, durante los cuales Laura ha visto a su hija cada quince días, las instituciones a cargo del caso deciden que la madre y la hija están preparadas para reunirse. Se aumenta la frecuencia de las visitas y se las complementa con sesiones semanales para Laura, Wanda y el nuevo novio de aquella. Sin embargo, la pareja no muestra interés, falta a algunas citas e insinúa que quizás Wanda debería seguir en el hogar sustituto para que su madre tenga más tiempo para adaptarse.

En todas estas situaciones, los asistentes sociales trataron de aplicar sus habilidades recientemente adquiridas. Cuando Sandra desencadenó una crisis al abandonar el programa antidroga y Angela violó el toque de queda, los asistentes recurrieron a miembros de la familia. Y cuando se pensó que James y Laura estaban preparados, el personal comenzó a restablecer la relación entre padres e hijos. En todos los casos ya era demasiado tarde. Ninguno de los servicios había dado intervención a la familia hasta ese momento. James y Laura habían sido separados deliberadamente de sus familias a fin de evitar que la vida cotidiana interfiriera en el tratamiento de sus problemas individuales. Los hombres que eran importantes para Sandra y Angela habían sido desechados como periféricos antes de que se

pidiera que participaran. Cuando Sandra fue por primera vez a la clínica, lo hizo en compañía de su novio, y a Angela su esposo la visitó esporádicamente en el albergue, pero ninguno de ellos fue contactado entonces por el personal de los respectivos servicios.

Pero todos esos desenlaces bien pudieron ser diferentes si desde el comienzo se empleaban otros procedimientos institucionales. Angela pudo respetar el horario de irse a dormir si al principio se invitaba al marido a ocuparse de su familia. Una alternativa era discutir con franqueza al principio la intención del marido de abandonar a la familia; esto habría impedido verlo después como el mejor auxiliar de Angela, y se explorarían otros caminos para buscarle asistencia. ¿Y si el novio de Sandra participaba en la entrevista de admisión y asistía a sesiones acompañándola? En ese caso, quizá Sandra no abandonaba el tratamiento. O si lo abandonaba, él se habría sentido autorizado para aconsejarle volver al programa. ¿Y James, y Laura? Cuando llegó el momento de pensar en el alta de James, él y su familia pudieron estar mejor preparados si las sesiones conjuntas empezaban antes. Análogamente, la relación entre Laura y su hija quizá se revelaba más sólida si su contacto durante los seis meses que siguieron al nacimiento de Wanda hubiera sido más frecuente.

Pero a las familias no se les dio ninguna participación. En cada una de las situaciones, los asistentes siguieron un modo preestablecido de interacción con sus clientes, codificado en los procedimientos de admisión, evaluación y atención. La solicitud de Angela de que le dieran alojamiento en el albergue fue tramitada como si ella hubiera estado al frente de un hogar de un solo progenitor; su marido no fue incluido en los planes. Sandra fue entrevistada para el programa antidroga mientras su novio esperaba afuera. La familia de James también esperaba afuera —tanto literal como simbólicamente— mientras el niño era tratado en el centro residencial. Y Wanda fue colocada en una especie de depósito mientras enviaban a su madre a recuperarse de su adicción a las drogas. Desde el comienzo los procedimientos se centraron en individuos, lo que dejó escaso margen para la práctica de habilidades orientadas a la familia e hizo improbable que los familiares fueran de alguna ayuda en momentos de crisis o transición.

El primer contacto con la institución marca la pauta de todo lo que seguirá y, por lo tanto, es crucial. En consecuencia, comenzaremos nuestro análisis de los procedimientos de apoyo a las familias refiriéndonos a la admisión.

La admisión: formación de una sociedad con la familia

Para una institución de servicio, la llegada de un nuevo caso implica la necesidad de realizar una gran cantidad de tareas urgentes. En el momento de la admisión hay que obtener información, llenar formularios y tomar decisiones que conectarán al cliente tanto con el lugar como con los profesionales que lo atenderán. No es necesariamente una crisis, pero tampoco un momento adecuado para perder el tiempo. Los empleados de la institución sienten la presión, son conscientes de que la carrera de relevos comenzó más atrás y más arriba, de que deben llevarla adelante y de que son responsables ante los sistemas más amplios que derivaron al cliente y esperan a cambio una buena atención. La presión y los formularios oficiales a menudo determinan las características del proceso de admisión e inducen al personal a concentrarse en el diagnóstico de la disfunción individual («drogadicción», «depresión», «conducta inapropiada que expresa emociones reprimidas», «carencia de las habilidades necesarias para la crianza de niños») y en las categorías de información que habitualmente se consignan en el registro oficial (historia individual, estado cognitivo y emocional, diagnóstico, motivación, pronóstico).

Dentro de estos parámetros, incluir a la familia del cliente en el momento de la admisión puede parecer algo complicado, difícil y tal vez innecesario. Incluso cuando la institución tiene la intención de trabajar con la familia, a menudo se supone —o está prescrito— que ese trabajo se realizará más adelante, cuando se considere que el cliente está preparado para ello. Primero hay que ocuparse del problema del cliente designado. Los procedimientos y los planes deben seguir las vías establecidas.

Si una institución desea formar una sociedad activa con las familias, por lo general debe llevar a cabo una revisión

radical de los procedimientos habituales: como primer paso debe incluir a la familia en el proceso de admisión y realizar un esfuerzo concertado para llevar al máximo su participación. El primer contacto debería producir en los miembros de la familia la impresión de que el personal es respetuoso y desea apoyarlos, y también infundirles interés por hacer que el personal comprenda su punto de vista. El personal debe dejar en claro que la institución los considerará socios en la elaboración de soluciones y que su participación permanente en el tratamiento es esencial. Dada la importancia crítica que tiene esta fase inicial, examinaremos los procedimientos en forma detallada.

En la sección siguiente explicaremos a quién se debe invitar, qué aspectos han de cubrirse en la admisión, cómo evaluar a la familia y cómo relacionarse con ella. Describiremos estos procedimientos detalladamente, indicando lo que se debe tomar en cuenta, las decisiones que deben adoptarse y la forma en que se suceden los acontecimientos. Este proceso está básicamente en manos de los asistentes que reciben a la familia. No obstante, para poder seguirlo, el personal debe contar con apoyo institucional en varios niveles, desde la flexibilidad en el manejo de los tiempos hasta la confección de nuevos formularios que orienten la entrevista hacia los asuntos de la familia.

A quién invitar

La cuestión de a quién invitar nos lleva nuevamente a una actitud orientada a la familia y a la recomendación de «pensar en grande». Los clientes designados son Sandra, Angela, James y Laura. ¿Quiénes son las personas importantes en el espacio vital de cada uno de ellos? En el capítulo anterior rastreamos a las personas importantes para Tracy y Abel y llegamos a la conclusión de que debíamos incluir, como mínimo, a John, a la madre de Tracy y a las hermanas de Abel. También hemos poblado el mundo personal de las cuatro personas cuya presentación hicimos en este capítulo, señalando el papel central de los esposos, novios, padres e hijos. ¿Cómo discernir quiénes son las personas importantes, y cómo decidir a quiénes invitar a la primera reunión?

Como ya hemos indicado, es útil trazar un diagrama basándonos en los hechos conocidos que constan en el formulario de derivación, pero también es importante considerar otras posibilidades. Por lo general los adolescentes, aunque se presenten sin compañía, tienen un progenitor en algún lado, y es posible que tengan también tías, abuelos, hermanos o amigos íntimos que se preocupen por ellos. En el caso de los niños suele haber más de un adulto interesado, aunque la madre llene gran parte de ese espacio y pueda responder adecuadamente a todas las preguntas habituales. Conviene tener en mente una lista de las personas que podrían estar relacionadas con el cliente, incluyendo no sólo a las que conviven con él y a sus parientes cercanos sino también a los compañeros estables o transitorios, hermanos que ya no viven bajo el mismo techo, miembros de familias sustitutas, personal escolar y eclesiástico, y diversos asistentes sociales que pueden proporcionar continuidad desde el pasado y facilitar la evaluación de la realidad y los recursos actuales.

Si todos fueran incluidos al comienzo, el escenario estaría atestado y es posible que el proceso resultara improductivo. Sin embargo, es útil considerar quiénes podrían ser importantes y luego elegir entre un vasto conjunto de personas. La fragmentación producida por el sistema o por la vida errática que ha llevado el cliente no debería ser un factor limitante para el asistente social que convoca a las reuniones iniciales.

Lo que finalmente sucede depende del juicio del asistente y de la realidad práctica. A veces el primer contacto es fruto de la casualidad. Supongamos que Angela y sus hijos fueron llevados al albergue temporario por la policía, en una cruda noche de invierno. Ni el marido, ni la abuela, ni un miembro de su iglesia, ni un empleado de la unidad de vivienda estaban presentes. O que James fue llevado al centro residencial por su madre después de tener una rabieta en la escuela, derivado con urgencia por el consejero escolar. Ni el padrastro, ni los hermanos, ni un representante de la escuela estaban allí. Por supuesto que el proceso debe comenzar en ese momento, con la admisión y unos pocos documentos esenciales. Pero el diálogo debe dejar en claro que el personal del servicio y la familia examinarán juntos la situación tan pronto como sea posible. En este primer en-

uentro, el asistente establece que la participación de la familia es necesaria y determina junto con Angela, o con James y su madre, quiénes son importantes en el cuadro general y quiénes deberían estar presentes en la próxima reunión.

A través de este primer contacto, o incluso a partir de la información que acompaña a la derivación, a veces es posible determinar quiénes deberían participar en la admisión, pero no siempre los candidatos están dispuestos a reunirse. Algunos familiares se resisten a concurrir porque no se llevan bien o porque temen ser culpados. Los padres a quienes les han quitado los hijos por la fuerza pueden estar resentidos o deprimidos y pensar que no tiene objeto establecer contacto con la institución que dirige los hogares sustitutos. El padrastro de James puede culpar a su mujer por la conducta del muchacho y decidir que es mejor mantenerse a distancia. Sandra puede estar poco dispuesta a involucrar a su familia por resentimiento, temor u orgullo. Y los profesionales que hicieron la derivación quizá no deseen asistir a una reunión después de haberse desprendido de uno de sus casos, ya que están demasiado ocupados y el procedimiento no les resulta familiar.

El personal debe hacer frente a estas situaciones con un claro mensaje sobre la necesidad de la participación, que pueda ser oído por los clientes y se ajuste a las posibilidades del lugar. Un centro residencial de Suecia, por ejemplo, brinda alojamiento a la familia para que acompañe al niño durante una semana, y el director de un hospital norteamericano rediseñó la sala de niños a fin de que las familias puedan pasar el primer día y la primera noche con su hijo. Estas medidas son audaces y no siempre posibles, pero hay otros modos de transmitir el mensaje y dar cabida a los participantes. Una institución encargada de la colocación de niños en hogares sustitutos tal vez tenga que hacer un esfuerzo extra para contactar a la familia biológica e involucrarla desde un comienzo. La invitación a esa familia debería transmitir el siguiente mensaje: «Los necesitamos. Sin su ayuda nos será más difícil lograr que esta colocación beneficie a su hijo».

A veces un enfoque directo puede resultar útil. En una clínica de rehabilitación de drogadictos, por ejemplo, es posible requerir la participación de la familia como condición

para la admisión. Como dijo el director de una de estas clínicas: «Podemos adoptar la posición, como lo hacemos con las muestras de orina, de que la presencia de la familia en el lugar es un requisito no negociable». Análogamente, cuando un niño llega a una sala o un centro residencial, el personal puede transmitir la idea de que la participación del padre es necesaria, aunque sea la madre quien trata habitualmente con las instituciones. Dado que a los padres, las madres, los hermanos y/o los otros profesionales les puede resultar difícil dejar el trabajo o la escuela para estar presentes durante la admisión, la institución tendrá que adaptarse y ofrecer horarios flexibles que incluyan las horas de la tarde o los fines de semana.

El ideal de una participación amplia debe ser atemperado tanto por el juicio del personal como por consideraciones prácticas. Cuando los terapeutas de familia se reúnen por primera vez con una familia, por lo general desean ver a todas las personas importantes, pero las reuniones posteriores se realizan con la presencia de subconjuntos y combinaciones, según lo que los terapeutas consideren útil. En el ámbito de las instituciones se requiere el mismo tipo de evaluación, aunque el contexto y la complejidad de las familias plantean un desafío diferente. El objetivo principal es entablar relaciones y no abrumar al cliente primario ni a la familia. Por ese motivo, dar comienzo al proceso de admisión en presencia de todos cuantos parezcan ser importantes puede resultar improductivo, aunque siempre es útil ampliar el elenco más allá de lo que marcan las expectativas tradicionales.

Ya en el primer contacto es posible formarse una idea de quiénes son las personas a las que el cliente ve como aliados o adversarios y cuáles son los puntos neurálgicos. En la primera conversación con James y su madre podría haber quedado en claro que la madre y el padrastro no están de acuerdo sobre la forma en que se debe manejar al niño, y que la madrina, que vive en las cercanías, apoya a la madre y es un elemento importante. Al hablar con Sandra hubiera resultado evidente que mantiene relaciones complejas con su madre y su hermana, que su padre la ha maltratado y que ningún miembro de la familia aprueba a Colin, su novio.

Con esta información en su poder, el asistente decide en cada caso si invitará o no a las personas cuya presencia au-

mentaría la tensión, y puede proyectar nuevos contactos en una serie de reuniones de admisión. En el caso de James, el asistente podría invitar en primer lugar a los padres, ya que sus opiniones discordantes, que suelen expresar en forma indirecta, gravitan fuertemente en la situación, e incorporar en sesiones posteriores a la madrina, la hermana de catorce años y el consejero escolar. El marido de Angela podría ser incluido de inmediato para reconocer su rol y evaluar la relación entre ambos, en tanto que en sesiones posteriores podrían participar también su madre, el asistente encargado del alojamiento, la hermana de Angela y una amiga de Angela que comparte su religión. En la admisión de Sandra debería incluirse a Colin, que la acompañó al centro de rehabilitación, y más tarde a Colin junto con la madre y la hermana de Sandra, al tiempo que podría evitarse el contacto con el abusivo padre de Sandra.

Estas decisiones implican juicios clínicos y deben basarse en la consideración de múltiples factores. Los asistentes que acaban de concluir su capacitación deben decidir tomando en cuenta sus incipientes habilidades y el grado de comodidad con que pueden manejar los conflictos. Siempre se debe ampliar el elenco más allá del individuo, pero si se encuentran resistencias en la familia quizás haya que evaluar los pesos relativos del conflicto y el apoyo mutuo, para que las personas invitadas a la reunión no provoquen un nivel de tensión difícil de manejar. A los fines de dicha evaluación pueden ser útiles las preferencias del cliente primario. En una clínica, el personal ofrece a los clientes reticentes la posibilidad de traer a la sesión a los dos miembros de su familia que ellos elijan. El personal parte del supuesto de que las personas elegidas por el cliente ofrecerán un punto de vista más amplio y además lo apoyarán durante las primeras etapas de la admisión y la participación.

El proceso de admisión puede requerir varias reuniones, a las que se invita a concurrir, en forma sucesiva, a las personas importantes, y en las que la información se obtiene gradualmente. Incluso los datos que se requieren oficialmente pueden obtenerse de esta manera. Sin embargo, el asistente necesita el apoyo de la institución, como también una clara comprensión de la medida en que el sistema puede ser flexible. Cualquiera que sea el ritmo, los miembros importantes de la red deben ser incluidos en una etapa lo

suficientemente temprana como para que puedan entender el importante rol que les toca desempeñar en la tarea en curso, y el personal pueda así proceder sobre la base de un conjunto más amplio de posibilidades.

Aspectos que se han de cubrir

Las entrevistas de admisión tienen tres metas principales. Primero, comunicar a la familia la importancia que le asigna la institución. Segundo, suministrar la información que necesitan los clientes y obtener la requerida oficialmente. Por último, evaluar a la familia —tratando de establecer cuáles son sus problemas y conflictos, sus pautas repetitivas, sus virtudes y recursos— y preparar el terreno para la participación continuada de sus miembros. Estas metas se superponen, y por lo general el personal da a conocer su actitud, brinda y recoge información esencial y evalúa las pautas de la familia en forma simultánea. Todo lo que hemos analizado en las secciones anteriores es pertinente cuando se trata de determinar en qué forma se debe proceder; son pertinentes, por lo tanto, el concepto amplio de familia, el interés por el punto de vista de esta, la actitud respetuosa, la búsqueda de recursos y el desarrollo de la habilidad para observar, escuchar y alentar las interacciones. De cualquier modo, y dado que resulta útil ocuparse de los detalles, eso es lo que haremos en las secciones que siguen.

Comunicar la necesidad de que la familia participe

La invitación a concurrir a las entrevistas de admisión es la primera comunicación que se hace a los familiares sobre la actitud de la institución. Es un mensaje importante, que establece las prioridades en términos muy concretos. Aunque podría esperarse que los familiares se sintieran complacidos, a veces ese mensaje los sobresalta o les produce confusión. Si han estado anteriormente en contacto con el sistema, son ya veteranos, entrenados para seguir los caminos trazados por la mayoría de las instituciones de servicio. No esperan participar en la planificación y prestación de los servicios, y necesitan explicaciones más detalladas.

El enfoque de la institución debe tener sentido, sobre todo porque demanda tiempo y esfuerzo. Los miembros de la familia pueden tener muchas razones para rechazar la invitación a participar, y el personal debe contar con un repertorio de mecanismos para hacer conocer los fundamentos y la importancia de esta práctica.

El personal está en una situación ventajosa cuando el cliente designado es un niño. La mayoría de las familias se sienten responsables por su hijo, aún en los casos en que experimentan resentimiento o frustración, o incluso alivio porque el niño está al cuidado de profesionales. Cuando James y su madre se presentaron en el centro residencial, en la primera conversación se debería haber dejado en claro que el centro, por sí solo, no podía cambiar la conducta del muchacho. La familia es el factor de influencia más poderoso en la vida de un niño, y el personal sólo puede ayudar si trabaja en estrecha unión con ella. En lugar de tranquilizar a la familia asegurándole que el niño está ahora en buenas manos, es importante que se mantenga la sensación de urgencia y se haga saber a la familia que su participación continuada es indispensable.

En el caso de otras situaciones y edades, hay que atender a otros detalles. Cuando una adolescente embarazada acude a una residencia, es posible que el asistente social encargado de los trámites de admisión tenga que enfrentarse con una familia encolerizada. La familia puede sentir que ha perdido el control sobre la adolescente; que esta, al quedar encinta, ha recibido su merecido, y que no vale la pena malgastar más tiempo en ella. Pero es joven y vulnerable, y las personas que conforman su mundo pueden sentir preocupación por ella. A menudo se consigue que los familiares acepten la realidad de que habrá un nuevo bebé y de que el apoyo de la familia extensa y su participación en la formulación de planes es esencial.

La admisión en una institución que se ocupa de la colocación de niños en hogares sustitutos es ya otra cuestión. La remoción de un niño de su hogar, la intervención judicial y la colocación en un hogar sustituto son acciones que sugieren que la familia biológica no cuenta. La tarea del asistente social en estos casos es destacar que la familia biológica tiene derechos y responsabilidades permanentes, transmitir el mensaje de que una niña como Wanda necesita es-

tablecer un vínculo de afecto con su madre mientras permanece en un hogar sustituto, o de que el desarrollo sin tropiezos de un niño de más edad depende, en iguales circunstancias, del contacto permanente con su familia.

En el caso de los clientes adultos, la familia puede mantenerse alejada o tener una actitud crítica, o bien pensar que el adulto debe resolver por sí mismo sus problemas de alojamiento, tratamiento o desintoxicación. Para justificar su pedido de que la familia participe, el asistente puede recurrir principalmente a dos argumentos: primero, que el apoyo de la familia es un componente importante del tratamiento, y segundo, que los cambios que se produzcan en el cliente repercutirán en la vida familiar. El asistente encargado de la admisión sabe, por ejemplo, que el interés de una madre por sus hijos será el incentivo más poderoso para que ella deje la droga, y de inmediato habla de esto con la abuela, que tiene la custodia de los niños. La ayuda a comprender que la participación de la familia será una parte importante del tratamiento antidroga y aumentará las posibilidades de que su hija mejore. También se refiere a las consecuencias del cambio: la mejoría de la hija determinará una reorganización de las relaciones y de los arreglos sobre la convivencia que afectará a todos, y los miembros de la familia deben trabajar juntos en esto. El asistente comunica la esperanza y la lógica al mismo tiempo.

En todas estas situaciones, lo que hace el asistente es vincular a la familia con la iniciación del proceso y echar las bases de su participación continuada. Para hacerlo con eficacia, es necesario poseer algunas de las habilidades mencionadas en las secciones precedentes. El asistente debe transmitir su convencimiento de que la participación de la familia es crucial para el progreso y de que se trata de una regla básica de la institución, pero el mensaje sólo será efectivo si al mismo tiempo destaca las virtudes de la familia. Si el asistente puede transmitir respeto por la preocupación y los conocimientos de la familia, así como una clara postura en el sentido de que los expertos no pueden llevar a cabo la tarea por sí solos, la familia, en la mayoría de los casos, aceptará las razones de su participación.

Intercambiar información y evaluar a la familia

50. Incluso cuando se encuentran presentes los miembros de la familia y se ha alcanzado cierto entendimiento, suele ser difícil para los asistentes sociales modificar los procedimientos habituales. Tal vez se sientan obligados a completar los formularios de admisión, tarea que puede ocupar todo el tiempo previsto para la reunión inicial. Si esto sucede, la familia supondrá que la institución tiene una interpretación oficial del problema y que ellos sólo están allí para enterarse de lo que ofrece el programa y cumplir un trámite burocrático. Estas actividades pasivas refuerzan la idea de que la institución ha asumido el control.

51. Una admisión orientada a la familia debe seguir un procedimiento diferente, que asigne a esta un rol activo en la identificación de los problemas y la búsqueda de soluciones. Lo mejor que puede hacer el asistente social es suspender el juicio, considerar con escepticismo la información oficial que acompañó a la derivación, verificar los hechos con la familia y tratar de conseguir un conocimiento más completo de la realidad familiar. Durante un proceso de admisión de este tipo, el asistente se centra en la información que sólo la familia puede proporcionar; por ejemplo, las opiniones de diversos miembros sobre la índole y el origen de sus problemas, así como sobre las posibles soluciones. ¿Qué esperan de su relación con la institución? ¿Cómo les fue en intervenciones anteriores? ¿Comparten planes como familia o cada cual va por su lado? De vez en cuando el asistente abandona el centro de la escena y promueve puestas en acto del estilo y el funcionamiento de la familia a fin de poder evaluar las pautas familiares.

52. Si James, su madre y su padrastro hubieran participado en este tipo de admisión, el centro residencial estaría en condiciones de trabajar productivamente con el muchacho y su familia. El asistente social conocería la opinión de cada uno de los padres sobre el origen y la historia de su conducta violenta, la opinión de James sobre el lugar que ocupa en la familia en relación con su hermana («la chica buena»), como también lo que molesta a los padres y lo que aceptan de los reclamos de la escuela, o lo que ocurre cuando el incesante golpeteo de James sobre el brazo de su asiento dificulta la conversación. El asistente hubiera tenido oportunidad de

hacer algún comentario sobre la preocupación que siente la familia por el niño, y destacar en particular el deseo que ellos tienen de superar los desacuerdos, controlar a James y permanecer juntos.

Dada la considerable influencia que ejercen los formularios de admisión sobre el pensamiento y las acciones del personal, es aconsejable que la institución revise los que se han usado tradicionalmente y suministre nuevas directivas que faciliten una orientación familiar. En el Apéndice 4.1 ofrecemos un ejemplo de las preguntas que podrían incluirse en un formulario de esa clase en un servicio cuyos clientes primarios fueran niños. Las preguntas dirigen la atención a las preocupaciones, opiniones, expectativas y características de la familia; por ejemplo, quiénes forman parte de la familia extensa, cómo afectan a la familia los problemas del niño, cuáles son, en opinión de la familia, los problemas más importantes en los que debe centrarse la ayuda; qué soluciones se han probado ya; qué participación esperan tener, y cómo describen los factores de tensión y los puntos fuertes de la familia.

Como es natural, cada institución tiene sus propias necesidades y condicionamientos, por lo que debe crear o adaptar sus propios formularios. Sin embargo, si se considera a la familia una fuente de información y un recurso para el trabajo ulterior, los formularios de admisión deben incorporar esa orientación.

En algún momento, por supuesto, el asistente deberá obtener el informe de antecedentes que requieren la institución, el sistema y las compañías de seguro, y también proporcionar información práctica a los clientes. A menudo los datos oficiales pueden obtenerse cuando la sesión se aproxima a su fin, una vez que ha quedado establecido un sistema de colaboración entre la familia y la institución, o incluso en reuniones posteriores, pero la primera sesión no puede finalizar sin que la familia haya sido informada de algunos hechos importantes relacionados con la institución. ¿Cómo funcionan las cosas? ¿Qué tiene de especial este programa, comparado con los que han conocido en el pasado? ¿Qué reglas limitan la libertad de interacción entre el personal y las familias (por ejemplo, la obligatoriedad de la denuncia cuando se sospecha el maltrato de un niño)? Si los asistentes encargados de la admisión sólo dan esta información

después de haber aprendido algo sobre la familia y de haber entablado una relación con ella, estarán mejor situados para establecer con exactitud cuáles son las áreas en que la institución puede ser útil para la familia y atender a sus necesidades. En lugar de recitar una letanía de servicios disponibles, el asistente puede hacer observaciones y recomendaciones precisas: «En su situación...», o «¿Cree que este tipo de servicio sería importante para usted?», o «Pienso que usted debería considerar esto. Podemos ayudarlo, si le interesa», etcétera.

Los profesionales de otras instituciones vinculadas con el caso pueden ser especialmente útiles para suministrar información durante la admisión o para examinar servicios pasados y presentes. El consejero de la escuela de James, por ejemplo, podría indicar cuáles son las condiciones para su readmisión y qué servicios se le ofrecerán en ese momento. Sin embargo, el asistente encargado de la admisión tiene la responsabilidad de establecer el tono de la reunión, dirigir la discusión y mantener en primer plano la participación constructiva de la familia.

Echar las bases de la participación continuada de la familia

Cualquiera que sea la orientación del personal, la admisión siempre culmina en un plan para la prestación de servicios durante un tiempo prolongado. En una institución con orientación familiar, la admisión debe llevar a un «contrato» preliminar: un acuerdo con la familia sobre su futura relación con la institución. En un centro residencial, el contrato podría incluir un acuerdo sobre la frecuencia de las sesiones con la familia, la disponibilidad de sus miembros cuando surjan crisis que afecten al niño y la obligación del personal de mantener informada a la familia sobre procedimientos terapéuticos y detalles de la vida del niño en el centro. En un servicio que se ocupe de la colocación de niños en hogares sustitutos, podrían tener prioridad la frecuencia con que la familia biológica podrá visitar al niño, el lugar donde se realizarán las visitas, la forma en que ambas familias se mantendrán permanentemente en contacto y los medios destinados a asegurar que la familia biológica participe en asuntos importantes como las visitas al médico, los cum-

pleaños y los actos escolares. En una clínica de rehabilitación de drogadictos se podría pedir a la familia que apoyara los esfuerzos del cliente por recuperarse y que se uniera a grupos de familias constituidos con el objeto de facilitar el reingreso del miembro excluido.

Cultivar la asociación y movilizar a la familia

Si se maneja con éxito el proceso de admisión, el cliente y la familia salen de él fortalecidos y vinculados con la institución. En las semanas y los meses siguientes, sin embargo, puede predominar la inercia. El peligro consiste en que la institución y la familia se habitúen a rutinas paralelas que no requieren mucha interacción. Corresponde a la institución mantener las cosas en movimiento, tomar la iniciativa y encontrar el medio de llegar a la familia y mantener su participación.

Tratar de llegar a la familia

Cultivar la relación con las familias puede requerir algunos cambios institucionales sencillos, como modificar el escenario a fin de proporcionar espacios públicos atractivos y placenteros o ampliar las actividades en la institución para que incluyan a los miembros de la familia. No obstante, el contacto permanente requiere la comunicación directa, como también esfuerzos específicos para responder a la resistencia de la familia.

Los esfuerzos por alcanzar a la familia deben adaptarse a las características de cada caso. En el caso de James, el asistente social sabe que sus padres son gente ocupada y que tienen otros hijos. Con el correr del tiempo, el padre o la madre dejan de asistir a alguna que otra sesión, y ninguno de ellos pregunta por la conducta de James en la unidad o por la marcha de sus estudios. Le incumbe al asistente telefonarles cada tanto y transmitirles la convicción del personal de que sin duda los padres están interesados y tienen derecho a conocer los detalles del desempeño de James.

O veamos el caso de Laura, una madre primeriza que no tiene a su beba con ella y es consciente de la opinión de que no está aún capacitada para criarla. No espera que se la incluya en asuntos que afecten a su beba, y probablemente a los padres sustitutos no se les ocurra invitarla a acompañarlos cuando lleven a Wanda al médico para un reconocimiento general. Tampoco creen tener derecho a hacerlo sin la autorización de la institución. La asistente, sin embargo, puede sugerirlo a ambas familias, inculcándoles una nueva idea y fomentando la vinculación entre ellas. Una invitación a concurrir a las visitas al médico desacelera el distanciamiento de la madre respecto de una beba a la que apenas conoce. Le permite mantenerse al tanto del desarrollo de su hija, obtener respuestas a sus preguntas y prepararse para el momento en que la beba le sea devuelta para que se haga cargo de ella. Excursiones de este tipo crean una experiencia compartida entre los adultos que se preocupan por el niño.

Algunas formas de comunicarse con las familias pueden convertirse en una práctica general. En un centro para adolescentes embarazadas, el personal instituyó la práctica de telefonar a las familias, no para hablar de problemas o cuestiones administrativas, sino simplemente para mantener el contacto. En la mayoría de las situaciones, los padres se acostumbran a la idea de que sólo se los llama cuando su hijo está en problemas. Una llamada telefónica cuyo único objeto es hablar e intercambiar información sorprende al principio, pero luego sirve para mantener abiertas las vías de comunicación.

Si el personal de una institución une sus esfuerzos para hallar medios prácticos de mantenerse en contacto con las familias, es probable que se le ocurran varias ideas susceptibles de ser implementadas y codificadas. Considérense los ejemplos que damos a continuación, obtenidos de clínicas, instituciones que dirigen hogares sustitutos, centros residenciales y programas de tratamiento diurno. En realidad, son aplicables en toda clase de instituciones de servicio social:

Una institución puede introducir modificaciones en los espacios de que dispone. En un servicio de hogares sustitutos, un conjunto de cubículos fue transformado en una habitación lo suficientemente amplia como para servir de lu-

gar de reunión a varios niños y a los miembros de sus familias biológica y sustituta. En otra institución se decidió dar ese mismo uso, dentro de determinados horarios, a la sala de reuniones del directorio. En un programa de tratamiento diurno para madres drogadictas, se colocaron cunas y juguetes en un ambiente para que los niños pudieran estar cerca de sus madres mientras estas participaban en el programa. En un centro residencial se modificó la ubicación de los muebles en la sala de reuniones para que las familias pudieran mezclarse sin ceremonias con el personal. Los detalles varían, pero lo que estas medidas tienen en común es la flexibilidad para experimentar con un entorno a fin de crear un marco amistoso para la familia.

Otros ejemplos se relacionan con la organización del programa. Muchos servicios ofrecen cursos sobre crianza de niños para madres, pero algunos han abierto sus puertas a compañeros, cónyuges y abuelos. En algunos centros residenciales se celebran reuniones con la familia antes y después de un pase de fin de semana para procesar lo sucedido en ese período. En otros se invita a los miembros de la familia a conversar sobre incidentes producidos en la unidad, y en algunos casos se les permite incluso estar presentes cuando el personal analiza el caso. Los nuevos procedimientos, por supuesto, requieren algo más que la energía y las ideas creativas del personal. También requieren la participación activa de la administración, sobre todo si es necesario introducir cambios materiales en la sede de la institución o reorganizar el empleo del tiempo por parte del personal o las actividades que este realiza.

Tender una mano a la familia puede ser insuficiente para aumentar el contacto. A veces los clientes primarios se oponen a la participación de sus familiares, ya sea porque prevén que estos les causarán sufrimiento o porque se sienten avergonzados y están a la defensiva. El asistente social puede avanzar despacio, pero no es necesario que desista de sus propósitos. A menudo es posible lograr que la conversación recaiga sobre asuntos de la familia y hallar el modo de destacar la importancia de esta, hacer aceptable la idea de la participación de sus miembros y preparar el terreno para una reunión.

El trabajo con Barbara puede servir de ejemplo. Barbara se negó a invitar a su madre y a su hermana a participar en

reuniones conjuntas en la clínica de rehabilitación de drogadictos, argumentando que necesitaba valerse por sí misma y que la actitud crítica de sus familiares traería complicaciones. Pero el consejero tenía la certeza, adquirida ya en la primera reunión, de que esas personas eran muy importantes en la vida de Barbara y de que sería útil que participaran en sus esfuerzos por librarse de la droga. Dedicó algunas sesiones individuales a explorar las relaciones en la familia de Barbara. Cada vez que esta se refería a los temas habituales que habían sido analizados en sesiones previas —su tendencia a relacionarse con hombres violentos, su incapacidad de resistir a la tentación de la droga, su convicción de que era maltratada por la institución que tenía la custodia de sus hijos—, el consejero introducía metódicamente a su madre y su hermana en la conversación. ¿Qué pensaban ellas de los novios de Barbara? ¿Cómo era la relación de ellas con los hombres? ¿Extrañaban a los hijos de Barbara, que se hallaban actualmente en un hogar sustituto?

Este enfoque llevó a la previsible revelación de que Barbara se sentía rechazada por su madre, tenía celos de su hermana y ansiaba reparar su relación con ambas, aunque no sabía cómo. Una vez que este vínculo emocional se hizo evidente, la misma Barbara llegó a la conclusión de que tal vez fuera una buena idea intentar un acercamiento. Se invitó a la familia a concurrir a una serie de sesiones, en las cuales se eliminaron algunas tensiones y Barbara se sintió más apoyada por su familia. Posteriormente, el consejero concibió diversos modos de mantener en contacto a los miembros de la familia: alentó a Barbara a telefonar a su hermana cuando tuviera algo que contarle, le sugirió que invitara a sus familiares a asistir a algunos eventos en la clínica y contribuyó a la concertación de un acuerdo que permitía que los hijos de Barbara visitaran a su abuela para que esta pudiera verlos y la familia se reuniera.

Cuando —como en el caso de James— los padres dejan de acudir a las visitas que han sido programadas para que se reúnan con sus hijos, el personal se encuentra frente a un dilema. Si se muestran pacientes, se adaptan a una pauta de incomparecencia y siguen programando las visitas para «la semana que viene a la misma hora», transmiten la impresión de que esa conducta había sido prevista y no tiene

demasiada importancia. Pero si hacen hincapié en la falta de responsabilidad de los padres, terminan asumiendo la posición de fiscales y colocando a la familia en la posición complementaria de acusados.

En esas situaciones, los procedimientos elegidos deben lograr un delicado equilibrio. El asistente persigue a la familia con una tenacidad suficiente como para destacar la importancia de su presencia, pero sin crear antagonismo. El mensaje debe enfatizar fundamentalmente un hecho básico: el niño y el personal necesitan su ayuda para lograr un progreso satisfactorio. Es una letanía, pero también es la verdad, y este hecho debería conferir convicción a los esfuerzos del asistente.

En algunas situaciones es útil usar el teléfono o comunicarse por carta para mantener el contacto. En estos casos el asistente menciona las cuestiones que se han tratado con el niño, señalando al mismo tiempo la importancia que tiene la participación de la familia en la resolución de dichos problemas. Puede sugerir a los padres de James, por ejemplo, que deben oír su opinión de que siempre culpan a él y no a su hermana, y destacar que sólo ellos pueden corregir sus ideas erróneas acerca de lo que sus padres piensan de él. También es útil reprogramar para el día siguiente las visitas que no pudieron llevarse a cabo, o para una fecha tan próxima como sea posible, en lugar de esperar que transcurra el plazo habitual.

Los asistentes sociales que intentan trabar relación con la familia biológica de un niño colocado en un hogar sustituto enfrentan un dilema especialmente complejo, porque parte de su misión es informar sobre la conducta de los padres. Es una obligación inherente al cargo que desempeñan y no pueden ser dispensados de cumplirla por las autoridades de la institución, ya que tiene su origen en niveles de poder superiores, como los servicios de protección y los tribunales. Los asistentes se sienten compelidos a pedir explicaciones por los incumplimientos, por ejemplo el no haber acudido a una visita programada, porque, como a menudo nos han dicho, «El juez querrá saberlo». En esas circunstancias la relación entre institución y familia puede resultar víctima de una lucha de poder que reduce la energía o la disposición a colaborar en beneficio del niño.

de: Cuando la institución está obligada a informar sobre la conducta de los padres, conviene hacer explícito ese rol y al mismo tiempo buscar el modo de distinguir entre la función de control y la de colaboración. Algunos servicios han podido organizar equipos compuestos por dos personas: una actúa en cumplimiento de las órdenes oficiales y la otra tiene la posibilidad de concentrarse en mejorar la relación con la familia. Como muchos organismos están sujetos a limitaciones en lo que se refiere a la contratación de personal, un asistente puede verse obligado a «vestir dos sombreros». En un servicio, los asistentes usan realmente sombreros de diferentes colores y se los cambian en medio de las reuniones. El uso del humorismo, la metáfora o la actitud lúdica —tema del que no hemos hablado mucho en estos capítulos— nos permite a menudo salir airosos, reduciendo la tensión tanto del personal como de la familia y proporcionando imágenes que facilitan la formación de un vínculo entre ellos.

Visitar a la familia en el hogar

El intento de llegar a la familia implica habitualmente promover la concurrencia de esta a la institución, pero a veces resulta útil mantener el contacto por medio de visitas. Las visitas a domicilio requieren sensibilidad a los deseos y las reacciones de la familia. Es importante que esta comprenda que el personal quiere realmente conocerla mejor, conocer a otros familiares y entender la índole y el contexto de su vida cotidiana. Reunirse con las familias en su propio hogar a menudo les confiere poder, pero también son sensibles a la intromisión y a la crítica de su estilo de vida. Innecesario es decir que el asistente social debe mostrar respeto y que las visitas tienen como objetivo el contacto y la comunicación.

La clase de intercambio que tiene lugar depende de la relación ya establecida. Un asistente social hábil puede ocuparse del conflicto cuando este surge o decidir pasar por alto una discusión para abordar el asunto en otro momento. Casi siempre es preferible trabajar en las tensiones de la familia cuando el cliente primario está en el hogar, pero hay ocasiones en que esto no es esencial. Por ejemplo, si un niño es

tá atrapado en medio de conflictos conyugales reiterados, el asistente que hace la visita tal vez prefiera manejar esa cuestión cuando el niño esté ausente. Una vez más, se trata de una decisión que dependerá tanto de la situación como de la capacidad del asistente.

En los centros residenciales, la cuestión de las visitas del cliente a su hogar es un asunto importante. Las visitas son esenciales: mantienen conectada a la familia y generan material «en vivo» para el trabajo en curso, ya sea que el problema tenga que ver con la tensión entre los padres y el niño o con la recaída de un adulto en el uso indebido de sustancias. Las visitas también sirven de «ensayo» para la reunión posterior de la familia. El criterio con que actúan los servicios, sin embargo, no siempre es benévolo. En ocasiones se basa en una filosofía de «recompensas y castigos» y no en el concepto de que las visitas son parte del proceso de resolución de problemas.

La restricción de las visitas al hogar debería ser una medida poco frecuente, admisible sólo cuando esas visitas ponen en peligro la integridad física del cliente principal o de otros. El otorgamiento o la negativa de un permiso para el fin de semana nunca deberían emplearse como recompensa o castigo por la conducta observada en la institución, y las visitas a su hogar de un niño cuidado por padres sustitutos no deberían depender del cumplimiento, por parte de sus padres biológicos, de otros aspectos del plan de tratamiento. Hay escasas pruebas de que estos procedimientos de control modifiquen la conducta, pero sin duda transmiten el mensaje de que el cumplimiento de las reglas de la institución es más importante que la preservación de los lazos familiares.

Si durante las visitas al hogar ocurren incidentes y estos son tensos pero no peligrosos, el asistente puede situarlos en el contexto de la relación —en permanente evolución— entre el cliente, la institución y la familia. Los conflictos pueden aceptarse como fenómenos normales; es previsible que se produzcan entre personas que están tratando de adaptarse recíprocamente mientras viven separadas. Cada visita, en efecto, implica una serie de transiciones para el cliente y la familia. La familia debe ampliar sus pautas de conducta para incluir al cliente, y luego reorganizarse otra vez cuando la visita ha concluido. El cliente, después de haberse acomodado a las expectativas de la institución, de-

be adaptarse a las realidades de la familia y luego readaptarse a las rutinas de la institución. Esas transiciones no son fáciles y deben analizarse como un proceso normal, aunque difícil, en la siguiente sesión familiar.

Reanudar la marcha: alta y reunificación

Finalmente está la cuestión de «reanudar la marcha». Al desvincularse de una institución, el cliente ingresa en un período de transición y experimenta la incertidumbre y el desasosiego que caracterizan a los cambios, incluso si son favorables. Lo paradójico es que justo en ese momento, cuando el cliente se siente más vulnerable, los apoyos por lo general disminuyen y desaparecen. El caso es eliminado de la lista del asistente social, en la que de inmediato se incluyen nuevos clientes.

Aquí es necesario modificar los procedimientos, en el sentido de una intensificación de la atención al cliente. Para que una transición sea exitosa se requieren contactos preparatorios cuidadosamente organizados con las personas y las situaciones que el cliente deberá enfrentar, tanto si se trata de miembros de la familia como de un nuevo hogar sustituto, un centro de reinserción social u otro servicio. Las personas necesitan conocer el ambiente donde vivirán, y las personas de ese ambiente deben prepararse para el ingreso o reingreso de ese cliente. La adaptación como proceso se desarrolla a lo largo de un período que comienza antes y termina después de la transición propiamente dicha.

Al instituir procedimientos, la institución debe contemplar la necesidad de que el personal destine cierto tiempo a preparar la transición y a ayudar más tarde a los clientes y las familias. Cuando Wanda sea entregada a su madre, Laura y su novio necesitarán la ayuda de una asistente a quien ya conocen para poder adaptarse al cambio. Cuando Angela encuentre vivienda y su esposo se una a la familia, el personal del albergue tendrá que prestarles ayuda o ponerlos en contacto con personas que puedan hacerlo. Cuando Sandra deje el centro de rehabilitación para ir a vivir con su novio, será importante dedicar algunas sesiones a esa transición y al cambio que se producirá en las relaciones con su familia. Y cuando James vuelva a su hogar, la fa-

milia necesitará tanto visitas preparatorias como sesiones complementarias a fin de conversar sobre su temor y sobre la viabilidad de las pautas que han ido desarrollando para vivir juntos.

Esos esfuerzos deben estar contemplados en los planes de la institución. Las sesiones especiales de preparación para el cambio requieren aprobación. La participación de un asistente en la vida de una familia después del alta oficial, requiere un acuerdo respecto de que ello es parte de su trabajo durante cierto tiempo. La implementación de esta política será más fácil si la institución comprende que es el modo más económico de servir a una familia, porque reduce la probabilidad de que esta no consiga adaptarse y regrese poco después de haber salido. Cierta porción de la clientela de una institución recibe el alta porque ha mejorado y porque el personal cree que puede tener éxito en la vida. Es trágico que ese potencial se debilite durante la última etapa del proceso a causa de una transición abrupta durante la cual no se recibe apoyo.

Apéndice 4.1. Preguntas sugeridas para la admisión de una familia*

Composición de la familia

¿Quiénes forman parte de la familia?

(Si la información no es ofrecida espontáneamente, preguntar quiénes integran la familia además del niño y sus padres: abuelos, hermanos, tíos. Preguntar por las personas que pueden ser importantes aunque no tengan vínculos de parentesco, como los padrinos. Si fuera posible, pedir a los informantes que dibujen un diagrama de la familia.)

Problemas del niño

¿Por qué está aquí el niño? ¿Cuál es la razón, a juicio de la familia? ¿Hay miembros de la familia que opinen de otro modo?

¿Cuándo comenzaron los problemas? ¿Qué más ocurría en la vida del niño y de la familia en esa época?

¿Quién más ha sido afectado por los problemas del niño? ¿De qué modo?

¿Qué soluciones se intentaron?

¿En qué medida trabajaron con el niño y la familia los organismos de bienestar infantil o los servicios médicos, los tribunales o el sistema escolar? ¿Su intervención resultó útil?

(Cuando no se alega que el niño tenga problemas sino que ha sido puesto al cuidado de la institución a causa de dificultades de la familia, las preguntas deben tender a establecer qué piensa esta sobre las características, el desarrollo y las relaciones del niño.)

Virtudes y tensiones de la familia

¿Cuáles son las virtudes de la familia?

(Dedique bastante tiempo a este rubro. Si la información no es ofrecida espontáneamente, pregunte sobre sistemas de apoyo, mecanismos para hacer frente a las dificultades, cualidades de las que la familia se enorgullece, como la lealtad, la resistencia, el respeto mutuo, la protección y educación de los niños, etcétera.)

*Las preguntas han sido adaptadas de un formulario desarrollado por Ema Genijovich. Su propósito es complementar las que requiere la institución o las que se necesitan con fines oficiales.

¿Cuáles son las tensiones?

(Tómense en cuenta los factores sociales y económicos, como el desempleo, el prejuicio racial, la carencia de vivienda, la educación limitada, la migración y las dificultades en el manejo del idioma, y también los factores personales y familiares, como la enfermedad, la dependencia del alcohol o de la droga, una muerte en la familia, el divorcio y las tensiones conyugales.)

Expectativas y rol de la familia

¿Qué desean de la institución los miembros de la familia? ¿Qué esperan que se logre? ¿Cuál es para ellos la cuestión más importante, la que debe abordarse primero?

Dado que los miembros de la familia son una parte importante del trabajo de la institución, ¿cuáles de ellos deberían asistir a todas las reuniones?

¿Cómo puede comunicarse la institución con los miembros de la familia que por lo general no intervienen pero podrían ser un recurso valioso?

Segunda parte. Intervenciones en diferentes ámbitos

Pasamos ahora a considerar áreas específicas de prestación de servicios. En los capítulos que siguen nos referiremos a los hogares sustitutos, el tratamiento de las mujeres embarazadas adictas a las drogas, los centros residenciales y psiquiátricos para niños, y los servicios a domicilio. El marco presentado en la Primera parte cubre todas estas áreas. En cada caso adoptaremos un enfoque sistémico y centrado en la familia para la descripción del territorio, y aplicaremos las habilidades y los procedimientos ya estudiados a los aspectos específicos del servicio.

El contenido de todos estos capítulos versa sobre la expansión y la colaboración. Esto puede no resultar obvio, porque en apariencia los capítulos difieren mucho entre sí. Cada capítulo incluye material de casos, entrevistas y ejemplos, pero las experiencias en que se basan son distintas y los capítulos no se ajustan a un esquema determinado. En el caso de los hogares sustitutos, presentamos un modelo amplio y un plan general de capacitación. El capítulo sobre la adicción consiste esencialmente en la historia de un caso y muestra los problemas —como también las posibilidades de evolución y expansión— que resultan de la introducción de un nuevo enfoque en un sistema establecido. Los capítulos sobre los centros residenciales y las salas psiquiátricas para niños se despliegan en un marco más amplio. Muestran cómo la índole y la organización de estos servicios han sido influidas por fuerzas sociales y profesionales. El capítulo sobre los servicios a domicilio centrados en la familia trata de «los problemas en el Paraíso». Describimos tanto los aspectos promisorios de este enfoque como las dificultades que presenta una implementación eficaz. A pesar de las variaciones de forma entre las distintas áreas, la preocupación subyacente por la expansión y la colaboración es invariable y pone énfasis en la necesidad de ensanchar el pensa-

miento, ir más allá del cliente individual y conectar las partes fragmentadas de los sistemas pertinentes.

No cometemos el error de pensar que hay soluciones rápidas para los problemas difíciles. Al preparar estos capítulos, nos hemos concentrado en ofrecer alternativas a la práctica habitual, una especie de mapa para explorar senderos que son probablemente más frágiles que los caminos trillados pero que pueden resultar más prácticos para acercarnos al punto de destino. Los modelos de intervención deberán ser adaptados para su aplicación en ámbitos específicos, y los numerosos ejemplos breves que presentamos no son fórmulas sino más bien sugerencias, orientadas a mantener abierto lo que amenaza cerrarse y a ampliar el alcance de la obra.

Al leer los capítulos, será útil que se tengan presentes otras dos cosas.

En primer lugar, que este libro está centrado en los niños. Todos los capítulos tratan de servicios que afectan su bienestar. En el caso de los hogares sustitutos y los centros residenciales o psiquiátricos para niños, esto resulta evidente, pero la afirmación vale también para otras áreas. En el capítulo sobre abuso de sustancias se describe un programa para mujeres embarazadas, cuya aplicación se extiende más allá del parto y comprende también al bebé, y el capítulo sobre intervenciones a domicilio se refiere a un servicio destinado a familias cuyos hijos corren el riesgo de ser colocados fuera del hogar.

Aunque los jóvenes son importantes, no nos hemos ocupado directamente de los graves problemas de desarrollo y adaptación que se observan en los niños de esta población. Si no lo hicimos, fue en parte porque esos problemas reciben ya una considerable atención profesional, y también porque creemos que los problemas de los niños no pueden ser plenamente comprendidos ni aliviados en forma aislada. Para ayudar a los niños, es necesario trabajar dentro del contexto pertinente: sus familias y los sistemas que asumen la responsabilidad de cuidarlos.

Por último, es probable que las consideraciones y los ejemplos incluidos en estos capítulos parezcan más en consonancia con la vida laboral del lector que el material de la Primera parte: más directamente relacionados con las tareas cotidianas de un asistente social que se ocupa de los ni-

ños colocados en hogares sustitutos, de un consejero de drogadictos o de un psicólogo que trabaja en un hospital psiquiátrico. Sin embargo, es importante recordar que la separación en áreas específicas posiblemente no representa la realidad tal como la perciben los clientes. Para poder profundizar, hemos tenido que fragmentar el campo y ocuparnos de un problema a la vez. No obstante, sabemos que las mismas familias afectadas por crisis múltiples aparecen y reaparecen en todos estos ámbitos. Para los miembros de una familia determinada, el uso indebido de sustancias, la falta de vivienda y los hogares sustitutos pueden ser hechos de la vida relacionados entre sí, aunque se los defina por separado y sean manejados por servicios diferentes.

Nadie puede echarse el mundo a cuestras. Los profesionales deben trabajar dentro del marco de su institución y atenerse a la definición de su tarea. No obstante, los asistentes sociales que saben que los problemas de las familias a menudo no pueden encasillarse rígidamente están en mejores condiciones para comprender las preocupaciones y la conducta de sus clientes, y pueden estar mejor preparados para facilitar los contactos que son esenciales para el bienestar de los niños y las familias a su cargo.

Hogares sustitutos

Un modelo ecológico

El número de niños colocados en hogares sustitutos puede resultar sorprendente para muchas personas: en los últimos años de la década de 1990 ascendió en todo el país a casi-medio millón, y aparentemente tiende a aumentar. Loontz (1992) nos recuerda que la imagen que tenemos de la familia nuclear, en la que mamá y papá guían a sus hijos a través de la adolescencia hacia una vida de trabajo en la edad adulta, es más sentimental que verídica desde el punto de vista histórico. En otros tiempos, la muerte de un progenitor o las penurias económicas determinaban que muchos niños crecieran en hogares de un solo progenitor o tuvieran que salir a trabajar. Sin embargo, la realidad actual es perturbadora. Hoy sabemos más sobre el trauma psicológico que representa para un niño el hecho de ser alejado de lo que le resulta familiar, y nos preocupa que el ánimo y la legislación de fines de la década de 1990 lleven a un aumento de la colocación de niños en hogares sustitutos, a la terminación más temprana de los derechos de los padres sobre sus hijos, a hacer más fáciles las adopciones y a un aumento en la cantidad de orfanatos administrados con fines de lucro.

En la tendencia actual influye un conjunto de factores, como las consideraciones económicas, la eficiencia y el legítimo interés de la sociedad por proteger a los niños. Sin duda, algunos informes sobre maltrato y abandono son fundados. Es importante identificar los casos graves y preservar a los niños del peligro potencial. Pero hay muchas situaciones en las que separarlos de sus familiares no es la mejor solución, o donde el proceso subsiguiente no favorece el óptimo desarrollo de los niños ni incrementa la posibilidad de que sus familias se conduzcan de un modo diferente. Lo que se requiere es un sistema de cuidado de niños que sea eficaz y compasivo, que proteja a los niños sin perjuicio de preservar

los derechos de la familia y que aumente la capacidad de esta para criar a sus hijos sin exponerlos a peligros.

Los objetivos declarados de la colocación de niños en hogares sustitutos en general reflejan esta filosofía: señalar que la meta es aliviar la tensión en una familia sobrecargada, cuidar de los niños durante un período intermedio y facilitar la reunificación de la familia tan pronto como pueda hacerse sin riesgo (véase el informe del Foster Care Committee of the Mayor's Commission for the Foster Care of Children, 1993). En la práctica, sin embargo, el proceso de evaluación, colocación y servicio prolongado a menudo ha producido efectos opuestos a los buscados, lo cual plantea la necesidad de modificar el marco y los procedimientos. Lo que procuramos con nuestro trabajo es disminuir la distancia que separa a la práctica de los objetivos declarados.

El enfoque que describimos en este capítulo fue desarrollado a comienzos de la década de 1980 (S. Minuchin, 1984). El modelo, basado en conceptos generales sobre las familias y los sistemas, fue adaptado a las realidades específicas del cuidado de niños en hogares sustitutos y aplicado luego en la capacitación del personal de instituciones vinculadas con ese servicio.*

En general, el enfoque tiene como objetivo reducir el trauma, fortalecer a la familia y aumentar la posibilidad de una reunificación exitosa. Para alcanzar estas metas, el modelo enfatiza los vínculos entre las partes del sistema, la investidura de poder a la familia del niño y la ampliación de los roles, tanto de los profesionales como de los miembros de las familias sustituta y biológica. El modelo es original, pero sus objetivos son compartidos por otras organizaciones con orientación familiar. La Annie E. Casey Foundation, por ejemplo, financió en la década de 1990 una amplia Family to Family Initiative [Iniciativa de familia a familia] (Sharkey, 1997), y el National Resource Center for Family Centered Practice distribuyó material descriptivo de esfuerzos que perseguían metas similares en relación con los hogares sustitutos (véase, por ejemplo, The Prevention Report, 1992).

* El modelo, desarrollado por Salvador Minuchin, fue financiado en sus etapas iniciales con subsidios de la Edna McConnell Clark Foundation y el Estado de Nueva York, e implementado por el personal del Family Studies, Inc.

En este capítulo veremos cómo el marco conceptual descrito en la Primera parte se aplica específicamente al sistema de hogares sustitutos, e ilustraremos el proceso de capacitación y consulta en las instituciones relacionadas con dicho sistema. Comenzaremos por describir la organización del servicio en una vasta zona metropolitana; la participación de dependencias municipales, tribunales y organismos al cargo de la colocación de niños en hogares sustitutos, y el proceso que va de las primeras quejas a la colocación y los procedimientos posteriores. Este contexto, en el que trabajamos cuando implementamos por primera vez el modelo, muestra la combinación de rasgos favorables y corrosivos que nos indicó qué aspectos del sistema debíamos tratar de cambiar.

El contexto: los sistemas más amplios y el proceso de colocación

El proceso que lleva a la colocación en un hogar sustituto comienza por lo general cuando alguien llama a los servicios de protección para comunicarles la sospecha de que un niño es víctima de malos tratos o abandono. Se envía un inspector al hogar, y este puede decidir que la acusación es infundada o que la situación puede manejarse prestando servicios en forma directa a la familia. En otros casos, el inspector decide que para proteger a los niños es necesario alejarlos del hogar. A veces esta decisión es indudablemente acertada. Pero también puede ocurrir que sea cuestionable, que refleje una información insuficiente, o la idea de que un hogar sumido en la pobreza es un ambiente perjudicial para los niños, o el temor del funcionario de que se lo critique si los niños permanecen en el hogar y llegan a sufrir daño. Cuando un acontecimiento trágico llega a conocimiento del público, el mandato oficioso «En caso de duda, aléjese a los niños» cobra nueva fuerza.

Después de separarlos de sus familiares, a los niños por lo general se los envía a una institución que selecciona familias sustitutas y controla los cuidados que estas brindan. Los niños y sus familiares, acompañados por sus respectivos abogados y asistentes sociales, comparecen ante un tri-

bunal, donde, siguiendo los procedimientos legales, se fijan las condiciones para la reunificación. El plan puede requerir el tratamiento de la drogadicción, la asistencia a clases sobre crianza de niños, una vivienda aceptable y/o psicoterapia. Más tarde, el tribunal considerará los progresos realizados basándose en la información provista por los servicios de protección a la niñez y las instituciones pertinentes.

Durante el período de colocación, los arreglos sobre visitas varían, pero hay procedimientos que son habituales, sobre todo si por razones geográficas se hace difícil reunir a las personas, o si la protección de las familias sustitutas constituye la principal preocupación de la institución. En muchos casos las familias biológicas no conocen la dirección ni el número de teléfono de las familias que cuidan a sus hijos, y las visitas tienen lugar cada dos semanas en la institución. Cuando se ha dispuesto que las visitas se realicen en el hogar, el niño concurre acompañado por una asistente social. Los contactos entre la familia biológica y la sustituta son mínimos o inexistentes.

La intención es proteger a los niños, pero el hecho de que se tome en cuenta sólo al individuo, además de la limitada comprensión de los vínculos familiares, las actitudes críticas y la fragmentación burocrática de los servicios —cuestiones todas que ya hemos mencionado—, obstaculizan un enfoque óptimo. En estas condiciones, la situación a menudo marcha a la deriva. Los parientes del niño comienzan a faltar a las visitas; el niño y la familia sustituta estrechan sus vínculos, mientras que entre el niño y sus padres biológicos el distanciamiento es cada vez mayor. El proceso no favorece a las familias, y la reunificación, si se produce, a menudo fracasa. Al describir un enfoque diferente, nos ocuparemos tanto de las ideas rectoras como de los procedimientos prácticos.

El modelo ecológico: seis ideas básicas

El servicio de colocación de niños en hogares sustitutos tiene características muy especiales. A diferencia de la mayoría de los servicios sociales, involucra a *dos* familias: la biológica y la sustituta. También hay dos conjuntos de «em-

peñados» de la institución: los profesionales que trabajan en ella y las familias sustitutas. Cuando entramos como consultores en una institución, consideramos la situación desde un punto de vista *ecológico*, es decir, tomamos en cuenta la complejidad de esta estructura y basamos la reflexión, fijación de metas y la planificación de la enseñanza en múltiples elementos.

El modelo ecológico se sustenta en seis ideas básicas que explicaremos en detalle en las secciones siguientes.

La colocación en un hogar sustituto crea un sistema triangular

Tan pronto como un niño es alejado de su hogar y colocado con una familia sustituta, nace un sistema tripartito compuesto por la familia biológica, la familia sustituta y la institución interviniente. Esta realidad no suele ser reconocida en el sistema. En efecto, los procedimientos habituales tienden a crear una demarcación muy neta entre las dos familias, y la fragmentación de los servicios hace que a menudo los profesionales pasen por alto las conexiones.

Si observamos a las personas en su contexto y consideramos el cuadro general, nos será más fácil comprender que las dos familias y la institución están inevitablemente relacionadas a través de su interés común por el niño. Dentro de esa red hay subsistemas importantes: la unidad compuesta por las familias sustituta y biológica, el equipo que forman el asistente social y la familia sustituta, y el niño en el contexto de cada familia, participando en las pautas de ambas. Para este modelo, la existencia de un triángulo de orden superior y de subsistemas dentro de él es un hecho básico.

El sistema triangular debe incluir a miembros de ambas familias extensas, y la colaboración debe prevalecer sobre el antagonismo

Si la primera idea básica es una descripción de la realidad, la segunda es una enunciación de metas, quizá la parte esencial del enfoque. Si logramos que los encargados de for-

mular políticas y los profesionales piensen así y que organicen los procedimientos en forma acorde, consideramos que nuestra intervención ha sido eficaz y que el sistema va camino de mejorar la experiencia y el resultado probable (véase P. Minuchin, 1995).

La colaboración supone que las personas están en contacto y que funcionan como una red en beneficio del niño compartiendo información y resolviendo problemas a través de un esfuerzo común. De la descripción del proceso típico de colocación de un niño en un hogar sustituto surge con claridad que muy pocas veces los miembros del sistema triangular mantienen un contacto permanente, ya sea como triada o como díada integrada por las familias sustituta y biológica. Además, la asistencia profesional se limita a menudo a la persona adulta de cada familia —por lo general la madre, biológica o sustituta— sobre la que en apariencia recae fundamentalmente la responsabilidad por el cuidado del niño. Los asistentes sociales son gente atareada; si no tienen en mente un marco más amplio, raras veces tratan de comunicarse con miembros de la familia biológica externa que, aunque no vivan con la madre y el niño, podrían ser de ayuda. De igual modo, el contacto con la familia sustituta se mantiene a menudo sólo a través de la madre sustituta, aunque el niño se encuentre en un hogar que incluye también a un padre sustituto y niños de diversas edades, todos los cuales influyen en el modo como el niño es aceptado en la familia.

Cuando los miembros de ambas familias se encuentran habitualmente en ocasión de las visitas que hace la madre a su hijo en la institución, el contacto suele ser breve, predominando en él un tono cauteloso o antagónico. Cada familia tiene de la otra una opinión que se basa en un estereotipo, y las actitudes de ambas son a menudo negativas. Cuando Roger y Alva Lincoln se hicieron cargo de Jed, lo único que se les dijo fue que este había sido descuidado por sus padres, y ambos se preguntaron «cómo podía nadie tratar a un hijo de ese modo». La madre y el padre de Jed quedaron apabullados por la rapidez con que se llevaron a Jed y a su hermana, y se sintieron molestos con la gente «que tiene a nuestros hijos». Como ocurre con todos los estereotipos, estas actitudes no son fáciles de modificar, en especial si las familias no tienen ningún contacto entre sí.

La calidad del contacto entre los miembros de las familias biológica y sustituta es esencial e influye sobremanera en el resultado final de la situación. Kelsey constituye un buen ejemplo, puesto que ha participado tanto en una relación destructiva y humillante como en una relación sostenida en la que recibe apoyo.

Kelsey dejó el hogar a los trece años para ir a vivir con un hombre de más de veinte que era drogadicto. Se separó de él después del nacimiento de su segundo hijo. Hoy tiene diecisiete años y sus dos hijos están en hogares sustitutos: han sido colocados en hogares distintos, controlados por instituciones diferentes. Ella ha tratado de mantenerse en contacto con sus dos hijos, pero ha tenido experiencias muy disímiles con las dos familias sustitutas.

Kelsey se refiere primero a los contactos que tuvo con la madre sustituta de su hijo menor, que tiene ahora dos años, cuando fue a visitarlo en la sede del organismo:

«Ella lo lleva cuando se le da la gana. Por ejemplo, si tengo una visita de 12 a 16, lo lleva a las 15.30. . . Me dice: "No lo levantes", "No lo beses", "No lo lleses afuera". Entonces yo digo que es mi hijo, y ella dice "Sí, pero ahora está a mi cargo, y por lo tanto es mi hijo". Y yo me pongo a llorar, pero nadie hace nada al respecto. Por eso dejé de ir. Cuando me devuelvan a mi hijo, simplemente lo tomaré y me iré».

La espiral descendente es obvia. Las quejas de Kelsey y la circunstancia de que haya dejado de visitar a su hijo, sumadas a la actitud crítica de la madre sustituta, probablemente harán que los asistentes la consideren una madre malhumorada e irresponsable que no se interesa por el niño. Su suposición de que un día le devolverán a su hijo y podrá «simplemente irse» es ingenua, y su expectativa de que cuando llegue ese día todo marchará bien es más ingenua aún. Es improbable que se desempeñe adecuadamente como madre si asume ese rol de un día para otro con un niño pequeño sacado de su ambiente, desconcertado, que la conoce menos a ella que a su familia sustituta.

La experiencia de Kelsey con la familia sustituta de su hijo de tres años es muy diferente. Esa familia participó en el programa de capacitación que describiremos más

adelante. Kelsey y la madre sustituta han entablado una sólida relación. «Julie es fabulosa», dice Kelsey.

«La primera vez que vine aquí tenía una actitud desagradable. No quería hablar con nadie. . . ¡porque ellos tenían a mi hijo! Me quejaba de todo: "Esto no me gusta aquello tampoco. ¿Por qué tiene un rasguño?" . . . sabiendo que podía caerse. . . sabiendo que cuando estaba conmigo se caía. Pero seguía quejándome de todo, sólo para descargar mi furia. . . Y Julie se acercaba a mí y me decía "Kelsey, ya sabes cómo son los varones. Vamos, caramba, ¿por qué no acabas con eso?". Y ella me hablaba y yo seguía estando. . . como "grrrr". . . y ella dijo: "Bueno, mira, agarremos a Buddy y vayamos a almorzar».

Después de un comienzo influido por la ira que sintió cuando la separaron de sus hijos, Kelsey responde a la calidez, el humor y la naturalidad con que se acepta su resentimiento. Pasa a sacar provecho de los recursos mínimos pero eficaces con que la madre sustituta hace lugar para su relación con su hijo, fomenta su competencia y proporciona un modelo de cómo deben manejarse las tareas concretas relacionadas con la socialización de un niño pequeño.

Dice Kelsey:

«A veces Buddy le pide algo a Julie y ella le dice: "¿Por qué no le pides a tu mamá que te saque el saco . . . o que te lleve al baño?". Cuando no sé algo, no me da vergüenza preguntárselo. . . Ella le enseñó a Buddy a usar el orinal y me dice cosas. . . así que le pregunté: "¿Cómo conseguiste que Buddy hiciera eso? ¿Y cómo haces para lograr que se vaya a dormir a una hora determinada?", porque en mi caso, si no quiere ir a dormir, yo no lo obligo, ¿no es cierto? Y ella me dijo: "Tienes que hacerle comprender que tú eres la madre y que es hora de que se vaya a dormir". Y a veces Buddy se enoja conmigo y me dice: "¡Te odio!", y le pregunto a ella qué se supone que haga en ese caso. Le pregunto cosas y me dice lo que ella hace con Buddy, para que cuando él venga a mi casa yo pueda hacer lo mismo».

La diferencia entre las dos experiencias descriptas no se debe sólo a la personalidad de la madre sustituta, aunque

esta también cuenta. Está relacionada además con la preparación de la familia sustituta —en lo que se refiere a su capacidad de comprensión, compasión y habilidades— y con las políticas y el apoyo profesional de la institución que hacen posible un nuevo tipo de contacto. La capacitación del personal del sistema de hogares sustitutos debe incluir el cambio de las actitudes negativas y la promoción de estructuras y habilidades que hacen posible la colaboración.

Conferir poder a la familia biológica es esencial

Una red basada en la colaboración sólo es posible si hay una razonable igualdad entre los roles que desempeñan sus miembros. Cuando se retira a un niño de su hogar para colocarlo con una familia sustituta, la familia biológica se encuentra en el punto más bajo del triángulo. La sociedad ha formulado un juicio y ha establecido una jerarquía de aprobación: la familia sustituta es competente, mientras que la familia biológica es inadecuada. La decisión legal relativa a la colocación puede estar justificada pero, una vez que ha sido tomada, el proceso de descalificación de la familia debe invertirse para que sus miembros puedan volver a estar juntos algún día. Es improbable que una familia maneje bien el período de colocación a menos que los adultos puedan recuperar la convicción de que tienen derechos y responsabilidades respecto de sus hijos y alguna función que cumplir en lo que se refiere a su vida y su destino.

Para los padres que aman a sus hijos, el hecho de que se los prive de su custodia es deprimente y confirma el sentimiento de impotencia que es endémico en muchos de ellos. El proceso de separación y colocación agrava su sensación de fracaso.

Nelda es madre de cuatro hijos: un varón de diecinueve años que tiene un empleo regular y vive solo, y otros tres que viven con ella. Tommy tiene catorce años y va a la escuela; Rafie tiene cuatro y padece de una deficiencia mental leve, y Damon es un bebé enfermizo que no se desarrolla bien. Cuando Nelda lleva al bebé al hospital, la enfermera se alarma y da aviso a los servicios de protección. Una asistente social enviada a inspeccionar el hogar informa que había bolsas de basura en la cocina y muy poca comida en la

heladera, y que el lugar producía en general una impresión de desorden y pobreza. Vuelve al día siguiente con un policía y entre ambos se llevan a los tres niños mientras explicamos a la madre perpleja y angustiada que es por el bien del bebé, que ella será citada a comparecer a una audiencia judicial.

Los niños son colocados según sus necesidades y las facilidades disponibles: el bebé en un hospital urbano, el de cuatro años con una familia suburbana habilitada para cuidar de niños mentalmente discapacitados, y el de catorce años en una institución para adolescentes separados de sus familias, ubicada bastante lejos. La distribución geográfica de estos lugares es desalentadora. ¿Cómo puede la madre mantenerse en contacto con todos sus hijos?

En la audiencia se discute el caso, pero no está previsto que Nelda pueda hacer uso de la palabra. Ella quisiera explicar que las bolsas de basura estaban ahí porque su hijo de diecinueve años iba a ir más tarde a bajarlas, que ella pensaba salir a comprar alimentos después de mediodía, que su hermana, que vive cerca, la ayuda, y a veces incluso se lleva a los niños mientras ella limpia la casa. Quisiera explicar cómo ha organizado su vida y cómo se las arregla, y el hecho de que ninguna persona investida de autoridad esté dispuesta a escucharla le produce enojo y depresión.

El plan para la reunificación requiere que Nelda asista a clases sobre la crianza de niños, reciba psicoterapia y visite regularmente a sus hijos. Nelda acepta las condiciones y sigue el plan. Sin embargo, en una entrevista con una persona en quien confía, admite que se siente confusa y desorientada. Los viajes para visitar a sus hijos son agotadores y las clases sobre crianza parecen intrascendentes. La psicoterapia, sobre todo, la desconcierta. No comprende qué está mal, qué se espera que ella haga, ni cómo ella o quien quiera que sea sabrá que ha dado buen resultado. Nadie le ha explicado la razón ni la meta. Las personas que cumplen penosamente una prescripción así son, como mínimo, despojadas de poder, y es improbable que Nelda sea una persona más competente y segura de sí misma cuando el sistema le devuelva —si es que le devuelve— a sus hijos.

El proceso podría ser diferente. El hecho de que Nelda haya criado bien a sus dos hijos mayores debería ser parte de la ecuación. La remoción del hijo de catorce años fue probablemente innecesaria, ya que asistía a la escuela y no de-

que nunca ni consumía drogas. La colocación de los dos hijos menores, en caso de considerarse necesaria, se podría haber llevado a cabo de un modo que convirtiera a la madre en una mujer que se preparase para atender con más eficacia a un niño mentalmente discapacitado. Nelda necesitaba una explicación más detallada de las tareas que debía realizar mientras los niños estuvieran a cargo de otros, y un programa de actividades más personalizado. Un contacto continuado con el personal del hospital y la madre sustituta especializada le hubiera resultado provechoso, sobre todo en relación con el cuidado y la educación de sus hijos. Esto hubiera sido más útil y hubiera tenido más sentido que las clases generales sobre crianza. Nelda necesitaba salir de la experiencia sintiendo que tenía más poder y con conocimientos específicos que la ayudaran a criar a Rafie y Damon, sus dos hijos menores.

Para ser útil a los padres, el sistema de hogares sustitutos debe repensar y reorganizar el proceso de colocación y el modo de establecer los requisitos para la reunificación. Una vez que el niño ha sido colocado, sin embargo, la posibilidad de conferir poder a los padres está en manos de la institución que supervisa la colocación, y puede efectivizarse a través de los procedimientos para la admisión y las visitas, como también a través de la interacción de los asistentes sociales y los padres sustitutos con la familia del niño.

Como ejemplo de los pequeños gestos que promueven la participación de los padres biológicos y llevan al primer plano sus puntos fuertes, considérese la situación siguiente: dos niños pequeños han sido colocados con una familia sustituta hace tres meses, y los padres no los han visto desde entonces. La asistente social organiza una reunión en la sede del organismo, a la que concurrirán los padres biológicos, y a la que los padres sustitutos llevarán a ambos niños. En la reunión están presentes la asistente social, una consultora de nuestro equipo, los niños y las dos parejas de padres.

Cuando entran, la madre sustituta pone sobre su falda al niño de un año, baja el cierre relámpago de su «enterito» acolchado y toma un pañal. La asistente social sugiere que la madre del niño puede cambiarlo. La madre sustituta está de acuerdo —simplemente no se le había ocurrido— y le entrega el niño. La asistente social, conociendo la importancia de que estas dos familias se comuniquen, sugiere a los pa-

dres sustitutos que describan su familia a los padres biológicos para que estos puedan formarse una idea del ambiente en que ahora se encuentran sus hijos. Los padres sustitutos describen a sus cuatro hijos y mencionan el hecho de que el menor, de seis años, es un gran compañero de los dos niños. La conversación es amistosa, tranquilizadora y reduce la tensión. De ella surge asimismo que los miembros de la familia sustituta han estado llamando «Kenny» al mayor de los niños (tal es el nombre que figura en el registro oficial pero su familia lo ha llamado «Kiko» desde que nació) y que este tardaba en responder. Además: «¡Sólo nos enteramos la semana pasada de que sabía caminar, cuando se levantó y corrió por la habitación detrás del perro!». Aunque no lo dijeran, resultaba claro que esta familia había estado tratando al niño de dos años como si fuera retardado, lento para caminar, hablar y reconocer su nombre.

La instructora señaló que el niño debió de haber estado muy asustado por los cambios que se produjeron en su vida, y luego comenzó a hablar con la madre sobre el desarrollo de Kiko: ¿cuándo se sentó por primera vez? ¿Qué palabras aprendió? La madre se convirtió así en el experto reconocido, y la instructora comentó que en realidad los padres saben sobre sus hijos pequeños muchas cosas que los padres sustitutos ignoran, punto en el que todos estuvieron de acuerdo. En ese momento las familias estaban muy cerca de formar un sistema cooperativo en el que todos tenían algo que compartir.

En esa situación, la instructora y la asistente social fueron los motores del cambio, alentaron la interacción de las familias y las llevaron a un nuevo punto de equilibrio. Pero una vez que las familias sustitutas han sido entrenadas, son ellas las principales encargadas de conferir poder a la familia biológica.

Preguntamos a un grupo de padres sustitutos que habían recibido entrenamiento cómo hacían para promover la participación de los padres biológicos cuando tenían un bebé a su cargo. Dado que eran ellos quienes alimentaban, bañaban y calmaban al bebé, es decir, le proporcionaban el tipo de cuidados que crean un vínculo afectivo entre los adultos y los niños, ¿cómo hacían para ayudar a la madre a sentirse vinculada con el bebé durante las visitas?

«Esto es lo que dijo Martha:

«Enseguida le doy a la madre el bebé, una mamadera, algo de comida y un pañal descartable. Ahora es su bebé. No se lo digo directamente, pero... Puede que me quede charlando con ella un momento, pero después me alejo. Siempre me alejo».

Gina asintió, y agregó:

«Yo hago lo mismo. A lo mejor voy al baño... y me quedo fuera de la habitación durante diez o quince minutos, porque para mí la madre... tender las manos para recibir a la nena es ahora algo desacostumbrado para ella; por eso le digo: "La nena necesita que la peinen. ¿Podría usted peinarla? Enseguida vuelvo. ¿Y podría cambiarle el pañal? Tengo que ir al baño". No le digo que quiero que ella sea capaz de... pero tiene que saber que ella es la madre. No sólo eso; también la nena tiene que saber que ella es *alguien* en su vida».

Conferir poder a las familias biológicas es humanitario; la mayoría de los padres ama a sus hijos—aunque les prodigan cuidados en forma irregular y no los controlen adecuadamente— y por lo general quieren seguir siendo una familia y criarlos bien. También es práctico, porque la recuperación de las familias es más viable que la constante búsqueda de hogares sustitutos y el destructivo peregrinaje de los niños a través de distintos hogares. Por último, es acertado desde el punto de vista psicológico. Sólo una familia que se siente respetada y tiene algún control sobre su vida puede convertirse en un ambiente más funcional para los niños.

La colocación de los niños en hogares sustitutos determina transiciones importantes, y esos períodos transicionales requieren una atención especial

Las transiciones, al igual que el ciclo vital de una familia, son inevitables en la vida de los individuos. Según dijimos en secciones anteriores, las transiciones pueden ser

normales y esperadas, como el nacimiento de un niño, inesperadas y traumáticas, como la pérdida repentina del empleo de quien mantiene el hogar. Cualquiera que sea su índole, las transiciones siempre requieren una reorganización de las pautas de la familia para que sus miembros puedan desempeñarse en las nuevas circunstancias.

La colocación de niños en hogares sustitutos determina transiciones profundas, tanto en el momento de la colocación como en el de la reunificación, y a menudo también en etapas intermedias del proceso. Esas transiciones son períodos de turbación y vulnerabilidad. La forma en que se los maneje afectará la adaptación de las personas y determinará el curso de los acontecimientos futuros.

Cuando trabajamos en una institución del sistema de hogares sustitutos hacemos hincapié en el proceso de admisión, que es la primera transición importante. Nos centramos en el establecimiento del triángulo cooperativo: en conseguir la participación de todas las partes relevantes, desarrollar procedimientos que apoyen su relación y planear juntos el futuro. También pedimos al personal que tenga en mente el cuadro general. Las transiciones no afectan solamente al niño, cuya conducta puede reflejar el trauma de la separación y lo desacostumbrado de la nueva situación, sino también a las familias sustituta y biológica. Cuando un niño es colocado con una familia sustituta, está debe ampliarse y reorganizarse. Los adultos distribuyen de un modo diferente su tiempo y energía, y el niño de cinco años recién llegado trastorna las relaciones habituales entre el hijo de cuatro años de la familia y el niño de siete años colocado en ese hogar hace ya algún tiempo, como también el lugar de cada uno en las rutinas familiares.

El cambio también es dramático para la familia biológica. Deben habituarse a vivir sin los hijos y, como requisito para recuperarlos, tienen que cumplir órdenes relacionadas con las visitas, el estilo de vida, las clases sobre crianza de niños y la calidad de la vivienda. Una reacción inicial de hostilidad o retraimiento es común y, en el caso de los niños, puede ser un reflejo del trauma de la separación y no una actitud arraigada. Kelsey describe en sus comentarios la «actitud» que tenía cuando la separaron de sus hijos y el proceso a través del cual pudo modificarla en sentido positivo.

Las visitas durante el tiempo que dura la colocación son también pequeñas transiciones, y la carga recae principalmente en el niño. En nuestra enseñanza representamos esto por medio de una imagen concreta (véase la figura 5.1), tratando de mostrar vívidamente el movimiento del niño de una familia a la otra y de vuelta a la primera.

En el diagrama, el niño lleva una «mochila». La mochila contiene las expectativas y pautas de la familia biológica, que el niño lleva a la familia sustituta, y también las expectativas y pautas de la familia sustituta, que lleva en sus visitas a la familia biológica. El niño debe amoldarse a las pautas de ambas familias, cambiando con cada desplazamiento, e integrando la mezcla, de algún modo, en un diagrama interno del mundo familiar.

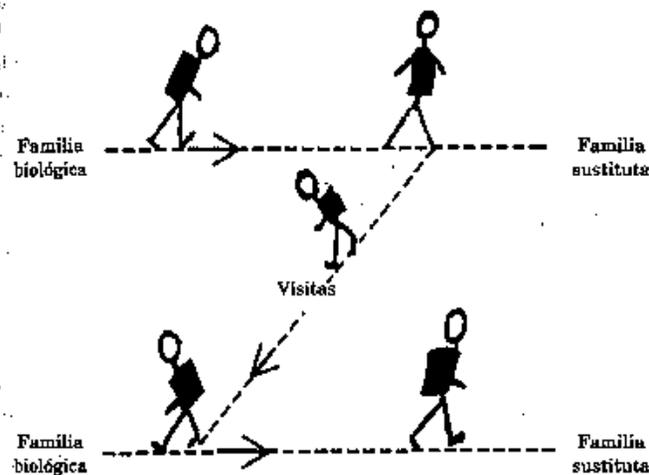


Figura 5.1. *Visitas durante la colocación en un hogar sustituto.*

Si, finalmente, la familia vuelve a reunirse, la transición, aunque bienvenida, no es sencilla. Implica cierta pérdida para la familia sustituta, así como un desafío para la familia biológica, que debe crear una situación viable pese a que previamente se la había considerado inadecuada. Esto es difícil y provoca ansiedad. Durante el período de colocación, esos padres y esos niños no han tenido el tipo de contacto diario por medio del cual la mayoría de nosotros afianzamos las relaciones, ponemos en claro quién ejerce la auto-

ridad, fijamos las reglas de la familia y establecemos mutuamente nuestra credibilidad.

Una conmovedora película de 1955 nos viene a la memoria. En *Losing Isaiah*, un niño negro de corta edad es separado de la familia blanca con la que siempre había vivido, entregado a su madre biológica, que desea criarlo pese a que nunca habían estado en contacto con anterioridad. Nada es claramente justo o injusto en esta situación, caracterizada por complejas cuestiones étnicas y profundas incertidumbres personales. La depresión del niño es tan intensa y perturbadora que las dos madres finalmente se unen y comienzan a construir para Isaiah un mundo en el que puedan atemperarse sus pérdidas y ampliarse los vínculos emocionales.

Hemos visto situaciones reales en las que, aunque el factor étnico no estaba presente, las dificultades propias de la transición eran igualmente profundas. Margo, por ejemplo, una niña de casi cuatro años, había permanecido tres en un hogar sustituto, desde que Jill, su madre adolescente, buscó la ayuda de los servicios de protección. Durante todo ese tiempo Margo había visitado a Jill y a su familia extensa en el hogar de la abuela. La reunificación fue programada para un futuro próximo, y el personal de la institución interviniente hizo los arreglos para que las familias sustituta y biológica se reunieran.

Hubo visitas recíprocas, con buena voluntad por ambas partes, pero resultó claro que la reunificación sería difícil. La familia sustituta incluía a un varón algo mayor que Margo, y ambos habían crecido juntos y compartían sus juegos. La separación iba a ser penosa. Además, Jill estaba embarazada y comprometida para casarse. Jill y Kevin iban a ser una familia en formación con un bebé a quien cuidar; la incorporación de Margo complicaría su tarea. El personal sabía que la pareja necesitaría ayuda.

Las distintas versiones de esta historia que circulan por todos los rincones del sistema de hogares sustitutos difieren en los detalles pero no en su complejidad ni en la combinación de placer y dolor. Es importante reconocer que las transiciones son períodos críticos que requieren la colaboración continuada del sistema triangular. Un resultado feliz depende del planeamiento cuidadoso, la comprensión de que las adaptaciones llevan tiempo y la disposición del personal

perseguir con su trabajo, una vez reincorporados los niños al hogar, hasta que la situación se haya estabilizado.

Los servicios de colocación de niños en hogares sustitutos deben tener en cuenta el desarrollo evolutivo

La etapa de desarrollo en que se encuentra el niño influye en todos los aspectos de su experiencia de ser transferido a un hogar sustituto: en el efecto de la separación y en la adaptación a un nuevo hogar, como también en la posibilidad de mantener un sentido de la familia original al tiempo que acepta la nueva. La realidad es muy distinta para los bebés, los niños que ya caminan, los niños en edad escolar y los adolescentes: no necesariamente más amable o más áspera en una u otra etapa, sino procesada por niveles diferentes de comprensión cognitiva y enfoque emocional.

Por lo general, la colocación con familias sustitutas se realiza teniendo en cuenta la capacidad de estas para ocuparse de niños de determinada edad. De algunas familias se sabe que son hábiles para cuidar niños de muy corta edad; a otras se las considera más adecuadas para cuidar niños en edad escolar o adolescentes. La mayoría de las instituciones preparan además a las familias sustitutas facilitándoles material de enseñanza sobre las necesidades vinculadas al desarrollo de los niños de diferentes edades.

Estas medidas son útiles, pero por muy concienzudamente que se las aplique, siguen estando centradas en la familia sustituta y el niño. Las cuestiones relacionadas con el desarrollo no se consideran de incumbencia de la tríada recién formada. En nuestra opinión, las cuestiones que conciernen al crecimiento y el desarrollo son responsabilidad de ambas familias. Estas deberían ocuparse conjuntamente de analizar los cambios, resolver los problemas que surgen y dotar de cierta uniformidad a los dos mundos del niño. La colaboración aumenta la probabilidad de que los padres sean capaces de manejar a un niño que ha crecido y ha cambiado, y vuelve a su hogar después de un período de separación.

El curso del desarrollo lleva al primer plano tareas distintas en las diferentes etapas. En el caso de los bebés, la cuestión básica es el apego: el sentimiento de seguridad que

el niño invierte en determinadas personas, y, por parte de los adultos, su investidura emocional en ese niño. Cuando un bebé es separado de su madre a una edad muy temprana, el apego básico está en peligro. Elena, por ejemplo, ha estado entrando y saliendo de diversos hospitales el año pasado, y su bebé, que fue colocado cuando tenía dos meses, ha desarrollado un vínculo de afecto con su madre sustituta. Cuando Elena lo alza para abrazarlo durante las visitas, el bebé llora, se debate y tiende los brazos a su madre sustituta. Ambas mujeres deben esforzarse por lograr la subsistencia del vínculo entre la madre biológica y el bebé, para que alguna vez puedan volver a vivir juntos, y la asistente social debe ayudar a Elena a enfrentar su sensación de desaliento durante el proceso.

En el caso de los niños pequeños que han dejado atrás la primera infancia, el desafío que plantea el desarrollo es el de fijar límites realistas y hallar un punto de equilibrio entre la autonomía y el control. Kelsey no tiene la experiencia ni la habilidades necesarias para lograr que Buddy vaya a acostarse, para acostumbrarlo a usar el orinal o para saber cuándo debe aceptar la actitud desafiante de un niño de tres años y cuándo fijar un límite. Su relación con la madre sustituta fue el marco en el que aprendió a manejar problemas relacionados con la crianza de un niño pequeño.

En el caso de los niños de edad intermedia, los problemas relacionados con el desarrollo surgen tanto en el hogar como en la escuela. Los niños de ocho y nueve años tienen privilegios y responsabilidades legítimos en el hogar. Las familias manejan esos privilegios y responsabilidades de modos diferentes, y un niño que vive con padres sustitutos lleva dos modelos en su «mochila». Es importante que las dos familias hablen sobre sus expectativas y diferencias. La madre de Mary, por ejemplo, era religiosa y quería que su hija de diez años asistiera a la iglesia y a las sesiones dominicales de catequesis. A la familia sustituta, que también era religiosa, el pedido le pareció aceptable, pero la Iglesia Pentecostal, a la que pertenecía una de las familias, no le resultaba cómoda a la otra, y entre ambas tuvieron que resolver el dilema.

Mary también había cambiado de escuela, y su experiencia y progreso en la nueva escuela era una parte importante de su vida. Los padres que han sido separados de sus hijos,

por lo general no saben cómo entrar en contacto con las escuelas a las que estos concurren. No insisten demasiado en que se los mantenga al corriente, y ni a la institución ni a la escuela se les ocurre que los padres tienen derecho a ser informados y a participar. La comunicación del progreso escolar de Mary es una tarea que debe estar a cargo de la red triangular, sobre todo mediante el contacto entre las familias.

Las cuestiones relacionadas con el desarrollo de los adolescentes son consabidas e intimidantes: la mezcla de independencia y responsabilidad, las drogas, el sexo, las pandillas, la escuela y la violencia en la comunidad. A menudo los adolescentes son separados de sus familias porque los adultos no pueden controlarlos. Ayudar a una familia a cumplir las condiciones para la reunificación no es algo que se logre sólo con programas contra la droga, asesoramiento individual o enseñanza de habilidades a los padres y el adolescente. Estos deben encontrar un modo viable de vivir juntos. No es correcto ni productivo que la familia sustituta se ocupe de las cuestiones vinculadas con el desarrollo sin dar participación a la familia biológica, ni es realista esperar que los miembros de la familia biológica vuelvan a convivir en armonía si no se han mantenido en contacto.

La colocación de un niño con miembros de su propia familia es un caso especial que requiere una clase particular de servicios

La mayor parte de los aspectos del modelo ecológico —incluyendo la colaboración, el conferir poder, la importancia que se asigna a las transiciones, la preocupación por las tareas evolutivas y la necesidad de que participen todos los miembros del sistema amplio— son aplicables a todas las situaciones de colocación en hogares sustitutos. Sin embargo, cuando se coloca a un niño con miembros de su propia familia hay una diferencia fundamental: esa colocación no crea un nuevo sistema. Más bien cambia la realidad de familiares que ya se conocen y han establecido pautas para relacionarse, ejercer la autoridad y resolver los conflictos.

Este tipo de colocación suele preferirse porque presenta claras ventajas psicológicas para el niño. Reduce el trauma

de separación y no requiere la adaptación a un mundo totalmente nuevo de personas y lugares. Colocar a un niño con un familiar también aumenta la posibilidad de que la «familia sustituta» siga formando parte de la vida del niño y funcione como un recurso para los padres cuando este vuelva al hogar.

Pero hay casos en que la situación no es nada simple. En familia extensa, además de ser parte de la solución, puede también ser parte del problema. La abuela de Alva, por ejemplo, durante largo tiempo ha desaprobado el estilo de vida de su hija, tanto como a los compañeros que esta elige, y cuando tiene a la niña a su cargo, hace difíciles las visitas de madre e hija. Cuestiona el programa de visitas, critica la manera que tiene su hija de tratar a Alva, y aprovecha la oportunidad para insistir en que los amigos de su hija están arruinando su vida. En este tipo de situaciones es relativamente común que haya tensiones, aunque cada miembro de la familia se preocupe por los demás y todos deseen lo mejor para los niños. Para que la colocación y la reunificación sean exitosas, es necesario identificar y resolver las confusiones de roles, las pautas destructivas y las cuestiones de fronteras. La creación de un sistema basado en la colaboración sigue siendo la meta principal, pero es posible que la intervención profesional se asemeje más a una terapia familiar convencional.

La situación a la que hicimos referencia en el caso de Jill y Margo constituye un ejemplo de confusión de roles y fronteras en el momento de la reunificación. Cuando Margo visitaba a su familia, lo hacía siempre en casa de su abuela; allí se encontraba con Jill y pasaban la tarde juntas. Cuando la asistente social abordó el tema de la reunificación de la familia, resultó claro que las expectativas de Jill y de su madre eran diferentes. Jill pensaba que todos ellos constituían «una gran familia». Esperaba que Margo volviera a la casa de su abuela, donde ella y Kevin podrían visitarla a menudo. Jill comentó que había dejado el hogar de su madre hacía tiempo, pero «no en mi corazón». La abuela se sorprendió: «Yo creía que cuando te habías ido de casa, te habías ido de casa». Aunque amaba a su nieta, tenía otros tres hijos y serios problemas económicos. Nunca había entrado en sus cálculos convertirse en la cuidadora permanente de Margo y actuar, si bien de modo extraoficial, como madre sustituta.

La terapia, breve y exitosa, se centró primero en Jill y su padre, y luego en las fronteras y los roles. La idea de Jill de que ella iba a ser como una hermana mayor para Margo era inmadura e imponía a su madre una pesada carga. Cuando esto quedó en claro, Kevin se unió a las sesiones, y él y Jill comenzaron a hacer planes para una familia de cuatro miembros. Junto con la asistente social exploraron la cuestión de cuál sería el mejor momento para llevar a Margo al hogar, en relación con el nacimiento del bebé, cómo reaccionaría ella y cómo harían para manejar esa compleja transición. Para entonces la abuela era un observador interesado pero periférico, y después de algunas sesiones, la pareja continuó la terapia sin ella. Más allá del contexto específico, un terapeuta de familia reconocería aquí una situación muy común en la que los padres y sus hijos —jóvenes pero ya adultos— deben esclarecer las funciones y las fronteras, y abordar el proceso que culmina en una nueva etapa del equilibrio familiar.

La capacitación del personal del sistema de hogares sustitutos

¿Cómo llegar desde aquí hasta allí? Los conceptos y las metas apuntalan la obra, pero el proceso de capacitación es otra cosa. Requiere una teoría sobre la producción de cambio, un plan secuencial y cierto conocimiento de la tarea y la estructura específicas de cada institución. Las instituciones vinculadas con los hogares sustitutos, como las que prestan otros servicios, tienen dos categorías de personal: los que actúan en contacto directo con el público y los administradores. Por consiguiente, la capacitación debe apuntar tanto a las habilidades necesarias para trabajar con los clientes como a los procedimientos que sigue la institución. Lo que singulariza a estas instituciones es que su estructura incluye también a las familias sustitutas, que llevan a cabo la tarea básica y deben capacitarse para trabajar en armonía con la familia del niño y también con los asistentes sociales.

Presentamos aquí un plan de capacitación y asesoramiento para el personal del sistema de hogares sustitutos.

El plan se basa en el modelo ecológico y refleja la experiencia recogida durante más de una década en nuestro trabajo en este tipo de instituciones. También fruto de esa experiencia es nuestro *Training manual for foster parents*, destinado a los centros que se interesan por el enfoque ecológico (P. Minuchin *et al.*, 1990). Desde su publicación en 1990, el *Manual* ha sido usado en instituciones y organismos gubernamentales de todos los estados norteamericanos, lo cual sugiere que la necesidad de una capacitación de esta índole se deja sentir en todo el país (véase el Índice en el Apéndice 5.1 de este capítulo).

En el cuadro 5.1 (pág. 139) presentamos un esquema del plan y la secuencia de capacitación. Como puede observarse, hay cinco fases, al personal de la institución y los padres sustitutos se los instruye tanto en forma separada como en forma conjunta, y hay contactos intermitentes con los administradores. En la exposición que sigue describiremos la secuencia de los procedimientos y daremos algunos detalles de la experiencia recogida durante la aplicación inicial del plan en tres instituciones.

Contacto con los administradores

Ingresamos en las instituciones como instructores externos y comenzamos por reunirnos con los directores y los ejecutivos. Ellos necesitan conocer más detalles acerca de nuestro proyecto y nosotros necesitamos saber qué esperan de la capacitación y cómo se integrará esta en el funcionamiento de la institución. Durante esos primeros contactos también establecemos las condiciones de la capacitación: quiénes participarán, dónde nos reuniremos, qué equipo necesitaremos. Estas tratativas permiten arreglar los detalles y establecer un enlace con el personal administrativo.

Convenimos con los administradores que comenzaremos con una presentación general ante todo el personal, en la que explicamos nuestro punto de vista, damos a conocer el plan de capacitación y respondemos a las preguntas que nos formulan. Como las instituciones son grandes y la capacitación intensiva está prevista para un grupo reducido de participantes, es importante que el resto del personal sepa

qué va a pasar y lo que esperamos que se difunda más tarde por toda la institución.

Cuadro 5.1. Plan y secuencia de capacitación.

| | Asistentes sociales | Padres sustitutos | Administradores |
|---|---|---|--|
| <i>Fase I</i> Contacto con los administradores; acuerdo sobre la capacitación | | | Análisis, planeamiento, contrato |
| <i>Fase II</i> Capacitación del personal; de cuatro a seis reuniones | Marco y conceptos: actividades, videocintas, representación de roles, demostración | | |
| <i>Fase III</i> Continúa la capacitación del personal. Comienza la capacitación de los padres sustitutos; de tres a cuatro reuniones | Trabajo con casos de la institución; diagramación, planeamiento, entrevistas, desarrollo de habilidades | Marco y conceptos. <i>Training manual for foster parents</i> | Análisis de criterios relativos a la admisión, las visitas y la coordinación de los casos, inspirados por problemas que plantean los casos |
| <i>Fase IV</i> Capacitación de equipos formados por miembros del personal y padres sustitutos; desarrollo de habilidades | Capacitación combinada; trabajo conjunto en cuestiones relacionadas con la admisión, las visitas, el alta, la colaboración en los equipos, la coordinación de roles; reuniones en calidad de equipos con familias de la institución | | |
| <i>Fase V</i> La institución se hace cargo de la capacitación | Los miembros del personal se convierten en líderes; capacitan a los nuevos empleados y a los padres sustitutos que inician su relación con la institución | Los padres sustitutos participan en la capacitación de los padres sustitutos que inician su relación con la institución | |

Durante la primera reunión con los administradores puntualizamos que trabajaremos con un grupo piloto de asistentes sociales y padres sustitutos, pero el proceso de selección quedará a cargo de las instituciones. Cada una lleva a cabo la tarea de distinto modo: en nuestro caso una institución pidió voluntarios entre los asistentes sociales; en tanto que otra eligió a determinadas personas y después se les preguntó si querían participar. En un lugar, los asistentes sociales seleccionados eligieron a los padres sustitutos que los acompañarían en la capacitación; en otro, los padres sustitutos fueron elegidos en forma independiente. Sólo en un caso el director de la institución participó en la selección; en los restantes, el proceso fue manejado por los supervisores y los coordinadores de la capacitación.

Las características de la Fase I varían según las situaciones. Si el instructor es un empleado de la institución, no necesita de contactos iniciales para reunirse con los administradores y enterarse de lo que necesita saber sobre el servicio. Si es provisto por el gobierno del Estado, no trabaja directamente con los administradores. Cada instructor pondrá en marcha las cosas mediante procedimientos que tengan sentido en su propio ámbito. De cualquier modo, es importante entender que a medida que progresa la capacitación, será necesario revisar criterios y procedimientos. Nosotros volvemos a reunirnos con los administradores cada tanto a fin de analizar cuestiones como la admisión, las visitas y la coordinación de los casos. En cualquier ámbito, el acceso a los administradores que establecen políticas y criterios es crucial. La capacitación se concentra en los asistentes sociales y los padres sustitutos, pero es responsabilidad de los administradores remover los obstáculos que se oponen a las nuevas maneras de trabajar.

El comienzo de la capacitación del personal

La capacitación intensiva se imparte, al principio, sólo al personal. A largo plazo, su objetivo es formar equipos en los que los asistentes sociales y los padres sustitutos, sin perjuicio de desempeñar roles diferentes, compartan un punto de vista y se complementen. La responsabilidad profesional recae en los asistentes sociales, y el enfoque que presenta-

mos difiere en ciertos aspectos del modo como hasta ese momento han realizado su trabajo. Es importante que analicen el material y practiquen las habilidades antes de que los padres sustitutos se unan al grupo.

Durante la Fase I sentamos las bases para los cambios en la actitud y el marco conceptual. Queremos que el personal amplíe su definición de quiénes son los participantes en un caso típico; que comprendan que la conducta es función de la interacción y que tanto la familia biológica como la sustituta establecen pautas repetitivas y observables. Como la mayoría de los asistentes sociales sienten un interés especial por los niños —que, por supuesto, ocupan el centro de la escena—, también destacamos la experiencia del niño como miembro de dos familias y como persona que debe hacer la transición de una familia a la otra.

Los medios empleados para sentar esas bases dependen de las características del grupo que se capacita, como también de las preferencias del instructor y de los materiales con que cuenta. Nosotros utilizamos ejercicios, videocintas, información didáctica, notas, debates, representación de roles y demostraciones. Muchos de los ejercicios y de los guiones para la representación de roles los hemos incluido en el *Training manual for foster parents*, y son útiles no sólo para la capacitación de padres sustitutos sino también para cualquier grupo profesional interesado en ampliar y actualizar su propio enfoque.

Por ejemplo, utilizamos una actividad —que se describe en la primera sesión del *Manual*— para introducir a los participantes en las realidades de la vida familiar. Les pedimos que hagan un diagrama de su familia, escribiendo las edades y empleando símbolos para indicar los géneros, a fin de obtener una representación sencilla de la constitución y la estructura de su familia. Luego formamos pequeños grupos y pedimos a sus integrantes que intercambien sus diagramas y que «formulen una conjetura» sobre una tarea evolutiva para la familia de otro miembro del grupo en la etapa en que se encuentra en ese momento (por ejemplo, «Usted tiene dos hijos que van a la escuela; probablemente debe ocuparse de que hagan los deberes y estar atenta a cómo les va»; o «Veo que su padre vive con usted y que ya no es joven; tal vez tenga que cuidarlo»). Luego pasamos a un ejercicio en el que una familia se hace cargo de un niño de cinco años

y cada participante opina sobre la reacción probable de su propia familia en esa situación: ¿cuáles serían las expectativas de la familia respecto del niño? ¿Qué reglas tendría que seguir este? ¿Cómo reaccionarían los miembros de la familia si el niño fuera mandón o agresivo? ¿Quién lo tranquilizaría si estuviera asustado?

A este ejercicio podría seguir una representación de roles (Sesión 3 del *Manual*) en la que dos hermanos —Tony, de diez años, y Willis, de ocho— han sido colocados recientemente con una familia. Según el guión para la representación de roles, la madre sustituta ha estado hablándole a Willis, quien no la mira ni le contesta, y Gloria, la hija de once años de la familia, empieza a burlarse de él. La representación comienza cuando Tony habla, del modo que al participante se le ocurra, y prosigue a partir de allí. El propósito de la actividad es estimular la discusión sobre las expectativas de una familia sustituta, los roles de los niños en la familia de la que proceden y las relaciones entre hermanos. Una referencia a la «mochila» que los niños llevan de una familia a la otra es un medio útil para organizar la discusión.

En nuestra enseñanza recurrimos con frecuencia a las videocintas para ilustrar y promover la discusión. No todos los instructores tienen fácil acceso a grabaciones de reuniones familiares, pero son un excelente material didáctico y vale la pena esforzarse por conseguir las o producirlas. Si un grupo de profesionales espera aprender a «hacer terapia familiar», tal vez tenga un interés especial en esas cintas, pero lo importante no es la terapia, sobre todo en las etapas introductorias. Lo importante es la interacción de los miembros de la familia. Las videocintas ofrecen la posibilidad de demostrar que la conducta es circular y complementaria, y que las pautas se repiten. El instructor puede contribuir a mantener a la familia como centro de la atención intensificando el uso de los botones de pausa, detención, rebobinado y avance rápido de la videograbadora, yendo hacia atrás y hacia adelante para ayudar al grupo a captar lo que pasó por alto. Por ejemplo, el grupo puede rebobinar para ver que la hija cambia de tema cada vez que la madre reprende al hijo y este parece a punto de explotar, y buscar luego esa misma pauta en otro lugar durante la sesión.

Como los profesionales suelen dirigir automáticamente su atención a lo patológico, utilizamos las videocintas para

mostrar signos de fortaleza e inventiva en una familia. Y como están acostumbrados a reparar en el contenido, las videocintas son útiles para atraer la atención hacia pautas no verbales que dicen mucho sobre el funcionamiento de la familia: quién conduce las discusiones, quién consuela a otros, cómo se transmiten mensajes mediante el lenguaje corporal, etc. Siempre que sea posible enseñamos con videocintas de la misma población que la clientela de la institución, en las que aparecen problemas típicos de las familias cuyos hijos han sido colocados en hogares sustitutos: madres solas, adolescentes embarazadas, drogadicción, malos tratos, abuso sexual, sida.

Después de la enunciación y exploración de las ideas básicas, pasamos a las habilidades que se necesitan para trabajar con familias. Destacamos la conectividad y el conferir poder y, más específicamente, la importancia del unirse a la familia, la búsqueda de recursos y la complementariedad. Lo primero les resulta relativamente fácil a los asistentes sociales. La búsqueda de recursos y la complementariedad, que son formas de conferir poder a la familia, es más difícil. Con los problemas que exhiben las familias afectadas por crisis múltiples como telón de fondo, y acostumbrados a la tradición profesional de destacar la patología con la que hay que lidiar, los miembros del personal pueden tener dificultades para concentrarse en los puntos fuertes y los recursos. También puede ser difícil para personas inclinadas, por su profesión y su naturaleza, a ayudar al prójimo, dar un paso atrás y dejar el control y la acción en otras manos. Sin embargo, la complementariedad significa que, cuando los profesionales son muy activos, los clientes deben ser más pasivos, y, a la inversa, cuando el personal les deja más espacio, los clientes asumen un papel más activo. Tanto la acción de destacar la fortaleza de la familia como el esfuerzo por contener la propia competencia son habilidades importantes para el personal que trabaja en este ámbito.

Una reunión descrita precedentemente, en la que participaron «Kiko», su hermano menor y sus padres sustitutos y biológicos, constituye un buen ejemplo de unión y atribución de poder. La asistente social sugirió que la madre biológica se ocupara del bebé y que los padres sustitutos describieran su hogar y su familia a los padres de los niños. La instructora propuso que la madre biológica diera detalles

sobre el desarrollo temprano de los niños a los padres sustitutos. La sesión incluyó muchos niveles que fueron útiles no sólo para las familias sino también para la capacitación del personal.

Lo que vio el personal fue una forma de intervención que hizo que pasara inadvertida la competencia profesional, modificó la pauta habitual de complementariedad y confirió poder a personas acostumbradas a que se las descalificara. Mediante sugerencias y conductas simples, la instructora dejó espacio a la asistente social, la asistente social dejó espacio a los padres sustitutos, y los padres sustitutos dejaron espacio a los padres biológicos. El personal vio además que la tensión y el recelo iniciales se fueron disipando como resultado de la creciente familiaridad y el intercambio de información. Por último, tuvo oportunidad de examinar las deficiencias del proceso de admisión: si la familia hubiera sido convocada a una reunión de este tipo al comienzo, habría quedado en claro que Kiko podía caminar y hablar y que sabía su nombre, como también que su conducta regresiva era una reacción a la separación y la colocación con otra familia.

Por lo general, el instructor no decide qué familias pueden ser utilizadas con fines de enseñanza. No obstante, es importante buscar algunas familias que estén en la etapa de admisión y otras que estén por ser dadas de alta. Ello permitirá al personal examinar qué procedimientos son más eficaces para conferir poder a la familia en las distintas etapas.

El comienzo de la capacitación de los padres sustitutos

En un comienzo, a los padres sustitutos se los capacita por separado, por dos razones. En primer lugar, ellos tienen su propia perspectiva y tienen que poder explorar las realidades de su tarea específica antes de reunirse con un grupo diferente. En segundo lugar, las primeras reuniones sirven para cambiar la posición que ocupan en la estructura.

La mayoría de las instituciones requiere activamente sus servicios; su contribución es reconocida abiertamente, incluso con agradecimiento. Si no fuera por estas familias, los niños no podrían ser colocados, algo que el sistema en su

totalidad comprende perfectamente. Sin embargo, la definición de la tarea y el proceso de selección, reclutamiento, capacitación y evaluación a menudo transmiten un mensaje de funciones limitadas (cuidado de los niños) y control estricto (obediencia a las reglas y órdenes de la institución). Aunque lo que motiva la vigilancia y el control es la obvia necesidad de proteger a los niños, el proceso de capacitación con frecuencia desperdicia una oportunidad valiosa para estimular a los padres sustitutos y conferirles poder como miembros importantes del equipo de servicios.

En casi todas las instituciones hay algunos padres sustitutos recién reclutados y otros con experiencia. La capacitación de los novatos debe incluir información sobre los procedimientos de la institución y los detalles del cuidado de los niños, pero también es importante moldear su opinión sobre los servicios desde el comienzo, destacando la importancia de la familia biológica y la amplitud y el potencial de su propio rol. Los novatos pueden tener una mentalidad abierta en esta etapa, pero si su actitud hacia las familias biológicas es demasiado crítica o irrespetuosa, es mejor descubrirlo pronto.

Los padres sustitutos con experiencia a menudo han recibido y entregado un buen número de niños a lo largo de los años, y conocen muy bien las rutinas. Pueden ser muy expertos en la crianza de niños ajenos o muy renuentes a cambiar sus puntos de vista, o ambas cosas a la vez. Para lograr un enfoque coherente, la institución ha de proveer capacitación adicional también a los padres sustitutos con experiencia. En su caso, el objetivo de la capacitación es explorar las actitudes, ampliar los roles y honrar los frutos de la experiencia acumulada. Al mismo tiempo, la experiencia de la capacitación debería hacerles sentir que están ascendiendo en la escala jerárquica de la institución.

El *Training manual for foster parents* puede utilizarse por igual con grupos de padres sustitutos novatos o experimentados, sin otro requisito que el de introducir las modificaciones apropiadas. El *Manual* consta de una sección teórica en la que se desarrollan los conceptos expuestos en este capítulo, a continuación de la cual figuran las instrucciones para conducir ocho sesiones de capacitación. El tema principal y las actividades de capacitación correspondientes a cada una de las sesiones se indican en el Apéndice 5.1.

Las primeras cuatro sesiones presentan un marco para la comprensión de las familias, destacando en especial su diversidad y fortaleza, así como lo que experimentan el niño y las dos familias en respuesta a la colocación. Las actividades incluyen la gama ya descrita: confección de diagramas de la familia, representación de roles, trabajo en pequeños grupos y análisis de ejemplos de casos. Estas actividades ayudan a los participantes a comprender mejor la interacción entre su propia familia y la biológica. Aprecian más la fortaleza potencial de la familia biológica y los efectos traumáticos de la separación y la colocación. La mayoría de los padres sustitutos tiene una comprensión básica de las características del desarrollo, dado que por lo general tienen hijos propios. Sin embargo, una reseña sobre el desarrollo evolutivo de los niños en el contexto de un hogar sustituto sirve para recordarles que puede haber diferencias en el comportamiento de niños de distinta edad que la de sus propios hijos. Además, los niños colocados en hogares sustitutos a menudo han tenido que afrontar experiencias difíciles antes de la colocación, y han sido sacados de su ambiente.

Una vez flexibilizadas las actitudes básicas y alentada la generación de ideas, los padres sustitutos tienden a identificarse con la situación difícil y la perspectiva de los padres biológicos. Con frecuencia presentan sugerencias creativas para establecer vínculos y asignar a las familias un rol más amplio en lo que se refiere al cuidado de los niños y la adopción de decisiones importantes.

Hemos comprobado que un examen a fondo del tema de las visitas resulta provechoso (véase la Sesión 5 del *Manual*). Las visitas que hacen los familiares a los niños colocados en hogares sustitutos son vitales, y los contactos entre las dos familias son esenciales. El criterio de la institución sobre las visitas debe ser flexible y estar abierto a la negociación. En relación con las visitas, los padres sustitutos pueden ser los miembros más recelosos del triángulo pero también los más creativos. Si son novatos, es posible que adhieran a estereotipos negativos o tal vez hayan oído anécdotas inquietantes sobre padres entrometidos. Si son experimentados, quizás hayan llegado a sentirse cómodos con las rutinas institucionales que limitan las visitas y consideren que lo importante es proteger a la familia sustituta de los familiares del niño. Por otra parte, hemos visto a menu-

do que, una vez introducido el tema, las familias sustitutas reaccionan aceptando las visitas con naturalidad y sugieren alternativas a las visitas de rutina en la sede de la institución, como por ejemplo un picnic en el parque, una reunión en McDonald's, fiestas de cumpleaños compartidas, llamadas telefónicas e intercambio de fotografías y de cartas. Las madres sustitutas que participaron en nuestro proyecto consideraban razonable la idea de que hubiera contactos entre las familias, y también entre el niño y su familia biológica. Como dijo una de ellas: «Los niños se manejan mejor si saben que su madre nos agrada».

En cierto sentido, los padres sustitutos «tienen más calle» que los asistentes sociales y son más propensos a aceptar las condiciones en que viven los padres biológicos. Un ejercicio del *Manual* (Sesión 5) describe una situación en la que un niño de siete años es colocado en un hogar sustituto mientras su madre cumple una pena de prisión de seis meses por cargos vinculados con la droga. Se pidió a un grupo de padres sustitutos que analizaran esta complicada situación y dijeran si —y de qué modo— el niño podía ser llevado a visitar a la madre durante ese período. A los asistentes sociales a menudo les resulta particularmente difícil opinar sobre este asunto, pero el grupo de padres sustitutos, que habían sido seleccionados recientemente, reaccionó entablando una discusión directa y vigorosa. No todos se sentían cómodos con la situación, pero, por el hecho de residir en zonas urbanas deprimidas, estaban familiarizados con las realidades de sus respectivos barrios. Estuvieron de acuerdo en que no era posible evitar que el niño supiera dónde estaba su madre, en que para ese muchachito deprimido era importante ver a su madre y hablar con ella, y en que sería necesario prepararlo con anticipación para afrontar los procedimientos y la atmósfera de la prisión.

Cuando los padres sustitutos estaban aún en su propio grupo, los oímos expresar concepciones claras de su rol, como también su convicción de que contaban con información específica de la que no disponía el personal.

En opinión de Myra,

«Lo que pasa es que... el servicio no siempre es capaz de ver lo que está haciendo la madre biológica. Somos nosotras... Nosotras somos las que tenemos que obser-

var. . . La mayor parte del tiempo las madres sustitutas comprenden mejor a las familias y conocen a los padres mejor que los asistentes sociales, de modo que en realidad depende de nosotras».

Clara ve la situación desde otro ángulo. Dice lo siguiente:

«Algunos asistentes sociales consideran que la madre natural es una mala influencia para el niño, y las madres lo perciben. ¡No son estúpidas!».

Janine no está tan segura. Dice:

«Bueno, si la madre es drogadicta o algo parecido. . .».

Pero Clara es terminante:

«¡Aunque sea adicta a las drogas o a cualquier otra cosa, sigue siendo la madre de ese niño! Es un ser humano, como usted y yo. Por malos que sean el padre o la madre, el niño quiere volver con ellos. Aunque su madre natural sea la peor de las madres, el niño querrá volver con ella».

Marilyn aporta aun una observación a esta discusión:

«Hay asistentes sociales que son buenos y otros que no lo son tanto. Algunos se esfuerzan muchísimo para reunirse a los padres con sus hijos y otros dicen "Bah, no es más que una cocainómana. . . No es más que una drogadicta"».

Puede ser útil que, cuando su grupo se fusiona con el de los padres sustitutos, los asistentes sociales oigan estas críticas, quizá no expresadas antes.

El equipo: capacitación en común del personal y los padres sustitutos

Cuando el personal y los padres sustitutos se reúnen como equipo, ya tienen en su haber algunas actitudes apro-

piadas y algunas habilidades. Su tarea es ahora doble: formar equipos basados en la cooperación y trabajar juntos con las familias biológicas.

Los equipos son a la vez poderosos y complejos. Cuando dos personas trabajan juntas, con frecuencia complementan sus capacidades, pero también pueden presentarse problemas relacionados con la categoría, el territorio y el rol. Si la categoría de los distintos miembros del equipo es diferente desde el principio, a menudo la colaboración se vuelve difícil. Algunas habilidades importantes para el trabajo con las familias biológicas también son útiles en esta situación: unirse, escuchar lo que dice el otro, conferir poder y ser capaz de asumir roles complementarios. Los miembros del personal y los padres sustitutos deben discutir su interpretación del territorio, ventilar sus confusiones y examinar la índole de su autonomía e interdependencia.

Esta fase de la capacitación es fundamentalmente práctica. Equipos compuestos por asistentes sociales y padres sustitutos se reúnen con familias biológicas vinculadas con la institución. En todos los casos, la tarea del equipo es crear una red orientada a la colaboración para que la familia del niño pueda actuar como un miembro central y respetado del triángulo. Mientras trabajan juntos, los miembros del personal y los padres sustitutos por lo general llegan a comprender qué funciones recaen naturalmente en unos y otros, en qué punto se sumen en la confusión y cuáles son los problemas que deben resolver.

Hay muchas maneras de consolidar una perspectiva compartida y prepararse para las reuniones con las familias biológicas. Los comentarios de Kelsey que mencionamos antes estaban dirigidos a un grupo mixto de asistentes sociales y padres sustitutos que seguían un curso de capacitación. Le habíamos pedido a Kelsey que relatara su experiencia como madre e hiciera sugerencias sobre el modo de mejorar los procedimientos. En esta reunión, los miembros del personal y los padres sustitutos recibieron una detallada información sobre las necesidades, la frustración y la susceptibilidad de la madre. Su relato provocó una discusión sobre el efecto que tiene la conducta de la madre sustituta en los parientes del niño, los problemas que pueden surgir durante la crianza de un niño pequeño y el modo como una madre sustituta —en calidad de modelo y de facilitadora de

la competencia de la madre— puede aumentar la posibilidad de una reunificación exitosa de la familia. La discusión también sugirió un rol necesario para el asistente social: el de observar la relación entre las dos familias e intervenir en la situación cuando la calidad de esa relación desciende en espiral.

A fin de expandir sus roles y su colaboración, es importante que los equipos se reúnan con familias que presentan problemas diferentes. En un caso, la madre biológica de tres varones estaba distanciada de la institución, por lo cual los asistentes sociales y los padres sustitutos tenían ante sí un complejo problema que resolver.

En un momento crítico de su vida, Jana había acudido voluntariamente a la institución para que se hiciera cargo de sus tres hijos. Fueron colocados con dos familias distintas y Jana los visitaba regularmente en la institución. En una oportunidad sintió que el lugar era demasiado estrecho y ruidoso y pidió que le permitieran salir con los niños. Como su pedido iba contra las reglas, fue denegado. Jana se disgustó y, al agravarse la situación, interrumpió todo contacto con la institución y dejó de visitar a sus hijos.

Como la asistente social y las dos madres sustitutas formaban parte de un proyecto de capacitación, analizaron la situación con el grupo y el instructor. Se decidió que, dado que las madres sustitutas eran vecinas y cuidaban de los hijos de Jana, serían ellas quienes tomaran contacto con esta, y no el personal de la institución. Jana aceptó acudir a una reunión. El equipo elaboró un plan: la sesión sería conducida por las madres sustitutas, pero la asistente social estaría presente y prestaría su colaboración si fuera necesaria. El objetivo era establecer contacto, salir del estancamiento al que se había llegado en la relación entre Jana y la institución y comenzar a formar una red de colaboración.

La sesión comenzó con Jana sentada entre Clara y Laura, las madres sustitutas. Maude, la asistente social, se sentó un poco más lejos. Una vez que todos se acomodaron, Jana permaneció sentada en silencio con los brazos cruzados, recelosa y con el rostro serio.

Clara fue la primera en hablar. Tenía a su cargo al mayor de los muchachos, Bobby, de doce años, y al menor, Malcolm, de cinco.

«Jana, simplemente quería decirle. . . tiene dos hijos hermosos».

Un comienzo gentil. Jana sonríe, asiente y se relaja un poco. Laura se refiere en son de broma a las diabluras de James. James tiene diez años y ha sido colocado por separado porque es un niño más difícil. Jana comenta que todo el mundo mimaba al mayor y al más pequeño, pero que James era el del medio y las cosas no iban tan bien para él.

Clara pregunta: «¿Le agrada la forma en que cuida a sus hijos?». Da por sentado que Jana tiene sus propias normas y que tiene derecho a juzgar la forma en que otra persona cuida a sus hijos.

Jana dice que sí, y que sabe que Clara los está malcriando. Es un comentario jocoso, y ambas ríen. Clara continúa, pero en tono serio. Habla sobre Malcolm, que tuvo dificultades cuando llegó a su hogar. «Era muy emotivo. Tuve que dedicarle mucho tiempo. . . es más fuerte ahora».

A esta altura, Jana comienza a participar activamente. Habla sobre sus hijos y sobre el problema que significó prepararlos para la separación. Comenta que nunca le ocultó nada a Bobby, que es responsable y muy inteligente, y que aunque les explicó la situación a los dos mayores, sabía que Malcolm era demasiado pequeño como para entender. Mientras Jana continúa hablando, resulta claro que es una madre inteligente y observadora que se preocupa por sus hijos y que conoce bien la personalidad de cada uno y las diferencias que hay entre ellos.

Laura interviene en la conversación para referirse a las dificultades que tiene con James, que es propenso a pelearse.

«Precisamente ahora tengo ese problemita con él», dice. «Usted, cuando él tenía una rabieta, como suele suceder. . . Lo que quiero decir es, ¿cómo se las arreglaba? ¿Qué hacía usted?».

Esto equivale a un respetuoso voto de confianza. Laura está pidiendo ayuda para resolver un problema relacionado con el cuidado y el manejo del niño, reconociendo que Jana tiene experiencia en la tarea de lidiar con su hijo y quizá pueda aportar algunas ideas útiles. Es un primer paso hacia la formación de un sistema adulto, basado en la cooperación, que puede aunar recursos en beneficio del niño. Jana le responde con igual amabilidad. Dice que James se porta-

ba del mismo modo con ella y que al niño no le agrada que la gente le diga lo que tiene que hacer. Luego explica cómo hacía ella para manejarlo.

Al cuarto de hora de haber comenzado la reunión, las tres madres estaban conversando sobre los niños y las realidades de la situación. Aunque la conducta de las madres sustitutas era espontánea, se basaba en la comprensión de lo importante que es relacionarse con la familia de los niños confiados a su cuidado, y reflejaba la habilidad para transmitir respeto e interés que habían aprendido. Como resultado, bastó un breve lapso para que estuvieran en condiciones de aprovechar los recursos y los conocimientos de la madre y comenzar a comunicarse productivamente.

La asistente social estuvo presente pero permaneció en silencio la mayoría del tiempo, permitiendo que la flamante relación se desarrollara. Si las madres sustitutas hubieran sido menos hábiles o Jana menos receptiva, habría tenido que mostrarse más activa. Como nada de eso ocurrió, su función consistió en facilitar las cosas manteniéndose en segundo plano. En el futuro, a medida que se vayan sucediendo los acontecimientos, tendrá la responsabilidad de evaluar el progreso, actuar como mediadora si es necesario y seguir adelante con el caso.

Sabemos por experiencia que los asistentes sociales y los padres sustitutos pueden aprender juntos, formar equipos cooperativos, trabajar con los casos que se van presentando y afinar sus habilidades con el tiempo. Sin embargo, esos equipos forman parte de una institución y el éxito de sus esfuerzos depende en buena medida de la revisión administrativa de normas y procedimientos.

Contacto permanente con los administradores

Mientras la capacitación sigue su curso, mantenemos contactos intermitentes pero reiterados con los administradores y supervisores. A menudo determinados casos traen a primer plano cuestiones relacionadas con las normas. En el caso de Jana, por ejemplo, las normas sobre las visitas de familiares necesitaban una revisión. Jana era una madre responsable, y su pedido de que le permitieran llevar a sus hijos al parque era razonable. Si la institución insistiera en

aplicar estrictamente las normas, pondría en peligro su contacto con las dos madres sustitutas.

Muchos procedimientos se siguen por hábito más que por obligación legal, y con frecuencia se basan en el deseo de prevenir complicaciones. La política de que las visitas familiares se realicen sólo en la institución suelen fundarse en la necesidad de control, los problemas logísticos y la protección de los niños y las familias sustitutas. El criterio es comprensible como base, pero ¿no se lo podría ampliar y flexibilizar? ¿Bajo qué condiciones? ¿No podrían evaluarse los procedimientos caso por caso o avanzar gradualmente? Por ejemplo, ¿no podría Jana salir con sus hijos acompañada por una madre sustituta hasta que la idea de darle carta blanca resultara aceptable para todos los participantes?

Hemos explorado otras situaciones que requieren apoyo administrativo para los nuevos procedimientos, en especial las relacionadas con la admisión, la coordinación de los casos y los servicios intensivos en los momentos de transición. A menudo es posible reunir a las dos familias tan pronto como el niño es colocado, reduciendo así el trauma de la separación. La burocracia se mueve con lentitud; acelerar el proceso de admisión y ampliar la lista de participantes sólo es posible si los responsables lo consideran esencial para los niños, las familias y el resultado final. El cambio requiere apoyo en todos los niveles institucionales, comenzando por los encargados de formular políticas.

Lo mismo puede afirmarse en relación con la reorganización estructural de la institución. Hemos abogado por la coordinación del manejo de los casos dentro de la institución y más allá de ella, presentando ejemplos de confusión y sufrimiento en casos particulares a fin de incitar a la discusión de la política. También examinamos la posibilidad de que el personal dedique más tiempo a los clientes durante los períodos de transición. Esos momentos son especialmente difíciles y también especialmente maleables. Cuando los nuevos sistemas están en formación, su potencial para evolucionar en forma positiva o negativa está en el máximo nivel, y los esfuerzos extraordinarios que se realizan en esa etapa suelen ser particularmente productivos.

Hasta ahora, al describir la capacitación nos hemos referido al trabajo con instituciones individuales. Aunque los obstáculos al cambio aumentan con la participación crecien-

te de las familias, el personal y los administradores, el mejoramiento de las políticas, procedimientos y habilidades en una institución es una meta razonable. Más allá de estas fronteras, en los puntos en que la institución se articula con otros sistemas, el desafío se vuelve más intimidante.

Más allá del triángulo: el trabajo en los puntos de articulación con otros sistemas

En casi todas las situaciones de colocación de niños en hogares sustitutos, los sistemas externos a la institución afectan decisiones importantes e inciden en el progreso de los casos. Considérese la red de sistemas que influyen de algún modo en los siguientes casos.

Mary está ansiosa por que le devuelvan a su hijo. Ha asistido a las clases sobre cuidado de niños y las sesiones de asesoramiento que le fueron prescriptas, ha visitado a su hijo regularmente y tiene una buena relación con la familia sustituta. La asistente social de la institución que supervisa la colocación piensa que ya está preparada, pero la que trabaja en los servicios de protección a la infancia no está de acuerdo. Se centra en lo ordenado por el tribunal y piensa que la tarea principal de Mary es completar el número de audiencias prescriptas. Las audiencias del tribunal han sido fijadas, canceladas, vueltas a fijar y vueltas a cancelar. Mary es una mujer que sabe expresar sus ideas y piensa que puede hablar por sí misma; se queja porque cada vez que debe concurrir a una audiencia, el juez habla con los abogados y los funcionarios del servicio de protección, pero nunca con ella. La situación permanece sin resolver desde hace algún tiempo y Mary siente un profundo desaliento. Tienen que ver con esta situación el sistema legal, los servicios de protección, los servicios de asesoramiento y educación, el sistema de colocación en hogares sustitutos y la institución que maneja esa colocación.

Los hijos de Angie están en hogares sustitutos y ella participa en un programa residencial contra la droga. Para el programa lo importante son la historia de Angie, sus sentimientos y sus progresos en la comunidad terapéutica.

Pero Angie, a quien le preocupan sus hijos y su compañero, deja el programa desoyendo los consejos del personal. Tienen que ver con esta situación el programa de rehabilitación, el sistema de bienestar social, el sistema de colocación en hogares sustitutos y la institución que maneja esa colocación.

Alfreda, que carece de vivienda, tiene tres hijos: dos de ellos están en hogares sustitutos y el tercero vive con su abuela. Tiene la oportunidad de ocupar una vivienda decente, provista por un grupo enérgico y eficaz dedicado a ayudar a las mujeres con problemas, pero se trata de una vivienda de un solo ambiente. La mayoría de las mujeres que viven allí tienen hijos en hogares sustitutos. Si Alfreda acepta esa vivienda, no podrá reunirse con su familia. Tienen que ver con esta situación las entidades públicas y privadas que proporcionan viviendas subsidiadas a los necesitados, el sistema de colocación en hogares sustitutos y las instituciones que manejan esa colocación.

Nelda y Angie tienen hijos con necesidades especiales que han sido colocados con familias sustitutas capacitadas para cuidarlos. El hijo de Nelda tiene una discapacidad mental, y la hija de Angie, una discapacidad física. Ambos niños reciben atención médica a través del sistema de bienestar infantil, y los padres sustitutos reciben supervisión y entrenamiento especializados. No está previsto que Nelda o Angie participen en esas actividades, pese a que existe la posibilidad de que vuelvan a vivir con sus hijos o, al menos, de que sigan en contacto con ellos por tiempo indefinido. Tienen que ver con esta situación los servicios de protección, los sistemas médico y educativo, el sistema de colocación en hogares sustitutos y las instituciones que manejan esa colocación.

Maureen, de diecisiete años, y su hijo están en un hogar sustituto. Viven con una pareja que les ha cobrado afecto y desea ayudarlos a reintegrarse a su propia familia. Maureen mantiene su vinculación con su familia biológica a pesar del elevado nivel de desorganización, uso indebido de sustancias y violencia doméstica que imperan en ella. Los contactos entre las dos familias se caracterizan por la desconfianza mutua, pero la asistente social del centro para adolescentes embarazadas ha estado tratando de acercarlas. La tensión lleva a Maureen a mentirle a su madre

sustituta respecto de una visita a su padre, y es descubierta. La familia sustituta, sintiéndose traicionada, se encoleriza y la asistente social de los servicios de protección considera la posibilidad de colocar a Maureen y a su hijo con otra familia. Tienen que ver con esta situación los servicios de protección, el centro para adolescentes embarazadas, el sistema de colocación en hogares sustitutos y la institución que maneja esa colocación.

Todos estos casos tienen algo en común. Aunque las figuras principales están integradas en familias, ninguno de los sistemas o servicios toma en cuenta este hecho. La entidad gubernamental que adjudica viviendas subsidiadas ve en Alfreda un individuo sin techo. El programa antidroga se ocupa de los fantasmas y las defensas de Angie. El sistema de protección y el de colocación en hogares sustitutos piensan que Maureen y su hijo son sus únicos clientes. Ninguno ve a una familia extensa como cliente.

Aunque hay un problema dentro de cada sistema, la situación se agrava cuando intervienen varios sistemas. Cuando dos sistemas se superponen hay un bloqueo en la articulación, un estrechamiento de la perspectiva. Nadie les dice a los expertos en rehabilitación que entrenen a los padres biológicos de los niños discapacitados, y no sólo a los padres sustitutos. Nadie piensa que Mary debería reclamar personalmente la guarda de sus hijos o describir sin intermediarios los recursos de su familia ante el tribunal. La información le llega al juez a través de la asistente social del servicio de protección a la infancia, quien describe la situación desde su propio punto de vista. No existe la posibilidad, en esta coyuntura, de considerar a Mary en el contexto de su familia.

¿Es posible influir en la comunicación entre los sistemas de modo que estos se preocupen más por la preservación de las familias? Sí y no. Lo que se puede lograr en una institución no es tan fácil cuando intervienen sistemas más amplios. Para introducir cambios de vasto alcance en la organización del sistema legal, las entidades gubernamentales que subsidian la vivienda, el sistema de bienestar infantil, los programas antidroga y los servicios médicos para las personas sin recursos, es necesario trabajar en otro nivel. Sin embargo, los terapeutas, instructores y asistentes sociales del sistema de hogares sustitutos no están totalmente

desprovistos de recursos que les permitan influir en los sistemas establecidos. Pueden promover la concientización, divulgando los resultados de la mala coordinación y el alto costo y los efectos contraproducentes de las políticas que no toman en cuenta a las familias. Pueden conseguir el apoyo de las personas encargadas de formular políticas y hacer causa común con los miembros de otros sistemas que compartan los mismos objetivos.

La reunión descrita en el capítulo 1 es un ejemplo de un esfuerzo de esa clase. A dicha reunión concurrieron Angie y su familia, los padres sustitutos de sus dos hijos, asistentes sociales de la institución a cargo de los hogares sustitutos, miembros del personal del programa antidroga que Angie había abandonado repentinamente, y un miembro de nuestro equipo. Se trataba de una exploración, un esfuerzo por lograr que se conocieran mejor las diferentes perspectivas y las complejas cuestiones que eran importantes para todas las partes involucradas. En qué medida se logró perturbar constructivamente las posiciones opuestas, no lo sabemos. Pero esa discusión fue un comienzo. Permitió que interactuaran los representantes de varios sistemas y puso de relieve la necesidad de contar con servicios integrados.

Reunir a los representantes de distintos sistemas que trabajan con una familia es un procedimiento promisorio, al que se puede recurrir para facilitar el cambio. En el caso de la colocación de niños en hogares sustitutos, los funcionarios del servicio de protección a la infancia son responsables del cumplimiento de las órdenes judiciales y tienen un poder considerable. Pueden oponerse a una sugerencia de reunificación aunque el asistente social la considere aconsejable. Si se los pone en contacto con el triángulo que forman las familias biológica y sustituta y los asistentes sociales, pueden enterarse de la existencia de factores favorables, más allá del cumplimiento de las condiciones prescritas por el tribunal, como por ejemplo el desarrollo de un sistema de apoyo confiable o el incremento de la habilidad para criar a los niños. Pueden entonces escuchar con más confianza la evaluación positiva de sus colegas, y es probable que actúen más como patrocinantes que como obstáculos cuando un progenitor pide que le devuelvan a sus hijos.

Los casos son específicos, pero ponen en evidencia que las normas y los procedimientos son defectuosos y deberían

ser corregidos. Los tribunales deberían adaptar sus programas y rutinas de un modo que les permita escuchar directamente a los demandantes, aun cuando tengan un interés justificable en la opinión de los expertos. Las entidades públicas o privadas, cuya misión es facilitar a las personas sin recursos el acceso a una vivienda, deberían responder a las realidades del contexto social y revisar los tecnicismos que mantienen separadas a las familias. Los sistemas de derivación que organizan servicios educativos, médicos y terapéuticos para los niños deberían tomar en cuenta la realidad circundante y trabajar tanto con las familias biológicas como con las sustitutas. A la larga, esos procedimientos pueden resultar atinados desde el punto de vista económico, como también más amistosos hacia las familias.

En estas zonas de articulación entre el servicio de colocación de niños en hogares sustitutos y los sistemas asociados que intervienen en la vida familiar, es importante cuestionar las fronteras, conectar a los participantes y buscar procedimientos de integración. Los movimientos nacionales que luchan por conseguir servicios comunitarios globales y un manejo coordinado de los casos se mueven en esa dirección. Los asistentes sociales que trabajan en una institución progresista pueden aprender de esos esfuerzos y secundarlos.

Apéndice 5.1. Manual de capacitación para padres sustitutos basado en una perspectiva ecológica del servicio de colocación de niños en hogares sustitutos

Sumario

Carta abierta a los administradores e instructores de la institución

PRIMERA PARTE

El punto de vista ecológico y el servicio de colocación de niños en hogares sustitutos

- Interacción familiar
- Pautas familiares
- La situación en el sistema de hogares sustitutos
- Capacitación de los padres sustitutos

Temas y habilidades

- Los temas básicos
 - Preservación de la familia
 - Alcanzar a la familia extensa
 - Conferir poder a la familia
 - Etapa evolutiva
 - Períodos de transición
 - Las habilidades
 - Unirse a la familia
 - Diagramación
 - Trabajo con la complementariedad
 - Búsqueda de recursos

SEGUNDA PARTE

Primera sesión. ¿Qué es una familia sustituta?

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. Confección de un diagrama de la familia sustituta
- II. La familia sustituta: tareas evolutivas y recursos
- III. Transiciones: la familia sustituta recibe un niño
- IV. Discusión abierta

Apéndice

Diagrama de la familia
Tareas evolutivas de la familia

Segunda sesión. El niño colocado con una familia sustituta:
ingreso en un nuevo hogar

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. Desarrollo infantil
- II. Conexión con el nuevo hogar
- III. Conducta perturbadora: comprensión y ayuda
- IV. Discusión abierta

Tercera sesión. Raíces: la familia biológica del niño

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. Comprensión de la familia biológica
- II. Recepción de hermanos en la familia sustituta
- III. Discusión abierta

Cuarta sesión. Diferentes clases de familias: formas y
etnicidad de la familia

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. Formas familiares
- II. Etnicidad
- III. Discusión abierta

Quinta sesión. Visitas y contacto continuo

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. Significado de las visitas y los contactos con la familia
- II. Alentar las visitas de los familiares
- III. Tiempo de visitas: antes, durante y después
- IV. Discusión abierta

Sexta sesión. Coordinación con los asistentes sociales:
exploración de funciones y nuevos roles

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. Actividades en la institución: servicios organizados y nuevos roles
 - II. El asistente social y la familia sustituta como equipo: determinación del ritmo y los roles para el contacto con la familia natural
 - III. Discusión abierta
- Apéndice
Ejemplo de diagrama de actividades

Séptima sesión. Coordinación con los asistentes sociales:
implementación del proceso

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. Preparación para el contacto
- II. Reunión con la familia biológica
- III. Cooperación en la resolución de problemas
- IV. Discusión abierta

Octava sesión. El regreso al hogar

Para el instructor (temas, habilidades, metas)

Actividades de la sesión

- I. El regreso al hogar como transición: diferentes perspectivas
- II. El regreso al hogar como transición: planificación conjunta
- III. Fin de la capacitación

6. Abuso de drogas y embarazo

Un programa perinatal con orientación familiar

En este capítulo nos ocuparemos del tratamiento de mujeres que son pobres, están embarazadas y dependen de sustancias químicas. Sin duda, el problema de la adicción afecta a un segmento mucho más amplio de la población y no respeta fronteras de clase social, etnia, edad ni género, pero la difícil situación en que se encuentra dicho grupo confiere a su caso una urgencia especial. Esas mujeres son las portadoras de una nueva generación. Tanto si sus bebés nacen con toxicidad positiva como si no, la respuesta a la adicción tiene consecuencias a largo plazo para las mujeres, sus hijos y la sociedad. Por esta razón, describiremos con cierto detalle la elaboración y evolución de un programa perinatal con orientación familiar.

Hay otro motivo, tal vez no menos importante, para describir los acontecimientos con todos sus pormenores. La historia de este programa ilustra los problemas que surgen cuando se introduce un nuevo enfoque en un sistema establecido, sea este una clínica, un hospital, una escuela o una empresa. Las crisis, transacciones y soluciones específicas que detallamos corresponden a este ámbito particular, pero la experiencia tiene implicaciones para muchas otras situaciones.

El programa perinatal fue aplicado en una prestigiosa comunidad terapéutica para drogadictos que integraba un departamento de un gran hospital urbano. Como consultores e instructores desde el comienzo del programa, nuestro rol consistía en desarrollar el componente familiar y ayudar al personal a incluirlo en sus procedimientos terapéuticos. A medida que la colaboración evolucionaba, la índole de la intervención cambió en cuanto a su alcance y contenido. Nuestros contactos, inicialmente limitados al personal de la unidad perinatal, se ampliaron e incluyeron a algunos miembros de la comunidad terapéutica más extensa, a las

mujeres de la unidad perinatal, a sus familias y, finalmente, a las clientas y el personal del departamento de obstetricia y ginecología del hospital. La tarea de capacitar y asesorar se volvió más compleja. Tuvimos que cambiar de perspectiva, alejarnos de los conflictos que surgían en los subsistemas y hacer de tanto en tanto una pausa para reexaminar nuestro rol y nuestras prioridades.

La intervención hizo que el género pasara a primer plano. El programa perinatal, que incluía a mujeres y niños, fue incorporado a una comunidad terapéutica compuesta principalmente por hombres. Surgieron problemas relacionados con el género, no como tema político sino como reflejo de realidades diferentes, y nuestra orientación familiar ocupó el centro tanto de las tensiones como de las soluciones.

La intervención también hizo que nos planteáramos una pregunta que es fundamental para cualquier programa de capacitación: ¿cómo se logra injertar un nuevo enfoque? ¿Cómo se convierte un nuevo enfoque en parte de una institución, hasta el punto de que los procedimientos en curso reflejen el cambio, el personal enseñe a los nuevos empleados ese modo de trabajar y la continuidad del programa no dependa ya de las personas que introdujeron el enfoque? Pudimos observar cómo un nuevo modelo crecía, culminaba y luego decaía en un sector del hospital, en tanto que se expandía y se afirmaba en otro. ¿Qué ocurrió? ¿Qué perduró y qué se perdió? ¿Qué elementos favorecieron la longevidad?

En las secciones que siguen analizaremos el ámbito, la índole de nuestras intervenciones, la evolución del programa y la extensión del modelo a un ámbito que al final resultó ser el más adecuado para perpetuar el enfoque.

El programa perinatal

El programa perinatal era un proyecto especial, que fue inaugurado por el director del departamento de adicciones del hospital. Contaba con financiamiento externo y su objeto era proporcionar tratamiento, durante el embarazo y el puerperio, a mujeres adictas al crack o a la cocaína. En esencia, se lo consideraba un nuevo agregado a la ya existente clínica diurna de recuperación. El nuevo grupo de pa-

cientes iba a ser incorporado a la comunidad terapéutica de la clínica, a la que se sumarían únicamente un coordinador de programas y un asesor de nuestro equipo. Se pensó que la combinación de atención médica, servicios psicosociales y énfasis en la autoayuda que caracterizaba a la comunidad era muy apropiada para hacer frente a los múltiples problemas que afligían al nuevo grupo. Además se consideró que el sistema de tratamiento diurno podía resultar atractivo para las mujeres adictas, ya que, a diferencia de los programas basados en una internación prolongada, no constituían una amenaza para sus vínculos con el exterior.

El personal de nuestro centro de capacitación, Family Studies, Inc., fue invitado a colaborar con lo que se había conceptualizado como «el componente familiar» de la drogadicción: la influencia de la dependencia de sustancias químicas en la estructura de la familia y la influencia de la estructura de la familia en el individuo. De hecho, la tarea resultó más compleja y reflejó tanto las realidades de la situación como nuestra propia opinión sobre el proceso de cambio. Desde el principio tuvimos que ocuparnos de la dinámica organizacional generada por el ingreso de una nueva población en la comunidad existente. Aunque habíamos previsto alguna resistencia a los procedimientos con orientación familiar, no habíamos esperado encontrarnos en medio de un conflicto entre el personal «antiguo» y el «nuevo» respecto de los criterios aplicables a la terapia y el manejo de los casos. La mediación y las adaptaciones comenzaron de inmediato, como acompañamiento a la introducción de una orientación a la familia.

Al examinar el proceso de asesoramiento y capacitación podemos identificar tres fases: la inclusión del programa perinatal en la comunidad terapéutica, la diferenciación gradual de dicho programa respecto de su huésped y la extensión del programa a otro sector del hospital. En términos generales, podría decirse que la inclusión, la diferenciación y la extensión constituyen una secuencia típica para cualquier programa que logra integrarse en una estructura más amplia.

El programa perinatal se une a la comunidad terapéutica

Comienza el proceso

Cuando el proyecto se puso en marcha, la primera tarea que tuvimos que afrontar fue aprender algo acerca del encuadre. Ocupamos nuestro tiempo en observar, hablar con el personal y asistir a reuniones en las que se analizaban cuestiones administrativas y normativas. Había reuniones semanales del personal, que ahora incluían también al del programa perinatal, así como reuniones mensuales, presididas por el director del departamento de adicciones. A estas últimas asistían tanto el personal de la unidad perinatal como el coordinador y los supervisores de la comunidad terapéutica.

Dado que la comunidad terapéutica (CT) era la cultura huésped y que nuestro trabajo se encuadraba en su estructura y orientación, comenzaremos por describir su población, su filosofía y su rutina.

La cultura huésped

La población y el modelo

La comunidad terapéutica era un centro de tratamiento diurno para personas dependientes de sustancias químicas; sus integrantes tenían desde veinticinco años, aproximadamente, hasta poco más de cincuenta. La clínica, que contaba con amplias instalaciones, combinaba una estrategia de autoayuda característica del modelo de comunidad terapéutica con un conjunto de servicios médicos, psicoterapéuticos, educativos y de asistencia social. El personal tenía un doble rol: prestaba asistencia profesional y ejercía funciones de control. Las enfermeras, por ejemplo, se ocupaban de problemas médicos en caso necesario, pero también se aseguraban, mediante la recolección sistemática de muestras de orina, de que la comunidad se mantuviera libre de drogas.

Los asesores y los asistentes sociales ayudaban a los clientes a fijarse metas terapéuticas y a luchar por alcanzarlas, y también estaban atentos al clima emocional de la comunidad en conjunto. Además de las actividades internas, la clínica se mantenía en contacto con el personal de otros servicios del hospital y también con organismos externos.

Por lo general, la población de la clínica oscilaba entre 30 y 40 clientes; la mayoría eran hombres, afroamericanos o latinos, y pobres. En el momento de su admisión muchos de ellos no tenían dónde vivir, y algunos eran HIV positivos. En su mayoría tenían una larga historia de adicción al crack, la cocaína u otras sustancias, y eran veteranos de otros programas de tratamiento contra las drogas. Para ser admitidos en el programa CT, los candidatos debían tener una relación activa con la droga, estar dispuestos a observar abstinencia y comprometerse a seguir un tratamiento durante dieciocho meses. En las entrevistas iniciales se evaluaba la motivación del cliente, se le explicaba el programa y se acordaba con él un plan terapéutico que incluía metas personales.

Como se esperaba que los clientes recién ingresados tuvieran una actitud pasiva, inicialmente el mayor esfuerzo estaba dirigido a lograr su participación en la comunidad. En la primera etapa —cuya duración, según se preveía, no podía ser inferior a nueve meses— estaban obligados a asistir cinco días por semana. La rutina diaria comenzaba con una reunión de media hora en la que participaban el personal y los clientes, y continuaba con diversas actividades: orientación sobre el modelo CT, evaluación de la capacidad de aprendizaje mediante la administración de tests psicológicos, seminarios introductorios de 12 pasos para los principiantes, reuniones abiertas y cerradas de Narcóticos Anónimos (NA), reuniones en las que los clientes podían hablar de sí mismos y de sus experiencias, grupos de apoyo, talleres sobre estrés y relajación, y reuniones de la comunidad en pleno al finalizar la jornada. Los viernes y los lunes, o sea, antes y después del fin de semana, había reuniones de «prevención de recaídas» y «proceso del fin de semana». Además, cada cliente se reunía, sobre la base de un acuerdo individual, con un asesor personal y un padrino.

El cumplimiento de las reglas de la comunidad era controlado estrictamente. Un cliente que violaba las reglas te-

nía que enfrentarse tanto con los demás clientes como con el personal. Dos veces por semana la principal actividad del día era el «encuentro», facilitado por los miembros del personal, y al que asistía toda la comunidad. En esta experiencia de elevada carga emocional, los clientes ocupaban por turno la «silla caliente» y eran cuestionados por el grupo en relación con sus progresos, negaciones, contribuciones a la comunidad y conductas manipuladoras. El encuentro servía para reforzar el acatamiento de las reglas, superar las defensas de los que ocupaban la silla caliente y alentar la expresión de las emociones por los otros miembros del grupo. En general, se pensaba que las reuniones frecuentes ayudaban a los miembros de la comunidad a sincerarse y apoyarse mutuamente.

Durante esta etapa se esperaba que el cliente se adaptara cada vez más a la cultura de la comunidad. Se pensaba que la participación en el programa y el mantenimiento de la sobriedad dependían de una combinación de factores: motivación personal, apoyo por parte de la comunidad e imposición de los valores de esta. A los miembros más antiguos se les asignaban responsabilidades, que iban desde barrer el piso y organizar fiestas hasta planear y presidir reuniones especiales, como también desempeñar el rol de «hermano mayor» de los nuevos miembros. El propósito de estos signos de progreso era crear un sentimiento de pertenencia y desarrollar la responsabilidad y la autoestima.

Después de unos nueve meses de haberse mantenido alejado de la droga y de haber participado satisfactoriamente en el programa, el cliente entraba en una nueva fase, en la que sólo debía concurrir a la clínica dos o tres días por semana. En esta fase, conocida como fase de reingreso, el objetivo principal era ayudar al cliente a adaptarse a la vida en el mundo externo, incluyendo las cuestiones económicas, la vivienda, el trabajo, los aspectos legales, la familia y otras relaciones importantes. Se esperaba que, en el momento de finalizar su participación en el programa, el cliente estuviera trabajando, estudiando o capacitándose para desempeñar un empleo; que hubiera resuelto los problemas que podían hacer peligrar su sobriedad o la persistencia de su recuperación, y que mantuviera alguna relación con la clínica —por ejemplo, que desempeñara el rol de padrino de algunos nuevos clientes.

En la práctica, las cosas no siempre salían tan bien como se las había planeado. Las deserciones eran frecuentes. Algunos clientes nunca iban más allá de la fase de orientación, otros seguían una pauta de asistencia irregular hasta que finalmente abandonaban, y otros aún asistían con regularidad pero sin involucrarse emocionalmente. Había deslices y recaídas que hacían más lenta la progresión a través de las etapas y prolongaban la duración del tratamiento. A unos pocos clientes se les pedía que abandonaran el programa, habitualmente por no acatar la regla que prohibía consumir drogas. Por otra parte, algunos clientes se adaptaban en exceso a la comunidad y se resistían a pasar a la fase de reingreso y a avanzar hacia la graduación. A pesar de todos sus inevitables problemas, en términos generales puede decirse que se trataba de un ejemplo exitoso del modelo de comunidad terapéutica.

La actitud de la comunidad hacia las familias

Dado que estábamos especialmente interesados en un enfoque familiar, nuestras primeras observaciones en las reuniones semanales del personal se centraron en las referencias a las familias. ¿Qué se sabía? ¿Qué se analizaba? ¿Cuáles eran las actitudes? Tal vez no deba sorprender el hecho de que las familias prácticamente no recibieran ninguna consideración. Se analizaba a los clientes en función del éxito o fracaso individual, de sus relaciones con otros miembros de la comunidad y de sus interacciones con el personal. Poco y nada se decía sobre la relación con la familia o sobre la influencia que esa relación podía tener en la recuperación. En realidad, el personal sabía muy poco sobre los antecedentes, las realidades o las relaciones familiares.

Al escuchar lo que se decía, llegamos a entender que la comunidad funcionaba sobre la base de dos principios fundamentales: la creencia de que los clientes adictos necesitaban concentrarse en sí mismos y ocuparse de su adicción antes de hacer ninguna otra cosa, y la convicción de que la comunidad era el contexto curativo. Todo lo que ocurría en la clínica estaba relacionado con la lucha por librarse de la droga, y las relaciones entre los miembros de la comunidad eran fomentadas por considerarse que ejercían una influen-

cia crucial en el logro del autodomnio. Ninguno de los principios mencionados dirigía la atención del personal hacia la familia como importante unidad de intervención.

La comunidad en acción

La realidad de las relaciones en la comunidad era, por supuesto, compleja. En el curso de las actividades diarias se anudaban amistades que persistían más allá de los horarios del programa, que era cuando se esperaba que los miembros se prestaran el mutuo apoyo que impediría las recaídas. Algunas relaciones, como la de padrinazgo de los miembros recientes por los más antiguos, eran aprobadas explícitamente por el programa. Otras, como las relaciones sexuales, eran asimiladas al incesto y estaban expresamente prohibidas. En general, los contactos entre los miembros de la comunidad reflejaban la dinámica espontánea de las alianzas, la enemistad y el liderazgo, como también la necesidad de prestar y recibir atención. Las fronteras y la objetividad profesionales a menudo se desdibujaban cuando los clientes competían por la atención del personal y se quejaban del favoritismo, mientras los miembros del personal se dedicaban a proteger a unos de otros. En lo que se refiere a intensidad y dinámica, la comunidad presentaba muchas de las características de una familia, y en realidad algunos de los clientes se referían a ella como a su «verdadera» familia.

Para el personal, el plan rector era eficaz. Desde su perspectiva, el problema era la adicción y lo que podía solucionarlo era la comunidad terapéutica; el resto de la vida del paciente se consideraba secundario. En las reuniones del personal nos enteramos, por ejemplo, de que una clienta que en el camino desde su alojamiento hasta la clínica se detenía un momento en una iglesia fue censurada porque eso la hacía llegar tarde; a otro cliente, que por ser panadero podía trabajar en horario nocturno, se lo instó a permanecer desempleado para que el cansancio no le impidiera participar en las actividades diurnas de la comunidad. Cuando preguntábamos por las familias nos contestaban que no existían («Joe no tiene familia»), que eran rechazadas por el cliente («Dave no quiere que su familia intervenga»), que lo rechazaban («La familia de Paul no quiere que la moles-

ten») o podían perjudicarlo («La madre de Brenda es una mala influencia y puede hacerla recaer en el consumo de drogas»).

La idea de dar intervención a las familias surgía únicamente en la fase de reingreso, en armonía con la creencia de que sólo después de comprometerse con la comunidad y luchar contra su adicción estarían los clientes emocionalmente preparados para negociar cuestiones familiares. Aun entonces las familias no eran incluidas en el tratamiento; sólo se las invitaba a asistir a acontecimientos especiales, como por ejemplo las fiestas. A la familia y el mundo externo se los consideraba principalmente un recurso para después del tratamiento, al que se podía acudir cuando el cliente ya había alcanzado la etapa de planificación del alta y se estaba preparando para dejar la comunidad.

Cuando llegamos a comprender el modelo de la cultura huésped, tuvimos que considerar nuestro rol de asesores de familia en el programa perinatal.

Introducción del interés por la familia en el programa perinatal

Las primeras clientas admitidas en el programa perinatal fueron recibidas con el enfoque corriente de la comunidad terapéutica. Se esperaba de ellas que desarrollaran una estrecha alianza terapéutica con sus consultores y que fueran miembros devotos de la comunidad durante un plazo mínimo de dieciocho meses. Los asuntos de familia no eran primordiales. Si una mujer embarazada y dependiente de sustancias químicas tenía otros hijos viviendo en hogares sustitutos, se daba por sentado que interrumpiría la relación con ellos y no la reanudaría antes de haber logrado algún progreso en el programa, comprobado por su disposición a concentrarse en su adicción y a adherir a la filosofía de los 12 pasos.

Nosotros veíamos la situación de otro modo. Pensábamos que el personal de la unidad perinatal tenía que ser más sensible a la importancia de las familias como recurso, que debían aprender a proteger e intensificar las relaciones de las clientas con sus hijos, cónyuges, hermanos y padres.

En realidad, introdujimos en la situación un modelo alternativo, y tuvimos que reconocer la inevitabilidad de que nuestro trabajo hiciera entrar en conflicto a los dos modelos.

La figura 6.1 ilustra el contraste entre el modelo representado por la comunidad terapéutica y el representado por un enfoque de sistemas familiares. Esos modelos no ponen el mismo énfasis en la abstinencia de la droga en relación con los vínculos familiares, encarnan concepciones diferentes del rol de la familia, imponen condiciones distintas a los clientes que ingresan en la comunidad terapéutica y propician una estructura relacional diferente para abarcar al cliente, la comunidad y la familia.

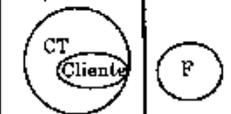
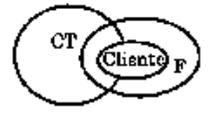
| | COMUNIDAD TERAPEUTICA | SISTEMAS FAMILIARES |
|---|---|---|
| VALOR PRIMORDIAL | Abstinencia de la droga | Vinculación |
| ROL DE LA FAMILIA | Secundario | Primordial |
| | Huésped ocasional | Participante de pleno derecho |
| | Recurso hacia el fin del programa | Recurso desde el comienzo |
| | Complica el tratamiento | El tratamiento la complica |
| | Es parte del problema | Es crucial para la solución |
| RESPUESTA A LA POBLACION DE LOS NUEVOS CLIENTES | Debe adaptarse a la cultura de la comunidad | Requiere una subcultura específica |
| ESTRUCTURA RELACIONAL |  |  |

Figura 6.1. Enfoques alternativos para el programa perinatal: modelo de la comunidad terapéutica versus modelo de los sistemas familiares.

Conociendo el poder de la filosofía terapéutica tradicional, procedimos con cautela a fin de evitar una confronta-

ción directa. Pospusimos todo cuestionamiento de los procedimientos específicos, no discutimos la prioridad que se asignaba a la recuperación y no insistimos en la necesidad de dar participación a la familia. En cambio, comenzamos con un enfoque educativo centrado en la introducción de la familia como factor. Nuestra estrategia perseguía dos objetivos: despertar el interés del personal por la vida familiar a fin de que pudieran apreciar la importancia potencial de la familia para el proceso de recuperación, y fomentar creencias y actitudes más constructivas hacia la familia que eventualmente pudieran servir de base a intervenciones centradas en ella. Con tal fin hicimos presentaciones didácticas sobre pautas familiares, variaciones culturales, dinámica del conflicto familiar, y recursos de la familia; ofrecimos consultas sobre casos, y realizamos entrevistas demostrativas con familias. Nuestra misión era capacitar al personal de la unidad perinatal, pero este personal formaba parte de la unidad más amplia y sus clientes no iban a interactuar sólo con él. Por lo tanto, programamos nuestras actividades de modo que también pudiera participar en ellas el resto del personal de la clínica.

Progresamos con lentitud al recurrir a un análisis minucioso de material concreto, durante el cual reinterpretamos negativas automáticas y ensanchamos los horizontes del pensamiento del personal. En un caso, por ejemplo, cuestionamos su percepción de que una cliente había sido rechazada por su familia. Aunque según la historia oficial todos sus familiares le habían hecho el vacío cuando quedó embarazada, la información que logramos obtener de varios miembros del personal daba cuenta de una realidad más matizada. Su terapeuta conocía a una tía que, a diferencia de otros miembros de la familia, estaba dispuesta a apoyarla; otro asistente social sabía que la madre de la cliente había expresado interés, si no por ella, al menos por el bebé. Cuando la tía y una hermana aceptaron acudir a la clínica para ayudarnos a comprender mejor la situación, realizamos una entrevista demostrativa. Mediante la confección de un diagrama de la familia pudimos obtener un cuadro más completo de esta que el ofrecido espontáneamente por la cliente o el contenido en el legajo del caso. Basándonos en esta experiencia y en el análisis de otros casos, introdujimos la idea de que trazar un diagrama de la familia permite reu-

nir información sobre quién es importante en la vida de la cliente, quién la aprecia, a quién ha desilusionado, quién cuida a sus hijos, etcétera.

El personal se mostró interesado, y pronto advirtieron que incluso las clientas que renegaban de su familia no cesaban de referirse a cuestiones irresueltas: la sensación de que sus padres no las apreciaban, de que habían sido tratadas injustamente por una madre que prefería a otro de sus hijos, de que eran traicionadas por un pariente cercano que les estaba «robando a sus hijos» y de que habían decepcionado a otros miembros de la familia. Al aumentar el interés, se nos pidió que proporcionáramos asesoramiento familiar a determinadas clientas: Inez tenía tres hijos colocados en distintos hogares sustitutos e integraba un complejo triángulo con su madre y su amante. El novio de Julie aparentemente contribuía a su recuperación, pero el personal tenía la sospecha de que la maltrataba. A Shirley le preocupaba la perspectiva de que sus hijos fueran entregados en custodia a su madre, con quien tenía una relación hostil. Beth formaba parte de una red muy compleja, y el personal solicitó una reunión con todos sus hijos, los padres sustitutos de estos y varios asistentes sociales de otros organismos.

Utilizamos esas entrevistas para dar forma a un enfoque centrado en la promoción de los lazos familiares y no en el tratamiento de los aspectos disfuncionales, que hasta entonces había atraído la atención del personal. Cuando Shirley se quejó de que su madre había saboteado sus planes de asistir a la escuela y aprender a leer, exploramos en un radio más amplio, buscando los aspectos positivos: «¿Saben leer sus hijos?», «¿Saben que usted no sabe leer?», «¿Puede ayudarlos a hacer los deberes, a pesar de que no sabe leer?», «¿Sabe leer su madre?». Lo que obtuvimos fue un cuadro más completo de la realidad de la familia. La madre de Shirley no sólo sabía leer sino que escribía poemas, y en la relación entre madre e hija el antagonismo estaba mezclado —lo cual no debe sorprender— con admiración y añoranza. A partir de esa especie de exploración compartida fue posible ayudar a Shirley a establecer vínculos familiares más constructivos.

Nuestra actividad como instructores del personal y asesores de familia, limitada a unas pocas horas por semana, se centró en casos particulares. Sabíamos que eso no basta-

ba; también era necesario cambiar la estructura, por lo que buscamos el modo de influir en los criterios y procedimientos generales.

Intento de cambiar los procedimientos de admisión

Para que un enfoque distinto pueda afirmarse, la institución debe modificar los procedimientos de modo que incorporen la tendencia general del modelo y den respaldo a las habilidades recién desarrolladas. Este es un principio general. Sin embargo, en cada ámbito se requiere una evaluación específica, en la que el momento y los mecanismos apropiados se consideren en relación con el contexto. En el caso del programa perinatal, la alta tasa de renovación en la población de clientas durante los primeros meses nos proporcionó la oportunidad de sugerir un cambio en los procedimientos de admisión.

Cuando el programa perinatal se puso en marcha, resultó obvio que muchas clientas lo abandonaban después de un breve lapso. Para el personal de la unidad perinatal, las deserciones eran una consecuencia natural de la falta de motivación de las clientas y de su incapacidad para adaptarse a las reglas de la comunidad. Sin embargo, el escaso empadronamiento representaba una amenaza para la continuidad del programa. La menguante inscripción exigía una acción correctiva y allanaba el camino a la aceptación de ideas más radicales. Sugerimos que la situación podía mejorar si los miembros más importantes de la red de la clienta participaban en los procedimientos de admisión como asociados en el esfuerzo de rehabilitación. En esos procedimientos podían participar los esposos o novios, los padres, los hermanos, los hijos, los asistentes sociales de los servicios de protección o de colocación de niños en hogares sustitutos, así como cualquier otra persona que estuviera en condiciones de alentar la asistencia regular al programa. Concretamos nuestra recomendación ofreciendo instrucciones sobre el modo de llevar a cabo la admisión de una familia.

El primer intento de modificar los procedimientos no tuvo éxito, por lo menos en lo que respecta a la adopción de

los procedimientos sugeridos por nosotros. Los personajes invitados a las reuniones de admisión siguieron siendo los mismos. En retrospectiva, nos damos cuenta de que la admisión de una familia no era compatible con la necesidad de desarrollar rápidamente el programa. Era más fácil y rápido, y probablemente más cómodo, admitir a las clientas recurriendo a una entrevista individual. No obstante, la calidad de las entrevistas de admisión cambió. El personal se volvió más sensible a la red de la clienta. Comenzaron a dedicar una parte de la entrevista individual a confeccionar un diagrama de la familia y a formular preguntas sobre la composición de esta, la calidad de las relaciones entre sus miembros y la actitud de diversos miembros hacia la adición y la recuperación potencial de la clienta.

Además, los planes de tratamiento elaborados durante la entrevista de admisión comenzaron a redactarse en un lenguaje distinto y a especificar metas más amplias. Mientras que los planes anteriores se referían vagamente al objetivo remoto de recuperar la custodia de los hijos colocados en hogares sustitutos, los nuevos mencionaban concretamente la necesidad de mantener y mejorar el contacto con los hijos, incluso durante el tiempo que permanecieran con sus padres sustitutos. Esto constituía un progreso importante. En el contexto de las relaciones entre la comunidad y el hospital, fue en realidad un cambio decisivo. Los rumores que corrían en el vecindario siempre habían transmitido un claro mensaje: si una mujer está embarazada y depende de sustancias químicas, cuando nazca su hijo el hospital se lo quitará. La existencia de un programa que consideraba a la madre y el niño como una unidad y se esforzaba por restablecer los vínculos familiares, comenzó a cambiar radicalmente la reputación del hospital. La cantidad de mujeres embarazadas y dependientes de sustancias químicas que iban por su propia decisión al hospital y se inscribían en el programa aumentó significativamente.

El programa perinatal se diferencia

La segunda etapa de capacitación y asesoramiento comenzó cuando el programa perinatal produjo veteranas, es

decir, cuando algunas de las mujeres llevaban ya en él el tiempo suficiente como para formar un núcleo. En ese momento cuestionaron ante la comunidad terapéutica —y especialmente ante el personal— los procedimientos establecidos. El cuestionamiento generó un conflicto, pero también proporcionó una oportunidad para el reexamen y la modificación, y nos permitió introducir más directamente una perspectiva familiar en el programa.

Problemas para el personal

Al aumentar la población perinatal, aumentaron también los problemas creados por la ambivalencia y la débil adhesión de las mujeres, su asistencia irregular y su frecuente violación de las normas. A menudo las clientas llegaban tarde, se retiraban temprano, faltaban y participaban mecánicamente en las reuniones de la comunidad.

Como consecuencia se produjo una división en el personal, relacionada con el tratamiento y los criterios disciplinarios. El personal de la comunidad terapéutica original esperaba que las recién llegadas se atuvieran estrictamente a las reglas comunes del programa, temiendo que un modo distinto de obrar obstaculizara la recuperación y debilitara la moral de las otras clientas. El personal de la unidad perinatal sostenía que las circunstancias especiales de la vida de sus clientas requerían una posición más flexible. Por lo tanto, permitían que las mujeres asistieran menos de cinco días por semana o que pasaran menos horas en la clínica, y en general adoptaban una actitud más indulgente respecto de la violación de las reglas.

En desacuerdo con este trato especial, el personal de la comunidad terapéutica comenzó a imponer las sanciones habituales a las clientas perinatales que violaban las reglas. Las transgresiones aumentaron y las diferencias entre los miembros del personal se intensificaron, con reiteradas discusiones sobre la procedencia de las sanciones, su modalidad y la cuestión de a quién le correspondía aplicarlas. En parte como consecuencia de esas tensiones, sucesivos coordinadores del programa perinatal sucumbieron al estrés. Cuando la segunda persona que ocupó ese cargo renunció, nos consultaron sobre su reemplazante y se contrató a un

coordinador que sentía un gran interés por la dinámica de la familia.*

La contratación de personal es un factor muy importante, y también un imponderable, en el trabajo de asesoramiento a las instituciones. Los cambios no pueden imponerse, pero cuando surge una oportunidad, el hecho de que los consultores puedan intervenir en la evaluación de los candidatos constituye una ventaja innegable.

El cambio de coordinador no puso fin al conflicto entre los miembros del personal; en realidad, las actividades del nuevo coordinador llevaron el enfrentamiento de opiniones a un punto crítico. El coordinador puso en marcha una enérgica y exitosa campaña de reclutamiento de clientas, basada en un activo enlace con el departamento de obstetricia y ginecología del hospital y con los albergues para mujeres de la zona. La afluencia de nuevas clientas que se produjo, a un ritmo más veloz que antes, aumentó el cuestionamiento de las reglas existentes y la discrepancia sobre los criterios aplicables.

Apoyo a la diferenciación basada en el género

La división que se produjo en el personal nos permitió promover la discusión abierta de puntos de vista diferentes. Alentamos el tratamiento del conflicto en las reuniones mensuales presididas por el director del departamento de adicciones, ofreciendo análisis y recomendaciones en un ámbito que garantizaba el máximo efecto en la operación del programa. Específicamente, aprovechamos ese foro y la presencia del nuevo coordinador, interesado en las familias, para señalar que las clientas perinatales constituían una población especial y que requerían un programa que contemplara sus necesidades.

Sostuvimos que las cuestiones relacionadas con el género, incluida la dura realidad del embarazo, explicaban en gran medida la dificultad que experimentaban los miembros de ese grupo para adaptarse a las reglas de la comunidad. Las mujeres y los clientes tradicionales llegaban a la

* David Greenan, que actualmente se desempeña en el Minuchin Center for the Family, fue nombrado coordinador de la unidad, y más tarde tuvo a su cargo la tarea de hacer extensivo el programa a otros servicios.

clínica por distintos caminos. A diferencia de sus homólogos masculinos, las mujeres no habían sopesado cuidadosamente la decisión de unirse a la comunidad terapéutica. En su mayoría se habían visto de pronto enfrentadas a la necesidad de elegir entre ingresar en el programa o ser separadas de su bebé cuando este naciera. En contraste con los clientes masculinos, muchos de los cuales residían en un albergue vinculado con el hospital, las mujeres estaban más conectadas con una red externa: novios, hijos, padres, hermanos. Los trabajadores de los servicios de protección a la infancia, a menudo interesados en mantener unida a la familia, tendían a alentar esas relaciones. Cuando Paula se retiró temprano del programa para ver a su hija, cuando Tina faltó dos días porque su novio llevó a sus propios hijos al hogar, y cuando Christa faltó tres días para realizar trámites ante las autoridades de inmigración y de asistencia pública, fueron alentadas a hacerlo por los asistentes sociales de los servicios de protección a la infancia y de colocación de niños en hogares sustitutos.

Destacamos las nuevas realidades inherentes a la introducción, en una comunidad predominantemente masculina y bastante cerrada, de una población femenina con múltiples relaciones. Comprendíamos que el personal debía concentrarse en las actividades y el progreso de sus clientas en el programa, pero al mismo tiempo lo instamos a tomar en cuenta las realidades del mundo externo que eran importantes para las mujeres. Para el personal de la comunidad, eso significaba ser más tolerante con estas en lo que respecta a su participación en el programa y la observancia de las reglas. Para el personal de la unidad perinatal, que trabajaba en estrecha unión con nosotros y tenía una relación más directa con las mujeres, significaba el desarrollo de nuevas actividades programáticas bajo la forma de grupos que se reunieran para analizar cuestiones relacionadas con la familia: un grupo de apoyo parental y un grupo de temas familiares.

El grupo de apoyo parental

Nos pareció claro que las mujeres que participaban en el programa perinatal debían ser orientadas, al menos parte,

del tiempo, hacia las relaciones con sus hijos, no sólo el que estaba por nacer, sino también los de más edad. Sugerimos que esa tarea fuera realizada por especialistas en desarrollo infantil del departamento de niños del hospital —una idea radicalmente innovadora—. Hasta entonces el personal mantenía contacto con algunos de los servicios médicos, a los que recurría cuando era necesario, pero no estaba habituado a incorporar los recursos del hospital a su programa. Lo que ofrecíamos era un ejemplo de comunicación y servicio combinado que transponía fronteras tradicionales y cuidadosamente mantenidas.

Como consecuencia de esta recomendación, el horario del programa se modificó para dar cabida a una reunión semanal sobre crianza de niños. Para ello se designó una sala del departamento de niños, con juguetes y cuadros apropiados, que crearon una atmósfera cálida e infantil. La reunión les dio a las mujeres la oportunidad de hablar sobre sus relaciones con sus hijos, compartir sus experiencias y preocupaciones y aprender algunas cosas sobre las capacidades evolutivas de sus hijos y el modo de estimular su desarrollo.

La introducción de una actividad conducida por el personal del departamento de niños tuvo múltiples consecuencias y reforzó la orientación familiar del programa. Una parte de este estaba ahora dedicada, no a los problemas de la droga, sino a la crianza de niños, y los clientes fueron puestos en contacto con otros servicios orientados a la niñez que ofrecía el departamento, como la evaluación del desarrollo de un programa terapéutico. Después del período inicial, el grupo incluyó a algunos padres y otros adultos significativos de la red natural. Un acontecimiento importante fue la inclusión, a su pedido, de algunos miembros masculinos de la comunidad terapéutica, con lo que el grupo extendió su influencia a la comunidad amplia. El comentario de uno de los clientes masculinos resume el efecto que tuvo la introducción de una orientación familiar en el programa de rehabilitación: «Este es el grupo que más me gusta, porque aquí no se me trata como a un adicto, sino como a un padre».

El grupo de temas familiares

El segundo agregado fue un grupo de temas familiares que se reunía dos veces por semana; lo dirigía el coordinador del programa e incluía a un consultor del Family Studies. Este grupo contribuyó en alto grado a diferenciar el programa de un enfoque más tradicional. Introdujo «la familia» como tema central de discusión y sensibilizó a las mujeres a la conexión existente entre sus interacciones dentro del programa y sus relaciones con su familia. Utilizadas al principio como caja de resonancia para tratar con miembros «difíciles» de la familia, esas reuniones ayudaron a las participantes a pasar de una relación conflictiva a otra más armónica con sus parientes. Las mujeres comenzaron a pedir a sus familiares que asistieran a las reuniones para participar en entrevistas de asesoramiento, formulando el pedido en términos de acercamiento y exploración de las cuestiones dificultosas.

Katherine, por ejemplo, explicó que seis años antes le había dejado a su tía sus dos hijos pequeños porque no se sentía capaz de cuidarlos. La idea era que volvería por ellos en un plazo no mayor de dos años, y su tía prometió restituirlos. Como ya habían pasado más de cinco cuando los reclamó, su tía sintió que necesitaba algún tiempo para prepararse. A Katherine le pareció razonable y estuvo de acuerdo, pero tanto ella como su tía se sintieron incómodas después de esa conversación. Reunirse para hablar ya no les resultaba fácil, y la tía obstaculizaba las visitas de Katherine a sus hijos.

Después de oír la historia, uno de los miembros del grupo le sugirió a Katherine que demandara judicialmente a su tía. Esa reacción era común en el grupo cuando se trataba de conflictos sobre las visitas a los hijos y la custodia. El consultor le sugirió en cambio que invitara a su tía a concurrir a una reunión del grupo para conversar sobre el asunto. Aunque la idea la ponía nerviosa, Katherine aceptó y llamó a su tía para concertar una reunión. Esta tuvo importantes consecuencias, tanto para Katherine como para el grupo. El consultor pudo ayudar a la tía a dejar de lado su cuestionamiento de la capacidad de Katherine como madre y a hablar de su propia reacción ante la idea de separarse de los niños, a los que, después de seis años, consideraba como propios.

Katherine, aunque se sintió turbada, fue capaz de aceptar ese sentimiento, y se logró idear modos de incrementar las visitas a sus hijos. Una relación caracterizada por el antagonismo y la atribución de culpa comenzó a transformarse en una relación de colaboración.

En el grupo, la decisión de Katherine de llamar a su tía actuó como un catalizador. En las semanas que siguieron, otras dos mujeres que estaban en una situación similar concertaron reuniones con familiares. El impulso automático de resolver estas cuestiones acudiendo a los tribunales comenzó a debilitarse, y fue reemplazado por la idea de que era posible invitar a miembros de la familia a concurrir a una reunión y trabajar juntos para hallar una solución a los problemas.

Tanto para las clientas como para el personal, estos procedimientos representaban un cambio importante en el modo de pensar y en el proceso: un cambio satisfactorio, a veces excitante, y que infundía esperanzas. Aunque no teníamos pruebas en ese sentido, consideramos posible que el restablecimiento de sus contactos con miembros de la familia podría ayudar a esas mujeres, no sólo a recomponer sus relaciones, sino también a progresar en su lucha contra la adicción. El sentimiento de solidaridad y apoyo desarrollado en el grupo actuaba en el mismo sentido y ofrecía un paradigma y un complemento —aunque no un sustituto— para los vínculos familiares. En general, los grupos formados específicamente para este programa brindaban el mismo tipo de apoyo que los grupos de actividades de la comunidad terapéutica más amplia. Los diferenciaba, en cambio, el contenido —predominantemente femenino— de las cuestiones que se trataban, y la fuerte conexión con las relaciones y realidades del mundo externo.

Consecuencias del nacimiento de los bebés

Las necesidades especiales de las clientas de la unidad perinatal se hicieron más evidentes cuando para las más antiguas se fue acercando el momento del parto. Surgieron nuevos problemas relacionados con las normas del programa a aplicar, y las nuevas realidades determinaron cambios

tanto en el entorno físico como en el objetivo esencial del tratamiento.

Cuestiones relacionadas con las normas del programa

El hecho de que alguien haya cambiado su modo de pensar no implica automáticamente que lo pueda generalizar. Cuando surgen nuevos problemas, tendemos a echar mano de los supuestos y procedimientos habituales en lugar de recurrir a modelos menos familiares. De este modo, el nacimiento de los bebés se convirtió en una nueva fuente de conflicto para el personal. Los dirigentes de la comunidad terapéutica esperaban que el servicio de protección a la infancia de la ciudad proporcionara un ama de casa profesional, quien se ocuparía de cuidar al bebé en el hogar o el albergue de la clienta mientras esta concurría al programa. Algunos asistentes sociales del servicio de protección estuvieron de acuerdo, pero otros insistieron en que la madre debía concentrarse en su bebé, incluso si para ello tenía que limitar su participación en el programa. El personal de la comunidad terapéutica reaccionó extremando su desconfianza: «¿Para qué van a venir, si tienen total libertad para elegir entre el bebé y el programa?», «¿No sería una falta de responsabilidad contribuir a que esos bebés permanezcan con sus madres?». Atrapado entre dos fuegos, el personal de la unidad perinatal no se decidía por ninguna de las posiciones.

Una vez más, el conflicto en torno de las normas a aplicar nos permitió sugerir un procedimiento que destacaba las especiales características del programa perinatal. Sostuvimos que *la familia* debía ingresar en el programa. Insistimos en dos puntos: primero, que la protección y promoción del vínculo madre-hijo era un componente esencial del programa perinatal —en realidad, su principal justificación—, y segundo, que la presencia de los bebés no debía considerarse un impedimento sino un elemento favorable para el proceso de recuperación. Desde esta perspectiva, cuestionamos la propuesta de recurrir a amas de casa profesionales. Lo que convenía no era separar a los bebés de sus madres sino hallar el modo de que estuvieran juntos tanto tiempo como fuera posible mientras la madre permaneciera en el programa. Esta posición provocó una revisión

de las normas, en la que participaron varios niveles de autoridad de la jerarquía del hospital. Finalmente, determinó cambios decisivos en la estructura del programa perinatal.

Cambios en el entorno físico

La primera cuestión que se planteó era si el hospital aceptaría la presencia de los bebés. Esta cuestión concernía tanto a los bebés que técnicamente no eran pacientes como a los que habían nacido con problemas. Al personal de enfermería le preocupaba la posibilidad de que los bebés HIV positivos representaran un riesgo de infección para los clientes de la clínica. A pedido del director del departamento de adicciones, el jefe de epidemiología del hospital analizó la situación y dictó una resolución que destacaba dos puntos: primero, que la inclusión de esos bebés en el programa era aceptable, y segundo, que debían seguirse determinadas instrucciones para salvaguardar la salud y la seguridad de todos los bebés. Por ejemplo, las clientas afectadas por enfermedades que podían contagiarse a los bebés debían abstenerse temporariamente de asistir al programa; el cambio de pañales debía hacerse en un lugar adecuadamente equipado; cualquiera que no fuese la madre debía lavarse las manos antes de manipular a los bebés, etcétera.

Estas instrucciones y la acentuada preocupación por la seguridad y el bienestar de los bebés determinaron la introducción de algunos cambios en el entorno físico. Una amplia habitación fue destinada con carácter exclusivo al grupo perinatal. Se redistribuyeron los muebles, se instalaron cunas para que los bebés pudieran dormir allí, se colgaron de las paredes fotos de vivos colores y se proveyó el equipo necesario para refrigerar y calentar biberones. Más tarde, cuando los bebés crecieron, se proveyeron colchones, estereras para que pudieran gatear sobre ellas, y juguetes. El sector perinatal de la clínica adquirió un típico aspecto hogareño, y la habitación de los niños se convirtió en un lugar donde las mujeres podían reunirse para hablar y relajarse.

Inevitablemente, hubo cambios que fueron más allá del entorno físico. Con los bebés casi siempre presentes y al cuidado de sus madres, se dedicó más tiempo a las clientas en su condición de madres, en lugar de centrar la atención en la dependencia de sustancias químicas. El grupo de apoyo parental estaba formado ahora por verdaderas díadas, y el personal especializado en niños pudo ocuparse directamente de la capacidad de las madres y sus hijos para enviar y recibir señales, de los estilos de alimentar y prodigar cuidados y de la comprensión por parte de la madre del desarrollo de su hijo. El rol del departamento de niños también se amplió como consecuencia de ciertas complicaciones lógicas. Al personal de la comunidad terapéutica le preocupaba la posibilidad de que el clima emocional de los grupos de encuentro resultara demasiado intenso para los bebés o, a la inversa, que la presencia de estos pudiera limitar la intensidad emocional, que era un ingrediente esencial de la situación. El departamento de niños, yendo más allá de sus actividades rutinarias, organizó un programa de «estimulación del desarrollo» para los bebés; este se llevaba a cabo dos días por semana, mientras las madres participaban en los grupos de encuentro. El personal de la comunidad terapéutica modificó las sesiones de encuentro, haciéndolas más respetuosas hacia las mujeres, y más sensibles a la historia de abuso que muchas de ellas habían padecido.

Los bebés también influyeron en los temas que se trataban en el grupo de asuntos familiares. Este grupo, que se sessionaba ahora rodeado de niños, cunas y colchonetas para jugar, se concentró cada vez más en las consecuencias prácticas de la maternidad y su interconexión con otros aspectos de la vida familiar. Los temas que pasaron a primer plano, estaban relacionados con el apoyo que las madres recibían o no recibían, requerían o no requerían, de padres, novios, familia extensa, redes vecinales y servicios sociales. En la mayoría de las mujeres, la nueva orientación incrementó así mismo el interés por recuperar la custodia de otros hijos que se hallaban en hogares sustitutos.

Por último, la presencia de los bebés tuvo un papel decisivo en la consolidación de este grupo como una comunidad claramente femenina. Al compartir los desafíos cotidianos de la maternidad, las mujeres desarrollaron gradualmente un fuerte sentimiento de solidaridad y se organizaron en torno de su situación de madres en dificultades más que en su condición de adictas en vías de recuperación.

Cuando las primeras participantes que alcanzaron la fase de reingreso del tratamiento tuvieron que asistir a entrevistas laborales, las mujeres organizaron una cooperativa informal para cuidar mutuamente a sus hijos. Cuando se enteraron de que una nueva clienta eventual pero vacilante iba a ser inspeccionada por el servicio de protección a la infancia de la ciudad, se reunieron espontáneamente para llenar de alimentos su heladera y luego utilizaron su influencia para convencerla de que se uniera al programa. Y cuando otra nueva clienta reveló que debía enfrentar una atmósfera de hostilidad en su albergue, una de las veteranas dijo: «Te tratan así porque creen que no tienes a nadie. Es importante que sepan que no eres una persona solitaria, que tienes una familia. Y si no la tienes, nosotras seremos tu familia». Luego el grupo convino en hacerse ver en el albergue, «no para intimidar a nadie, sino para que sepan que no estás sola, que nos preocupamos por ti».

Ayudar a las familias a reconstruirse

Uno de los efectos del énfasis puesto en la familia fue que muchas mujeres resolvieron reclamar a sus hijos mayores colocados en hogares sustitutos. Cuando esta cuestión se convirtió en algo primordial, dedicamos parte de las sesiones semanales de consulta a desarrollar las habilidades necesarias para negociar con el sistema. Enseñamos al personal a alentar a las mujeres para que tomaran la iniciativa de contactar a los asistentes sociales y los padres sustitutos, y también les explicamos cómo instruirlos durante el proceso. Con el tiempo, las madres comenzaron a dirigir estas reuniones y a tomar las cosas a su cargo, lo que sin duda constituyó una inversión de la jerarquía habitual.

En algunas situaciones, el programa perinatal se convirtió en un lugar de reunión en el que las madres, los niños, los asistentes sociales y los padres sustitutos podían ocuparse de los dilemas que plantea la custodia de hijos ajenos. Cuando las clientas lograban recuperar la custodia de sus hijos, ayudamos al personal a asistirles durante el difícil proceso de reunificación.

Por ejemplo, cuando Sonia ingresó en el programa estaba embarazada, y posteriormente dio a luz a una niña, Tisha. La rehabilitación de Sonia fue exitosa, y para la época en que completó el programa había recuperado ya la custodia de otra de sus hijas, Tania, que tenía ocho años. Otra hija, Latoya, estaba a punto de reunirse con ella después de pasar dos años en un centro terapéutico residencial. Sus dos hijos varones vivían juntos en un hogar colectivo y se esperaba que permanecieran allí por el momento. Incluso después de haberlo completado, Sonia mantuvo su relación con el programa perinatal. Pidió ayuda, concretamente en relación con Tania, quien, según ella, la rechazaba, se mostraba muy poco comunicativa y desafiaba su autoridad.

Podemos ver aquí los síntomas de una reunificación difícil. Habiendo estado separadas la una de la otra durante muchos años, Sonia y Tania tenían que aprender de pronto a relacionarse como madre e hija, además en un momento en el que Sonia luchaba contra la ansiedad que le producía la transición de la posición protegida de clienta a la difícil tarea de cuidar a sus hijos por sí misma. A partir de esta interpretación de la situación, el consultor declinó el pedido de sumarse a la lista de expertos a cargo de Tania. En cambio, ofreció un contexto en el que Sonia pudiera aplicar y desarrollar su propia idoneidad como madre. Se programaron reuniones quincenales para Sonia y todos sus hijos, y los arreglos necesarios para lograr la concurrencia de los asistentes sociales, y los niños quedaron a cargo de Sonia.

Las sesiones carecían, en general, de una estructura. Durante las reuniones, Sonia tenía muchas cosas en la cabeza, hablaba de los problemas de conseguir trabajo y vivienda, y también de cuestiones relacionadas con los niños. El consultor se adaptó a las realidades y el estilo de Sonia, y se abstuvo de imponer el formato de una sesión familiar. Respondía cuando las preocupaciones de Sonia tenían que ver con sus hijos, se desligaba cuando ella dedicaba su aten-

ción a otras cuestiones e intervenía nuevamente cuando era apropiado. A menudo adoptaba el estilo bromista de Sonia, valiéndose del humor para introducir un tema familiar, organizar una representación familiar o destacar el hecho de que los niños le respondían más a ella que a los asistentes sociales.

El tema principal en esta familia era la incertidumbre de la reunificación. Sonia comenzaba cada sesión con un aluvión de quejas sobre uno o más de sus hijos, sobre el estrés que le provocaba su conducta, sobre el hecho de que todo eso ponía en peligro la subsistencia de su recuperación y de que tenía dudas respecto de la reunificación. Quizá debería postergar el regreso de los hijos que aún no estaban con ella, quizá la hija que acababa de volver debería ser colocada nuevamente, quizás. . . El consultor escuchaba, mostraba compasión por sus dificultades y se concentraba en crear situaciones vinculantes donde Sonia y los niños pudieran experimentar la conexión, el apoyo cálido y afectuoso y la interacción lúdica de que se habían visto privados durante los largos años en que estuvieron separados:

Sonia: Tania me saca de quicio. No hace nada por sí misma. Todo lo tengo que hacer yo.

Consultor: ¿Como qué, por ejemplo?

Sonia: Cuando llegó era muy independiente. Se peinaba y se lavaba sola. Ahora tengo que peinarla y lavarla yo. No debería hacerlo. Ya no es un bebé.

Consultor: ¿Ella le pide que la peine?

Sonia: No, no me lo pide. Simplemente, no lo hace, de modo que tengo que hacerlo yo.

Consultor: ¿Y ella deja que usted lo haga?

Sonia: Sí. Lo hace a propósito, me imagino.

Consultor: Yo diría que ella ha dejado de rechazarla, ¿no es cierto?

Sonia: Sí. Pero ahora quiere que la mime como si fuera un bebé.

Consultor: ¿Y usted lo hace?

Sonia: A veces. En cierto modo me manipula para que la trate como a un bebé.

Consultor: ¿Puede mostrarme cómo lo hace?

Sonia: Bueno. (A Tania, en tono imperativo.) Ven aquí. (Tania corre hacia su madre y se sienta en su falda. Sonia co-

mienza a acariciarla; su voz se hace más suave.) La acaricia y le hablo al oído, así. (Lo demuestra hablándole a Tania al oído. Latoya y los varones, que habían estado jugando, se les acercan.)

Consultor (a los niños): ¿También ustedes quieren estar ahí? (Los niños rodean a Sonia y Tania y se abrazan a ellas.)
Sonia (riendo): ¡Basta ya! ¡Déjenme! (Pero sigue rodeando a los niños con sus brazos, y ellos siguen riendo y abrazándola.)

Estas situaciones no tienen nada de milagrosas, ni hay garantías de que Sonia y sus hijos puedan lograr una reunificación exitosa, sobre todo si Sonia no recibe ayuda durante el período transicional. Pero es vital que madre e hijos tengan la oportunidad de sentir y expresar la conexión que hay entre ellos, que Sonia pueda percibir su importancia como madre, y que todos ellos puedan sentir que constituyen una «familia», sin importar cuál sea su lugar de residencia ni con qué otras personas están conectados.

Consolidación de la orientación familiar

Unos dos años y medio después del inicio de la capacitación, tuvo lugar un acontecimiento importante: el coordinador, juntamente con personal del departamento de niños, formó un grupo de apoyo para adultos a cargo de niños. La participación en el grupo era voluntaria y abierta tanto a las clientas como a otros adultos vinculados con sus hijos. El propósito de las reuniones era ayudar a los participantes a reconstruir o mejorar sus relaciones con otros adultos, en especial con los que sentían afecto por los niños, tenían su guarda o podían tomar decisiones que afectaban a las mujeres y sus hijos. Se abordaban temas muy variados. En una reunión, por ejemplo, se analizaron los conflictos que estaban experimentando los miembros de dos parejas en relación con sus roles como hombres y mujeres, especialmente en lo que se refiere a la confianza mutua, el respeto y el ser escuchado.

La creación de este grupo tuvo gran importancia porque fue ideada y llevada a la práctica en forma autónoma por el

personal. Fue una iniciativa concordante con una perspectiva familiar, pero no fue sugerida por nosotros. En el memorándum que anunciaba la formación del grupo se señalaba que, partiendo de la premisa de que la formación de redes de apoyo fortalece la sobriedad, el grupo se centraría en la exploración de estrategias destinadas a mejorar las relaciones y la comunicación entre los padres y otros adultos involucrados en la vida de sus hijos. El tono y el contenido del memorándum mostraban hasta qué punto el personal había modificado su posición respecto de la familia: de esforzarse por mantenerla a distancia había pasado a considerarla un factor positivo indispensable en la vida de las clientas.

La extensión del programa a otros servicios

El propósito original de la intervención fue facilitar la formación de una unidad orientada a la familia cuyo personal, tras haber desarrollado un marco de referencia y las habilidades pertinentes, pudiera continuar con el programa, después de la partida de los consultores. Con el tiempo, la visión evolucionó y las ideas básicas se extendieron a otros ámbitos. La iniciativa quedó en manos del coordinador del programa perinatal, quien asumió la responsabilidad principal por la expansión de la orientación familiar.

La convicción del coordinador de que el programa debía extenderse a otros ámbitos se basó en su conocimiento de las mujeres y de la realidad de sus vidas. Las clientas de la unidad perinatal necesitaban diversos servicios y —a causa de la forma en que tradicionalmente se ha organizado su prestación— se veían obligadas a recurrir a instituciones no vinculadas entre sí y situadas en lugares diferentes. Este peregrinaje, al margen de la pérdida de tiempo que representaba y del daño que podía ocasionar a su salud, obstaculizaba su asistencia regular a la unidad perinatal. El coordinador comenzó a buscar una estructura que integrara algunos de los servicios fundamentales. Lo primordial eran la asistencia médica, la vivienda y el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas. Un requisito importante era que todos los elementos de la estructura debían aceptar a

las familias y estar interesados en que las mujeres se mantuvieran en contacto con sus hijos.

El departamento de obstetricia y ginecología del hospital fue la base principal para la expansión del programa, por lo que podía proporcionar asistencia médica a las clientas de la unidad perinatal, eliminando así la necesidad de viajar para recibir cuidados prenatales. El departamento contaba ya con una clínica para pacientes de alto riesgo que aplicaba un tratamiento especial a las mujeres dependientes de sustancias químicas. Un enlace con la unidad perinatal era, como mínimo, un arreglo conveniente en el caso de las pacientes que necesitaban tratamiento antidroga. Además, el personal de la clínica de alto riesgo opinaba que, en general, las mujeres no debían ser separadas de sus bebés. Sabían que las que acudían a la clínica no deseaban hablar sobre problemas como la falta de vivienda, los malos tratos o los hogares sustitutos por temor de que las separaran de sus bebés cuando estos nacieran, y pensaban que sería provechoso para sus clientas poder hablar sin peligro de sus problemas ante un auditorio amistoso.

En cierta medida, se contaba ya con una base para una red cooperativa, con puntos de vista compartidos. Las consultas regulares sobre casos eran parte del programa perinatal y habían sido organizadas para atraer a las personas que trataban con las mujeres y sus familias. En las consultas sobre clientas que estaban en tratamiento en la clínica de alto riesgo siempre participaban miembros del personal de esa clínica. A partir de ese enlace informal preexistente, enfocado en casos específicos, la clínica y la unidad perinatal lograron establecer una relación de trabajo más formal. El programa perinatal contaba con el departamento de obstetricia y ginecología para obtener derivaciones y asistencia médica, y la clínica de alto riesgo contaba con el personal de la unidad perinatal para obtener capacitación, actividades *in situ* y tratamiento de la drogadicción. En ese contexto, el coordinador organizó una reunión multidisciplinaria semanal, en la que miembros del personal de obstetricia y ginecología, de la comunidad terapéutica y del departamento de niños analizaban casos individuales. Las diferentes perspectivas producían un cuadro más completo y disminuían la tendencia a concentrarse en la patología. Por ejemplo, cuando un miembro del departamento de niños

comentó que Sharon era una madre competente y sensible, se produjo un cambio en la percepción del consejero del programa antidroga, quien siempre la había considerado débil y frívola.

Un tercer componente de esta red tenía que ver con la vivienda. Sensible a la difícil vida cotidiana de la población del programa, el coordinador consideró la posibilidad de agrupar los servicios dentro de una zona geográfica manejable. Se puso en contacto con un albergue cercano para mujeres sin hogar, algunas de las cuales estaban embarazadas y eran dependientes de sustancias químicas. Con el tiempo, las tres unidades se convirtieron en un sistema viable, derivándose clientas entre sí y tratando de coordinar sus servicios.

Puede ser útil señalar que las habilidades puestas en juego para promover esta red tienen poco que ver con la terapia familiar. En cambio, incluyen la sensibilidad a las necesidades de las clientas, una investigación de los recursos de la comunidad, la creatividad de pensar en «qué pasaría si» y capacidad para reconocer a personas clave de cada ámbito que pueden ser receptivas y flexibles. Gracias a esta combinación fue posible lograr que las ideas básicas del programa perinatal fueran aceptadas y llevadas a la práctica en la clínica para pacientes de alto riesgo del departamento de obstetricia y ginecología del hospital.

Las actividades de capacitación y asesoramiento en el departamento de obstetricia y ginecología asumieron distintas formas. Como ya se indicó, el coordinador organizó una reunión semanal en la que el personal de la clínica intercambiaba información con el de otros servicios. Además se organizaron sesiones de capacitación para el personal de la clínica centradas en los conceptos y las habilidades necesarios para trabajar con las mujeres y sus familias.

El contacto directo con las clientas fue un aspecto importante de la intervención. Comenzó de un modo informal: los instructores concurrían a la clínica los días en que las mujeres iban a hacerse revisar, se unían a grupos informales, activaban la conversación entre las mujeres y contribuían a aclarar cuestiones importantes. Tal vez el progreso más significativo haya sido el establecimiento de una nueva estructura. Algunas veteranas del programa perinatal —mujeres que habían participado exitosamente en el programa, ha-

bían dado a luz a sus bebés y no habían recaído en la drogadicción—, se convirtieron en facilitadoras para las mujeres que se atendían en la clínica. Trabajaban con grupos, poniendo en juego los conocimientos y las habilidades de liderazgo que habían adquirido en la comunidad terapéutica. Nuestro propio rol pasó a ser uno de asesoramiento, brindando apoyo a las facilitadoras y comunicándoles observaciones sobre el estilo de liderazgo y el contenido de la discusión.

Las facilitadoras eran especialmente eficaces en la tarea de alentar a las mujeres a ingresar en el programa antidroga; no sólo habían pertenecido a la comunidad sino que también representaban un resultado optimista y exitoso. Cuando llevaban a sus propios bebés a las reuniones, estaban destacando implícitamente que el vínculo madre-hijo ayudaba a vencer la drogadicción. La presencia de los bebés era una prueba palpable de que, a pesar de su historial de consumo de drogas, no les habían quitado a sus hijos. Con el tiempo, estos grupos admitieron a otros participantes y ampliaron sus objetivos. Llegaron a incluir a los compañeros, los hijos de más edad y la familia extensa de las mujeres, e inspiraron la creación de un grupo para parejas separadas que se reunía una vez por semana y abordaba temas como las relaciones y la crianza de los hijos.

¿Qué contribuye a la supervivencia de un programa?

La situación actual del programa no es la misma en la comunidad terapéutica que en la clínica para pacientes de alto riesgo. En la primera ha ido perdiendo importancia; en la segunda, en cambio, no ha dejado de prosperar. Hay algo de misterioso en esto. ¿Qué elementos confieren a un programa la capacidad de perdurar?

En la comunidad terapéutica el programa perinatal fue, incuestionablemente, un experimento exitoso. Durante varios años creció, provocó como mínimo algunos cambios en la comunidad y produjo efectos deseables y comprobables. En una evaluación de lo que denominaron un modelo multisistémico y específicamente diseñado para clientes

mujeres, los directivos del departamento donde tuvo lugar nuestra intervención describieron su resultado. Compararon la primera etapa del programa perinatal, en la que se atendían las necesidades específicas de un género pero estaba ausente la orientación familiar, con la segunda etapa, en la que tuvo lugar la intervención que hemos descrito precedentemente. Basándose en datos precisos, como el resultado de los exámenes toxicológicos de orina y la permanencia de las clientas en el programa, informaron que hubo una mejora significativa en el caso de las clientas de la unidad perinatal tratadas en la etapa II, en comparación con las tratadas en la etapa I, mejora que no se observó en un grupo de control integrado por clientas que no formaban parte de la unidad perinatal (Egelko, Galanter, Dermatis y DeMaio, 1998). Sin embargo, después de un tiempo, el número de clientas de la unidad perinatal disminuyó drásticamente, y el programa apenas si subsiste en ese ámbito.

Hay una explicación obvia para esto. El programa perinatal fue financiado mediante un subsidio, y el dinero se acabó. El coordinador pasó a desempeñarse como consultor en el departamento de obstetricia y ginecología, y ningún miembro del personal de la comunidad terapéutica fue adscrito específicamente al programa. ¿Pero por qué no se incorporó este a la operación corriente del departamento, en especial si se considera que sus directivos se sintieron lo bastante impresionados y orgullosos como para publicar los resultados positivos? ¿Era la filosofía original de la comunidad terapéutica tan poderosa que absorbió a este programa más pequeño? ¿Fue una cuestión de personal? ¿De la competencia entre distintas demandas, de otros compromisos?

Tal vez todas estas preguntas sean erróneas, o tal vez las respuestas sólo puedan sugerirse analizando el éxito del modelo en la clínica para pacientes de alto riesgo del departamento de obstetricia y ginecología. En esa clínica el enfoque es parte integrante de los procedimientos corrientes y los resultados siguen siendo satisfactorios. La cantidad de bebés nacidos en término, con peso normal y sin rastros de droga aumentó notablemente. En consecuencia, fueron más las madres que conservaron la custodia de sus bebés.

¿Por qué se afianzó el programa en esa clínica? Lo único que podemos hacer es señalar los diversos factores que pro-

blemente contribuyeron a ello, y el hecho de que se trate de un conjunto de factores es tal vez parte de la respuesta. Combinados, son poderosos.

Un factor decisivo es el género, y todo lo que lo acompaña. La obstetricia y la ginecología tienen que ver con las mujeres; se ocupan de realidades específicamente femeninas. Por supuesto que esta explicación, por sí misma, no es suficiente. Casi todas las mujeres conocen bien la brecha que hay entre sus necesidades e intereses y el tratamiento que por lo general reciben en los servicios de obstetricia y ginecología. Pero el personal de este servicio particular conocía bien su oficio, ponía mucha dedicación en su trabajo y estaba convencido de que los bebés y la familia son una parte importante de la vida, incluso para las mujeres dependientes de sustancias químicas. No tenían necesidad de reemplazar una orientación arraigada por otra nueva; al menos en lo que se refiere a actitudes, estaban bien ubicados. Podían comprender y aceptar que el embarazo no es un agregado a la dependencia de sustancias químicas sino algo esencial en la vida de la mujer, con implicaciones para sus relaciones actuales y la vida futura de su bebé. Eran excelentes candidatos para la capacitación, para el perfeccionamiento de sus habilidades y para llevar a cabo la adaptación del programa a fin de conferir poder a las mujeres a su cuidado.

Sin duda, también fue importante que el coordinador siguiera trabajando con el personal de la clínica para pacientes de alto riesgo. Su energía y creatividad fueron esenciales para el desarrollo del programa, aun después de que se institucionalizara. Como ocurre con muchos esfuerzos innovadores, con el tiempo el programa perdió una parte significativa de su financiamiento original, pero la clínica sigue aplicando un modelo familiar.

Por último, el programa integra una red más extensa, la cual probablemente también es parte de la respuesta. Hay un enlace funcional con albergues locales, y el modelo familiar se completa con los servicios médicos y personales necesarios. Para esta población el programa se aproxima, por lo tanto, a la inmediatez de la vida en su propia comunidad. Esta puede ser una de las mejores explicaciones del porqué de su éxito. Ya sea que tenga en mira a los hombres o a las mujeres, que sea perinatal o no, un programa destinado a

los pobres afectados por crisis múltiples quizá sólo pueda perdurar si está orientado a la familia e integrado en la vida cotidiana, y si cuenta con el apoyo de la comunidad. Autosustentable no significa aislado; significa que, dentro de su contexto, recibe el apoyo suficiente como para poder seguir funcionando y desarrollándose.

7. Internación de niños I

Centros residenciales

En este capítulo utilizaremos un enfoque histórico y evaluativo: examinaremos diversos ámbitos residenciales para niños y haremos referencia a los cambios registrados a través del tiempo, los distintos métodos empleados y la relación de esas instituciones con las familias. Luego describiremos una consulta de breve duración que realizamos en un centro residencial y cuyo objetivo era promover la transición de un enfoque centrado en los niños a otro centrado en la familia. Por último, presentaremos un conjunto de recomendaciones generales para los centros residenciales que trabajan con niños.

Del pasado al presente: evolución de las actitudes y las prácticas

La historia nos enseña que en la Edad Media las ciudades expulsaban a los indeseables: los retardados, los psicóticos y los pobres. Los embarcaban en las llamadas «naves de los locos» y los enviaban río abajo, hacia otras ciudades. El confinamiento de los raros y diferentes en centros aislados comenzó en 1656 cuando, al fundarse el Hôpital Général, todos los excéntricos y psicóticos de París fueron hospitalizados —según se decía, «para su propia protección»— (Foucault, 1965). Hacia esa época, la profesión médica se proclamó propietaria de los términos que definían la salud y la enfermedad mental y declaró que le correspondía decidir cuándo era necesaria la internación.

La facultad de las autoridades de tomar esas decisiones tiene un paralelo en la sociedad actual, en la que los centros residenciales para niños se utilizan a menudo como un medio de solucionar problemas de conducta. Pero la propen-

sión a separar a los niños difíciles de sus padres mediante su internación en un establecimiento se acentúa cuando las familias son pobres y están vinculadas a los servicios sociales. Cuando se dan estas circunstancias, el departamento de protección a la infancia, los profesionales de la salud mental y el sistema judicial actúan a menudo *in loco parentis*, tomando a su cargo la tarea de proteger a los niños mediante su colocación en instituciones especiales.

Esta manera de proceder se basa en dos supuestos: primero, que las familias no sólo son incapaces de controlar o curar a sus hijos, sino que, por lo general, son la fuente de la patología; y segundo, que la prevención y la curación dependen de que se traslade a los niños de su contexto patógeno a un lugar seguro y neutral. De acuerdo con este punto de vista, lo que corresponde es colocar a los niños en instituciones en las que se les proporcione tratamiento, y de las que a su debido tiempo saldrán más fuertes, más saludables y preparados para reintegrarse a sus familias.

En esta organización del proceso se supone que un niño puede trasladarse libremente de su hogar a la institución y de la institución a su hogar, cambiando para bien con cada traslado. También se supone que, cuando finalmente abandone la institución, se reunirá con una familia que ha reservado un lugar para su miembro ausente y aceptará su regreso con facilidad y gratitud. A menudo, sin embargo, la transición es difícil. Es posible que el niño y la familia no se adapten mutuamente con facilidad una vez reunidos, y si recurrimos a una perspectiva sistémica comprenderemos por qué. Las fronteras entre la institución y la familia, por lo general, han sido definidas rígidamente durante el tiempo que duró la colocación, a pesar de que unas fronteras más permeables hubieran permitido un mayor grado de preparación para el futuro. Y habitualmente se ha puesto escaso énfasis en la reorganización de la familia, aunque con frecuencia la adopción de nuevas pautas familiares es esencial para que la reunificación sea exitosa.

Si las ideas sistémicas no han sido importantes en los centros residenciales, ¿qué se ha enfatizado y cómo se han organizado los servicios? Resulta útil examinar la evolución de esas instituciones durante las últimas décadas, reparando en el punto de vista dominante y en la organización de los servicios, como también en las indicaciones de cambios a

través del tiempo. En las secciones siguientes, por lo tanto, describiremos cuatro instituciones, abarcando un lapso que va desde la década de 1950 hasta la de 1980. Las hemos seleccionado en parte porque uno de los autores (S. M.) prestó servicios en todas ellas y las conoció bien, pero además porque ilustran ideas y tendencias básicas. Como la mayoría de las instituciones de este tipo, brindaban apoyo a los niños, se proponían mitigar sus problemas y prepararlos para vivir fuera de la institución, y todas contaban con personal calificado y eran respetadas y consideradas eficaces en su tiempo. Difieran en cuanto a la fuente de la patología y el enfoque terapéutico, pero ninguna de las tres más antiguas compartía el principio que hemos destacado en este libro: el diagnóstico del individuo debe basarse en la comprensión de la familia, y el tratamiento debe incluir a la familia y el contexto.

Describiremos en primer término tres instituciones que descollaron en las décadas de 1950 y 1960, señalando las ideas principales en torno de las cuales fueron organizadas y detallando el proceso a través del cual la tercera de ellas cambió de enfoque y se involucró con las familias. Luego nos referiremos a una institución para niños que adoptó un enfoque orientado a la familia en la década de 1970 e incorporó dicha perspectiva en su organización y procedimientos terapéuticos.

Las décadas de 1950 y 1960: tres centros residenciales

Hawthorne Cedar-Knolls

En la década de 1950, Hawthorne Cedar-Knolls era una institución para niños emocionalmente perturbados, situada en las afueras de la ciudad de Nueva York y regida por el Jewish Board of Guardians. Aunque en sus comienzos había sido una institución sectaria, en la década de 1950 ya no lo era y albergaba una considerable cantidad de niños que pertenecían a otras minorías étnicas; la mayoría procedía originariamente de barrios urbanos. Los niños vivían en

pequeñas casas, bajo la supervisión de los «padres» que estaban a cargo de cada una de ellas. La vida en ese ambiente era controlada en forma permanente. Sin embargo, lo más importante del lugar era el centro de terapia, donde los niños asistían a sesiones individuales, a cargo, principalmente, de asistentes sociales que habían recibido capacitación en psicoterapia psicodinámica.

Esto, por supuesto, era lo que se hacía en la mayoría de las instituciones en esa época. El tratamiento se centraba en el niño individual y había escasa predisposición a tomar en cuenta a las familias y los barrios de los que procedían los niños o a evaluar el papel que desempeñaban en la configuración de la conducta. Un incidente que ocurrió en ese período ilustra la orientación del pensamiento y la terapia en la institución: una joven adolescente sexualmente promiscua empleaba la mayor parte del tiempo, durante las sesiones de terapia, en tratar de seducir a su terapeuta. Cuando el terapeuta consultó a su supervisor, este le aconsejó que hablara a la muchacha de la transferencia y la contratransferencia y le indicara que una respuesta sexual no sería útil para el tratamiento. Ni el supervisor ni el terapeuta pensaron que era importante investigar el medio social del que procedía la muchacha, o si la sexualidad era una moneda de cambio en su comunidad, o si había abuso sexual en su familia. Aunque en la actualidad estamos más alertas a las fuerzas sociales, no es infrecuente que en las instituciones persista aún esa orientación al individuo, de acuerdo con la cual el contexto del niño no forma parte de los datos importantes.

En Hawthorne Cedar-Knolls, el contexto inmediato —la vida grupal— era controlado por el personal, pero prácticamente no se lo tomaba en cuenta como fuerza dinámica. Sin embargo, el grupo de niños era influyente y controlaba buena parte de la conducta. Se guiaba por su propio sistema de valores y justicia, como lo atestigua el siguiente incidente: un día desapareció la billetera de un terapeuta; el hecho no era infrecuente, y en general el personal manejaba esta clase de asuntos por intermedio de los «padres» a cargo de las casas. En este caso, en cambio, el terapeuta le explicó el problema al niño que parecía ser el líder del grupo. Esa tarde, previa intervención de un «tribunal» improvisado, la billetera fue devuelta y los autores de la sustracción fueron

castigados por los mismos niños. Pero este proceso no era usual; por lo común, la organización informal de la vida grupal no era investigada ni utilizada.

Los centros residenciales de Youth Aliyah

Estos centros israelíes tenían una orientación distinta. A diferencia de las instituciones norteamericanas, que ponían énfasis en el individuo, los centros de Youth Aliyah destacaban la organización y el poder del grupo. Creados para los adolescentes y proadolescentes que se habían trasladado de Europa a Israel después de haber sobrevivido al Holocausto, posteriormente se expandieron para incluir niños procedentes del Yemen, Marruecos, Túnez y otros países árabes, como también de la India e Irán.

El primer paso en el proceso de absorber este microcosmo de los niños del mundo estaba representado por los kibbutzim. En ellos los niños vivían en grupos dirigidos por un líder educativo. Iban a la escuela, trabajaban parte del tiempo y participaban en la vida cotidiana del kibbutz. Para algunos niños, la transición de una cultura a otra era como una valla que no podían salvar. Dada la rígida organización social del kibbutz, su angustia y su conducta aberrante resultaban inaceptables y se consideró necesario trasladarlos a otro ámbito.

Esos niños eran enviados a instituciones residenciales dirigidas por Youth Aliyah, un organismo cuya misión era integrar a los jóvenes inmigrantes en la cultura israelí. En estas instituciones la ideología educativa y la estructura social eran esencialmente las mismas que en los kibbutzim. Los niños estaban organizados en pequeños grupos en torno de un líder educativo. La terapia y la educación estaban centradas en el ambiente y la vida del grupo. Los niños que presentaban perturbaciones serias tenían asesores individuales, pero la terapia personalizada no era la regla. En todo caso, la orientación de la terapia era distinta de la de los terapeutas norteamericanos. Los terapeutas israelíes se habían formado en la tradición europea de los *heil pedagogues* (terapeutas educativos), y algunos seguían las enseñanzas del educador ruso Makarenko (1973), para quien las

consecuencias de la mala conducta de cualquiera de los miembros deben recaer sobre el grupo en pleno.

Ni Hawthorne Cedar-Knolls ni los centros de Youth Aliyah incluían a las familias en la labor terapéutica. Los factores familiares no formaban parte de la ideología dominante y se los consideraba irrelevantes para el tratamiento. En cada uno de estos ámbitos se esperaba que el cambio terapéutico ocurriera dentro de la institución y se transfiriera luego al mundo externo.

La Escuela Wiltwyck para varones

En este sentido la Escuela Wiltwyck para varones no era diferente, o por lo menos no lo fue durante la mayor parte de su historia. Era un centro residencial para varones catalogados como delincuentes juveniles, derivados por los tribunales. En su mayoría eran negros o hispanos procedentes del barrio neoyorkino de Harlem. La institución estaba situada fuera de la ciudad, y resultaba evidente que se había elegido esa ubicación con el propósito de sustraer a los niños de la influencia negativa de sus familias perturbadas y de la cultura urbana. La escuela ponía énfasis en el control de la conducta y recurría a una «economía de fichas» para cuantificar las recompensas y los castigos. Además, cada niño tenía un terapeuta, por lo general un asistente social, quien lo atendía en sesiones individuales de orientación psicodinámica. Sin embargo, la institución estaba abierta al cambio y algunos miembros de la junta de directores eran personas influyentes que estaban alertas a las tendencias sociales y representaban el pensamiento creativo en el campo de la salud mental.

En la década de 1960, el presidente Lyndon Johnson anunció que el país había emprendido una «guerra contra la pobreza», lo cual hizo que se prestara más atención a las familias pobres y favoreció el desarrollo de servicios destinados a satisfacer sus necesidades. En ese momento, Wiltwyck se interesó por las familias que habían engendrado a los niños que poblaban la escuela. El personal no tenía idea de cómo trabajar con las familias ni habilidades que lo ayudaran a integrarlas en las sesiones terapéuticas. Sin embargo, el cambio estaba en el aire, y el campo de la salud mental

ofrecía nuevas posibilidades de exploración. Ideas novedosas sobre los sistemas familiares y la terapia familiar se estaban desarrollando en California, Washington y Nueva York, y se difundían por todo el país. Esas ideas eran un estímulo para el equipo de profesionales que había acudido a Wiltwyck con el propósito de explorar nuevas formas de tratamiento. La decisión de ese equipo de trabajar con las familias marcó una línea divisoria en la historia de las instituciones para niños, y el hecho de que el trabajo se hiciera con familias pobres fue una característica singular.

La tecnología resultó muy útil en el esfuerzo por labrar un terreno virgen. El grupo de Wiltwyck derribó una pared, instaló un espejo de visión unilateral y un sistema de cámaras de video, y sus miembros se proclamaron terapeutas de familia, listos para trabajar con familias a las que se había considerado inaccesibles. Inventaron técnicas a medida que trabajaban y se reunían con las familias, se sintieron cada vez más cómodos con el proceso, y aprendieron. Finalmente, idearon una sesión extensa dividida en tres etapas: en la primera, dos terapeutas se reunían con toda la familia; en la segunda, uno de ellos se reunía con el padre o los padres mientras el otro lo hacía con los hermanos, y en la tercera, ambos se reunían nuevamente con la familia en pleno. El objetivo de las tres etapas era aclarar cómo los diferentes subsistemas organizaban el pensamiento y la conducta de los miembros de la familia.

Después de cada sesión, los terapeutas y observadores se reunían para analizar lo ocurrido y aprender de la experiencia. Con el tiempo, desarrollaron un conjunto de técnicas activas para las intervenciones terapéuticas, basadas en esos esfuerzos exploratorios y en su creciente comprensión de las familias.

La tarea realizada en Wiltwyck fue descrita en un libro titulado *Families of the slums* (S. Minuchin, Montalvo, Guerny, Rosman y Schumer, 1967). Puede ser útil incluir aquí una cita del análisis de las familias de Wiltwyck que se hace en esa obra a fin de poner de manifiesto que hace más de treinta años ya se consideraba a la organización de las familias pobres como un producto de las tensiones impuestas por la pobreza urbana.

El pasaje que sigue a continuación describe el funcionamiento de las familias y capta rasgos que orientaron la evo-

lución de este nuevo enfoque terapéutico. Debe señalarse que en dicho pasaje se describen por primera vez la conducta y el desarrollo del niño como parte de las interacciones interpersonales de los miembros de la familia. La atención se dirige a la familia como sistema y no al niño aislado.

«Un rasgo esencial de la familia y el entorno hogareño es su transitoriedad e impredecibilidad. Estas características hacen que sea difícil para el niño definirse en relación con su mundo (. . .) Los objetos y los sucesos son transitorios. Una cama que comparten dos o más niños puede ser asignada a otro niño o a un visitante semipermanente, mientras que sus ocupantes originales deben apiñarse en un rincón de otra cama. La geografía del hogar y su disposición cambiante impiden que se desarrolle el sentimiento de que "Tengo mi lugar en el mundo". Las comidas no se ajustan a ningún orden, no tienen horario fijo ni se consumen en un lugar determinado. Una madre que un día prepara cuatro cenas individuales y diferentes de acuerdo con los deseos de sus hijos, al día siguiente no prepara nada, y los niños tienen que buscar en las alacenas lo que haya disponible para comer, y cenar papas fritas y gaseosa.

«Los contactos interpersonales son también erráticos y transitorios. En estas familias numerosas, el cuidado de los niños pequeños es compartido por muchas personas. Las madres, tías y abuelas, y también los hermanos mayores, son quienes se ocupan de ellos. En algunas ocasiones los inundan con estímulos y en otras los dejan solos durante largos períodos, en los que deambulan por la casa sin que nadie les preste atención. Es posible que en estos cuidados múltiples haya elementos de seguridad, pero el peligro acecha en los intervalos en que el niño se pierde en los intersticios de la responsabilidad. Los cuidadores múltiples y erráticos pueden incrementar la sensación del niño de que el mundo es inestable y hacer más difícil para él la transición de un sentido del yo difuso a otro más definido.

«En la socialización del niño, aparentemente lo que caracteriza a estas familias son dos rasgos principales: las reacciones de los padres ante la conducta de sus hijos son relativamente aleatorias y por lo tanto carecen de las cualidades que transmiten reglas susceptibles de ser inter-

nalizadas, y lo que los padres enfatizan es el control y la inhibición de la conducta, más bien que la orientación.

(...) Las pautas de reacción de los padres operan como los semáforos; transmiten la instrucción "no" en el momento, pero ninguna instrucción respecto de la conducta que ha de observarse en el futuro (...) El niño no puede determinar qué parte de su conducta es inapropiada. En consecuencia, aprende a definir los límites de la conducta permisible reaccionando principalmente a las respuestas de sus padres, inspiradas por el estado de ánimo de estos. Aprende que los "no" de la conducta están relacionados con el sufrimiento o el poder de la madre o de otras figuras de poder. "No hagas eso porque yo digo que no lo hagas", o "No hagas eso porque me pones nerviosa", o "No hagas eso o te pegaré". Privados de normas que regulen la conducta o atrapados en experiencias que dependen del control interpersonal inmediato, los niños necesitan la participación permanente de sus padres para organizar sus interacciones interpersonales. Las interacciones son inevitablemente ineficaces. Perpetúan una situación en la que una madre agobiada responde erráticamente a un niño confundido, el cual actúa de un modo que le asegura un contacto continuo con una figura de control externa» (S. Minuchin *et al.*, 1967, págs. 193-4).

El tipo de terapia familiar que desarrolló el equipo de Wiltwyck surgió de estas observaciones de la familia como sistema. Dado que los miembros de la familia se comunicaban de un modo que parecía caótico, expresando sus sentimientos pero no un mensaje claro, el personal ideó técnicas cuyo objetivo era aclarar los significados. Y dado que el control pasaba súbitamente de no hacer caso de la desviación a las reacciones violentas, y que las reacciones eran con frecuencia globales, el personal elaboró técnicas para detectar más tempranamente los factores desencadenantes y trabajó con las familias para idear respuestas moderadas y dirigidas a un objetivo claramente determinado. Y como los miembros de la familia no estaban acostumbrados a explorar sus sentimientos y tendían a actuar el afecto en interacciones confusas, el equipo investigó técnicas que facilitarían la comprensión de las relaciones y ayudaran a la familia a explorar nuevas pautas.

En resumen, lo que se desarrolló fue una terapia adaptada a las necesidades percibidas de la familia, que apuntaba a proporcionarle orientación y hacer surgir en ella un sentimiento de esperanza. El personal pensaba que la gente aprendería a actuar competentemente en el laboratorio social de su propia familia y luego sería capaz de transferir esa competencia recién adquirida al exigente contexto de su vida difícil y afectada por la pobreza. Juzgados desde la posición que sustentamos actualmente, esos esfuerzos parecen políticamente ingenuos, ya que excluyen las realidades del ambiente, pero en su tiempo fueron revolucionarios. Por primera vez se consideró entonces que la familia era una fuente de curación y no sólo una fuente de patología. Por primera vez, también, se ideó y se puso en práctica un procedimiento terapéutico basado en la familia para combatir la delincuencia juvenil.

Después de un tiempo, se generalizó el acuerdo de que la familia debía participar en el tratamiento del niño y de que muchos de los procedimientos que se utilizaban en ese centro residencial debían ser modificados. Los trámites para la admisión fueron revisados, se incrementó la frecuencia de las visitas al hogar y el personal comenzó a incluir a los miembros de la familia en la respuesta al comportamiento del niño en la institución. Lamentablemente, igual que muchas otras historias relacionadas con el campo de la salud mental, también esta tuvo un final ambiguo. El subsidio asignado al proyecto se agotó y los miembros del equipo pasaron a desempeñar otras actividades. La institución trasladó su sede a otro lugar, se vio aquejada por dificultades financieras y, por último, cerró definitivamente sus puertas. El legado del programa, sin embargo, perduró durante largo tiempo. La escuela estructural de terapia familiar, que enfatiza la intervención terapéutica activa, surgió de esa experiencia y ejerció una profunda influencia en la terapia familiar en las décadas de 1970 y 1980.

Las décadas de 1970 y 1980: la Philadelphia Child Guidance Clinic

Hallándose la terapia familiar en pleno crecimiento, y habiendo ingresado ya la experiencia de Wiltwyck en la his-

toría de las instituciones, era posible planear nuevos ámbitos que incorporasen las ideas en constante evolución sobre las familias y las instituciones. La oportunidad para implementar ese plan surgió en la década de 1970, cuando la Philadelphia Child Guidance Clinic se preparaba para construir su nuevo centro. El director (S. M.) y el arquitecto compartían la idea de que debía ser una institución de fronteras abiertas. Los niños podrían pasar de la unidad para pacientes externos a un hospital diurno, y de este a la unidad para pacientes internados, y viceversa. En la unidad para internados habría dos departamentos destinados a la hospitalización de las familias por un breve plazo. El Hospital de Niños, del que dependía la clínica, proporcionaría atención médica a los niños, y a su vez el personal de la clínica brindaría asesoramiento sobre los problemas psicológicos de los pacientes pediátricos del hospital. La unidad para pacientes externos se expandiría buscando activamente llegar a la comunidad local. La idea básica era organizar la institución de tal modo que pudiera proporcionar toda una gama de cuidados y servicios centrados en la familia.

La unidad para pacientes internados tiene una importancia especial para nuestra exposición. Fue organizada como un servicio abierto que trabajaba en colaboración con las familias de los niños designados como pacientes. La admisión, que insumía dos o más sesiones, comenzaba con una entrevista a la familia. Se formalizaba un contrato entre la familia y la clínica, en el cual se detallaban las metas del tratamiento y las obligaciones que asumían las partes en relación con el cumplimiento de esas metas. El contrato se centraba en los cambios que la familia esperaba se produjesen en el niño durante su permanencia en la institución, como también en los cambios que debían tener lugar en la familia para favorecer el retorno exitoso del niño a su hogar.

El tratamiento era una combinación de terapia ambiental, individual y familiar. Las sesiones con la familia incluían a todos los miembros del personal que trabajaban con el niño: maestros, enfermeras y celadores, y también al terapeuta de familia. Se pedía a los padres que visitaran la escuela para observar cómo se comportaba allí el niño, y las metas académicas eran fijadas conjuntamente por los padres y los maestros. Las visitas al hogar eran una parte

esencial del tratamiento. No integraban la estructura de recompensas y castigos dentro de la institución, y nunca se las cancelaba a causa de la desobediencia o la conducta agresiva del niño.

Los planes para la terminación del tratamiento comenzaban a formularse en el momento de la admisión. Se esperaba que la estancia de los niños en la unidad para internados fuera breve. Por lo tanto, era necesario ocuparse de los cambios en la familia y los planes para el alta durante los contactos iniciales. Después que el niño regresaba a su hogar, la terapia continuaba en la unidad para pacientes externos; los médicos de la unidad para pacientes internados participaban en las sesiones familiares durante el período de transición.

El trabajo que se realizaba en la clínica tenía un firme sustento teórico, y el desarrollo de nuevas técnicas de intervención era constante. Pero lo que aquí importa es la estructura formal de la unidad para pacientes internados, ya que se convirtió en un modelo para las consultas posteriores a centros residenciales. La estructura expresaba nuestra opinión básica: cuando un niño ingresa en un ámbito residencial, la institución, a sabiendas o no, está realizando una intervención familiar. Si la institución se centra exclusivamente en el niño y pasa por alto las pautas familiares que determinan su conducta, es probable que el tratamiento resulte ineficaz. La institución estructurada con fronteras abiertas debe incorporar a la familia en la vida del niño internado e incluir a algunos de sus miembros en las intervenciones clínicas.

El proceso continúa: inducción de cambios en un centro residencial

Llegamos así a la década de 1990 y al actual desafío de transformar centros residenciales en ámbitos amistosos para con las familias. ¿Cómo hacer de los conceptos sistémicos un instrumento poderoso, capaz de afectar el tipo de organización de una institución y su modo de implementar los procedimientos?

Presentamos aquí un ejemplo de una consulta que estimuló el cambio a través de una intervención relativamente breve. Muchos de nuestros programas de capacitación para instituciones residenciales han durado un año o más, pero algunos han sido más breves. Pensamos que puede ser especialmente útil describir una consulta breve, porque la concentración en un lapso limitado destaca los detalles de los pasos específicos y sugiere asimismo que una intervención breve pero intensiva es un medio económico de iniciar el proceso de cambio.

La descripción de la tarea que realizamos en el Ridge Center se basa en esa consulta específica, pero también hemos incluido detalles correspondientes a otros centros a fin de proporcionar un cuadro combinado del enfoque.

El Ridge Center: una consulta breve

El Ridge Center es una institución residencial situada en las afueras de una amplia zona metropolitana. Cuando el director se comunicó con el Family Studies, solicitó una consulta que los ayudara a mejorar sus servicios. De acuerdo con su descripción, en los últimos cinco años la institución había modificado su orientación individualista, y ahora estaba tratando de incorporar un enfoque familiar en sus procedimientos. Sin embargo, tenían problemas. El director nos pedía que evaluáramos sus procedimientos y sugiriésemos cambios. Convinimos en que la consulta insumiría cuatro días y se llevaría a cabo en la institución.

La consulta empezó, como de costumbre, con una reunión preliminar entre los dos consultores y los dirigentes del centro. Estaban presentes el director ejecutivo, el director de servicios clínicos, la jefa de enfermeras, el director de los servicios sociales, el psiquiatra de la institución y los consultores. De acuerdo con la información suministrada en esa reunión, el centro albergaba a unos 50 o 60 niños en edad escolar o en los comienzos de la adolescencia; cuyas familias eran, en su mayoría, afroamericanas o latinas. Los niños vivían en unidades habitacionales al cuidado de un celador; algunos concurrían a escuelas de la comunidad, y otros —la mayoría—, a la escuela del centro. Todos asistían

a sesiones de terapia individual y familiar, conducidas por asistentes sociales que integraban el personal del centro.

En esa reunión preliminar se pusieron de manifiesto dos preocupaciones básicas. A los dirigentes les preocupaba la duración de las estancias. Históricamente, la permanencia de los niños en el Ridge Center se extendía en promedio a dos años. El centro había modificado sus procedimientos e incluido a las familias, pero la duración de la estancia no bajaba de dieciocho meses. La pregunta era: ¿qué procedimientos organizacionales mantenían a los niños en la institución más tiempo del necesario, y qué se podía hacer al respecto? La otra preocupación se refería a la participación de los padres en los servicios clínicos: si bien se los había incluido, mantenían una actitud esencialmente pasiva y dependiente. ¿Qué podía hacer el centro para fomentar en ellos el espíritu de iniciativa?

Con estos dos problemas institucionales como objeto de la consulta, los consultores planificaron las actividades a cumplir durante los cuatro días, incluyendo entre ellas una evaluación de lo que estaba ocurriendo y la elaboración de recomendaciones sobre el cambio. Para el primer día, el plan preveía una visita a las diversas dependencias del centro, una entrevista con los terapeutas, otra con los maestros y una reunión con un grupo de consumidores, integrado por los padres de algunos de los niños que estaban o habían estado en el centro. En el segundo día, los consultores se ocuparían del proceso de admisión. El tercero se dedicaría a las intervenciones terapéuticas, y el cuarto incluiría realimentación, discusión y un conjunto de recomendaciones. Aunque este plan fue concebido durante la reunión preliminar, en realidad es genérico. La cobertura puede considerarse pertinente para casi cualquier institución, si bien los detalles podrían variar de acuerdo con la disponibilidad y la conveniencia de los participantes.

Primer día: visita al Ridge Center

El día comenzó con una visita a las viviendas de los niños. Estaban limpias y en buen estado, pero mostraban la despreocupación por las características estéticas que es habitual en las instituciones, como también una relativa es-

casez de detalles que parecieran ser personales de cada niño. En cada unidad había, lo mismo que en la escuela, pizarras colocadas en lugares bien visibles, en las que figuraba una lista de las reglas de conducta. La columna de la izquierda detallaba las conductas incorrectas y los puntos que se descontaban a los niños cuando se portaban mal en el comedor o alteraban el orden en el aula. La columna de la derecha describía y cuantificaba la buena conducta.

Esto indicaba a las claras la vigencia de la economía de fichas, vinculada a la conducta, que es tan común en los centros residenciales. Para nosotros, este procedimiento es cuestionable e incompatible con los principios del desarrollo infantil. Los niños necesitan disponer de períodos de invisibilidad mientras experimentan y buscan a tientas en la oscuridad. La sensación de que se los vigila y se los responsabiliza por cualquier cosa que hagan limita su espontaneidad. No obstante, los consultores no hicieron ningún comentario, ya que el medio ambiente no era lo más importante a considerar en esa consulta. Un consultor debe decidir qué es prioritario y pasar por alto algunas cosas. Este principio es aplicable a cualquier intervención, tanto si afecta a una familia como si afecta a un sistema más amplio. De hecho, también debería aplicarse cuando una institución realiza una evaluación interna de sus procedimientos organizacionales a fin de planificar un cambio.

La reunión con los celadores resultó un tanto novedosa para ellos. Aunque estaban acostumbrados a asistir a reuniones cuyo objetivo era obtener información específica sobre los niños, raras veces se les pedía que opinaran sobre temas más generales. Formularon el tipo de quejas que suelen escucharse cuando se contacta a este grupo, y que no carecen de validez. Sentían que los médicos no los respetaban, y pensaban que sus informes no eran valorados. Aunque en algunos aspectos sabían más sobre los niños que los asistentes sociales, no tenían la posibilidad de comunicarse directamente con las familias. Ellos informaban al personal clínico sobre la conducta que observaban los niños en las unidades, y los clínicos se ocupaban de comunicar esa información a las familias. No presenciaban las sesiones familiares ni participaban en ellas, de modo que lo que sabían sobre las familias y su relación con los niños era sólo lo que les llegaba a través del terapeuta. Consideraban que la barrera que

los separaba de las familias era infranqueable y tomaban esto como una indicación de la baja posición que ocupaban en la jerarquía de la institución.

La conversación con los celadores inspiró dos ideas. Una era que la situación requería un reajuste institucional general. Las decisiones sobre el rol de los celadores en relación con las familias clientas eran una cuestión interna. Era importante, sin embargo, que se comprendiera su punto de vista y se modificaran sus funciones a fin de que estas estuvieran más en concordancia con los objetivos últimos del centro. Un reajuste productivo requeriría la participación de los celadores, los directivos y los clínicos.

La segunda idea tenía que ver con lo que esa «barrera» implicaba para las familias. La distancia que separaba a los celadores de las familias transmitía a los padres un mensaje relacionado con la vida cotidiana de los niños en la institución: «No toquen nada, no hagan preguntas, no entren. No es asunto de ustedes». Probablemente también este aspecto había escapado a la atención del personal, y valía la pena proponerlo como tema de discusión.

La reunión con los maestros resultó desalentadora, sobre todo al tener en cuenta que la institución estaba tratando de mantener una orientación familiar. Todos los comentarios que hacían sobre los padres eran negativos. Se interesaban por los niños y decían que estaban realizando grandes esfuerzos para contrarrestar los efectos destructivos de las experiencias del pasado, pero sentían escasa simpatía por las personas que recibían asistencia social. Destacaban su falta de responsabilidad, consideraban perniciosas las relaciones que mantenían con sus hijos y dirigían estas críticas en forma generalizada a las familias de los niños que tenían a su cuidado. Dada la intensidad de estas reacciones, nos sorprendimos al enterarnos de que ni siquiera conocían a las familias, a las que nunca se invitaba a visitar la escuela, observar las clases o reunirse con los maestros. Estos, aunque criticaban en general a las familias y el entorno hogareño, no estaban en condiciones de responder a preguntas específicas sobre los antecedentes de ninguno de los niños.

Esta combinación de información mínima y actitudes negativas la hemos encontrado con frecuencia cuando las distintas personas que se ocupan de los mismos niños deben crear imágenes mutuas a partir de estereotipos. La si-

tuación en la que hay niños al cuidado de padres sustitutos acude de inmediato a la mente. Al principio es posible que los padres sustitutos tengan una opinión desfavorable de los padres biológicos de los niños a su cargo, pero esas imágenes por lo general se modifican cuando se reúnen con ellos, comienzan a compartir información y a formular en forma conjunta planes para los niños. Un contacto más frecuente entre los maestros del Ridge Center y los padres de sus alumnos cambiaría probablemente las actitudes de los primeros. También podría promover el rol más activo que el director de servicios clínicos deseaba para los padres.

En la tarde del primer día, uno de los consultores se reunió con los consumidores. El centro había invitado a dos conjuntos de padres cuyos hijos, después de pasar un tiempo en la institución, habían vuelto a sus hogares; a dos madres solteras cuyos hijos llevaban internados más de un año, y a los padres de un niño que había ingresado en el centro poco tiempo atrás. En general, una buena muestra.

Los padres eran observadores inteligentes de la situación, tenían sentimientos amistosos hacia el personal y pensaban que la estadía en el centro había sido útil para sus hijos. Mencionaron la necesidad de que mejorara la comunicación entre el personal y los padres, pero sus comentarios eran vagos y no demasiado críticos. Es posible que se sintieran más inseguros que los celadores y los maestros respecto de la finalidad de la reunión, pero si sus respuestas obedecían a un sentimiento de lealtad, eso hablaba en favor de la institución. Básicamente, esos padres estaban satisfechos.

La reunión con los padres no aportó mucha información que no fuera ya conocida. Sin embargo, la consideramos útil. Una reunión como esa transmite al personal un mensaje concreto sobre lo importante que es dialogar con las familias, en especial si se alienta a los padres a hacer comentarios sobre la conducta del personal y a sugerir modos de incrementar la participación de las familias. Si se las realiza periódicamente, las reuniones entre el personal y los padres pueden convertirse en un foro productivo.

Segundo día: la admisión

El segundo día estuvo dedicado a los procedimientos de admisión. La jornada comenzó con una entrevista que los consultores y el personal observaron por un circuito cerrado de televisión. La familia era latina; estaba compuesta por los padres (que tenían, ambos, algo más de treinta años), un agresivo niño de diez años (el paciente designado) y sus dos hermanos menores. La sesión fue conducida por la asistente social encargada de la admisión; también estaba presente el psiquiatra de la institución, en calidad de observador. Como es costumbre, el hospital que derivó a la familia había remitido con anterioridad un legajo; en él se mencionaba la posibilidad de que los padres hubieran incurrido en malos tratos y negligencia.

La entrevista, que la asistente social condujo en tono amistoso y en un clima de distensión, fue relativamente breve (duró cuarenta y cinco minutos). Durante la mayor parte de la sesión, los padres contestaron preguntas y describieron las dificultades de su hijo, sobre todo mientras estuvo internado en la unidad psiquiátrica para niños de donde procedía. Una vez terminada la sesión, el psiquiatra se marchó con el niño para una entrevista individual. Llevaron a la familia a recorrer la institución, y se pidió a los padres que llenaran formularios en los que daban su consentimiento para que su hijo recibiera terapia. Luego la familia se volvió a reunir y fueron juntos a la vivienda donde residiría el niño, en la que no había ningún otro niño, ya que todos los que la ocupaban habían sido alejados deliberadamente. Una vez en ella, fueron presentados formalmente al celador. A continuación, se trasladaron a la escuela, en la que tampoco había niños, y donde se cumplió la misma formalidad con el maestro. Hecho esto, los padres y los hermanos se marcharon y el niño quedó en el centro.

En su informe sobre el procedimiento de admisión, trajimos a colación una de las principales preguntas formuladas en la reunión inicial: «¿Qué puede hacerse para disminuir la dependencia de los padres y alentar en ellos el espíritu de iniciativa?». Dijimos al respecto que la entrevista de admisión mostraba a las claras cuál era el origen del problema. Resultaba evidente que la ideología con orientación familiar

coexistía con procedimientos que promovían la separación entre la familia y la institución.

La filosofía profamilia enunciada por los dirigentes prescribía un proceso de admisión y procedimientos terapéuticos que incluyeran a la familia. Sin embargo, los aspectos más destacados del enfoque vigente eran la concentración en el niño y el rol periférico asignado a la familia. Los procedimientos daban a entender a los padres que la patología residía en el niño y que la institución estaba preparada para manejar el problema sin ayuda. Lo que se les decía era: «Ustedes nos agradan (orientación a la familia), pero no son capaces de ocuparse del niño (orientación a la protección del niño)». Ocultos detrás de la ideología enunciada estaban los procedimientos tradicionales, un vestigio de los muchos años durante los cuales los centros residenciales consideraron necesario proteger a los niños de la influencia patológica de sus familias.

Por la tarde, un consultor condujo una entrevista de admisión con otra familia. La sesión duró una hora y media; su duración sugería que el tiempo pasado con la familia se consideraba una parte importante del proceso de llegar a conocer al niño. El consultor se centró en el funcionamiento de la familia, así como en el rol que esta desempeñaba en el mantenimiento de los síntomas del niño. Destacó las cualidades positivas de la familia y el niño, y alentó a los miembros de aquella a explorar modos alternativos de funcionamiento que pudieran incrementar la competencia de los padres, movilizar el apoyo de los hermanos y modificar los síntomas del niño. Por último, puso en duda la necesidad de un tratamiento residencial. Comentó a la familia que había visto pruebas de que ellos tenían modos alternativos de ser que podían resultar útiles, pero que, por supuesto, no conocía muy bien a la familia ni al niño y que quizás estuviera equivocado. Puesto que las cosas eran así, pidió a los padres que lo convencieran de que el tratamiento residencial era necesario. Al final de la sesión, todos estuvieron de acuerdo en que una estadía en la institución sería útil, pero el consultor dijo que dudaba de que el centro pudiera tener éxito sin la ayuda de los padres.

La discusión posterior con el personal se centró en las diferencias existentes entre los dos tipos de admisión, incluidos los mensajes distintos que habían recibido los padres

respecto de su participación en el tratamiento del niño. La primera entrevista de admisión fue exploratoria y respetuosa; en ella los padres informaron sobre los problemas del niño, pero de hecho el diagnóstico del psiquiatra se basó en la reunión que tuvo a solas con este. Después de la sesión con la familia, el contacto con los padres adquirió la apariencia de un discurso publicitario similar al de algunas escuelas donde se les muestra, a ellos y a sus hijos, el césped bien cuidado, mientras el personal describe la excelencia del programa. A los padres no se les permitió presenciar una clase ni ver a otros niños porque las normas sobre confidencialidad protegían a los residentes del examen de los nuevos consumidores; tampoco se los invitó a hablar con los celadores o maestros sobre los hábitos, comidas favoritas, juegos preferidos o actitudes hacia el aprendizaje de sus hijos. El personal prestó escasa atención a las familias de los nuevos reclutas, en particular desentendiéndose de ellas para seguir adelante con su sobrecargado programa de actividades. Los padres, por su parte, se marcharon con un sentimiento de alivio al pensar que el centro haría todo lo que estuviera a su alcance por su hijo. Si al regresar a su hogar experimentaron una sensación de vacío, es improbable que la hayan atribuido a las barreras que la institución interpuso entre ellos y su hijo.

La segunda entrevista de admisión se centró en la comprensión de la familia como un todo y del niño como un subsistema. El diagnóstico se centró en la familia: cómo funcionaba, qué pautas repetitivas se ponían de manifiesto, cómo era el grupo de hermanos, cómo se llevaba el niño con ese grupo y con la familia como un todo, qué se advertía en materia de rigidez, flexibilidad y posibilidades. El consultor alentó el diálogo entre los miembros de la familia, asumiendo la posición de oyente. Se unió a la familia, apoyando las habilidades positivas y las posibilidades de sus miembros, y formuló preguntas que demostraban su ignorancia y su necesidad de que se lo instruyera sobre las características de la familia. Al expresar sus dudas acerca de la capacidad del centro para ayudar, y al aceptar la posición de los padres, favorable al tratamiento residencial, el consultor estaba comunicando un mensaje importante: «Sin ustedes, estoy seguro de que fracasaremos». La preocupación que expresaba y la referencia a su competencia limitada consti-

tuían una urgente invitación a la familia para que concurriera al centro y colaborara con el personal.

Tercer día: el tratamiento

El día siguiente estuvo dedicado a los procedimientos terapéuticos. El personal entrevistó a una familia en horas de la mañana, y un consultor vio a otra por la tarde. La primera incluía a Melissa, una madre soltera portorriqueña de treinta y cinco años; a su hijo Pedro, de doce, que estaba en el centro desde hacía más de un año, y a Mirta, su hermana, de catorce. Esta familia tenía una historia de inestabilidad. Habían cambiado de vivienda varias veces en un corto tiempo, y antes de que Pedro ingresara en el centro habían pasado seis meses en un albergue para personas sin hogar. De acuerdo con los datos consignados en su legajo, Pedro había estado robando desde que tenía tres años, primero a su madre y más tarde a los vecinos y los comerciantes locales.

La sesión, conducida por la terapeuta de familia de la institución, comenzó con un cordial intercambio de saludos. La terapeuta tenía una buena relación con la madre, pero nunca se comunicaba con la hija adolescente, que se aburría y no tuvo ninguna participación en la sesión. Pedro estaba visiblemente complacido por la visita de su madre. Le contó en detalle un incidente que había tenido en la escuela con otros chicos que lo habían tratado con rudeza. Melissa mostró compasión y le aconsejó que hablara con el maestro. Luego le dio noticias de la familia, incluso de un pariente que había llegado hacía poco de Puerto Rico. A continuación, la terapeuta comenzó a hablar con Pedro para saber cómo le iba, y el resto de la sesión estuvo centrado en el niño. Después la familia fue al comedor, almorzó, se despidió de Pedro y volvió a la ciudad. La sesión tuvo todas las características de una visita agradable para la familia, en la que se había intercalado algo de terapia individual para Pedro.

En su informe sobre la sesión, los consultores comentaron que la terapeuta tenía una actitud amable y amistosa hacia la familia, pero que la sesión había sido anodina, sin fuerza para promover el cambio. Atribuyó esto al mal manejo de los tiempos, ya que la sesión había sido introducida tangencialmente en la vida que llevaba el niño en el centro y

no había en ella urgencia ni fuerza emocional. Como Pedro estaba ahora básicamente relacionado con el personal y los niños del centro, a los miembros de su familia los percibía paradójicamente como visitantes. La familia, a su vez, había creado nuevas rutinas que no incluían a Pedro, por lo que el niño había llegado a ser tan periférico en su vida como ella lo era en la de él.

Los consultores sugirieron que, para que sea un instrumento útil, en general la terapia familiar debe realizarse después de una visita al hogar, cuando la familia lleva al niño de vuelta al centro tras haber pasado el fin de semana con él. Cuando el niño está en su hogar, las viejas pautas se reactivan mientras la familia explora las posibilidades de vivir juntos. Cuando llevan al niño de vuelta y todos los participantes están entre dos mundos, el terapeuta tiene una oportunidad de investigar el conflicto familiar, descubrir las fuentes de irritación —que aún no se han secado— y explorar nuevas posibilidades.

La sugerencia confirió a las visitas al hogar un nuevo significado y una nueva importancia. Teniendo en cuenta ese cambio, un miembro del personal preguntó qué sucedería si un niño se portaba mal y era necesario cancelar la visita al hogar. Su pregunta volvió a poner sobre el tapete la cuestión del lugar del tratamiento. Si la patología reside en el niño y la terapia tiene en mira la dinámica individual, puede ser necesario dar prominencia al incumplimiento de las reglas. Pero si la meta es la reunificación exitosa del niño y su familia, las visitas al hogar son una parte esencial del tratamiento y no deberían ser canceladas.

Por la tarde, uno de los consultores entrevistó a una familia compuesta por una abuela, una tía y Joanna, de doce años y medio, quien llevaba en el centro poco más de seis meses. La madre de Joanna había muerto de sida cuando su hija era un bebé. Joanna fue criada por su abuela Tessa y su tía Lilian. Dos años antes, Lilian se había mudado a su propio departamento, donde vivía ahora con su novio. Joanna había estado yendo y viniendo entre la casa de su abuela y la de su tía; las dos mujeres, según se decía, no opinaban lo mismo respecto de dónde debía vivir y cómo debía comportarse la niña. Joanna había sido derivada al centro porque no prestaba atención en la escuela y se sentía cada vez más deprimida.

El consultor invitó a la sesión a la terapeuta individual de Joanna y al celador, como también a la terapeuta de la familia. Comenzó diciendo que, puesto que el celador no podía quedarse durante toda la entrevista, quizá la familia deseara hacerle preguntas acerca de la vida de Joanna. La abuela preguntó si Joanna se comportaba como una niña respetuosa y bien educada, y Lilian quiso saber si tenía amigas, dado que al parecer no quería hablar mucho sobre ese tema. El celador era amigable y, después de describir las rutinas de la unidad donde residía Joanna, respondió a las preguntas asegurando a las mujeres que Joanna nunca causaba problemas y que agradaba a las otras niñas. No obstante, era aún muy retraída y tenía pocas amigas. En el momento de retirarse, dijo que estaría disponible si lo necesitaban. La terapeuta individual se mantuvo en silencio durante toda la sesión; previamente había aclarado que, a fin de mantener la confidencialidad de su relación con Joanna, sólo concurriría como observadora.

Después de la partida del celador, el consultor se mostró más activo y llevó al primer plano el conflicto entre la abuela y la tía. Lilian quería que la niña fuera a vivir con ella, pero Tessa ponía en duda su competencia y su capacidad para controlar a su sobrina. Dadas la índole de esa pauta interaccional y la respuesta positiva de Joanna a Lilian, el consultor consideró importante investigar la calidad de la relación entre ambas y explorar la posibilidad de que Joanna dejara el centro para ir a vivir con Lilian. Las alentó a dialogar entre ellas. Al mismo tiempo, se propuso no contestar cuando la abuela interrumpiera y dedicar en cambio toda su atención al plan que Lilian y Joanna estaban explorando. La sesión terminó con una recomendación de que aumentaran las visitas de Joanna al departamento de Lilian y la sugerencia de que los tres miembros de la familia buscaran el modo de que Joanna visitara también a su abuela.

La discusión que siguió se centró en tres temas: el hecho de que se incluyera al celador, el sentido de separar la terapia individual de la familiar y la forma en que el consultor había conducido la sesión. Los consultores destacaron la importancia estratégica de la participación del celador, dado que por este medio se indicaba a la familia que tenía derecho a saber cómo era la vida de la niña en el centro. Luego pidió al grupo que reflexionara sobre las razones que podía

haber para dividir la terapia individual y la familiar entre dos profesionales, cada uno de los cuales estaba capacitado para aplicar ambas formas de tratamiento. Los miembros del personal sugirieron que un terapeuta estaría mejor situado para usar creativamente la información si asumiera ambos roles: el orientado al individuo y el orientado a la familia. También se habló sobre la posibilidad de utilizar ocasionalmente a otra persona como coterapeuta o supervisor de igual rango, en lugar de dividir las funciones y mantener una cuidadosa y tal vez innecesaria confidencialidad.

El personal estaba especialmente interesado en la postura terapéutica del consultor, quien había fomentado activamente los desacuerdos y apoyado a un miembro de la familia en contra de otro. Pero también se sentían confundidos. ¿Dónde quedaban la neutralidad y la imparcialidad? En la discusión que siguió, los consultores señalaron tres puntos, de los cuales dos se relacionan con la terapia familiar en general, y uno tiene una particular relevancia para la situación en análisis. Primero, traer el conflicto familiar a la sesión es una parte esencial del proceso de curación: si una familia no explora abiertamente sus discrepancias, tiende a permanecer estancada. Segundo, «desequilibrar» el sistema crea una fuerza —la que faltaba en la sesión matutina— y puede inducir a la familia a participar más activamente; un terapeuta habilidoso puede más tarde emplear su influencia para apoyar a otro miembro de la familia si ello resulta útil. Por último, dado que había ciertos indicios de que Joanna se sentía más cómoda y actuaba con más vivacidad con su tía que con su abuela, y que Lilian comprendía mejor los problemas de una joven adolescente, el consultor decidió dejarse guiar por estos factores y apoyar a la tía. Sin embargo, su decisión fue en parte arbitraria porque su meta principal era anular la pauta repetitiva que causaba la depresión de la niña.

Algunos de estos puntos son complejos y es posible que el personal no comprenda de inmediato su base lógica o que no sea capaz de implementar los procedimientos más audaces, en caso de que la haya comprendido. La parte importante de la demostración, sin embargo, se inscribe en un nivel relativamente simple. Al igual que la entrevista de admisión que realizó el consultor con fines de demostración, esta sesión sugirió la importancia de incluir un reparto amplio de per-

sonajes, explorar las pautas familiares y movilizar a los miembros de la familia como participantes activos en el trabajo de la institución.

Análisis y recomendaciones

El cuarto día de consulta en el Centro Ridge fue destinado a realimentación y discusión: a rever las cuestiones que habían surgido en los días previos y a formular recomendaciones para el cambio. En lugar de describir las actividades realizadas el último día en esa institución, presentaremos comentarios genéricos que destacan problemas comunes y haremos recomendaciones aplicables a casi todos los centros residenciales para niños. Es posible que algunos de los comentarios no sean de interés para determinadas instituciones y otros no puedan ser tomados en cuenta a causa de las condiciones prevalentes. Pero, de acuerdo con nuestra experiencia, los problemas que mencionamos afectan a la mayoría de las instituciones y nuestras recomendaciones son generalizables.

Análisis

Existen tres factores para tener en cuenta: la institución como ámbito, las percepciones y actitudes, y la capacitación y orientación del personal. Algunos detalles corresponden específicamente a los centros residenciales, pero otros nos remiten a los comentarios generales que hicimos en un capítulo anterior sobre los obstáculos que enfrenta un enfoque amistoso para con la familia. Esos obstáculos surgen dondequiera que los servicios hayan tenido una orientación individualista, y donde el personal deba, para incorporar a las familias en su trabajo, superar barreras cuya existencia casi no advierte.

La institución como ámbito

Dado que las instituciones varían en cuanto a tamaño, decoración, atmósfera, etc., es difícil hablar en general sobre el efecto que producen en las familias. No obstante, muchos centros residenciales están situados en zonas alejadas de los barrios en que viven los niños, lo cual provoca dificultades a los miembros de la familia, que deben hacer largos viajes para las visitas o para participar en las actividades del centro.

El hecho de que la mayoría de las instituciones esté en lugares apartados no es casual. Los centros residenciales fueron creados con el propósito deliberado de aislar a los niños de su entorno habitual. La decisión de poner distancia era a veces una forma de castigo para los niños o una medida de protección para la población externa, pero casi siempre lo que se buscaba era contrarrestar la influencia de los guetos de minorías étnicas y los efectos patógenos de las familias. Cuando surgieron las instituciones para niños, el plazo que estos debían permanecer en ellas era indeterminado, pero se esperaba que fuera bastante largo y diera tiempo para inocularlos antes de que volvieran a su hogar. Durante ese período, mantener a las familias a distancia era una política implícita.

Los tiempos han cambiado, y la internación durante lapsos prolongados no es ya una política generalizada. Asimismo, y en consonancia con el pensamiento moderno, los nuevos centros residenciales son a menudo pequeños, alojan a diez o veinte niños y están situados en las zonas de captación en que viven sus familias. Pero las instituciones del primer tipo aún subsisten, y a veces los niños son internados en centros alejados de su hogar por razones prácticas, tales como la existencia de vacantes, la clase de diagnóstico, etc. Cuando esto ocurre, el hecho de que una cuestión en apariencia logística sea en realidad una barrera psicológica entre la institución y la familia pasa, por lo general, inadvertido.

Percepciones y actitudes

El segundo factor se relaciona con la forma en que cada una de las partes —la familia y la institución— percibe a la

otra. En las familias cuyos hijos han sido internados pueden distinguirse dos actitudes básicas. Un grupo percibe la internación como una medida impuesta por fuerzas reguladoras como el servicio de protección a la infancia, los organismos de servicio social o los tribunales de familia. El procedimiento íntegro les resulta agravante y el centro se convierte en parte del bando enemigo: el otro poderoso. La familia debe someterse necesariamente al control, pero no se siente como un socio. En el caso de estas familias, el centro debe realizar una tarea difícil pero esencial. El personal debe crear puentes para llegar a la familia y ocuparse subrepticamente de su resentimiento desde el primer contacto.

El punto de vista del otro grupo es casi totalmente opuesto. Las familias que lo forman se sienten complacidas por la internación, a la que ven como una solución para los problemas que plantea su hijo, y pueden considerar a la institución como una escuela para pupilos o una alternativa preferible a la permanencia del niño en el barrio. A menudo se sienten tan incapaces de manejarlo, que la separación se convierte en un modo aceptable de resolver el conflicto. Cuando la reacción básica es esa, los miembros de la familia se alegran de delegar en el centro su responsabilidad. Esperan que el centro se encargue de devolverles un niño cambiado y manejable. Las familias que tienen esta actitud se sienten cómodas con las instituciones tradicionales orientadas a un tratamiento prolongado. No obstante, si el objetivo es promover la intervención de la familia, el personal debe cuestionar sus expectativas y hallar el modo de que participe en el tratamiento de su hijo.

Esta tarea suele ser difícil. A menudo las actitudes de la institución conspiran contra la participación de la familia. La propensión a percibir a los padres como patógenos o inadecuados da lugar a procedimientos que los vuelven invisibles o los mantienen alejados durante tanto tiempo como sea posible. En su forma más benigna, estos procedimientos son parte de los esfuerzos del centro por salvar al niño. En una forma más corrosiva, reflejan la convicción de que los padres anularán el trabajo de la institución. Los miembros del personal fijan metas elevadas, a veces irrazonables, y mantienen al niño en la institución hasta que están absolutamente seguros de haberlas logrado. La intención es buena, por supuesto, pero pocos de nosotros pensamos que sólo

después de resolver todos nuestros problemas podremos vivir en el mundo. Además, a medida que el tiempo pasa y tanto el niño como la familia se adaptan a sus nuevas circunstancias, la probabilidad de que logren una transición sin sobresaltos cuando el niño sea enviado de vuelta al hogar en realidad no aumenta sino que disminuye cada vez más. Como ya lo hemos mencionado, esta situación se asemeja a otras, como la de los niños colocados en hogares sustitutos o la de las personas que se internan para seguir un programa antidroga. Cuanto más se prolongue la estadía y más infrecuente sea el contacto entre el cliente y la familia durante el período de separación, más difícil será la reunificación, aunque el cliente experimente progresos en el programa terapéutico.

Por último, a menudo la institución incurre, sin saberlo, en una actitud paradójica. El personal espera que la familia demuestre iniciativa y lo considera un signo de que sus miembros se interesan realmente por el niño, como también atribuye a desinterés o resistencia la falta de participación de los padres. Sin embargo, no se da cuenta de que ha transmitido un claro mensaje de autosuficiencia: «Nos haremos cargo. Los llamaremos cuando los necesitemos». Sumado a la sensación de fracaso e incapacidad que toda familia experimenta cuando debe llevar a un hijo a una institución, el mensaje implícito cala hondo. La familia comprende que no la quieren ni la necesitan.

Capacitación y orientación del personal

Muchas de las actitudes que hemos analizado a nivel institucional son compartidas por el personal, de modo que no es necesario volver a considerarlas en detalle. Los profesionales que tienen a su cargo el tratamiento de los niños comparten la creencia de que la institución es autosuficiente, de que las normas para la terminación deben ser elevadas y de que las familias son patógenas. Dijimos antes en este libro que la formación psicológica por lo general pone énfasis en la dinámica y la patología internas: la ira, la angustia, el conflicto y el mal manejo de las relaciones. Al trabajar con el niño individual, los terapeutas de la institución a menudo implementan esta agenda, y cuando van más allá

y trabajan con familias, suelen agregar nuevos métodos y dejar de lado su orientación básica. Habitualmente, no les enseña a buscar áreas de competencia en la familia y tienen la habilidad ni la experiencia necesarias para abandonar las pautas repetitivas de esta y explorar alternativas en su repertorio. Se trata de una orientación sesgada respecto de la naturaleza humana que obstaculiza la colaboración productiva y fortalecedora con las familias.

Recomendaciones

Las recomendaciones, por supuesto, surgen del análisis de los problemas, y ya hemos dado antes algunos detalles. Nos hemos referido a asuntos como la necesidad de planificar la ubicación de los centros residenciales, así como a algunos aspectos de la capacitación y orientación del personal. Estas deberían llevarse a cabo mediante seminarios, discusión de casos y supervisión, que promuevan actitudes favorables a las familias y aumenten la confianza del personal y su habilidad para trabajar con ellas.

Las recomendaciones que siguen, sin embargo, se refieren principalmente a la organización de los procedimientos a nivel institucional. Son recomendaciones sobre la admisión, el contacto con la familia durante el lapso en que el niño reside en el centro y la terminación.

Admisión

Una institución debe desarrollar procedimientos que hagan *necesaria* la participación de los padres. No basta con recibir cordialmente a las familias y darles opciones, ni alentarlas a concurrir al centro. Ni siquiera programar sesiones de terapia familiar es suficiente. La institución debe transmitir el mensaje de que se espera que la familia participe en la vida del niño mientras este permanezca en el centro, y de que el centro no podrá tener éxito sin su colaboración.

Comience durante la admisión. Transmita la idea de una colaboración desde el principio. Dedique un día entero a la admisión para que la familia pueda conocer a todos los

miembros importantes del personal, incluidos los celadores de los niños, los maestros y los terapeutas. Invite a los padres a observar cómo es la vida en el centro: cómo es una clase, una actividad o un período recreativo. Los padres deben formarse una impresión de cómo es un día del hijo en el centro, y ser acompañados por un miembro del personal que sea capaz de darles explicaciones sobre lo que están viendo y sobre la filosofía de la institución.

D: Ponga en duda la necesidad de la internación. El procedimiento de admisión debería conllevar una postura estratégica de incertidumbre. Los padres tienen que asumir la responsabilidad de pedir que su hijo permanezca en el centro. Si el centro acepta el pedido, se convierte en un aliado de la familia, sensible a sus necesidades. Aunque, lógicamente, el discurso variará según cada caso, la familia, tanto si está resentida como si está excesivamente bien dispuesta, deberá desempeñar un rol activo cuando se adopte una decisión.

Una discusión de estas características hace que el proceso de admisión se centre en las razones que justifican un tratamiento residencial, como también en las metas para el niño, la familia y la institución. En la mayoría de los casos es útil redactar un documento que detalle las metas y que deberán firmar tanto la familia como el personal. Esto compromete a ambas partes a realizar un esfuerzo en colaboración y confiere a la admisión el carácter de un ritual de cura.

El hecho de concentrarse en las metas también atrae la atención sobre las condiciones para el alta. Incorpora al proceso de admisión la cuestión de la terminación. Salvo que pensemos que el tratamiento residencial equivale a la pena de reclusión perpetua, ese énfasis en la terminación es muy apropiado. Recuerda al personal que debe concentrarse en los puntos fuertes y las posibilidades, e introduce una nota de esperanza para la familia. Puede verse una luz al final del túnel.

El propósito primordial de la admisión es la creación de una asociación, la unión de dos sistemas en una empresa de curación. Todo lo demás es secundario, incluido el proceso, que a menudo demanda bastante tiempo, de llenar los formularios oficiales. Ese proceso, que puede crear una sensación de burocracia, debilita el sentimiento de responsabili-

dad compartida. Siempre que sea posible, los detalles de este tipo deberían dejarse para una segunda entrevista.

Dado que los padres conocen muy bien a su hijo, se debe pedir, ya en la primera entrevista, que den detalles de su desarrollo. Asimismo, el asistente social debe preguntarles cuáles son los intereses, los alimentos preferidos y los juegos favoritos del niño, y quiénes son sus mejores amigos. También hay que alentarlos a llevar objetos de su hogar que el niño pueda conservar en el centro y que constituyan un vínculo simbólico entre su vida pasada y su vida futura.

Aunque es importante que, en el momento de marcharse, los padres tengan la sensación de que están bien informados, no deberían irse a su casa pensando que todo ha quedado resuelto. Hay que obrar de modo que persista en ellos cierta preocupación. Deben captar la incertidumbre inherente a la empresa de ayudar a un niño que ha sido separado de su ambiente y separado de su familia. En cierto modo, la familia debe sentir que ha sido admitida en la institución junto con el niño.

Período de residencia

Una vez que el niño ha sido admitido, hay otros procedimientos que son importantes. Básicamente, la institución debe mantener e incrementar la participación de la familia en la vida del niño.

La internación en un establecimiento, por su propia naturaleza, determina que la sensación de separación entre el niño y la familia aumente con el tiempo. El distanciamiento emocional es un fenómeno natural que no debería ser catalogado como resistencia de la familia. El centro debe alentar y apoyar la conexión mediante procedimientos concretos. No es suficiente reiterar que la participación de la familia en el tratamiento es necesaria; tampoco lo es llevar a cabo el tratamiento con habilidad. La familia debe tomar parte en lo que acontece, en gran medida como si el niño estuviera viviendo en su hogar. Un asistente social puede comunicarse con la familia para decirle, por ejemplo, «Algo pasa con el trabajo de Joe en la escuela y no sabemos cuál es la causa. ¿Podrían ayudarnos?». El pedido puede adoptar la forma de una conversación telefónica, una carta o la sugerencia de

que la familia haga una visita suplementaria a la escuela para hablar sobre la situación.

La comunicación no tiene por qué estar relacionada con problemas, pese a que esa es la razón tradicional por la que la mayoría de las instituciones —incluidas casi todas las escuelas— toma contacto con los padres. Puede referirse a determinados progresos, logros o hitos: «Joe se está desempeñando muy bien en la escuela pero no tiene conciencia de lo importantes que son sus logros. ¿Podrían venir para festejarlos con él? ¿Podrían traerle alguna recompensa?». A veces el personal puede comunicarse con la familia simplemente para proporcionar información: «Mary se cayó durante una práctica de fútbol y se peló una rodilla. No es nada serio y ya está bien, pero ella se sintió inquieta y un poco asustada. Pensé que deberían saberlo». El contenido no tiene importancia. Una vez que la idea arraiga, el personal comprueba que las oportunidades surgen continuamente. Cualquier cosa es válida mientras indique que, aunque el cuidado del niño está a cargo de la institución, las personas responsables son los padres.

Es importante que los niños se enteren de estos contactos con los padres. Joe y Mary necesitan comprender que sus familias y el personal están colaborando.

Durante la estadía del niño en la institución, parte de esta comunicación puede tener lugar entre el celador y la familia, pero a los profesionales les cabe desempeñar un rol importante que va más allá de las sesiones de terapia programadas oficialmente. A veces el personal usará el teléfono o enviará una carta para comunicarse, y otras un terapeuta llevará al niño a su hogar para la visita de fin de semana, y aprovechará la oportunidad para conducir una sesión en el ámbito familiar. Recibir a miembros del personal en su territorio hogareño puede fortalecer el orgullo de la familia. Es importante, sin embargo, que la familia interprete la visita o la sesión en su hogar como parte del esfuerzo clínico que se realiza en beneficio del niño, y no como una inspección del hogar o de los miembros de la familia.

Cualquiera que sea el nivel de los contactos que se mantienen, el personal y la familia deberían reunirse una vez al mes para reexaminar el programa terapéutico y calibrar las metas.

Terminación

El tratamiento residencial es, en realidad, una asistencia continua que comienza con la admisión y avanza hacia la terminación. Las visitas que hace el niño a su hogar deberían volverse más frecuentes a medida que pasa el tiempo, como medio de evaluar la posibilidad de darlo de alta. El alta debe considerarse factible tan pronto como el niño está en condiciones de vivir con su familia y continuar el tratamiento como paciente externo. Siempre es útil mantener el contacto durante el período de transición. Un miembro del personal debe, en lo posible, asistir a algunas sesiones en el sector de consultorio externo, y también visitar de vez en cuando a la familia si ha establecido con ella una relación significativa.

Si se introducen estos cambios, la mayoría de los niños estará en condiciones de dejar la institución en un plazo no mayor de un año y, en algunos casos, en menos de seis meses. Hay condiciones, por supuesto, relacionadas con factores como la edad del niño, la gravedad de sus problemas y la respuesta de la familia. En general, los procedimientos que recomendamos son especialmente aptos para niños preadolescentes o que estén en los comienzos de la adolescencia. Los niños de menos edad obtienen mayores beneficios de otros tipos de tratamiento y, en general, las instituciones no les convienen en absoluto. Los adolescentes de más edad requieren algunas modificaciones que acentúen la importancia de los enfoques grupales y destaquen cuestiones como la autonomía y la selectividad en sus relaciones.

Pero siempre que un joven, cualquiera que sea su edad, debe ser internado, es importante saber quiénes son las personas que cuentan en su vida y trabajar con ellas. En este capítulo hemos presentado un modelo que considera a las familias como socias en el tratamiento. De acuerdo con nuestra experiencia, el proceso es provechoso para el niño, la familia y el futuro que han de compartir.

8. Internación de niños II

Salas psiquiátricas

Entre los servicios residenciales para niños, las salas psiquiátricas poseen características particulares y merecen que se las examine por separado. Esto es así porque el personal de las salas de psiquiatría comparte una tradición, una orientación y una posición singulares, pero también porque los hospitales que atienden a los hijos de familias urbanas indigentes a menudo están inmersos en comunidades que tienen cualidades y necesidades especiales.

Los servicios psiquiátricos y la familia

En la mayoría de los ámbitos que hemos descrito, el personal espera cumplir sus obligaciones sin que nadie lo ayude ni se entrometa. Pero en un ámbito psiquiátrico, el sentimiento de autosuficiencia del personal —compuesto por profesionales bien entrenados y acostumbrados tanto a asumir la responsabilidad como a inspirar respeto— suele ser muy fuerte. Un jefe de psiquiatría de un importante hospital manifestó, a modo de perpleja autocrítica, que la forma de operar del servicio para niños se asemejaba a la de un taller mecánico: «Usted nos deja por un tiempo a su hijo estropeado y cuando lo hayamos arreglado lo llamaremos para que venga y se lo lleve».

Los servicios psiquiátricos se basan en el modelo médico, y por lo tanto el personal está habituado a trabajar con el paciente individual. Actualmente, esta orientación se combina con un énfasis creciente en la base biológica de los pensamientos y emociones. El personal concentra sus esfuerzos en explorar el mundo interior de temores, fantasías, ira y confusión, y se ocupa de este sufrimiento reordenando el

significado, prescribiendo medicamentos o haciendo ambas cosas a la vez.

Por extraño que parezca, la desorganización social que prevalece en los guetos de los EE.UU. ha reforzado esta orientación. Al aumentar la falta de viviendas, la drogadicción y la violencia, los servicios sociales no han podido contener la avalancha de patología social, y los psiquiatras de niños que actúan en vecindarios perturbados deben hacer frente a los subproductos de la penuria social. Mal preparado para lidiar con esta situación, el personal tiende a concentrarse en su propia área de competencia: la organización internalizada de la experiencia. Cuando el diagnóstico y el tratamiento se centran en el mundo interior del individuo, el contexto social al que el paciente puede estar reaccionando permanece fuera de la conciencia del personal.

Para la población de la que aquí nos ocupamos, las características del personal psiquiátrico constituyen otro problema. En su mayoría, los miembros de ese personal pertenecen a la clase media, son introspectivos, se expresan con propiedad y les interesa la psicología. Las familias, en cambio, pertenecen a grupos socioeconómicos más humildes, con frecuencia de características étnicas diferentes; sus miembros suelen ser más propensos a actuar y menos inclinados a contener sus emociones. Cuando llegan al hospital con sus hijos, las familias se sienten fuera de su elemento. Algunas no dominan bien el idioma, lo que dificulta su comunicación con el personal. Y como muchas de ellas ya han tenido experiencias negativas con los servicios sociales, sus primeras reacciones están teñidas de suspicacia. El personal, que espera cooperación y respeto, puede interpretar la reticencia de la familia como resistencia al tratamiento.

A menudo el personal no ha recibido un entrenamiento adecuado para trabajar con familias, algo que hemos señalado en casi todos los contextos. No está habituado a hacer participar a las familias en las actividades de la sala, a conceder importancia a las visitas al hogar ni a ocuparse del prolongado distanciamiento que se produce naturalmente cuando se separa al niño de su familia. El personal elabora una comprensión de la familia explorando constructos internalizados e interpretando la conducta que el niño observa en la sala. En estas condiciones, sólo ve una parte de la ecuación. Las respuestas de los miembros de la familia

son invisibles y en la terapia sólo se puede tratar con la familia inferida.

Incluso si los miembros del personal están motivados para trabajar con la familia y el niño conjuntamente, puede suceder que carezcan de las habilidades necesarias. Lo que hemos observado en sus primeros esfuerzos por realizar esa tarea es que a menudo no pueden transferir las habilidades que tan cuidadosamente han puesto a punto para la terapia infantil. Es posible que critiquen a las familias aunque raramente lo hagan con los niños, y que les resulte difícil mostrarse creativos y relajados en una sesión con la familia aunque el juego y el contacto amistoso sean una parte sustancial de su trabajo con los jóvenes.

En realidad, los primeros pasos que conducen a un trabajo eficaz con las familias son conceptuales y no técnicos. El personal debe aceptar la idea de que el niño está inmerso en un contexto social más amplio, y que cuando se lo admite en el hospital, se admite también a la familia. Se les preste atención o no, cada decisión que tome el hospital y cada cambio que se produzca en el niño repercutirán en las interacciones futuras de la familia. Si se ven las cosas de este modo, resultará claro que el asesoramiento y la curación requieren habilidades que movilicen las fuerzas actuantes en la vida del niño y que las metas de cambio no deben circunscribirse a la dinámica y la biología del joven paciente.

Esta no es, por supuesto, la actitud que prevalece en la mayoría de las salas psiquiátricas. Como consecuencia del énfasis que se pone actualmente en los plazos breves de hospitalización, el tratamiento se define cada vez más como una búsqueda de la medicación correcta, y ha llegado a ser habitual que los niños pobres dejen una institución para ingresar en otra. La estadía en el hospital es breve, pero a continuación el niño puede ser enviado a un hogar sustituto o a un centro residencial y permanecer allí largo tiempo.

La descripción de una consulta que haremos seguidamente ilustra modos alternativos de trabajar. Cuando el personal presenta el caso, se advierten la aceptación de la internación como entorno inevitable para el niño, la gran preocupación por la medicación y el rol periférico de la familia. La intervención del consultor desbarata esta organización, moviliza a los familiares como participantes y promueve la revisión y discusión del enfoque tradicional.

En la década de 1990 el departamento de salud mental de un Estado del nordeste pidió a uno de los autores (S. M.) que condujera una consulta en una sala para niños de un hospital estadual. El objetivo principal era contar con un ejemplo de un enfoque orientado a la familia que pudiera utilizarse con fines de enseñanza y debate en todo el sistema estadual. Al departamento le preocupaba también una cuestión que fue mencionada en el capítulo 7: los niños permanecían en el hospital demasiado tiempo. El problema, como es obvio, inquietaba a los administradores por razones financieras; a los profesionales, en cambio, les preocupaban más los efectos que una internación prolongada podía tener en el desarrollo de los niños.

Durante las conversaciones preliminares, el consultor sugirió que el personal seleccionara un caso de un niño que hubiera sido asistido por más de un año. El elegido fue Mark, de diez años, que antes de ingresar en la unidad donde se hallaba actualmente había pasado un año en otra sala psiquiátrica.

La consulta se llevó a cabo en un día y el proceso incluyó cuatro etapas. Como las circunstancias eran diferentes, las etapas no fueron idénticas a las del proceso cuatripartito del Centro Ridge. Sin embargo, ambos procedimientos reflejan la misma orientación sistémica, en la que la información, la intervención y la realimentación atañen a un amplio reparto de personas importantes de la familia y el cuerpo de profesionales. En este caso, el consultor se reunió primero con el personal que mantenía un contacto diario con Mark, y a continuación entrevistó a Mark y su familia. Luego se reunió nuevamente con el personal, que había observado la entrevista a través de un espejo de visión unilateral, y expuso sus recomendaciones. La cuarta etapa incluyó a un auditorio más vasto. La consulta había sido grabada en video y fue la base de una conferencia por circuito cerrado en la que participaron trabajadores psiquiátricos de todo el Estado.

A continuación se transcriben algunos pasajes de la consulta, que ilustran las grandes diferencias conceptuales entre el tratamiento tradicional que había servido de guía para el trabajo realizado con el niño y un tratamiento que pone de relieve la inclusión de la familia.

Nueve miembros del personal se ocupaban del control y el bienestar de Mark, y todos ellos estuvieron presentes en la reunión: el terapeuta individual, la consejera de niños, el psiquiatra, el terapeuta de familia, la maestra, la especialista en terapia por el arte, la enfermera, el practicante de asistencia social y el psicólogo (que era también el director de la unidad). Esta etapa de la consulta duró una hora y media. Dado que la presentación psiquiátrica de Mark representaba el discurso ideológico que predominaba en la unidad, la transcribimos íntegramente.

Consultor: ¿Mark está tomando medicamentos?

Psiquiatra: Sí. La primera información que recibimos se refería al problema del déficit de atención. Cuando llegó aquí estaba tomando Ritalina. Llegaron a administrarle una dosis diaria de cuarenta miligramos de Ritalina, sesenta miligramos de Meleril y tres miligramos de Klonopin; los síntomas que se procuraba aliviar eran la agresividad y el déficit de atención. Los problemas relacionados con la angustia de separación no se habían tenido en cuenta de manera especial al prescribir la medicación.

Aquí le administramos Klonopin durante un tiempo y luego suspendimos la medicación: la diferencia en su comportamiento fue enorme. Cuando no está medicado no se puede trabajar eficazmente con él ni en la clase ni en la vivienda.

Luego ensayamos los tricíclicos; actualmente está medicado con antidepresivos tricíclicos. Está en el extremo superior de la gama de dosis terapéuticas para adultos.

Con los tricíclicos está mejor que con el Klonopin, pero, como comprenderá, incluso así su autocontrol puede fallar fácilmente. Tiene cierta tolerancia a la frustración. Puede pasar de algunos segundos de tolerancia a la frustración a una sesión psicoterapéutica completa durante la cual es capaz de mantener la continuidad. De modo que, en un ambiente relajado y confortable, hay cierta capacidad para participar en una psicoterapia verbal.

Hace poco empezamos a administrarle litio además de los antidepresivos. Actualmente recibe seiscientos miligramos por día. No hemos observado ningún cambio destacable

en la agresividad con esa dosis y nos proponemos ensayar otras. Nuestra expectativa, diría yo, es que como consecuencia de los ensayos con la medicación se produzca un cambio adicional significativo en el nivel de impulsividad que aún hace de él un paciente de hospital, o que continúe la lenta mejoría gradual de su autocontrol.

Estamos muy lejos de esperar que pueda controlarse en la situación hogareña. Esta puede aún desestabilizarse con independencia de Mark, y si lo hace, puede a su vez desestabilizar a Mark.

Aunque muchos psiquiatras de niños podrían cuestionar el diagnóstico y el tratamiento descriptos en el informe que acabamos de citar, este parece reflejar la ideología prevalente en la profesión.

¿Qué se dice en él sobre los niños? Mark, el niño, es deconstruido en una serie de segmentos emocionales e ideológicos que determinan el objetivo de la medicación específica. «La agresividad y el déficit de atención» son «los síntomas que se procuraba aliviar»; «los problemas relacionados con la angustia de separación» no se han «tenido en cuenta de manera especial al prescribir la medicación», etcétera.

¿Cómo influye este enfoque en la forma de tratamiento? Dado que se confía en que existe una correspondencia entre un síntoma y una medicación determinada, el tratamiento consiste en realizar ensayos y aproximaciones hasta hallar la correlación ideal. Se aumenta la dosis, o bien se la mantiene, pero añadiendo otro medicamento. La ausencia de mejoría significa simplemente que no se ha hallado la correspondencia apropiada y que hay que ensayar otro medicamento o combinación de medicamentos. El lenguaje denota una certeza seudocientífica, pero el procedimiento consiste en realidad en una serie de ensayos a ciegas.

¿Y cuál es el objetivo? La prueba de que el tratamiento beneficia a Mark se evalúa en función del control de la conducta. Si Mark no cambia, es evidente que la dosis debe ser aumentada o modificada. El resumen que presenta el psiquiatra sobre Mark es tan persuasivo que cuando la consejera de niños lo sucede en el uso de la palabra para hacer un comentario positivo, no logra atraer la atención. «Cuántas más habilidades adquiere Mark», dice, «mejor se comporta. No sabía andar en bicicleta, pero aprendió, y ahora disfruta

mucho paseando en ella». Para este grupo, su comentario es sólo descriptivo y poco importante. Lo mismo ocurre cuando el psicólogo hace una observación sobre las relaciones: «Como no hay familia, el personal de la unidad asume roles sustitutos». Esta afirmación sobre la participación del personal en la vida de Mark no es explorada como una intervención. Más bien se considera que es una respuesta a un vacío percibido; interpretación extraña, en realidad, porque Mark tiene una familia numerosa que se preocupa por su bienestar. Finalmente, sólo la biología de Mark queda en pie como objetivo del tratamiento.

La sesión con la familia

Una vez finalizada la reunión con el personal, el consultor entrevistó a Mark y su familia. Al comenzar la sesión estaban presentes Mark, su madre, su hermana Janice, de doce años, una tía y su primo Jody, de ocho años, que era hijo de otra tía. La sesión duró dos horas.

El consultor comenzó la sesión pidiendo a Mark que describiera a su numerosa familia extensa, indicando, en relación con cada uno de sus miembros, la edad y el parentesco. Esto le permitió al consultor evaluar la capacidad cognitiva y de comunicación del niño. Mark describió a una familia unida y dispuesta a apoyar a sus miembros.

A continuación el consultor pasó a trabajar con la familia. La transcripción que sigue muestra sólo el segmento que explora la relación entre Mark y su madre, dado que el intercambio con la madre y el hijo ilustra con claridad lo que este enfoque tiene de diferente.

Consultor (dirigiéndose a la madre): ¿Por qué está Mark aquí? *(dirigiéndose al niño):* ¿Por qué estás aquí, Mark?

Mark: Porque tengo problemas.

Consultor: ¿Por qué estás aquí y en cambio Janice no está aquí?

Mark: Porque es mejor que yo, ¿no es cierto?

Consultor (a Mark): Deberías preguntarle a tu madre por qué estás aquí.

Mark (a la madre): ¿Por qué estoy aquí?

Madre: Porque tienes muchos problemas conmigo, muchos

problemas con la escuela. (Al consultor.) Quiere hacer lo que le da la gana. (A Mark.) Tienes muchos problemas conmigo. Las cosas llegaron a un punto en que no podía manejarlo cuando estabas en casa.

Consultor: Al parecer usted está diciendo que él está aquí porque usted no podía manejarlo.

Madre: Es una de las razones.

Consultor (jovialmente): ¿Por qué no está usted aquí?

Madre (sorprendida y riendo): ¿Por qué no estoy yo aquí? Eso no lo sé.

Consultor: Mark, ¿qué piensas de eso? Si tu mamá no puede manejarlo, debería estar aquí.

Madre (a Mark): ¿Crees que debería estar aquí?

Mark: No.

Consultor: El hecho es que, si usted no lo puede manejar, Mark estará aquí durante mucho tiempo. De modo que hay dos razones por las que él está aquí, y una de ellas es que usted no lo puede manejar. ¿Está dispuesta a llevarlo a casa?

Madre: Ha mejorado en muchos sentidos, pero cuando viene a casa con permiso no quiere escucharme. No me respeta. Pero a veces... ha mejorado mucho.

Consultor: Le haré una pregunta extraña. Usted dijo que él ha mejorado. ¿Usted también ha mejorado? Es una calle de doble mano, ¿no es cierto? Tiene que ver con cómo se llevan usted y Mark. Tan pronto como usted sea capaz de cuidarlo, lo dejarán ir. Si la relación entre ustedes cambia, él cambiará. Es un modo diferente de ver las cosas, ¿no cree?

Madre: Sí, lo es... Pero pienso que tiene razón, porque es algo que tiene que ver conmigo y con él.

El consultor le pide entonces a la madre que hable con Mark.

Madre (a Mark): Quiero que vuelvas a casa. Cuando te traje al hospital, esperaba que estuvieras tres meses. Han pasado dos años. Quiero que vuelvas a casa. ¿Comprendes? Y quiero que nos entendamos mejor.

Mark oculta su rostro y no contesta. Parece desconectado de su madre y de la escena.

Consultor (a la madre): Haga algo que ayude a Mark a escucharla.

La madre se dirige directamente a Mark, le pide que se siente mirándola a ella y repite: «Quiero que tú y yo nos entendamos mejor».

Mark: Quiero ir a jugar con Jody.

Madre: Si esperas, la sesión terminará pronto y tendrás tiempo para jugar con Jody.

Mark: Está bien, esperaré.

El consultor se levanta, estrecha la mano de la madre y la felicita por haber manejado eficazmente a Mark. La sesión prosigue con las mismas características durante otra hora. El asesor se centra continuamente en la competencia de la madre para manejar a Mark y destaca los momentos de resolución de conflicto.

La organización de la sesión hace resaltar la forma en que este consultor aborda las cuestiones fundamentales: ¿quién es Mark?, ¿cuál es su contexto?, ¿cómo debe continuar el tratamiento?

El consultor empleó los primeros quince minutos de la sesión para comunicarse con Mark. Averiguó lo que sabía el niño sobre su familia extensa y, mientras hablaban, extrajo algunas conclusiones diagnósticas sobre el nivel de inteligencia de Mark, su capacidad para concentrarse, su modo de relacionarse con extraños, su concepto de sí mismo, etc.: un niño de diez años con un lenguaje algo idiosincrásico y un lapso de atención breve, que se retrae cuando está estresado pero responde adecuadamente en una conversación mano a mano; probablemente de inteligencia normal.

Al margen de estas conclusiones generales sobre la capacidad de Mark, el consultor consideró al niño en su contexto. Había pasado el 20% de su vida —dos años— en una sala psiquiátrica, pero también formaba parte de una familia extensa con la que estaba emocionalmente conectado. Su prolongada estadía en el hospital fue interpretada como un resultado de la dificultad que tenía su madre para reaccionar adecuadamente ante él, y no como un producto de su patología interna. La disfuncionalidad estaba situada entre Mark y su madre; cada uno de ellos tenía un profundo efecto en la conducta y el modo de pensar del otro. El personal del hospital nunca había explorado esa realidad, ni ayudado a la madre y al hijo a desarrollar pautas más funcionales, ni movilizado el apoyo de otros miembros de la familia.

¿Cuáles fueron los procedimientos terapéuticos empleados en la sesión? Como el consultor consideraba que Mark era una parte de algo y no una entidad discreta, sabía que si trabajaba sólo con el niño no averiguaría cómo organizaba la familia la conducta de este. Centró su intervención en volver visible la parte invisible del mundo de Mark. Destacó el papel que cumplía la madre en la permanencia del niño en el hospital, y la alentó a desafiar al hospital y a llevarse a Mark al hogar.

Muchas cuestiones quedaron sin explorar, entre ellas la posición que ocupaba la hermana en la familia, las presiones que soportaba la madre y el apoyo que podrían aportar las tías de Mark u otros miembros de la familia extensa. No fue el final de la historia sino tan sólo el comienzo, pero la intención primordial era ayudar al personal a adoptar un modo radicalmente distinto de pensar y de realizar un tratamiento.

Nueva reunión con el personal

En la reunión que siguió a la sesión con la familia, el consultor hizo recomendaciones semejantes a las detalladas en el capítulo 7: incrementar las visitas al hogar; realizar sesiones con la familia en el hospital después de las visitas al hogar; realizar sesiones con la familia en el hogar; trabajar para aumentar la competencia de la madre en su trato con Mark; apoyar las pautas positivas pero sin dejar de explorar los conflictos; ayudar a la familia a aumentar su repertorio para manejar períodos difíciles; incluir a Janice en algunas sesiones, y movilizar a algunos miembros de la familia extensa para que apoyaran a la madre. El consultor sugirió al personal que comenzara de inmediato a formular planes para el alta, que aumentara la duración de las visitas al hogar en el período preparatorio y que hiciera arreglos para realizar intervenciones a domicilio después del alta.

Presentación por circuito cerrado a personal de todo el Estado

La última etapa preveía que el personal de salas psiquiátricas para niños de todo el Estado, que había observa-

do la consulta a través de un circuito cerrado de televisión, formulara preguntas. La mayoría de las preguntas que se hicieron reflejaban la orientación tradicional de esas personas: su preocupación por la patología y por la influencia negativa de las familias en los niños, como también el sentimiento de que su misión era salvar a los jóvenes pacientes a quienes cuidaban. Ninguno de los oyentes cuestionó ni comentó la opinión del psiquiatra sobre Mark, el problema que supone la internación prolongada de un niño o las consecuencias de un tratamiento farmacológico de largo plazo. Era evidente que la orientación del personal del hospital les resultaba familiar a los observadores y, además, que un código de lealtad impedía que los miembros del sistema cuestionaran a sus colegas.

En este caso particular, los problemas pronto perdieron importancia. A los pocos meses, el sistema estadual fue reorganizado en respuesta a una tendencia favorable a la hospitalización psiquiátrica de breve plazo para los niños, y la unidad fue cerrada. Aunque positiva, esa tendencia no representa un cambio esencial. No modifica las actitudes subyacentes, ni reduce la dependencia de la medicación, ni amplía el tratamiento para incluir a la familia o al contexto social.

En esta consulta no tuvimos que ocuparnos de las cuestiones relacionadas con la comunidad, pero hay situaciones en las que su importancia es fundamental. En los hospitales urbanos, donde los niños pobres reciben tratamiento psicológico, es frecuente que surjan problemas debido al escaso contacto y la limitada comprensión entre el hospital y la comunidad que lo rodea. Desarrollaremos el tema en la sección siguiente.

Los servicios psiquiátricos y la comunidad

Las unidades psiquiátricas en las que se atiende a los hijos de las familias pobres urbanas suelen estar situadas en hospitales municipales, y las comunidades a las que sirven están a menudo acosadas por diversos problemas. Los hospitales se han convertido en un medio para lidiar con los

subproductos de la desorganización social y para ocuparse de niños en situación angustiante, cuyas familias carecen de vivienda, consumen drogas, incluyen enfermos de sida, están desgarradas por la violencia.

Los niños que son admitidos en las salas psiquiátricas de esos hospitales, y a los que por lo general se les diagnostica un trastorno de conducta, difieren por su aspecto de la población psiquiátrica de otras épocas. Hace cuarenta años muchos de los niños que ingresaban en el Hospital Bellevue de Nueva York eran diagnosticados como casos de esquizofrenia infantil. Esos niños giraban sin cesar, hacían muecas, se echaban en brazos de desconocidos, se retraían por completo o presentaban otros síntomas extraños que, salvo raras excepciones, ya no se ven en nuestros días. Ciertamente, esa descripción no es aplicable a la actual población psiquiátrica infantil de las ciudades.

¿Por qué se interna en hospitales psiquiátricos a niños que no son claramente psicóticos? Entre las diversas explicaciones propuestas hay una que, sin duda, se basa en las realidades del contexto inmediato. A modo de ejemplo, considérese lo ocurrido una tarde en la unidad de crisis de un hospital urbano. Esa tarde, el equipo tuvo que ocuparse de tres niños en rápida sucesión. Dos fueron llevados al hospital a causa de su ideación suicida. Después de un trabajo preliminar, se envió a ambos a su casa y se convino en que serían vigilados por sus familiares y tratados en la unidad de pacientes externos. El tercer paciente era una niña. El cuadro que presentaba era menos grave e implicaba menor riesgo de actos autodestructivos; sin embargo, la niña fue admitida en la sala. La diferencia estaba en la situación familiar, que se consideró inadecuada para preservar su seguridad.

En los tres casos, la estimación del riesgo no se basó sólo en el estado psicológico del niño; más bien fue un juicio sobre la interacción entre el estado del niño y la seguridad que le proporcionaban la familia y el medio. Un juicio semejante puede resultar correcto o erróneo en un caso particular, pero la evaluación debe hacerse. Dada esta situación, algunos hospitales tienen una categoría no oficial de pacientes —los denominados «huéspedes»— que son internados provisoriamente sin que medie un proceso formal de admisión. La categoría fue creada para aquellos niños que, sin

ser candidatos adecuados para la admisión, no tienen dónde ir. Como problema social, la situación es alarmante. Como desafío profesional, requiere una revisión drástica de los procedimientos una vez que el niño ha sido admitido.

Creemos que, cualesquiera que sean las circunstancias, el personal debe buscar a las personas que forman la red social básica del niño y trabajar con ellas. Si se ocupa exclusivamente del niño en la sala, estará interviniendo en la familia y la comunidad sin un mapa; en esencia, estará navegando a ciegas. Al hacerlo, quizás esté conduciendo al niño —a sabiendas o no— hacia su internación en una institución o su colocación con una familia sustituta una vez concluido el breve plazo de la hospitalización. Esta sucesión de etapas, que es típica de la situación actual, pasa por alto una posibilidad más económica y humanitaria: la de acudir a la familia y la comunidad para lograr una mayor comprensión de las cuestiones y aprovechar sus recursos curativos.

En las secciones que siguen presentaremos dos casos que fueron admitidos en el mismo hospital mientras actuáramos en él como consultores. En ambos era necesario comprender a la comunidad y relacionarse con ella. Como una de las admisiones tuvo lugar al comienzo de la consulta y la otra, seis meses después, las descripciones ilustran los cambios que pueden producirse cuando se ha introducido un enfoque familiar y el personal psiquiátrico lo pone en práctica.

Primer caso: relacionarse con la comunidad latina

El primer caso incluyó una situación de crisis. Un hospital urbano que contaba con una sala psiquiátrica se metió en problemas con la comunidad circundante, la cual sintió que el personal tenía prejuicios contra las familias latinas. El caso que dio lugar a la crisis se originó cuando un niño de diez años condujo el automóvil de sus padres a lo largo de cuatro o cinco cuadras en medio del tráfico urbano antes de ser detenido por la policía. Lo llevaron al hospital, confuso y asustado, y cuando los padres, una pareja de portorriqueños, acudió a recogerlo, se les dijo que debía permanecer en observación en el hospital. Cuando volvieron al día siguiente

te, el psiquiatra les dijo que el niño era hiperactivo, necesitaba medicación y debía permanecer en el hospital durante una semana para poder evaluar su respuesta a la medicación.

Los padres se negaron a dar su consentimiento y el hospital recurrió a la justicia. En su fallo, el juez declaró que los padres eran negligentes y se manifestó de acuerdo con el hospital en cuanto a la necesidad de una internación no voluntaria. Los padres recurrieron a los medios de comunicación de lengua castellana y el caso se convirtió en un problema político candente que enfrentó a la comunidad latina con el hospital.

¿Por qué un hospital creado para prestar servicios a una comunidad se convierte en su enemigo? La causa reside en parte en las percepciones y la rotulación, y en parte en la tendencia a usar la fuerza en lugar de explorar los diferentes puntos de vista. Los padres pensaban que el niño era imprudente, que había puesto en peligro su vida y la de otras personas, y que había desobedecido las reglas establecidas por ellos. Estaban asustados y enojados, pero también un tanto impresionados por la inesperada habilidad de su hijo para conducir el auto en medio del tráfico urbano. Para el personal del hospital, el niño había mostrado una falta de juicio que denotaba la existencia de problemas internos. Su impulsividad y su falta de control debían ser investigadas. También censuraban a los padres, cuya negligencia, según pensaban, había puesto en peligro la vida del niño. El hospital se hizo cargo de su cuidado *in loco parentis* y el juez apoyó a la profesión médica.

Sin duda, existían otras posibilidades, mucho antes de que la comunidad y las instituciones sociales se alistaran para la pelea. En un suburbio de clase media, el incidente se hubiera considerado una travesura, claro está que peligrosa. Lo más probable es que el personal del hospital y la familia se hubieran reunido rápidamente y conversado en tono amable sobre la situación, y que el niño hubiera quedado al cuidado de sus padres. En caso de pensarse que se trataba de la travesura de un niño precoz, las explicaciones y la disciplina hubieran corrido por cuenta de los padres; de pensarse que el incidente era consecuencia de la impulsividad del niño y el control poco claro de los padres, se hubiera recomendado una terapia sin internación.

La familia latina merecía la misma consideración. No se trataba simplemente de evitar la ira organizada de la comunidad, sino de servir eficazmente, tanto a la comunidad como a los clientes. El hospital debería haber adoptado la actitud de colaboración que hubiera sido normal en otro vecindario, explorando el problema y su solución con una familia que se preocupaba y era competente, aunque étnicamente distinta del personal.

Segundo caso: sensibilidad cultural a la experiencia de los inmigrantes

Al segundo caso nos hemos referido ya brevemente en un capítulo anterior. Liliana, de dieciséis años, fue llevada a la sala psiquiátrica por sus atemorizados padres, a quienes confesó que había tomado una fuerte dosis de pastillas y que quería morir. El psiquiatra y el psicólogo que condujeron la entrevista inicial eran hábiles y empáticos. Exploraron la depresión de Liliana y su historia de aislamiento social. La joven se sentía recluida en su casa por sus padres, cuyas reglas rígidas le impedían estar en contacto con sus amigos. El personal interpretó que la tentativa de suicidio era una expresión de su rabia impotente contra la familia.

En la segunda entrevista participaron Liliana y su madre. Como en apariencia la madre sólo hablaba castellano, un asistente social bilingüe oficiaba de traductor. La madre describió las dificultades que había tenido la familia para adaptarse al país desde que llegaron de Sudamérica, hacía ya cinco años. Durante esta conversación, Liliana evitaba mirar a su madre y parecía deprimida y retraída. El psiquiatra, después de señalar que Liliana se expresaba fluidamente en inglés y podía traducir los comentarios de su madre, pidió su consentimiento para prescindir del traductor. Esta sencilla intervención permitió que los participantes exploraran la íntima relación que había entre la madre y la hija. La madre también estaba deprimida y resultaba claro que Liliana tenía hacia ella una actitud protectora.

La tercera sesión incluyó a Liliana, sus padres, su hermano de veintidós años y su hermana de veintitrés. Todos los hijos hablaban fluidamente en inglés, y el padre, aunque

con dificultad, también podía expresarse en ese idioma. Para sorpresa de todos, durante la sesión la madre comenzó a decir algunas cosas en inglés, y su empleo del lenguaje era casi tan eficiente como el de su esposo. Cuando no resultaba claro lo que había querido decir algún miembro de la familia, el hijo se encargaba espontáneamente de traducir de una lengua a la otra.

Durante la conversación, resultó evidente que la adaptación de la familia había sido difícil, y que su posición económica y social había declinado desde que dejaron su país de origen. El padre, que había sido un empresario razonablemente exitoso, trabajó en su nuevo país como personal privado de seguridad y actualmente estaba sin empleo. El hijo había sido encarcelado por traficar con drogas, y la hermana de Liliana, que en algún momento había sido adicta al crack, se había recuperado y estaba buscando trabajo. La madre se dedicaba a limpiar oficinas para mantener la familia a flote.

Al conocer estos datos, el personal comenzó a valorar de otro modo los factores que habían contribuido a la situación. Comprendieron que los desesperados padres estaban controlando a su hija con el propósito de protegerla de los peligros de un barrio aterrador y de prevenir la conducta antisocial que habían observado en sus otros hijos. El objetivo de la intervención se amplió, pasando de la patología de una adolescente a los complejos problemas causados por la inmigración y las tentativas fallidas de los padres de proteger a sus hijos. El personal aclaró las cuestiones más importantes y logró que Liliana y sus padres conversaran y buscaran pautas viables de control y libertad. Se pidió a los hermanos que la instruyeran basándose en su experiencia y se alentó a la familia a que tratara de hallar fuentes de contacto social y de apoyo en su propia comunidad. Liliana mejoró después de algunas sesiones y al poco tiempo fue dada de alta.

Aunque este caso es menos llamativo que el anterior, tal vez sea más típico. Nos recuerda que el personal psiquiátrico, basándose en conceptos y métodos tradicionales, puede proceder con habilidad y llegar a una clara evaluación diagnóstica encuadrada en el DSM-IV.* Sin embargo, el hecho

* *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ta. edición. (N. del T.)

de ampliar la perspectiva e incluir factores externos al individuo, permite realizar intervenciones más eficaces que pueden ayudar a la familia tanto como al paciente designado. A la larga, esas intervenciones pueden resultar más económicas, abreviar la estadía en el hospital y quizá mejorar las relaciones entre los hospitales y las comunidades.

Los ejemplos dados en esta sección se refieren a la comunidad latina, pero la cuestión de las relaciones entre el hospital y la comunidad es mucho más amplia. Pese a que EE.UU. ha sido siempre una mezcla de culturas, seguimos siendo semianalfabetos en asuntos multiculturales, sobre todo en lo que concierne a los significados y costumbres de los sectores económicamente carenciados de la población. Cuando los hijos de inmigrantes son admitidos en una sala psiquiátrica, el personal tiende a encuadrar su conducta en categorías diagnósticas clásicas. Pueden no darse cuenta de que el retraimiento silencioso es un mecanismo característico de una cultura determinada, sobre todo frente a una autoridad tan intimidante y poco familiar como el personal del hospital, o de que una conducta explosiva refleja la reacción de la comunidad ante la intrusión de las autoridades en su vida. Lo que es más, tal vez no sepan cómo contactar a la familia o a otros miembros de la comunidad que podrían ayudarlos a comprender las circunstancias.

Quizá sin darse cuenta, el personal psiquiátrico suele hacer suposiciones sobre la dinámica y la estructura de una familia basándose en formas características de la cultura dominante. Cuando un joven paciente procede de una familia afroamericana de baja posición social, por ejemplo, el personal quizá no comprenda el extenso diagrama familiar o no se sienta inclinado a explorar sus recursos. Es posible que la familia no tenga una estructura nuclear y que los padres no estén disponibles. Pero las abuelas, hermanos, padrinos o tías pueden ser una fuente de apoyo y proporcionar una interpretación de la conducta del niño en relación con la situación particular, interpretación que será más específica que las nociones generalizadas a las que se recurre habitualmente.

Aunque es útil que el personal incluya algunos miembros bilingües que compartan las características culturales de la comunidad local, esto no es fácil de conseguir ni es en sí una solución. Lo más importante es la disposición a demo-

rar el proceso de admisión y la terapia, y trabajar en estrecha unión con los padres de un niño impulsivo de diez años o la familia de una adolescente con ideación suicida. Los profesionales suelen estar sobrecargados de trabajo y la realidad los obliga a adaptarse a nuevos sistemas de administración y a conocer la información más reciente sobre la conducta humana. No obstante, los hospitales están situados en medio de comunidades, y por lo general es de esas comunidades de donde proceden sus pacientes. Cuando la comunidad es pobre y étnicamente variada, el personal tiene que tener conciencia tanto de sus tensiones como de sus recursos. Pese a las confusiones y los obstáculos culturales, el personal psiquiátrico debería estar en contacto con la red de personas importantes para el niño. Conviene recordar que cualquier cosa que resulte difícil para el personal, como por ejemplo superar las barreras culturales, puede ser igualmente difícil para el paciente, que debe recorrer el camino en dirección opuesta, y que la ayuda de la familia es un recurso para la comprensión y el tratamiento.

Comentarios y recomendaciones

Podemos volver ahora al estudio sobre los centros residenciales y utilizarlo como punto de partida para nuestro comentario sobre las salas psiquiátricas para niños. Los centros residenciales para niños recibieron la influencia de fuentes educativas y de una tradición que requería que se prestara atención a lo que acontecía diariamente en la vida de los niños. El personal sabe que tiene que organizar la experiencia de los niños en el centro, que tanto las teorías sobre la enseñanza y el aprendizaje como el empleo de la autoridad y el ejercicio del control son importantes, y que cada niño tiene experiencia previa de todo ello en el hogar. Por lo tanto, el diálogo con el personal de un centro residencial puede comenzar con la percepción de la influencia de la familia en la vida del niño. Tal vez el personal adopte inicialmente una postura de rescate del niño y contraria a la familia, pero la exploración de esa actitud puede servir como un buen punto de partida.

En los hospitales psiquiátricos para niños, en cambio, el personal presta menos atención al medio, a la estructura social del grupo del que forma parte el niño y a la forma en que las pautas familiares moldearon la experiencia de este en lo que se refiere a la enseñanza, el aprendizaje y el control. El concepto de hospital, con su connotación médica, desvía la atención hacia el diagnóstico, la enfermedad y el tratamiento individual. Este enfoque es reforzado por la sucesión de manuales de diagnóstico que dominan la práctica psiquiátrica y por la obligación de asignar a cada niño un código diagnóstico para que el seguro médico pague por los servicios. El enfoque es en general reduccionista, pero en el caso de los hijos de familias pobres afectadas por crisis múltiples, que no tienen recursos ni habilidades para cuestionar el proceso, es particularmente dañoso. Una ideología que limita la observación de los niños a zonas discontinuas del sistema nervioso mantiene a un niño como Mark en una sala psiquiátrica desde la tierna edad de ocho años hasta los diez.

Afortunadamente la era de la hospitalización prolongada de los niños está llegando a su fin, lo que nos pone frente a un interrogante crucial. Si en la actualidad los niños permanecen en los hospitales psiquiátricos sólo unas pocas semanas, ¿habrá un cambio positivo concomitante en la organización y orientación de las unidades? ¿Desarrollarán los hospitales una práctica que incluya el recurso a la familia y la comunidad? Es lógico sostener, como lo hacemos nosotros, que la presión en favor de acortar los plazos de internación brinda una oportunidad de explorar y movilizar recursos externos como apoyo para el desempeño del niño, pero es posible que no sea ese el efecto principal. En el futuro inmediato, la disposición a atribuir una base orgánica a la conducta y a controlarla por medio de la medicación será, probablemente, la fuerza dominante. Este enfoque, sin embargo, no es inevitable, ni tampoco el único modelo disponible.

Sería útil que los psiquiatras y los administradores de establecimientos psiquiátricos consideraran un modelo desarrollado por médicos de familia con el objeto de prestar a sus pacientes servicios basados en la colaboración (McDaniel, Campbell y Seaburn, 1995). En este enfoque, los médicos de familia partieron de la premisa de que la salud de cualquiera de los miembros de la familia está íntimamente

relacionada con el contexto familiar. Siguiendo esta perspectiva psicosociobiológica, crearon equipos de salud colaborativos, compuestos por médicos de familia y especialistas en teoría y terapia de la familia. Los equipos trabajan juntos como una unidad compartiendo información y conocimientos técnicos. Si sustituimos a estos equipos médicos por equipos de salud mental tendremos un modelo prometedor para las salas psiquiátricas de niños, en el que un grupo de profesionales podría compartir sus puntos de vista y sus conocimientos. Por supuesto, las salas psiquiátricas, en su mayoría, están organizadas actualmente en equipos multidisciplinarios. El modelo que describimos, no obstante, pone el énfasis en la naturaleza compartida del trabajo, más que en una combinación técnica de diferentes disciplinas.

La introducción de un modelo colaborativo en una sala psiquiátrica ocasionaría probablemente un trastorno considerable. La jerarquía está firmemente establecida, y nuestra experiencia como consultores e instructores nos sugiere que los psiquiatras en general no están demasiado interesados en la colaboración. Cuando comenzamos la capacitación en un establecimiento, la mayoría del personal estuvo presente, pero ya más avanzado el año, la asistencia de los psiquiatras se volvió irregular. Los psicólogos, asistentes sociales y residentes psiquiátricos siguieron participando con entusiasmo e implementaron un cambio en la práctica en las salas. Sin advertirlo, comenzamos a contar con ellos como defensores de los nuevos procedimientos, lo cual, por supuesto, no es una solución, pues no hace más que acentuar la separación entre los profesionales. La capacitación eficaz y la creación de equipos colaborativos requiere el reconocimiento de la realidad actual, así como un plan secuencial para inducir, a tantos miembros del personal como sea posible, a desempeñar un rol activo.

El consultor interesado en promover un enfoque familiar posiblemente haría bien en comenzar con algunas conferencias teóricas destinadas a la totalidad del personal. Podría presentar en ellas los principales conceptos del pensamiento sistémico, como también algunas ideas concretas sobre la organización de las familias, y destacar la importancia de dichas ideas para la presencia de niños en las salas psiquiátricas y la gama de posibilidades para el tratamiento de estos. Luego podría ofrecerse una capacitación especializada

en terapia familiar a un núcleo de psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y psiquiatras, permitiendo la presencia en las sesiones de observadores y oyentes interesados. Dada la posición especial, la historia y la probable resistencia de los psiquiatras del hospital, probablemente resultaría productivo organizar por separado algunas reuniones con ellos, durante las cuales pudieran explicar sus reacciones ante el enfoque, explorar la relación entre el trabajo con la familia, el tratamiento individual y el control de los síntomas mediante la medicación y arribar a conclusiones claras sobre el rol que tendrían en una estructura colaborativa. Los más interesados podrían incorporarse al grupo dedicado a desarrollar una pericia particular en el trabajo con las familias y la comunidad. Este grupo, formado por profesionales de diferentes disciplinas, ensancharía la envoltura de la institución y aumentaría la permeabilidad de sus fronteras. Constituiría un equipo en contacto con el exterior, y en las reuniones de los grupos sus miembros aportarían información sobre la familia extensa, la escuela, las iglesias y la comunidad, a fin de crear un enfoque sistémico integrado.

Un enfoque de equipos organizado de este modo no intentaría cambiar la orientación biológica del personal psiquiátrico ni criticaría el uso de medicamentos. Más bien consideraría la orientación biológica como una visión parcial que debe ser complementada por una orientación sistémica hacia los niños en su contexto, y estaría abierta al análisis, caso por caso, de los procedimientos más eficaces. Como en cualquier otro proceso en que se deben conciliar distintos puntos de vista, el diálogo tendería a ser intenso y, a veces, acalorado. Pero a la larga daría lugar a un enfoque más informado y eficiente del tratamiento de los niños, tanto mientras permanecen en las salas psiquiátricas como cuando se han reintegrado a sus hogares y comunidades.

9. Servicios a domicilio centrados en el hogar

Los servicios a domicilio revisten diversas formas, pero tienen al menos una característica en común: están organizados de tal modo que se prestan principalmente en el hogar del cliente. Este hecho, por sí solo, brinda una oportunidad única de reconocer la importancia de la familia y adoptar un enfoque centrado en ella. Cuando un asistente social entra en el hogar de un cliente, cada detalle de la estructura sugiere que el contexto es parte de la intervención. La vivienda y el barrio son el territorio del cliente, y el encuadre maximiza la posibilidad de congregarse a los familiares y otros miembros importantes de la red. Además, el acto de ir al hogar del cliente sugiere que la institución que presta el servicio está tendiendo una mano. El halo de autoridad que es propio de un ámbito oficial se opaca y la realidad del entorno de la vida familiar es reconocida.

En este capítulo nos referiremos a los factores que hacen coincidir la posibilidad con la práctica, y también al tipo de capacitación que ayuda al personal que presta estos servicios a maximizar la eficacia de sus intervenciones. Comenzaremos por narrar la historia de los servicios a domicilio, señalando los distintos enfoques que caracterizaron a diferentes programas, como también nuestras observaciones, desde un punto de vista sistémico centrado en la familia. Después de esta introducción, describiremos un programa de supervisión y capacitación en instituciones contratadas por un departamento estadual de salud mental para prestar a sus clientes servicios a domicilio y centrados en la familia.

Primeros antecedentes y evolución posterior

Los servicios a domicilio tienen una larga historia. No es nuestro propósito examinar el campo detenidamente, pero consideramos útil analizar tanto la forma en que ha evolucionado la naturaleza de esos servicios a través del tiempo como las principales características de algunos programas implementados durante las últimas décadas.*

Los comienzos se remontan a los primeros años del siglo XX; en esa época, algunos voluntarios se pusieron en contacto con la comunidad para ayudar a los necesitados, y los asistentes sociales, por su parte, realizaban casi todo su trabajo en los hogares de las familias pobres (Berry, 1994; Tavantzis, Tavantzis, Brown y Rohrbaugh, 1985). Debido al aumento de la formación profesional y de la disponibilidad de servicios organizados, como también de la magnitud de los problemas, los servicios comenzaron a prestarse cada vez más en clínicas, organismos, hogares sustitutos e instituciones.

En la década de 1970 la tendencia cambió. Planificadores y profesionales observaron que la prestación de los servicios tendía a fragmentar a las familias, en especial a las familias pobres. El cuestionamiento de los procedimientos establecidos resultó favorecido por la situación sociopolítica de la época y la acumulación de datos relacionados con los efectos de los servicios vigentes. Por ejemplo, era evidente que cada vez más niños eran colocados en hogares sustitutos, trasladados continuamente de un lugar a otro, y nunca volvían a su hogar. El proceso era costoso y resultaba destructivo tanto para los niños como para las familias. Los partidarios del cambio sostenían que concentrarse en fortalecer a las familias era una alternativa humanitaria y menos costosa que las prácticas predominantes.

La Ley de Ayuda a la Adopción y de Protección a la Infancia, de 1980 (Ley pública 96-272), expresó la necesidad de la reforma. Subrayó el valor de la preservación de la familia y creó importantes incentivos financieros para los programas que mantuvieran a los niños en su hogar o volvieran a reu-

* El lector interesado en conocer mayores detalles puede consultar, entre otras, las obras de Berry (1994), Bryce y Lloyd (1980), Maybanks y Bryce (1979), y Nelson, Landsman y Deutelbaum (1990).

nir a la familia después de la colocación. Los esfuerzos federales prosiguieron hasta principios de la década de 1990. La Family Preservation and Family Support Initiative (Iniciativa sobre Preservación de la Familia y Apoyo a la Familia), aprobada en 1993, proporcionó a los Estados una financiación sustancial, destinada específicamente a los servicios con orientación familiar. A causa de su filosofía explícita y de la provisión de fondos, esa iniciativa federal reforzó el punto de vista de que la familia era una legítima unidad de servicio por derecho propio, y de que las intervenciones con orientación familiar no necesitaban ser camufladas mediante su presentación en lenguaje individual. Poco después, un cambio en el estado de ánimo de la nación hizo que disminuyera el apoyo federal a esos programas, pero los «servicios a domicilio» son aún reconocidos y financiados como categoría especial sobre todo por los Estados.

Todos los programas basados en el hogar comparten ciertas características, o al menos ciertas metas. La prestación de los servicios principalmente en el hogar es un aspecto obvio, pero otras características menos fáciles de implementar son también muy importantes. Entre ellas, el tomar en cuenta como unidad de servicio a la familia y no sólo al niño, la expectativa de que los padres participen y continúen a cargo, y la utilización del sistema familiar, el hábitat natural y los recursos de la comunidad en la movilización de los servicios (Bryce y Lloyd, 1980).

Los programas también comparten otras características más concretas. Tienden a ser intensivos y de corto plazo, proveyendo muchas visitas y atenciones durante semanas o unos pocos meses. A las personas encargadas de prestar los servicios se les asignan muy pocos casos —a veces no más de dos—, a fin de que estén disponibles cuando se las necesita. Por lo general, la intervención se produce en una situación de crisis, es decir, cuando existe el riesgo de que el hijo de una familia sea colocado en un hogar sustituto, y su meta es ayudar a la familia a resolver sus dificultades en la medida necesaria para evitar la colocación.

La evitación de la colocación es el criterio habitual con que se juzga el éxito. Investigaciones que evaluaron diversos programas indicaron que estos, al finalizar o incluso hasta un año después, habían obtenido en su mayoría un porcentaje de éxitos comprendido entre el 70 y el 90%. Sin

embargo, algunos críticos sostienen que muchos de esos estudios no fueron bien diseñados y que por lo tanto las cifras son poco claras (Berry, 1994; Tavantzis *et al.*, 1985).

Los programas basados en el hogar son patrocinados y financiados por diversos entes, como el Estado, el condado y dependencias municipales relacionadas con los servicios sociales, la asistencia social, la salud mental, el retardo mental, los servicios para niños y jóvenes, y la delincuencia juvenil. En cierta medida, cada ente determina la definición del problema central y la clase de servicios ofrecidos. Los programas basados en el hogar patrocinados por los departamentos de servicios sociales y asistencia social de una zona, por ejemplo, por lo general procuran atender las necesidades básicas de la familia, centrándose en proporcionarle ayuda práctica para que pueda resolver sus problemas económicos y domésticos y los relativos a la organización de su vida (Berry, 1994). Pero los programas también difieren en lo que respecta a las teorías subyacentes que determinan la interacción de los trabajadores con sus clientes y el tipo de servicios que se les ofrecen, y esas teorías no están ligadas necesariamente con determinados departamentos ni con los problemas existentes.

Como los distintos enfoques se relacionan de modos diversos con un punto de vista centrado en la familia, examinaremos a continuación varios programas especialmente seleccionados, indicando brevemente las características de los programas basados en la teoría del aprendizaje social, en un modelo centrado en la solución y en una perspectiva ecológica o del sistema familiar.

Diferentes enfoques de los servicios a domicilio

El aprendizaje social y el perfeccionamiento de las habilidades

La teoría del aprendizaje social, que se desarrolló en el campo de la psicología, dio origen a técnicas específicas para ayudar a los individuos a modificar su conducta y sus interacciones con los demás. El *Modelo Mendota*, puesto en

práctica inicialmente en 1969 como un programa basado en el hogar y la comunidad, fue uno de los primeros en incorporar esas técnicas (Fahl y Morrissey, 1979). Como el programa evolucionó dentro de una institución para varones preadolescentes perturbados, el nuevo modelo indicaba un cambio radical en cuanto al modo de pensar y el lugar de aplicación. En lugar de tratar a los niños en la institución, el personal iba a los hogares y las escuelas; de este modo, los niños permanecían en su ambiente natural y las familias se conservaban intactas. Aunque el cambio operado en la estructura era radical, los procedimientos no lo eran. El personal siguió centrándose en el niño individual y utilizando principios de refuerzo social para alentar el cambio de conducta en áreas como el aprendizaje, el cumplimiento de instrucciones y la aceptación de límites. De los padres se pensaba que debían adquirir habilidades que les permitieran ser más eficaces en la crianza de sus hijos, y se esperaba de ellos que aprendieran observando las técnicas empleadas por el personal para manejar a los niños.

El programa *Homebuilders*, basado en el hogar y orientado a la preservación de la familia —el primero de su tipo que atrajo la atención de todo el país— pertenece también, al menos en sus aspectos fundamentales, a la categoría que estamos describiendo. Puesto en marcha en 1974 en Tacoma, Washington, enseñaba a su personal técnicas de aprendizaje social cuyo objetivo era incrementar la eficacia y la habilidad para interactuar de los padres, aunque el personal también proporcionaba ayuda práctica en los hogares y empleaba diversas técnicas humanistas y experienciales que destacaban el esclarecimiento de los valores y la autoestima (Haapala y Kinney, 1979; Kinney, 1991). En la década de 1980 el programa se extendió rápidamente por todo el país, tal vez dispersando esfuerzos en demasía y creando expectativas poco realistas. Cuando los estudios de seguimiento no pudieron demostrar diferencias importantes entre *Homebuilders* y otros enfoques implementados en forma más flexible, el programa perdió su posición prominente.

Aunque no estaba básicamente orientado hacia el trabajo con la organización familiar como sistema interactivo en la forma que nosotros consideramos necesaria, el programa *Homebuilders* cumplió una función importante en relación con los servicios intensivos, de breve plazo y a domicilio. El

trabajo y las publicaciones de este grupo dieron gran visibilidad al concepto, por lo que la financiación resultó más accesible para los programas que siguieron. Asimismo, su experiencia proporcionó un ejemplo útil de las cuestiones que deben tomarse en cuenta cuando se proyectan servicios a domicilio flexibles y centrados en la familia.

El modelo centrado en la solución

El enfoque centrado en la solución, desarrollado como modelo específico por Berg, De Shazer y sus asociados, es uno de los que más se utilizan en la escena contemporánea para los servicios a domicilio (Berg, 1994). Lo esencial del modelo es su énfasis en las soluciones más que en los problemas. Sus proponentes suponen que todas las familias han ensayado soluciones para los conflictos, pero que su experiencia no es visible para ellos porque tienden a concentrarse en los problemas. Sobre la base de este razonamiento, la intervención se centra en la recordación de momentos positivos del pasado, la exploración de concepciones de un resultado satisfactorio y el aliento a la repetición y extensión de esas soluciones. Los miembros del personal actúan como instructores o guías y transmiten una visión optimista de las aptitudes de la familia.

El modelo enfatiza el respeto por la familia, característica que es de suma importancia cuando se trabaja con familias que son pobres, soportan múltiples crisis y, probablemente, se sienten impotentes frente a las instituciones. Sin embargo, la implementación y la filosofía del modelo plantean algunos problemas. En la práctica, el personal suele confundir la necesidad de respetar a la familia e investirle de poder, con una prohibición de cuestionar la iniciativa de la familia. Por temor a parecer irrespetuosos, a menudo son incapaces de enseñarle o de atraer su atención hacia áreas de las que puede no tener conciencia o que está tratando de evitar. Lo que es más importante, el modelo rehúye expresamente la exploración franca de los conflictos. Como ya lo hemos indicado en capítulos anteriores, con frecuencia las familias fracasan a causa de su incapacidad para enfrentar las discrepancias y ocuparse de ellas. En nuestra opinión, no se puede lograr que se desempeñen más eficazmente si

no se las ayuda a explorar sus pautas, reconocer lo que es disfuncional y ensayar nuevos modos de resolver sus diferencias.

Enfoques ecológicos y de sistemas familiares

En cierto sentido, todo programa basado en el hogar que conecte a la familia con los recursos de la comunidad tiene una orientación ecológica. Hay muchos programas de esta índole que prestan diversos servicios ambientales a las familias y procuran aumentar la capacidad de sus empobrecidos y turbados clientes para usar los recursos disponibles (véase Berry, 1994). Algunos programas tienen un interés particular para nosotros porque contemplan múltiples niveles de las necesidades, problemas y conexiones de la familia, y porque guardan relación con las pautas más que con la conducta o las habilidades individuales.

Un antiguo e interesante ejemplo es el programa desarrollado por *Iowa Children's and Family Services* para tratar en su hogar a familias de alto riesgo, afectadas por problemas múltiples (Stephens, 1979). El modelo combinaba una orientación ecológica hacia el lugar de la familia en la comunidad con una visión sistémica de su funcionamiento y un enfoque terapéutico que empleaba técnicas de terapia familiar. Como lo indica Stephens,

«El objetivo de la intervención es cambiar los esfuerzos para resolver los problemas de las familias perturbadas que hasta el presente han sido ineficaces. Esos esfuerzos tienen una estructura pautada que debe ser modificada en el punto donde se la mantiene, ya sea dentro del sistema familiar o en la interfaz de la familia y los sistemas de ayuda» (pág. 288).

Lo notable de esta declaración es la implicación de que la intervención debe proyectarse con flexibilidad, cambiando de nivel cuando sea necesario, y de que la interpretación de los problemas depende de la evaluación de las pautas repetitivas, tanto dentro de la familia como entre la familia y los proveedores de servicios. La declaración también pone en claro que, desde este punto de vista, lo que mantiene el pro-

blema no es la historia individual ni familiar sino la organización *actual* de esas pautas, y que es necesario ocuparse de ellas para que las intervenciones sean productivas.

Un ejemplo más actual es el de *Families Work*, un programa desarrollado para familias en las que hubiera un adolescente delincuente o inmanejable que corriera el riesgo de ser colocado (Tavantzis *et al.*, 1985). Este programa, que combinaba los principios de los servicios a domicilio con los de la terapia familiar estructural y sistémica, realizaba un trabajo intensivo en ciclos renovables de seis semanas y se centraba sobre todo en los períodos de crisis.

Tavantzis y sus colegas observaron que la mayoría de las intervenciones se basaba en teorías individualistas sobre la formación de problemas y que partían del supuesto de que las familias cambian cuando los individuos que las componen logran comprender sus sentimientos o mejorar su conducta. Su propio programa, en cambio, se centraba en la organización de la familia. Las intervenciones ponían énfasis en las pautas actuales que perturbaban la vida familiar y concedían importancia sobre todo a las razones que determinaban la subsistencia de esos problemas y no a su origen.

Como la población se componía de familias cuyos hijos adolescentes estaban fuera de control o eran delinquentes, el grupo identificó los aspectos de la teoría de la familia que parecían más relevantes para esa situación. Se centraron en las áreas probables de disfunción, como las fronteras entre las generaciones, la jerarquía dentro de la familia y la claridad de la autoridad, abordando a las familias con una hipótesis de trabajo relativa a las dificultades de las que sería necesario ocuparse. Este enfoque tiene implicaciones interesantes para otras situaciones en que las familias clientas comparten ciertos rasgos, como una estructura tri-generacional, hijos en un grupo de edad determinado o adolescentes drogadictos. En todos los casos, pueden hacerse algunas suposiciones sobre la organización y los problemas de la familia; sin embargo, es importante señalar que las generalizaciones teóricas son sólo un punto de partida. En cualquier situación, la información más importante es la que se refiere a la organización de una familia determinada y a la relación entre sus pautas repetitivas y las dificultades y recursos potenciales.

Las técnicas de este programa para trabajar con las familias probablemente les resulten familiares a todos los profesionales que han implementado intervenciones estructurales, han enfatizado la importancia de «unirse» a la familia antes de introducir cambios, han posibilitado el cambio dando una nueva interpretación a la conducta y fijando metas manejables, y promovido el cambio en la sesión con la familia como primer paso hacia la exploración e integración de nuevas pautas. Sin embargo, algunas sugerencias implican la participación de sistemas más amplios. Los autores del programa señalan que se acordó que los participantes suspendieran sus contactos con otros servicios mientras durase la intervención. Además, sugieren que los primeros esfuerzos deberían estar encaminados a organizar a los asistentes, antes de reestructurar a las familias, y que el caso debería ser coordinado por el asistente que trabaja en el hogar. Estas sugerencias son útiles, pero difíciles de llevar a la práctica.

La situación actual

La reseña sobre los programas, contenida en la sección precedente, si bien no es exhaustiva, refleja la variedad de fuerzas que, a partir de la década de 1970, dieron forma a los servicios a domicilio, y también la diversidad que, como consecuencia, caracterizó a los programas desarrollados. La decisión de proporcionar servicios a domicilio surgió de la preocupación social por los pobres, la conciencia de que la prestación de los servicios era a menudo ineficaz o destructiva y la voluntad política de promover el cambio. Los programas, aunque compartían el propósito de mejorar la calidad de los servicios, se basaban en teorías diferentes, que no coincidían respecto de cuáles eran los procedimientos más apropiados para servir a los clientes o de qué modo se generaban los problemas.

En la actualidad, los servicios a domicilio constituyen una modalidad muy difundida del trabajo con las familias pobres. Se los financia sobre la base del acuerdo expreso de que los servicios serán prestados a la familia en su hogar, pero puede ocurrir que la orden no señale más que ese he-

cho concreto y que no se especifiquen las normas ni se exija el empleo de determinados procedimientos. En general, se supone que el proveedor comprende que el objetivo básico de este servicio es ayudar a la familia a resolver sus problemas y evitar la colocación de un hijo fuera del hogar, que el personal está preparado para utilizar sus habilidades con este fin y que la institución movilizará los recursos de la comunidad para generar una estructura de apoyo más permanente. Dado que la mayoría de los proveedores son responsables y experimentados, estos supuestos son razonables, pero no dejan de ser supuestos. Desde un punto de vista sistémico y centrado en la familia, la pregunta fundamental planteada en el comienzo de este capítulo sigue siendo pertinente: dado el potencial de la estructura basada en el hogar, ¿en qué medida la intención y la posibilidad se corresponden con la práctica real?

Para evaluar los programas actuales es necesario tomar en cuenta varios aspectos. Las metas generalmente compartidas y los escollos que impiden alcanzarlas pueden describirse y resumirse como sigue:

Meta

Aumento duradero de la habilidad de la familia para resolver problemas.

Escollo

Contención de la crisis como meta y prevención de la colocación como criterio para juzgar el éxito.

Puede parecer extraño que la prevención de la colocación se describa como un escollo. El propósito reconocido de la mayor parte de las intervenciones en el hogar es contener una crisis inmediata y eliminar la necesidad de que un niño sea separado de sus familiares. El hecho de calmar las aguas lo suficiente como para mantener a la familia unida es habitualmente el criterio para considerar exitosa a una intervención.

Sin embargo, se trata sólo de una meta de corto plazo. Como los evaluadores de los servicios a domicilio les han recordado a sus defensores: «La eficacia también debería examinarse utilizando criterios distintos de la prevención de la colocación, tales como la calidad del funcionamiento de la familia y el efecto en la maduración y el desarrollo del

niño» (Fein, Maluccio y Kluger, 1990, pág. 10). Si no se quiere que una familia vuelva a presentarse tan pronto como surja una nueva crisis, la intervención debería brindarle una oportunidad de madurar, dando a sus miembros la posibilidad de asumir el control de sus vidas y de detener el proceso de desintegración.

Meta

La comprensión de que la familia debe ser la unidad de servicio porque todo problema reside en ella o es compartido por ella.

Escollo

Persistencia de la idea de que un individuo determinado es el objetivo del servicio, aunque este se preste en el hogar.

Un contrato para la prestación de servicios casi siempre estipula que la unidad de servicio debe ser la familia, pero raras veces especifica que dicho requerimiento se aplica también a los servicios psicológicos. El personal, por su parte, a menudo lleva a cabo con habilidad todo lo que concierne a los aspectos social y económico de su mandato, movilizando servicios y ayuda comunitaria en áreas como alojamiento, asistencia social, transporte, asistencia médica y asistencia doméstica, pero no hace extensiva la orientación familiar a las intervenciones terapéuticas. La opinión de que el objetivo de los servicios psicológicos es el niño individual encuentra respaldo en los supuestos teóricos, la organización de las derivaciones, las evaluaciones del progreso logrado y los requerimientos de los seguros de salud.

Meta

Las intervenciones incluyen a la familia extensa y están dirigidas a las formas de conexión, otorgamiento de poder y resolución de conflictos que fortalecerán su capacidad de funcionar.

Escollo

El personal no está preparado para lidiar con las pautas interactivas o para ayudar a la familia a cambiar las pautas responsables de la persistencia de sus problemas.

La mayoría del personal carece de la preparación necesaria para ocuparse de las pautas familiares, incluso cuan-

do las perciben y las comprenden. Por lo general, son capaces de dar apoyo a los individuos, pero no de movilizar a una familia extensa ni de facilitar los cambios sistémicos que pueden crear y mantener una mejora en el funcionamiento de los miembros de la familia.

Meta

Coordinación de servicios que permita reducir la repetición innecesaria, la fragmentación y la intervención de muchos asistentes.

Escollo

Fragmentación y repetición innecesarias causadas por la mala comunicación y los problemas jurisdiccionales implícitos relacionados con la jerarquía, la toma de decisiones y la integración.

El personal que cumple sus funciones en el hogar de los clientes se plantea reiteradamente preguntas relativas a la cadena de mando y el camino a seguir para cambiar los procedimientos cuando el juicio clínico sugiere que ello es aconsejable. ¿A quién le corresponde tomar decisiones sobre la modificación de los servicios, su prolongación más allá del plazo establecido o su terminación? ¿Y hasta qué punto es flexible la orden de prestar los servicios a domicilio? ¿Pueden realizarse algunas sesiones en otro sitio si hay una razón valedera para hacerlo? Las preguntas surgen en relación con casos específicos, pero el problema es general y pone de relieve la necesidad urgente que existe de organizar el sistema de tal modo que el trabajo se realice en forma coordinada y colaborativa.

En el resto del capítulo describiremos un proyecto de capacitación y consulta, patrocinado a nivel estadual, que incluyó a instituciones contratadas para prestar servicios a domicilio. El objetivo de esta presentación no es evaluar el programa sino demostrar que una cuidadosa atención a los detalles puede clarificar el proceso de intervención y hacer que esta se aproxime más al cumplimiento de las metas del servicio. Al igual que en otros capítulos, hemos modificado algunos aspectos, en parte para proteger la privacidad y en parte para destacar los principios genéricos.

Un proyecto de capacitación y consulta

Es importante señalar desde el comienzo que este proyecto fue organizado por el departamento de salud mental del aparato estadual. Aunque son varios los organismos que contratan servicios a domicilio, los casos y los requisitos del servicio de salud mental tienen algunas características especiales. Los casos suelen incluir el diagnóstico de un paciente designado, y los servicios a domicilio a menudo se consideran una alternativa a la hospitalización o a una colocación especial fuera del hogar. Las familias derivadas por intermedio de este departamento no siempre necesitan apoyo para organizar su vida o ayuda económica, pero en cambio requieren terapia. El personal debe tener las habilidades necesarias para evaluar —aunque manteniéndose siempre consciente del problema oficialmente designado— las pautas de la familia, y debe ser capaz de ayudarla a explorar modos más adaptativos de funcionamiento. Por lo tanto, los casos que presentamos como ejemplo en este capítulo están centrados principalmente en los detalles del contacto con la familia y de su tratamiento, aunque, inevitablemente, también se mencionan cuestiones que afectan a sistemas más amplios y que son cruciales para nuestra exposición.

Los orígenes del proyecto

El proyecto surgió porque a la administración de salud mental le preocupaban la naturaleza y la calidad de los servicios a domicilio. La situación era similar a la de muchos otros ámbitos en los que se había obtenido una financiación directa para esos servicios y se habían adjudicado contratos. Instituciones responsables habían sometido propuestas respetables y se habían convertido en proveedores del Estado, pero nadie sabía con exactitud cómo se estaban implementando los servicios. No había una concepción unificada de lo que significaban los servicios a domicilio, más allá de que debían ser prestados en el hogar de niños que corrían el riesgo de ser internados, o que habían sido dados de alta por una institución de salud mental.

El contacto entre el departamento y los instructores comenzó con una serie de visitas a varias instituciones, un período de demostraciones y discusiones en esos lugares, y conversaciones con el personal y los administradores acerca de las metas y las necesidades. Se hizo evidente que la actitud hacia una capacitación adicional en terapia familiar no era uniforme: algunos sentían entusiasmo, y otros —como mínimo— inquietud. Esta última actitud se originaba en parte en preocupaciones políticas, ya que algunos grupos de defensa de las familias de enfermos mentales están alertas a cualquier enfoque que pudiera atribuir culpas a las familias. La resistencia también provino de personas que se interesaban fundamentalmente por los niños y para quienes los instructores eran parte de un movimiento orientado a la preservación de la familia, que podía significar un peligro para los niños.

No obstante, el departamento y los instructores pudieron elaborar un plan conjunto para un proyecto piloto que parecía económicamente factible y que tenía dos objetivos relacionados entre sí. El proyecto proporcionaría capacitación en evaluación y terapia de la familia al personal que estaba en contacto con los clientes. Al mismo tiempo, el proceso le permitiría al departamento comprender mejor la forma en que las instituciones estaban implementando sus servicios y también elaborar normas e instrucciones.

La estructura del proyecto

Los ámbitos, los participantes y la rotación de la capacitación

Al comenzar, el departamento eligió dos regiones para que participaran en el proyecto. Cada región se componía de cinco instituciones participantes. En cada institución se eligió a dos miembros del personal para la capacitación; uno de ellos —allí donde se dio esa posibilidad— desempeñaba también un cargo administrativo. En general, se esperaba que ambos se convirtieran en supervisores al término del proyecto.

Un grupo de capacitación se componía de diez miembros, a razón de dos por cada institución de la región. Cada grupo se reunía dos veces por mes, durante todo un día. Los instructores se reunían semana de por medio con cada grupo, totalizando diez sesiones en cada región. Las reuniones se celebraban por turno en cada una de las instituciones y el grupo básico de diez miembros asistía a todas las sesiones. Cuando a una institución le tocaba ser la anfitriona, la totalidad de su personal podía observar la capacitación a través de un espejo de visión unilateral. El personal de salud mental de la oficina central de la región también asistía a algunas sesiones y participaba en las discusiones.

El día de capacitación: la organización y la experiencia

La estructura del día de capacitación era la misma en todos los ámbitos. Por la mañana, un miembro del equipo de la institución anfitriona presentaba la historia de una familia en tratamiento, y luego la familia era entrevistada en vivo. Por la tarde, el otro miembro presentaba la grabación en videocinta de una sesión realizada en el hogar de una familia. La discusión y la enseñanza se entremezclaban constantemente durante estos procedimientos.

Durante las primeras semanas, los asistentes sociales que presentaban los casos por la mañana se ajustaron al modelo habitual: describían los problemas del paciente designado, lo que ellos pensaban de sus necesidades y las reacciones de los miembros de la familia ante ese niño o adolescente. Los instructores, sin embargo, cotejaban esa información con una guía de observación diferente. Además de escuchar la historia del paciente designado, tomaban nota de otros detalles: la participación de distintos proveedores de servicios, la organización y la dinámica de la familia, la contribución de esta a la persistencia de los síntomas y la participación emocional de cada uno de sus miembros. También estaban atentos a los indicios que pudieran revelar cualidades positivas en la familia, a la posición que ocupaba el asistente social en el sistema terapéutico, a la comprensión que tenía de su propio estilo terapéutico, etc. Quizá no deba sorprender que los asistentes sociales pasaran por alto esta complejidad. Sería una meta importante de la

capacitación ampliar la comprensión, por parte del personal, de la organización de la familia y las complejidades del sistema terapéutico.

Después de presentar el caso, el asistente social se reunía con la familia. Detrás del espejo de visión unilateral, el grupo observaba la sesión y los instructores comentaban paso a paso el proceso terapéutico. Cuando el personal comenzó a entrevistar a las familias, resultó claro que los asistentes sociales, en su mayoría, se ajustaban a un modelo determinado de intervención. Tendían a brindar apoyo, pero también a ocupar el centro de la escena y a dirigir a los demás. Proporcionaban una mezcla que oscilaba entre el apoyo respetuoso a la familia y las fórmulas para la resolución de problemas. Por consiguiente, otro aspecto importante de la capacitación sería identificar las habilidades que ayudan a las familias a cambiar y explicarlas en detalle.

Cuando promediaba la sesión en vivo, uno de los instructores se unía al asistente social en calidad de coterapeuta consultor y abría nuevas vías a la exploración. El otro permanecía junto al grupo y comentaba los procedimientos que estaban observando. La mañana concluía con un informe sobre la experiencia.

La intención de los instructores era enseñar por inducción a partir del material clínico, aprovechando las oportunidades que se presentaban en cada etapa del proceso. Hubiera sido preferible comenzar la capacitación con una reseña teórica de la terapia familiar, pero, dado el escaso tiempo del que se disponía, la decisión fue centrarse en la práctica. Para los participantes, la concentración intensiva en los detalles de su trabajo era a la vez gratificante y amenazadora. Durante las dos o tres primeras reuniones, la supervisión produjo confusión y resentimiento, pero el ánimo cambió con bastante rapidez hacia la aceptación del proceso. Probablemente el apoyo del grupo tuvo un papel importante en ese cambio; también lo tuvo la división del trabajo entre los dos instructores, ya que permitía que uno de ellos apoyara al asistente social mientras el otro cuestionaba o reorientaba el proceso terapéutico. Sea cual fuere la causa, los grupos aprendían. Aunque su conocimiento de la teoría de la familia y las técnicas terapéuticas seguía siendo muy limitado, la comprensión que tenían de sus clientes y el estilo de la

presentación que hacían de las familias se volvieron reflexivos y más completos.

Por la tarde, durante la primera hora y media, el grupo miraba un video de la sesión conducida por el otro asistente social de la institución anfitriona en el hogar de una familia. Deteniendo y reanudando la reproducción de la cinta grabada era posible intercalar pausas en el proceso y concentrarse en los detalles. El análisis se centraba en los procesos de pensamiento del asistente social durante la sesión y en la correspondencia entre esas ideas y la naturaleza de la intervención. Los que participaban en esas reuniones se volvieron cada vez más activos. Dejando de lado las vacilaciones iniciales, comentaban y criticaban recíprocamente sus estilos de intervención.

La última hora y media del día se dedicaba a la discusión abierta de cuestiones genéricas. Después de cierto tiempo de iniciado el proyecto, los miembros del grupo empleaban este tiempo para proporcionar información complementaria sobre familias que habían sido vistas con anterioridad y para considerar el modo de seguir avanzando.

El hecho de que los diez miembros del grupo básico tuvieran que actuar en las distintas instituciones creó una dinámica que no había sido prevista. Al principio, los instructores se ocupaban principalmente de detener el proceso y atraer la atención hacia las respuestas automáticas de los asistentes sociales a fin de que estos pudieran explorar nuevos modos de pensar en sus clientes. Pero los asistentes sociales que hacían las presentaciones tenían otro público que pasaba inadvertido para el grupo y los instructores. En la mayoría de los casos, era la primera vez que los miembros del personal presentaban su trabajo tan abiertamente ante sus colegas de la institución, y les preocupaba la posibilidad de que fuera recibido con críticas. La situación era particularmente difícil para los presentadores que desempeñaban también un cargo administrativo, los que, como se comprende fácilmente, temían desprestigiarse. El sentimiento de haber estado al descubierto y sin protección era responsable de buena parte de la tensión observada durante las primeras sesiones. Sin embargo, como ya hemos señalado, la confusión y el resentimiento disminuyeron cuando los miembros del grupo básico se fueron conociendo mejor y pudieron actuar como barrera entre los presentadores y el personal

de la institución. Probablemente lo aconsejable hubiera sido comenzar la capacitación sin observadores, para que en el grupo la sensación de seguridad y familiaridad pudiera desarrollarse sin tensiones.

En muchos sentidos, la rotación de la capacitación entre las instituciones y la participación de la totalidad del personal de la institución anfitriona fueron rasgos positivos. Los miembros del equipo visitaban instituciones que trataban a una clientela similar, pero que estaban organizadas de diversas maneras y utilizaban procedimientos terapéuticos diferentes. Algunas instituciones destacaban en especial la colaboración con otros proveedores, otras se centraban en la familia, y otras aún se ocupaban fundamentalmente de los niños. Algunas ofrecían servicios residenciales o de hospital de día, de modo que los niños podían pasar de los servicios para pacientes externos a los servicios a domicilio, y de aquí a los servicios residenciales, o a la inversa, sin cambiar de terapeutas. Después de visitar distintas instituciones y pasar el día analizando en detalle la forma en que se prestaban los servicios en cada uno de ellos, los participantes podían observar sus propias instituciones desde diversos puntos de vista.

Otro rasgo inesperado pero positivo fue el cariz festivo del día de capacitación. Todas las instituciones se esmeraban en la preparación del almuerzo que se serviría a los participantes y el personal, por lo que el día pasaba a ser algo especial y todo el personal se sentía involucrado. En cierto modo, el día de capacitación en terapia familiar se convirtió en una fuerza positiva, de estimulación teórica para toda la institución anfitriona.

El hecho de que hubiera dos instructores posibilitaba un interesante proceso didáctico en el que estos podían concentrarse en diferentes áreas y asumir roles complementarios. Por lo general, uno de ellos prestaba atención al estilo de intervención del asistente social y a la correspondencia entre sus ideas y su práctica, mientras que el otro se concentraba en la dinámica de la familia y las técnicas terapéuticas pertinentes. Claro está que a veces ambos comentaban las mismas cuestiones. Pero con frecuencia sus puntos de vista eran diferentes y transmitían no sólo sus observaciones particulares sino también el mensaje implícito de que en un marco coherente pueden existir múltiples realidades. Es

probable que la tolerancia que mostraban respecto de sus diferencias haya facilitado la aceptación de la capacitación y alentado a los participantes a intentar cosas nuevas y a ampliar su estilo.

Los problemas que se presentaron

Al sucederse las consultas, se presentaron varios problemas. Eran similares, por supuesto, a los problemas genéricos, ya examinados en este capítulo, propios de la mayoría de los programas basados en el hogar. Sin embargo, como consecuencia de la vinculación de las instituciones con la salud mental y del mandato particular de este proyecto de capacitación, las áreas problemáticas estaban situadas principalmente en el contacto entre los asistentes sociales de la institución y las familias con las que trataban. Los problemas que se presentaron pueden agruparse en cuatro categorías: el manejo, dentro del contexto familiar, de situaciones centradas en el niño; el trabajo con la familia extensa; la comprensión de la relación entre la investidura de poder a la familia y la terapia familiar, y el manejo eficaz de múltiples proveedores de servicios.

En las secciones que siguen presentaremos breves sumarios de casos clínicos como ejemplo del pensamiento de los sistemas familiares y de las técnicas terapéuticas que se deducen de esta perspectiva. Los hemos agrupado en las cuatro categorías ya mencionadas a fin de ilustrar cada problema con situaciones específicas. No obstante, debería resultar obvio que esta división es artificial: si describiéramos en profundidad la situación y las intervenciones necesarias, la mayoría de los problemas aparecería en casi todos los casos.

Manejo de situaciones familiares centradas en el niño

Cualesquiera que fuesen las características de la familia, e incluso cuando la relación entre la dinámica familiar y los síntomas del niño era evidente, los asistentes sociales tendían a centrarse en el problema específico del niño. Esto no significa que las familias fueran ignoradas por completo.

En realidad, a los asistentes sociales siempre les resultaba evidente que los padres estaban implicados de algún modo —que contribuían al síntoma, lo protegían o lo padecían— y habitualmente los invitaban a asistir a las sesiones. Lo que los instructores tuvieron que cuestionar fue el supuesto de que los miembros de la familia vivían en esferas psicológicas separadas, y de que la familia era el fondo mientras que el niño era el centro de la escena. Aunque en los servicios a domicilio había cambiado el lugar donde se realizaba el tratamiento, la intervención no se centraba en la familia.

No es sorprendente que un cambio en este modo de pensar, si es que se produce, lleve tiempo. Como lo hemos señalado ya muchas veces, la formación tradicional induce a la mayoría de los miembros del personal a concentrarse en individuos, y los procedimientos burocráticos dificultan el cambio. El paciente designado debe recibir un diagnóstico compatible con el DSM, y a la institución se la contrata para que preste servicios que tengan en mira a esa enfermedad hasta que el paciente mejore. Sin embargo, en la mayoría de las instituciones hay una sensación de que la misión de los asistentes sociales es ayudar a la familia. Muy a menudo lo que veían los instructores era un confuso conjunto de intervenciones en las que se mezclaba la orientación al individuo con las sesiones familiares y se procedía sin una idea clara de la relación existente entre estos aspectos.

En los dos casos que siguen el problema del paciente designado fue especificado y señalado como objetivo del tratamiento. El personal comprende que esos niños viven, o han vivido, en un contexto familiar difícil, pero no encuentra el modo de reconocer las pautas de la familia ni de trabajar con el hecho de que los síntomas del niño están ligados a la organización de esta.

Problema: un niño adoptado de nueve años que presenta crisis de angustia. En este caso la familia se compone de tres personas: Luther, de nueve años; su madre adoptiva, y otra mujer, una amiga, que ha estado viviendo con ellos desde que el niño fue adoptado, a la edad de dos años. Luther tiene pesadillas, y algunos días su miedo es tan intenso que le produce palpitaciones y náuseas y lo obliga a retirarse del colegio.

Cuando Luther tenía dos años, su padre mató a la madre y luego se suicidó. En ese momento fue adoptado por su tía, madre actual. La madre trabaja en el correo, y la «tía», que pasa más tiempo en la casa porque su horario de trabajo es reducido, es quien más se ha ocupado de cuidarlo. La familia ha estado en terapia durante cinco meses, enviada para un tratamiento a domicilio a causa de los síntomas del niño. La terapia se ha centrado alternativamente en las tensiones actuales en el hogar y la escuela y en el acontecimiento traumático que tuvo lugar en la temprana infancia de Luther. La madre y la tía participan en las sesiones en calidad de adultos interesados.

Cuando el terapeuta se reúne con la familia, los instructores y los asistentes sociales que participan en el proyecto permanecen detrás del espejo de visión unilateral. Los instructores comentan la configuración especial de esta familia. Una de las mujeres es la madre adoptiva, pero es la otra quien ha criado al niño. Durante la sesión se advierte que las dos tienen una actitud competitiva respecto de quién es la «verdadera» madre. Cuando se ponen a discutir sobre la conducta de Luther, este se agita y comienza a hiperventilar. La madre adoptiva dice que tal vez haya que hospitalizarlo y la tía insiste en que el niño permanezca en el hogar.

Uno de los instructores se une a la sesión y se centra en los estilos diferentes de las dos madres. Destaca la importancia y la capacidad de discernimiento de ambas y también sugiere que Luther se preocupa por las dos y reacciona ante sus discrepancias. Mientras tiene lugar esta conversación, la sintomatología del niño empieza a ceder.

En los comentarios del otro instructor y en el análisis que sigue a la sesión se enfatizan algunos puntos. Uno de ellos es la índole poco habitual de este grupo familiar, en el que la presencia de dos madres que a veces no están de acuerdo ha confundido al niño y provocado su temor al abandono. Sin embargo, como entre las mujeres no hay ningún vínculo legal y su relación no es de carácter sexual, ni la atención del personal ni la terapia se centraron en la organización de la familia. El personal dirigió su atención sobre todo a los acontecimientos traumáticos del pasado y concedió menos importancia a la dinámica de la familia actual. Una vez que todo esto ha sido puesto en claro, la discusión se centra en la forma en que las pautas de interacción entre

los miembros de la familia mantienen los síntomas de Luther, así como en posibles enfoques alternativos para las sesiones terapéuticas.

Problema: una niña de trece años que se niega a ir a la escuela. La escuela siente preocupación por Yolanda, de trece años. Es una niña inteligente que ha incurrido en muchas inasistencias injustificadas. La familia fue derivada a una institución para un tratamiento a domicilio. Sus padres tienen, ambos, algo más de cincuenta años. El padre, obrero industrial, perdió su trabajo poco tiempo atrás. La madre sufre una parálisis parcial, consecuencia de una apoplejía. No puede hablar ni expresarse por escrito, pero comprende lo que dice la gente y participa en las reuniones familiares profiriendo sonidos guturales que su marido y su hija han aprendido a traducir.

La asistente social presenta la videocinta de una sesión realizada en el hogar. Ha estado tratando de resolver —sin éxito— el problema que representa el ausentismo escolar de Yolanda: estableciendo un sistema de recompensas y castigos, sugiriendo al padre que despierte a Yolanda por la mañana y que la acompañe hasta la escuela la mayor parte de los días de la semana. Al fracasar estas estrategias, contempla otras posibilidades. Yolanda, que es una joven inteligente y bien educada, se muestra amable con la asistente y nunca la contradice abiertamente; no obstante, sigue faltando a la escuela de vez en cuando. La sesión con el padre, la madre y Yolanda se centra en el problema escolar y en las posibles causas de la conducta de la niña.

Lo que resulta evidente para el grupo al observar la sesión es que, de todas las personas presentes en la otra habitación, la que más trabaja es la asistente social. Ha reemplazado a la madre en la función de resolver los problemas y se encuentra atascada en su rol de protectora de la familia. El análisis se centra primero en el estilo de la terapeuta y la adecuación de sus intervenciones a las necesidades de esa familia. Los instructores sugieren que debería experimentar con un rol menos central y directivo. Podría hacer mayor uso de preguntas, y tomarse algún tiempo antes de decidir sobre las soluciones y de proponerlas a la familia.

A continuación los instructores le piden al grupo que piense en los síntomas y en la familia. ¿Cuál podría ser una

visión diferente de las cosas? La idea que surge es que la renuencia de la niña a ir a la escuela tiene relación con su habilidad para entender y traducir los sonidos guturales que emite su madre, y que por consiguiente esa renuencia es un acto de protección. Yolanda se ha convertido en ayudante de su madre y no confía en que su padre pueda protegerla también como ella. El grupo considera diferentes modos de percibir a los miembros de la familia, y la asistente social sugiere que la madre es una Mujer Misteriosa. Sus pensamientos siempre tienen que ser interpretados por el esposo o la hija, que nunca pueden saber con seguridad lo que desea.

El foco de discusión y aprendizaje, en relación con esta familia, se dividió en tres partes. Primero, el grupo consideró el significado de la situación centrada en la niña dentro del contexto de la familia, y advirtió que la interpretación de las inasistencias de Yolanda cambiaba cuando el personal veía su conducta como una reacción ante las realidades y la dinámica de la familia. Segundo, el grupo se ejercitó en usar la imaginación para desarrollar metáforas terapéuticas. La idea de una Mujer Misteriosa, y de Yolanda como hada madrina, dio origen a imágenes intrigantes con las que la asistente social y la familia podían explorar qué era esencial y qué era disfuncional en su manejo de una situación difícil.

Por último, el estilo de la terapeuta fue un importante tema de discusión. Como un terapeuta está siempre limitado por su idiosincrasia, la capacitación consiste en parte en explorar alternativas para sus intervenciones y ampliar su repertorio. En este caso, la asistente social fue alertada respecto de su estilo directivo y de la utilidad de ocupar una posición menos central. Sin embargo, en un informe complementario ella describió el dilema que tuvo que enfrentar cuando el padre sufrió una indisposición durante una sesión, dado que la madre era impotente y Yolanda no era capaz de manejar la crisis. Sin vacilar decidió asumir el control y resolvió exitosamente el problema. Para la asistente y para el grupo, esta experiencia fue un recordatorio de que el cambio es complejo. Expandir el propio estilo implica estar alerta a los viejos hábitos y desarrollar nuevas técnicas, pero no renunciar a la capacidad de juzgar ni permitir que se atrofien las antiguas habilidades.

Trabajo con la familia extensa

Cuando aprenden a mirar más allá del cliente individual, los asistentes sociales parecen considerar en primer término las pautas establecidas conjuntamente por los padres y sus hijos. Sin embargo, las pautas que mantienen un problema a menudo incluyen a la familia extensa. Los abuelos, tíos y primos no suelen ser tomados en cuenta en la terapia, aunque vivan en la misma casa o en el mismo barrio y tengan contactos frecuentes con sus familiares.

Para ilustrar lo antedicho, describiremos dos casos en los que la familia extensa era parte del problema. El primer caso incluye a una abuela. La amplia participación de los abuelos en la vida de sus descendientes es un fenómeno generalizado, y la índole de su relación con la familia nuclear debería ser incluida por todos los asistentes sociales en la guía de observación que tienen en mente cuando exploran la realidad de una familia. El segundo caso, menos habitual, incluye a una especie de «clan» familiar. En ambos casos, la capacitación se centra en lograr que el personal cobre conciencia de la importancia de esas figuras y de la necesidad de incluirlas en el tratamiento. Con ayuda, los miembros de la familia extensa pueden llegar a ser parte de la solución, en lugar de ser parte del problema.

Problema: un hijo hostil de diecisiete años en conflicto con su madre. La familia está compuesta por una mujer soltera de algo más de cuarenta años y sus dos hijos, que tienen diecisiete y trece años. Habían estado viviendo con el novio de la madre, pero como este era adicto a la cocaína y ejercía una gran influencia sobre Josh, el hijo mayor, la madre se alarmó y puso fin a la convivencia. Actualmente la familia se aloja en casa de los padres de la madre. Desde que se instalaron allí, hay continuas peleas entre la madre —a quien apoya su hijo menor— y Josh. La madre y los niños han estado en tratamiento durante cinco meses en el hogar de los abuelos, los cuales no fueron incluidos en las sesiones. No obstante, al planear la sesión con los instructores, la asistente social invitó a concurrir a la abuela.

La sesión toma el rumbo habitual: Josh y su madre se pelean, y la discusión se prolonga durante un rato. Cuando el instructor entra en la habitación, le pregunta a la abuela

qué puede hacer para ayudar a su hija. A modo de respuesta, la abuela crítica a esta duramente; dice que es incompetente, y que al sentirse culpable por no haber protegido a sus hijos de su novio, los trata como a compañeros en lugar de controlarlos. Cuando se explaya sobre los defectos de su hija, la abuela es elocuente e imparable; la hija, mientras tanto, está visiblemente intimidada y llora. A esta altura, Josh retoma sin vacilar la acusación de su abuela. Es igualmente crítico, y su ataque parece no menos vigoroso. Pero la madre, que había permanecido abatida y silenciosa cuando la criticaba su madre, reacciona con furia ante el ataque de Josh. La pauta de pelear entre ellos se repite, incluida la participación del hijo menor, que respalda a su madre.

En ese momento, la asistente social interviene para disminuir la intensidad del conflicto, pero el instructor escoge un rumbo diferente. Se dirige a Josh y le pregunta si ha notado cuánto se parece a su abuela en lo que respecta a sus actitudes, y si advierte que ha tomado a su cargo la tarea de su abuela de juzgar y mejorar a su madre. Al interpretar de este modo la conducta de Josh, el instructor ha cambiado el significado del conflicto entre la madre y el hijo, que ahora incluye también a la abuela.

Este tipo de intervención tiene sus riesgos. El instructor sabe que puede ser perjudicial ganarse la antipatía de la abuela, y suaviza las cosas escuchando respetuosamente su versión de la historia y elogiando su perspicacia. Una vez que la nueva interpretación ha sido aceptada, introduce una metáfora gráfica que puede ser útil para la terapeuta y la familia en las próximas sesiones. Comenta que Josh se ha convertido en un muñeco de ventrilocuo, y señala que le debe resultar extraño actuar como progenitor de su madre. En este momento la madre parece armarse de valor. Menciona la sensación que experimenta de haber sido despojada de poder desde que volvió al hogar de sus padres. Siente que se la ha tratado como si fuera una niña y que necesita responder a las reglas harto rígidas que la abuela ha impuesto en su casa.

Después de la sesión, el grupo examinó cómo la participación de distintos miembros de la familia en la terapia clarificaba las pautas repetitivas y cambiaba el significado del síntoma. La movilización de la familia extensa también aporta más recursos al movimiento hacia el cambio. Como

resultado de esta sesión, la asistente social invitó al abuelo a participar en la terapia.

Problema: una niña de doce años que alucina fantasmas. Sofía, de doce años, debió ser hospitalizada porque tenía alucinaciones visuales. Fue dada de alta y actualmente vive con sus abuelos. Su familia, que es numerosa y cuyos miembros se mantienen permanentemente en contacto, forma parte de una comunidad griega muy unida. Los abuelos y las familias de dos de sus hijas y de un hijo viven en el mismo edificio. La asistente social invitó a todos los miembros de esta familia extensa a participar en la sesión, que se realizó en el hogar de los abuelos y fue grabada en videocinta con el consentimiento de la familia.

El grupo observó la grabación de la parte inicial de la sesión. Una discusión, que al principio tenía como protagonistas únicamente a Sofía y su madre, degeneró en una batalla campal entre todos los miembros de la familia: la abuela y dos tías formaban uno de los bandos, en tanto que la madre, el hermano y el abuelo integraban el bando opuesto. La discusión era acalorada, y en un momento dado Sofía abandonó la habitación. La familia siguió discutiendo, aparentemente sin darse cuenta de que la joven se había ido. La asistente social, paralizada, trató de que la familia volviera a ocuparse de los problemas de Sofía, pero no tuvo éxito y la encarnizada discusión prosiguió.

La terapeuta presentó esta parte de la sesión con el propósito de ilustrar las dificultades que tenía para manejar a la familia y avanzar en la solución del problema. El grupo reaccionó primero elogiando su decisión de convocar a todo el clan; evidentemente, su presencia era importante. Luego consideraron el aspecto esencial de su dilema. Después de haber reunido a la familia, ¿por qué fue incapaz de usar su comprensión de la dinámica familiar en esa sesión? ¿Qué se oponía a ello, y cómo haría para investir de poder a una familia interesada y muy afectuosa, a fin de que pudieran manejar sus conflictos y ayudarse mutuamente?

Todos los presentes, incluida la terapeuta, comprendían que el problema de esta familia tenía que ver con las coaliciones. Sus miembros tendían a formar facciones y a luchar por la supremacía, cualquiera que fuese la cuestión en debate. Sin embargo, la terapeuta se había centrado en Sofía,

tratando de lograr que la familia pensara en el problema de la joven y hablara de él. Como durante la sesión había advertido que el problema residía en la pauta familiar, la pregunta que se hacía el grupo era por qué no se había ocupado de esa pauta y qué podría haber hecho en ese momento.

La razón de su parálisis era bastante obvia. La terapeuta preveía que no le resultaría fácil manejar la intensidad y era consciente de que no sabía cómo hacer frente al conflicto familiar. Este problema era común entre los miembros del grupo, y de hecho lo es para muchos de los terapeutas que están aprendiendo a trabajar con familias. La intensidad de las emociones y los sentimientos tiende a ser mayor cuando una familia está reunida en una habitación que cuando un cliente se enoja durante una sesión individual. Pero el alboroto era parte de la vida cotidiana de esa familia, y sin duda era parte de la realidad de Sofía. Las ruidosas peleas entre facciones antagónicas eran a menudo la secuela de los esfuerzos de Sofía por cuestionar la autoridad, aunque comenzarían en un tono moderado.

En esta familia la energía y el sentimiento de conexión eran tanto un desencadenante como un recurso. El grupo se preguntó cómo podría sentirse más cómodo frente a los conflictos francos y, en caso de conseguirlo, cómo interrumpir la discusión, hacer notar a la familia que sus peleas afectaban mucho a Sofía, y movilizar su energía y su interés con miras a la exploración del cambio.

La investidura de poder y la terapia familiar

Aunque entre las instituciones había algunas diferencias de organización, todas adherían a la idea de invertir de poder a la familia; se trata de un concepto esencial en la ideología de los servicios a domicilio centrados en el hogar y existe como meta fundamental. El concepto, sin embargo, puede convertirse en una trampa. Si «invertir de poder a la familia» pasa a ser un mantra políticamente correcto en lugar de una meta terapéutica, la eficacia de las intervenciones de los asistentes sociales resultará afectada. En algunas instituciones, el afán del personal por respetar a la familia limitaba su capacidad para juzgar objetivamente sus pautas, investigar sus problemas y ayudarla a cambiar sus

modos de interactuar. La terapia, en estos casos, era respetuosa pero improductiva.

También suele ser difícil para los terapeutas seguir algunas de las implicaciones de la teoría de los sistemas. Por ejemplo, uno de los principios de esa teoría postula que en un sistema íntimo, las conductas de sus miembros están vinculadas entre sí. De esto se desprende que los miembros de la familia participan inevitablemente en el mantenimiento de los síntomas que presenta el paciente designado. Este concepto, al que la terapia sistémica debe mucho de su eficacia y en el que se basa en gran parte su práctica, permite al terapeuta explorar las pautas de interacción e intervenir en diferentes momentos con diferentes miembros de la familia. Un terapeuta habilidoso puede explorar eficazmente la responsabilidad de la familia en la conducta de sus miembros, sin abandonar la actitud respetuosa y la disposición a conferir poder.

Y es aquí donde radica el problema: la diferencia entre explorar responsabilidades e insinuar culpabilidades es muy sutil. Las unidades administrativas que contratan los servicios de las instituciones son sensibles a los matices políticos y se muestran cautelosas ante el riesgo de que los asistentes sociales equivoquen el rumbo y culpen a la familia mientras exploran su participación. De este modo, en las instrucciones para los servicios a domicilio a menudo se enfatiza el apoyo a la familia, y el personal rehúye las intervenciones más exploratorias y multifacéticas. Con todo, dado que el propósito primordial de los servicios a domicilio es ayudar a la familia a resolver sus problemas, es importante que el personal adquiera una comprensión informada de la relación entre la terapia familiar y la investidura de poder, juntamente con las habilidades necesarias para implementar esa comprensión.

Para ilustrar esta cuestión, describiremos el caso de una familia compleja que se resistía a explorar la violencia que estaba en el origen de sus problemas.

Problema: un caso de furia de una hijastra adolescente. Irma y Jeremy se casaron hace tres años. Era el primer matrimonio de Irma y el segundo de Jeremy, quien llevó al hogar a sus dos hijas, de catorce y doce años. Gail, la mayor, se volvió agresiva con su madrastra y la atacó físicamente, con

tanta furia y frecuencia que el padre tuvo que llamar a la policía para que la contuviera. La familia fue entonces derivada a una institución local para una terapia a domicilio.

Después del violento incidente que precipitó la crisis, el padre asumió la tarea de mediar entre Irma y Gail, y la agresión franca disminuyó. La familia indicó al personal de la institución que no querían que se volviera a mencionar el asunto en las reuniones futuras y que iban a resolver por sí mismos esa clase de problemas.

Detrás de este problema obvio de violencia, hay otro. Gail le ha dicho a su consejero escolar que su abuelastro, el padre de Irma, bebe mucho, y que en recientes visitas la ha golpeado varias veces. Afirma, resentida, que Irma no hace nada al respecto. La familia sigue visitando a los abuelos, y al parecer Jeremy no está dispuesto a enfrentar a su mujer o no es capaz de hacerlo. Resulta claro que el aparente armisticio entre Gail e Irma es peligrosamente inestable, y la designación de Gail como adolescente perturbada y problemática constituye una interpretación incompleta de la situación.

El terapeuta recibe a la familia para una sesión, mientras los instructores y el grupo observan a través del espejo de visión unilateral. El terapeuta comienza por preguntar a los padres cuáles creen que deben ser la dirección y la forma de la sesión de ese día. Esta introducción, que es habitual, persigue el propósito de indicar que es la familia quien controla la intervención y que el terapeuta está allí para atender a sus necesidades, tal como ellos lo requirieron en forma expresa. Esto no es en sí mismo incorrecto, sobre todo como modo de iniciar la sesión, pero aparentemente ha sido la fuerza impulsora del trabajo hasta la fecha. Cuando, veinte minutos más tarde, el terapeuta hace pasar al instructor y lo presenta como una persona que puede ayudarlo en su trabajo con la familia, Irma protesta. Dice que se siente traicionada y que está dispuesta a proteger a su familia de esa intrusión. El terapeuta se sorprende, puesto que ha explicado clara y detalladamente sus razones para pedir un consultor. De todos modos, el instructor se retira de la habitación y el terapeuta dedica algún tiempo a tranquilizar a la familia antes de su partida.

Los instructores dirigen la atención del grupo hacia dos cuestiones: ¿cómo investir de poder a la familia en este caso,

y cuál es la meta de la terapia? La interacción con esta familia ha evolucionado hacia la protección de Irma —que es quien lleva la voz cantante—, pero no ha rozado las diversas áreas de conflicto. La opinión y los esfuerzos de Jeremy han sido marginados, y los ataques físicos sufridos por Gail han sido eliminados como tema a explorar. Gracias a este concepto tan limitado de la investidura de poder a la familia, el terapeuta ha evitado graves conflictos y piensa que su tarea ha ayudado a mantener la paz.

Este es sin duda un caso complejo. Incluye a tres familias: la familia recientemente formada, el padre y sus dos hijas, y la madre y su familia de origen. ¿A cuál de ellas se la debe investir de poder? Para conferir poder eficazmente a todos los interesados, las intervenciones deberían tomar en cuenta las necesidades de cada una de las unidades y también sus conflictos: tanto los que oponen a las tres unidades entre sí como los que oponen a dos cualesquiera de ellas.

Al analizar el caso, los instructores señalan que hay muchos modos de investir de poder a esta compleja familia, y que es necesario intervenir en partes del sistema familiar manteniendo al mismo tiempo una perspectiva amplia en lo que respecta a la relación de las partes con el todo. Sugieren que el terapeuta podría investir de poder a la familia recientemente formada ayudándola a trazar fronteras más claras entre ella y la familia extensa. También podría utilizar el ámbito hogareño para facilitar la realización de reuniones con la participación de distintas unidades y subsistemas: reuniones individuales con Gail, reuniones que incluyeran sólo a las dos hermanas, y sesiones con Irma y Jeremy, en las cuales Irma pudiera ventilar sus frustraciones en la nueva familia y en las que se pudiera ayudar a Jeremy a cuestionar la actitud de Irma de proteger a su padre a expensas de Gail.

Lo que importa aquí no son las técnicas específicas; lo que más cuenta es que el personal vea el panorama de los problemas que afectan a esta familia y se sienta capaz de introducir los más relevantes en las sesiones terapéuticas. Por supuesto, tendrá que hallar un punto de equilibrio que le permita ocuparse de los asuntos penosos sin dejar de brindar apoyo y tratar con respeto a los miembros de la familia. No obstante, si el terapeuta espera a que la familia

introduzca por sí misma los problemas difíciles, hará escasos progresos y, en definitiva, no la ayudará mucho.

El hecho de que los asistentes sociales concurren regularmente al hogar les da una ventaja. Pueden proteger a los niños y movilizar a la familia como fuerza curativa para sus miembros sin desentenderse de la necesidad de explorar las pautas destructivas. Una investidura de poder que respete la capacidad de recuperación de la familia y tenga efecto duradero requiere ese equilibrio, sin el cual por lo común no es posible lograr grandes progresos terapéuticos.

Múltiples proveedores para una familia

Un equipo a domicilio tiene la responsabilidad de centralizar los servicios en el hogar mientras utiliza, cuando ello es necesario, los recursos de la familia extensa y la comunidad. Pero para que el uso de una variedad de servicios sea eficaz se requieren discernimiento, parsimonia y coordinación. Idealmente, el equipo a domicilio debería ocupar una posición central y ser capaz de prevenir la fragmentación y la repetición innecesaria en la prestación de los servicios, que tan frecuentemente abruma a la familia y retardan el progreso de un caso.

Equilibrar la necesidad con la parsimonia es difícil, y hemos comprobado que los asistentes sociales a domicilio tienden a errar por exceso más que por defecto. Su preocupación por trabajar con el contexto de la familia se traduce a veces en el mantenimiento de múltiples conexiones con muchos otros proveedores de servicios. El programa centrado en el hogar se convierte entonces en una estrategia de contención para apoyar a la familia en períodos de crisis, manteniendo intacta, al mismo tiempo, la organización preexistente de los servicios. Se trata de una pauta irónica y lamentable, ya que el concepto de «a domicilio» surgió en gran medida de la preocupación por la fragmentación de los servicios. La posición de los asistentes sociales se torna insostenible, ya que les incumbe prestar servicios a domicilio pero no pueden reorientar los servicios auxiliares proporcionados por otras instituciones.

En los tres casos que siguen veremos los efectos de esta pauta y sugeriremos formas alternativas de organización

que probablemente resulten más productivas. El primer caso muestra casi exclusivamente los problemas creados por la multiplicidad de los servicios. Los otros dos, en cambio, representan más una fusión. Describen cuestiones e intervenciones clínicas —relacionadas, en especial, con la necesidad de ampliar el enfoque del personal, excesivamente centrado en el individuo—, pero también son presentados en el contexto de los servicios múltiples. Estos casos destacan el hecho de que, para que los nuevos conocimientos y habilidades puedan emplearse con eficacia, el cambio en el modo de pensar y en los procedimientos terapéuticos debe estar acompañado por una reorganización de otras partes del sistema.

Problema: anorexia nerviosa en una niña de nueve años.

La principal protagonista de este caso, presentado en videocinta, es una niña anoréxica de nueve años que vive con su abuela. Janet, la paciente designada, es la única figura iluminada por haces de luz que proceden de todos lados: el hospital, la escuela, el nutricionista, el psiquiatra, el pediatra, la abuela y los asistentes sociales a domicilio.

Estuvo internada durante cinco meses en la sala de niños de un hospital. Desde que volvió a su hogar, hace seis meses, ha asistido a una escuela para niños con necesidades especiales, donde la maestra se ocupa de que ingiera los alimentos prescriptos por el nutricionista. Janet está en terapia individual con un terapeuta de niños, quien decidió que los asistentes sociales no podían verla a solas porque ello interferiría con su terapia, y, por lo demás, no contesta sus llamados telefónicos.

Los asistentes se mantienen en contacto con la escuela y visitan con frecuencia el hogar a la hora de la cena; allí vigilan la ingestión de alimentos de Janet y apoyan los esfuerzos de la abuela por introducir un bocado más en el enjuto cuerpo de la niña.

Al examinar la videocinta con el grupo, los instructores destacan algunos problemas causados por la provisión de servicios múltiples: la cuestión de quién decide cuáles han de ser el enfoque y los procedimientos terapéuticos en el caso, y el problema de que los asistentes sociales a domicilio se encuentran en una posición de relativa impotencia. El tratamiento de la anorexia nerviosa mediante la psicoterapia

individual y el estricto control externo de la ingestión de los alimentos no goza de aceptación universal, pero no es eso lo que aquí importa. Simplemente, hay demasiadas personas girando en torno de la niña, y la labor del equipo se trabó por reglas y fronteras impuestas por otros y aceptadas como inevitables. El equipo no tiene ningún contacto con el terapeuta individual y nadie se ha ocupado de las tensiones provocadas por la abuela al negarse a recibir a su hija, la madre de Janet, en el hogar. El conflicto de lealtades que puede estar experimentando la paciente de nueve años, atrapada entre su madre y su abuela, nunca ha sido explorado.

En la discusión del grupo se plantearon cuestiones centradas en la necesidad de introducir cambios organizacionales en la jerarquía, la coordinación y la adopción de decisiones. Para comenzar, una intervención sistémica en el complejo campo de la prestación de servicios múltiples sólo podría ser eficaz si se otorgara más poder a los asistentes sociales a domicilio. Si la institución de la que dependen los respaldara, podrían en primer lugar convocar a una reunión de los principales proveedores para examinar lo que ha llegado a ser una situación engorrosa. La meta sería contar con un personal a domicilio dotado de más poder y un foro donde realizar consultas sistémicas eficaces. Con la organización actual, los múltiples proveedores están superponiendo sus esfuerzos y, al mismo tiempo, aumentando la dependencia de la niña y pasando por alto las tensiones corrosivas que existen en la familia. La reunión y el examen de la situación tendrían como objetivo trazar un plan más claro e integrado para ayudar a Janet y a su familia, considerando qué debía ser eliminado y qué, añadido en un enfoque reorganizado de sus problemas.

Problema: dos niños «imposibles», de ocho y seis años, y una madre que desea internar al de ocho en una institución residencial. La familia está compuesta por una mujer divorciada y sus tres hijos —todos varones—, de seis, ocho y catorce años. Los padres se separaron cuando el menor tenía dos años. El padre se fue a vivir a un lugar distante. La madre es una vendedora competente, pero dice que en el hogar no puede controlar a sus hijos menores.

Además del asistente social a domicilio, intervienen en el caso otros profesionales: el hijo mayor y el de ocho años

tienen, cada uno, su propio terapeuta, y tanto el de seis como el de ocho son asistidos por un psiquiatra, que trata su hiperactividad con Ritalina. Todos los terapeutas fueron invitados a la sesión y todos, excepto el psiquiatra, estuvieron presentes. Al iniciarse la sesión, también comenzó la pauta habitual. El niño de ocho años se puso a correr en torno de la habitación, el menor lo siguió y el mayor fue tras ellos para detenerlos, mientras la madre daba órdenes a gritos. El terapeuta del niño de ocho años le pidió que se sentara y la madre se levantó y corrió para agarrarlo. Lo atrapó y lo retuvo con firmeza. El episodio completo ocupó los primeros quince minutos de la sesión.

Detrás del espejo de visión unilateral, uno de los instructores le comentó al grupo que la madre parecía tan hiperactiva como sus hijos: reaccionaba ante cada uno de sus movimientos. Preparándose para incorporarse a la sesión, les dijo que como primera medida recurriría al tipo de intervenciones que solía usar con los niños pequeños.

Al unirse a la sesión le dijo al niño de ocho años que había visto que era muy bueno para correr y que se preguntaba si era realmente fuerte. Le dijo que golpear su mano tan fuertemente como pudiera. Cuando el niño lo hizo, se manifestó sorprendido de que no le hubiera dolido. Quizá no le había dolido porque se trataba del primer golpe, dijo. ¿Podía golpearlo con más fuerza? Después de cuatro golpes el niño estaba cansado, y el instructor repitió la operación con el menor, comentando nuevamente que eran jóvenes y no muy fuertes. Los niños se divertían con el juego, y se rieron cuando el instructor pidió a la madre que se pusiera de pie para comprobar quién era más alto. Después le pidió que alzara al mayor y lo sostuviera en el aire, y a continuación invitó a los niños a que intentaran alzar a su madre del mismo modo. Luego se volvió para hablar con ella. Los niños se dirigieron en silencio hacia un rincón de la habitación y se entretuvieron con los juguetes.

Detrás del espejo de visión unilateral, el segundo instructor se refirió a la naturaleza de esa intervención. Era una intervención que normalizaba el modo de percibir a los niños a quienes se veía como destructivos y poderosos, y producía la sensación de que existía una jerarquía y de que era la madre quien ejercía el control. El mensaje fue comunicado en forma indirecta —lo más apropiado tratándose de

niños pequeños—, pero también lo comprendieron los demás miembros de la familia.

Al continuar la sesión, la madre describió su relación con los dos terapeutas individuales. Los encontraba muy útiles, en especial porque tenía que llamarlos con frecuencia cuando se alteraba y temía no poder controlar el impulso de pegar a sus hijos. Cuando dijo esto, los niños comenzaron a pelearse y la pauta se manifestó de nuevo: la madre gritó, el hijo mayor trató de calmar a todo el mundo, los hijos menores comenzaron a correr en torno de la habitación y la madre los persiguió. El instructor le pidió que se sentara para poder hablar con ella. Le preguntó si podía tomar las cosas con más calma, puesto que la había visto trabajar tan afanosamente. Ella le contestó describiendo la vida que llevaba la familia cuando su esposo vivía con ellos, contándole que era un hombre violento y que sus hijos la rodeaban para defenderla. Temía que el de ocho años llegara a ser violento como su padre, y sentía que debía controlar su conducta agresiva para protegerlo de ese terrible resultado.

En las conversaciones que sostuvieron con el grupo y los terapeutas individuales después de la sesión, los instructores señalaron que en la relación entre la madre y el hijo de ocho años, cada uno era como un detonante para el otro. Si los asistentes sociales consideraban que el niño era simplemente hiperactivo y se concentraban en la terapia individual, la medicación y quizá la colocación fuera del hogar, sin tener en cuenta la importancia de la interacción entre él y su madre, su trabajo sería ineficaz. No ayudaría a la familia a seguir unida ni serviría para prevenir las dificultades que podrían presentarse en la relación de la madre con su hijo menor.

Se le preguntó al terapeuta del niño de ocho años si podía suspender el tratamiento durante los dos meses siguientes, a fin de conceder al terapeuta a domicilio el tiempo y el espacio necesarios para trabajar con la familia y ayudar a la madre a ser menos reactiva. También se sugirió que el terapeuta del niño adolescente continuara el tratamiento, pero en combinación con el asistente social a domicilio: intercambiando información, haciendo planes conjuntamente y evaluando el progreso a través del tiempo. Al pedido de tratamiento residencial hecho por la madre no se le dio curso por

el momento, a fin de contar con tiempo para ensayar la aplicación de este otro enfoque más integrado.

Al margen de estas sugerencias, las conversaciones con el grupo se centraron en tres áreas. Una se relacionaba con las técnicas empleadas en el trabajo con niños pequeños. Otra se centraba en la dificultad para desvincularse de los pacientes. Sin darse cuenta, los terapeutas pueden llegar a un punto en el que «necesitan que sus pacientes los necesiten» y encuentran razones para no dejarlos ir.

El último de los temas considerados pertenecía a un nivel diferente y se refería a las suposiciones de los asistentes sociales respecto de las órdenes que habían recibido del departamento de salud mental. ¿Tenían realmente derecho a sugerir que un terapeuta de otro servicio suspendiera el tratamiento? Partiendo de la suposición de que el administrador de casos de la oficina central es quien se ocupa del derecho de la familia a recibir tratamiento y tal vez quiera terapia individual para sus miembros, ¿pueden ellos cuestionar esa directiva? La pregunta es parte de una cuestión más amplia relativa al papel que cabe al juicio clínico, el nivel en que se adoptan las decisiones relacionadas con los casos centrados en el hogar y la coordinación de la prestación de los servicios.

Problema: una niña de trece años con fobia escolar. No es sorprendente que la lista de casos presentada en este capítulo o en cualquier otro lugar del libro incluya varios ejemplos de niños que faltan a la escuela y reciben el diagnóstico de «raboneros» o fóbicos. Entre los niños, los problemas se manifiestan a menudo de esa manera, y los sistemas educativo y social detectan el fenómeno y derivan al niño o adolescente para que se le preste ayuda. Muchos de esos casos tienen elementos en común, pero también tienen características propias, algunas de las cuales se relacionan con la historia y la organización de la familia. Es útil que el asistente social comience con algún conocimiento de las pautas que pueden producir y mantener este síntoma, pero la terapia se lleva a cabo teniendo en cuenta al niño y la familia específicos.

En el presente caso se derivó, para que recibiera tratamiento en el hogar, a una niña de trece años, hija de una madre divorciada. Lian no había asistido a la escuela du-

rante un año. Era ansiosa y miedosa, y se ponía nerviosa cuando la separaban de la madre, aunque su conducta en el hogar era razonablemente funcional. La madre, Nguyen, nacida en Corea, se había casado con un militar norteamericano; tiempo más tarde la pareja se vino a vivir a los Estados Unidos. Diez años después se divorciaron, y la fobia escolar de Lian comenzó un año después del divorcio.

Lian está en tratamiento individual con un psiquiatra; que le ha prescrito medicamentos para sus síntomas. Nguyen está deprimida y también recibe medicación. El equipo tiene una buena relación, tanto con la madre como con la hija. Al igual que el psiquiatra, considera que los síntomas de Lian son producto de conflictos internos, y el objetivo de su trabajo con la familia es proporcionarle apoyo hasta que Lian esté bien. Los asistentes sociales han sugerido a Nguyen que tome lecciones de inglés y que se arriesgue a salir sola de su casa para tomar contacto con otros miembros de la comunidad coreana.

Observando la sesión a través del espejo de visión unilateral, los instructores comentan la interdependencia entre la madre y Lian. Estas se han sentado muy juntas, cada una reacciona ante los gestos de la otra y parecen interconectadas. Uno de los instructores se incorpora a la sesión y les pregunta si son muy unidas. Ambas se ríen y contestan afirmativamente. El instructor le pide a la niña que se siente en el lado opuesto de la habitación y les pregunta en tono de broma si pueden soportar ese grado de separación. Nguyen, siguiéndole el juego, se sienta en una silla con ruedas y se desplaza para acercarse a su hija. El instructor dice que son hermanas siamesas y les pregunta si cada una puede leer los pensamientos de la otra. Afirman que la madre lo hace mejor que la hija, pero el instructor disiente y señala que muy a menudo Lian no va a la escuela porque siente que debe mitigar la soledad de su madre. El síntoma se sitúa ahora en la interacción de madre e hija.

El grupo explora modos de ver el síntoma como una reacción ante varias fuerzas importantes: la migración de Nguyen a una nueva cultura y su prolongado sentimiento de desarraigo, la depresión y la confusión que le provocó el divorcio, sentido como un abandono, y el fuerte vínculo entre la madre y la hija. Piensa que los síntomas de Lian son una reacción ante la aflicción de su madre y su propio ma-

lestar, y que sirven para mantener la proximidad que ambas necesitan. Los síntomas le proporcionan un motivo para permanecer en la casa.

Al hacer planes para el trabajo futuro con esta familia, el grupo sugiere que el terapeuta investigue, en relación con Nguyen y su hija, cómo hace cada una de ellas para mantener la sintomatología de la otra; una meta importante es aumentar la autonomía de ambas. En cierta medida ese esfuerzo puede realizarse con cada una por separado —método que el asistente social ya aplicó al aconsejar a Nguyen que se pusiera en contacto con la comunidad coreana—, pero la mayor parte tendrá que llevarse a cabo con Lian y Nguyen juntas, explorando sus necesidades y temores, como también sus resentimientos, que aflorarán cuando sean más independientes.

La discusión estuvo relacionada con la interpretación sistémica y las técnicas clínicas pero, como en otros casos, el plan se enfrenta con dificultades potenciales. El énfasis que se pone en la administración de medicamentos a los miembros de la familia y en la verificación de las dosis y los efectos, perpetúa una orientación individual hacia el problema y las soluciones, tanto en la mente de los clientes como en el sistema de salud mental. El trabajo de los asistentes sociales a domicilio depende de una compleja estructura organizacional y no hay vías preestablecidas que puedan seguir para proponer un cambio de tratamiento. Han tenido un contacto escaso o nulo con el administrador de casos que es responsable por la familia, y ninguna relación con el psiquiatra que prescribe y controla la medicación. Se trata de una situación que, como tantas, requiere otra clase de comunicación entre los proveedores de servicios, en la que el planeamiento y el cambio puedan ser el resultado de decisiones tomadas con espíritu de colaboración. Parece improbable que el trabajo pueda progresar sobre la base de una nueva comprensión, a menos que los asistentes sociales a domicilio puedan comunicarse e implementar sus juicios clínicos.

Implicaciones del proyecto

El proyecto de capacitación sigue en desarrollo. Sin embargo, sabemos ya que para que los servicios a domicilio tengan una eficacia óptima se deben estudiar a fondo ciertos aspectos, y también hemos aprendido algo sobre la forma que debe tener un programa de capacitación para que pueda estimular y apoyar a los asistentes sociales mientras exploran nuevas sendas y adquieren nuevas habilidades. Las áreas de interés más importantes se centran en la orientación y las habilidades del personal, la interpretación de la orden de prestar el servicio a domicilio y el funcionamiento del sistema más amplio.

La orientación y las habilidades del personal

Sin duda, la capacitación en dinámica de la familia y terapia familiar es esencial si se quiere que los servicios a domicilio sean un modo eficaz de servir a las familias y no una simple categoría de servicios. Desde el primer contacto con la familia, el personal debe estar orientado a evaluar su organización; también debe tener las habilidades necesarias para comprender la dinámica de sus relaciones. El legajo de un caso puede transitar por el sistema con el nombre de un niño designado como cliente, pero un asistente social bien entrenado tiene la responsabilidad de incluir en él información sobre las pautas que mantienen el síntoma y sobre el potencial de la familia como recurso curativo. Los formularios y los procedimientos de admisión deben facilitar este enfoque.

Durante las sesiones con la familia, el asistente social debe estar equipado con un conjunto de habilidades y ser capaz de combinarlas acertadamente. El deseo de satisfacer las necesidades del cliente y de investir de poder a la familia no debe significar que el asistente social sólo proporciona los servicios que esta le pide. La investidura de poder debe entenderse como un proceso complejo que incluye apoyo para sus necesidades, cuestionamiento de las pautas repetitivas que mantienen su patología y su dependencia de los proveedores externos, y respeto por la capacidad de recuperación y cambio de la familia.

La orden de prestar el servicio a domicilio

La provisión de los servicios a domicilio debería ser flexible y estar determinada ante todo por el juicio clínico informado. En especial, el lugar donde se realiza la terapia no debería depender de la naturaleza de la financiación, que a menudo se interpreta como una imposición de que los servicios se presten exclusivamente, y no sólo principalmente, en el hogar. Cuando comienzan los contactos, el hogar de la familia puede ser un ámbito particularmente apto para los servicios, pero los asistentes sociales deberían tener libertad e incentivos para cambiar de escenario y conducir las sesiones en otro sitio si consideran que ello es importante para promover una mayor responsabilidad y autonomía de los miembros de la familia.

El rol de los sistemas más amplios

Las unidades patrocinadoras que adjudican contratos relacionados con la prestación de servicios a domicilio, por lo general han sido poco precisas en cuanto a sus estándares. Sin duda, deberían establecer requisitos en lo que respecta a las credenciales del personal a domicilio y a los procedimientos que se emplearán en la supervisión y la capacitación dentro de la institución, en especial la preparación del personal para trabajar con familias. Deberían evaluar también la medida en que su vigilancia facilita o dificulta el desarrollo de la competencia en la familia cliente, trabajando con el personal de la institución para calibrar el equilibrio entre el control y la autonomía.

En este sector, como en todos los demás, los proveedores de servicios que integran el sistema más amplio deben hacer frente a problemas de repetición innecesaria, fragmentación y protección del territorio. Hoy sabemos, al igual que muchos otros observadores, que las familias son las principales víctimas de las confusiones no resueltas, y que los mejores esfuerzos de los asistentes sociales serán probablemente ineficaces si no están facultados para cambiar los procedimientos. Cuando la familia está en tratamiento, el asistente social a domicilio debería ser considerado el administrador del caso, con autoridad para requerir servicios di-

ferentes, disponer el cese de los servicios de otros proveedores si lo estima necesario y decidir cuándo un caso debe prolongarse o darse por terminado.

La estructura de capacitación

Por último, volvemos a la idea de que en la capacitación de los asistentes sociales a domicilio debería incluirse la terapia familiar. Hemos comprobado que nuestro proyecto tenía una estructura particularmente eficaz. Lo que comenzó como un intento de llegar a un amplio grupo de instituciones resultó ser una estructura apta para crear un clima positivo y para aumentar la posibilidad de que un nuevo modo de pensar y nuevas habilidades se afianzaran y difundieran. El programa era complejo. No estamos sugiriendo que la estructura pueda ser reproducida fácilmente, pero algunos principios pueden extrapolarse y aplicarse a situaciones más simples.

La supervisión en presencia de terceros fue una experiencia novedosa y altamente productiva en todas las instituciones. Hasta entonces solía realizarse mediante la presentación verbal de los casos, y muy pocos asistentes sociales habían tenido la oportunidad de observar a sus colegas mientras trataban a sus clientes. La supervisión en presencia de terceros provoca al principio cierta incomodidad, pero esta tiende a disminuir rápidamente. El resultado perdurable es una sensación de estimulación mutua, un aumento en la discusión y el apoyo recíproco, y la difusión de nuevas ideas y habilidades en toda la institución.

El hecho de que participara un conjunto de instituciones le añadió al proyecto una dimensión importante, pero los principios generales del proceso pueden aplicarse igualmente en un solo establecimiento. Es aconsejable la adquisición de una videocámara para grabar en los hogares; de este modo la supervisión y la capacitación del personal pueden basarse en un material que reproduce las sesiones en todos sus detalles. Abrir un boquete en la pared para instalar un espejo de visión unilateral es un proyecto más imponente, pero allí donde sea factible vale la pena realizarlo, pues crea un sinfín de posibilidades de aprendizaje.

En este proyecto, al igual que en los programas de capacitación descritos a lo largo de todo el libro, la introducción de ideas y técnicas novedosas encontró resistencia y produjo cierto malestar, pero, de acuerdo con nuestra experiencia, el proceso evoluciona. Cuando las nuevas ideas se relacionan con situaciones reales y la confianza y las habilidades del personal aumentan, el clima se distiende, los asistentes sociales se sienten estimulados y algunos procedimientos cambian. El problema más importante es entonces asegurar que el proceso no se interrumpa cuando los instructores se marchen. Esto requiere que las personas que han adquirido alguna habilidad, que siguen explorando nuevas sendas y son en alguna medida responsables de la capacitación de los nuevos miembros del personal, apoyen una integración de los cambios en la estructura institucional.

Si el mayor desafío es lograr que el nuevo enfoque perdure, las circunstancias en que se llevó a cabo el programa de capacitación descrito en este capítulo fueron probablemente óptimas. En cada una de las instituciones, dos o más miembros del equipo están en condiciones de continuar la obra, otros miembros del personal estuvieron presentes como observadores en los días de capacitación, el proceso de supervisión en presencia de terceros y de discusión en el grupo quedó establecido, etc. En situaciones menos complejas, los efectos de la capacitación en terapia sistémica centrada en la familia persistirán si los dirigentes se empeñan en ello y si el personal tiene la convicción de que, al trabajar con la familia, están ayudando a los niños y a sus familias a enfrentar los problemas actuales y a adaptarse más eficazmente a lo que el futuro les depara.

10. Epílogo

Comenzamos el libro con la historia de Angie, cuya odisea a través de la permanencia en hogares sustitutos, el maltrato físico y el abuso sexual a edad temprana, la drogadicción, el embarazo en la adolescencia, la falta de vivienda y la separación de sus hijos resulta familiar para cualquiera que en los Estados Unidos haya observado a las familias pobres o trabajado con ellas. Angie representa a millones de mujeres cuyas vidas tuvieron un mal comienzo y que carecen de los recursos que les permitirían cambiar de rumbo. Si finalmente tuvo una buena posibilidad de mejorar su suerte, fue sólo porque entró en contacto con un programa de intervención que trató de reunir a los miembros dispersos de su familia y a los asistentes que se ocupaban en forma poco sistemática de sus necesidades.

En nuestro comentario final, tenemos una opción: podemos destacar los aspectos profesionales de lo que hemos ofrecido, o bien referirnos a las actitudes sociales y políticas que determinan las características de los servicios destinados a los pobres. En realidad, debemos hacer ambas cosas.

Los aspectos profesionales de este libro pueden encontrarse en la combinación entre el pensamiento amplio y los pequeños detalles. La amplitud del pensamiento tiene un componente optimista que surge de la persistente creencia en los recursos desaprovechados de las familias y en la posibilidad de movilizar sus cualidades positivas. También es consecuencia de la importancia fundamental que asignamos al contexto, del hecho de que trabajamos sabiendo que la vida interior de los individuos —tanto de los de bajos ingresos como de los de buena posición económica— está regulada por la circunstancia de que integran sistemas íntimos y de gran magnitud. Este punto de vista ecológico hizo posible una visión diferente de las personas que son pobres y necesitan que se las ayude a manejar sus problemas. Sa-

cando provecho del desarrollo del pensamiento sistémico a lo largo del último medio siglo, nos hemos centrado en la familia como sistema que moldea a sus miembros y que, si cuenta con un apoyo apropiado, tiene también la posibilidad de ayudarse a sí mismo.

Al aplicar este punto de vista a los servicios relacionados con la colocación de niños en hogares sustitutos, la drogadicción, la internación residencial y la psiquiátrica, y la atención a domicilio, hemos estado —lo reconocemos— nadando contra la corriente, no sólo porque las actitudes arraigadas frenan el progreso, sino también porque los profesionales y los responsables de formular las políticas no saben bien cómo proceder. La buena voluntad y la motivación para trabajar con las familias no son suficientes; el cambio depende de los detalles. La idea central del libro, por consiguiente, se ubica en ese nivel. Hemos tratado de presentar imágenes, ejemplos, historias de casos, modos de pensar en situaciones concretas e ilustraciones de intervenciones específicas en las que un asistente social se enfrenta con una familia en apuros. Abrigamos la esperanza de que ese material proporcione una guía útil para la labor práctica.

Pero el libro debe concluir con un comentario político y social. Las actitudes hacia los pobres siguen siendo perniciosas: críticas, a veces sutilmente racistas, insuficientemente sensibles a la situación difícil de las mujeres carentes que tratan de criar a sus hijos en medio de obstáculos casi insalvables. A pesar de un credo democrático de valores positivos que incluye la ayuda a los necesitados, se considera a esa población como responsable de su pobreza debido a su holgazanería y falta de voluntad. En la nación cunde la impaciencia. La gente critica los resultados decepcionantes obtenidos en el pasado sin presentar un plan viable para el futuro ni indicar concretamente los medios que permitirían financiarlo. En un clima semejante, los procedimientos que fragmentan y reducen a la impotencia a esas familias no cambiarán. Nuestras últimas palabras, por lo tanto, serán inevitablemente de índole política: es imperativo acabar con la inercia y las actitudes punitivas que mantienen la presencia de sistemas de intervención ineficaces y destructivos en la vida de las familias pobres y complican la tarea, ya de por sí difícil, de los asistentes sociales que intentan ayudar.

Referencias bibliográficas

- «As courts remove children, lawyers for parents stumble» (10 de junio de 1996), *New York Times*, pág. 1, B8.
- Berg, I. K. (1994) *Family based services. A solution-focused approach*, Nueva York: Norton.
- Berry, M. (1994) *Keeping families together*, Nueva York: Garland.
- Bryce, M. E. y Lloyd, J. C. (eds.) (1980) *Treating families in the home: An alternative to placement*, Springfield, IL: Thomas.
- Coontz, S. (1992) *The way we never were: American families and the nostalgia trap*, Nueva York: Basic Books.
- Egelko, S., Galanter, M., Dermatis, H. y DeMaio, C. (1998) «Evaluation of a multi-systems model for treating perinatal cocaine addiction», *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(3), págs. 251-9.
- Fahl, M. y Morrissey, D. (1979) «The Mendota Model: Home-community treatment», en S. Maybanks y M. Bryce, eds., *Home-based services for children and families*, Springfield, IL: Thomas.
- Fein, E., Maluccio, A. y Kluger, M. (1990) *No more partings: An examination of long-term foster family care*, Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Foster Care Committee of the Mayor's Commission for the Foster Care of Children (1993) *Moving toward a spectrum of care: Foster care services in the child welfare system*, Nueva York: Mayor's Commission for the Foster Care of Children.
- Foucault, M. (1965) *Madness and civilization*, Nueva York: Pantheon Books.
- Haapala, D. y Kinney, J. (1979) «Homebuilders' approach to the training of in-home therapists», en S. Maybanks y M. Bryce, eds., *Home-based services for children and families*, Springfield, IL: Thomas.
- Kinney, J. (1991) *Keeping families together: The Homebuilders model*, Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Makarenko, A. (1973) *The road to life: An epic in education*, Nueva York: Oriole.
- Maybanks, S. y Bryce, M. (eds.) (1979) *Home-based services for children and families*, Springfield, IL: Thomas.

- McDaniel, S., Campbell, T. y Seaburn, D. (1995) «Principles for collaboration between health and mental health providers in primary care», *Family Systems Medicine*, 13, págs. 283-98.
- Minuchin, P. (1995) «Foster and natural families: Forming a cooperative network», en L. Combrinck-Graham, ed., *Children in families at risk*, Nueva York: Guilford Press.
- Minuchin, P. con Brooks, A., Colapinto, J., Genijovich, E., Minuchin, D. y Minuchin, S. (1990) *Training manual for foster parents*, Nueva York: Family Studies, Inc. (disponible en el National Resource Center for Family Centered Practice, School of Social Work, 112 North Hall, Iowa City, IA 52242-1223).
- Minuchin, S. (1984) *Family kaleidoscope*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guernsey, B., Rosman, B. y Schumer, F. (1967) *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*, Nueva York: Basic Books.
- Nelson, K., Landsman, M. y Deutelbaum, W. (1990) «Three models of family-centered placement prevention services», *Child Welfare*, LXIX(1), págs. 3-21.
- The Prevention Report (otoño de 1992) *New approaches to foster care and permanency planning* (Special Issue), Iowa City, IA: National Resource Center on Family Based Services.
- Sharky, M. (1997) *Family to family: Bridging families, communities and child welfare*, Baltimore: Annie E. Casey Foundation.
- Stephens, D. (1979) «In-home family support services: An ecological systems approach», en S. Maybanks y M. Bryce, eds., *Home-based services for children and families*, Springfield, IL: Thomas.
- Tavantzis, T., Tavantzis, M., Brown, L. y Rohrbaugh, M. (1985) «Home-based structural family therapy for delinquents at risk of placement», en M. P. Mirkin y S. L. Koman, eds., *Handbook of adolescents and family therapy*, Nueva York: Gardner Press.

Biblioteca de psicología y psicoanálisis

- Mauricio Abadi, El psicoanálisis y la otra realidad
- Aida Aisenson Kogan, El yo y el sí-mismo
- Aleira Mariam Alizade, La sensualidad femenina
- Aleira Mariam Alizade, Clínica con la muerte
- Nadine Amar, Gérard Bayle e Isaac Salem, Formación en psicodrama analítico
- Carol M. Anderson, Douglas J. Reiss y Gerard E. Hogarty, Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación
- Carol M. Anderson y Susan Stewart, Para dominar la resistencia. Guía práctica de terapia familiar
- Harlene Anderson, Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia
- M. Andolfi, C. Angelo y otros, Detrás de la máscara familiar. Un modelo de psicoterapia relacional
- E. James Anthony y Therese Benedek, comps., Parentalidad
- Didier Anzieu y colaboradores, Las envolturas psíquicas
- Michael Argyle, Análisis de la interacción
- Piera Aulagnier, El aprendiz de historiador y el maestro-brujo
- Willy Baranger y colaboradores, Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis
- Gregory Bateson, Espíritu y naturaleza
- Silvia Bleichmar, En los orígenes del sujeto psíquico. Del mito a la historia
- Silvia Bleichmar, La fundación de lo inconciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto
- Silvia Bleichmar, Clínica psicoanalítica y neogénesis
- Peter Blos, La transición adolescente
- Peter Blos, Los comienzos de la adolescencia
- Christopher Bollas, La sombra del objeto. Psicoanálisis de lo sabido no pensado
- Christopher Bollas, Fuerzas de destino. Psicoanálisis e idioma humano
- Gérard Bonnet, La transferencia en la clínica psicoanalítica
- Mikkel Borch-Jacobsen, Lacan. El Amo absoluto
- Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Lynn Hoffman y Peggy Penn, Terapia familiar sistémica de Milán
- Ivan Boszormenyi-Nagy y Geraldine M. Spark, Lealtades invisibles
- Denise Braunschweig y Michel Fain, La noche, el día. Ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental
- Bernard Brusset, El desarrollo libidinal
- Isabel María Calvo, Frida Riterman y colaboradores, Cuerpo-Vínculo-Trasferencia
- Isabel M. Calvo, Frida Riterman y Tessie Calvo de Spolanaky, Pareja y familia. Vínculo-Diálogo-Ideología
- Patrick Casement, Aprender del paciente

- Piera Castoriadis-Aulagnier*, La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado
- Morag Coate*, Más allá de la razón. Crónica de una experiencia personal de locura
- Janine Chasseguet-Smirgel*, El ideal del yo. Ensayo psicoanalítico sobre la «enfermedad de idealidad»
- Roland Chemama* (bajo la dirección de), Diccionario del psicoanálisis
- Madeleine Davis y David Wallbridge*, Límite y espacio. Introducción a la obra de D. W. Winnicott
- Robert Desoille*, El caso María Clotilde. Psicoterapia del ensueño dirigido
- Robert Desoille*, Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia
- Catherine Desprats-Péquignot*, La psicopatología de la vida sexual
- Joël Dor*, Estructuras clínicas y psicoanálisis
- R. Dorey y colaboradores*, El inconciente y la ciencia
- Alberto Eiguer*, El parentesco fantasmático. Transferencia y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica
- Alberto Eiguer, André Carel, Francine André-Fustier, Françoise Aubertel, Albert Ciccone y René Kaës*, Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica
- Anthony Elliott*, Sujetos a nuestro propio y múltiple ser. Teoría social, psicoanálisis y posmodernidad
- Milton H. Erickson y Ernest Lawrence Rossi*, El Hombre de Febrero. Apertura hacia la conciencia de sí y la identidad en hipnoterapia
- R. Horacio Etchegoyen*, Los fundamentos de la técnica psicoanalítica
- Nicole Fabre*, El triángulo roto. Psicoterapia de niños por ensueño dirigido
- Joan Fagan e Irma L. Shepherd, comps.*, Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica
- Jean-Baptiste Fages*, Para comprender a Lacan
- Celia Jaes Falicov, comp.*, Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida
- Paul Federn*, La psicología del yo y las psicosis
- Pierre Fédida*, Crisis y contra-transferencia
- Silvia I. Fendrik*, Psicoanálisis para niños. Ficción de sus orígenes
- Sándor Ferenczi*, Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932
- Alain Fine y Jacqueline Schaeffer* (bajo la dirección de), Interrogaciones psicósomáticas
- H. Charles Fishman*, Terapia estructural intensiva. Tratamiento de familias en su contexto social
- Sigmund Freud*, Cartas a Wilhelm Fließ (1887-1904). Nueva edición completa
- John E. Gedo y Arnold Goldberg*, Modelos de la mente
- André Green*, Narcisismo de vida, narcisismo de muerte
- André Green*, De locuras privadas
- André Green*, La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada
- André Green*, El lenguaje en el psicoanálisis
- André Green*, El trabajo de lo negativo
- André Green*, Las cadenas de Eros. Actualidad de lo sexual
- André Green, Jean Laplanche y otros*, La pulsión de muerte
- James L. Griffith y Melissa Elliott Griffith*, El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo
- David R. Grove y Jay Haley*, Conversaciones sobre terapia. Soluciones no convencionales para los problemas de siempre
- Harry Guntrip*, El self en la teoría y la terapia psicoanalíticas
- Philippe Gutton*, El bebé del psicoanalista. Perspectivas clínicas
- Jay Haley*, Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson
- Jay Haley*, Terapia para resolver problemas
- Jay Haley*, Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar
- Jay Haley*, Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta
- Jay Haley*, Aprender y enseñar terapia
- Jay Haley y Lynn Hoffman*, Técnicas de terapia familiar
- Roberto Harari*, El Seminario «La angustia», de Lacan: una introducción
- Roberto Harari*, ¿Cómo se llama James Joyce? A partir de «El Sinthoma», de Lacan
- Roberto Harari*, Las disipaciones de lo inconciente
- René-R. Held*, Problemas actuales de la cura psicoanalítica
- R. D. Hinshelwood*, Diccionario del pensamiento kleiniano
- Jacques Hochmann*, Hacia una psiquiatría comunitaria
- Don D. Jackson, comp.*, Etiología de la esquizofrenia
- Edith Jacobson*, Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas
- René Kaës*, El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo
- René Kaës, Haydée Faimberg, Micheline Enriquez y Jean-José Baranes*, Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones
- Bradford P. Keeney y Jeffrey M. Ross*, Construcción de terapias familiares sistémicas. «Espíritu» en la terapia
- Carol J. Kershaw*, La danza hipnótica de la pareja. Creación de estrategias ericksonianas en terapia marital
- Heinz Kohut*, Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad
- Bernardo Kononovich*, Psicodrama comunitario con psicóticos
- Léon Kreister, Michel Fain y Michel Soulé*, El niño y su cuerpo. Estudios sobre la clínica psicósomática de la infancia
- Jürgen Kritz*, Corrientes fundamentales en psicoterapia
- Ronald D. Laing, Herbert Phillipson y A. Russell Lee*, Percepción interpersonal
- Jean Laplanche*, Vida y muerte en psicoanálisis
- Jean Laplanche*, Problemáticas, vol. 1: La angustia; vol. 2: Castración. Simbolizaciones; vol. 3: La sublimación; vol. 4: El inconciente y el ello; vol. 5: La cubeta. Trascendencia de la transferencia
- Jean Laplanche*, Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria
- Jean Laplanche*, La prioridad del otro en psicoanálisis
- Jean Laplanche*, El extravío biologizante de la sexualidad en Freud
- Serge Lebovici*, El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces
- Serge Leclair*, Matan a un niño. Ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte
- Michel H. Ledoux*, Introducción a la obra de Françoise Dolto
- Claude Le Guen*, El Edipo originario
- Claude Le Guen*, La represión
- Jean Lemaire*, Terapias de pareja
- Eugénie Lemoine-Luccioni*, La partición de las mujeres
- Sylvie Le Poulichet*, Toxicomanías y psicoanálisis. Las narcosis del deseo
- Sylvie Le Poulichet*, La obra del tiempo en psicoanálisis
- David Liberman y colaboradores*, Semiótica y psicoanálisis de niños

Alfred Lorenzer, Bases para una teoría de la socialización
Alfred Lorenzer, Crítica del concepto psicoanalítico de símbolo
Alfred Lorenzer, El lenguaje destruido y la reconstrucción psicoanalítica
Alfred Lorenzer, Sobre el objeto del psicoanálisis: lenguaje e interacción
Cloé Madanes, Terapia familiar estratégica
Henry W. Maier, Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears
David Maldausky, El complejo de Edipo positivo: constitución y transformaciones
David Maldausky, Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones
David Maldausky, Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicósomáticas, epilepsias
David Maldausky, Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas
David Maldausky, Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números
Pierre Mâle, Alice Doumic-Girard y otros, Psicoterapia de la primera infancia
Ricardo Malfé, Fantasmata. El vector imaginario de procesos e instituciones sociales
Octave Mannoni, La otra escena. Claves de lo imaginario
Peter A. Martin, Manual de terapia de pareja
Pierre Marty, La psicósomática del adulto
Norberto Carlos Marucco, Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida
Gérard Mendel, Sociopsicoanálisis, 2 vols.
George A. Miller, Lenguaje y comunicación
Patricia Minuchin, Jorge Colapinto y Salvador Minuchin, Pobreza, institución, familia
Roger Mises, El niño deficiente mental
André Missenard y colaboradores, Lo negativo. Figuras y modalidades
Arnold H. Modell, El psicoanálisis en un contexto nuevo
Braulio Montalvo, Marla B. Isaacs y David Abelson, Divorcio difícil. Terapia para los hijos y la familia
Michel de M'Uzan, La boca del inconciente. Ensayos sobre la interpretación
Augustus Y. Napier y Carl A. Whitaker, El crisol de la familia
Juan David Nasio, comp., El silencio en psicoanálisis
Juan David Nasio, Los ojos de Laura. El concepto de objeto *a* en la teoría de J. Lacan
Herman Nunberg, Principios del psicoanálisis. Su aplicación a las neurosis
Pacho O'Donnell, Teoría y técnica de la psicoterapia grupal
Gisela Pankow, El hombre y su psicosis
Irving H. Paul, Cartas a un joven terapeuta (Sobre la conducción de la psicoterapia)
Marion Péruchon y Annette Thomé-Renaud, Vejez y pulsión de muerte
Jean Piaget, Paul Ricoeur, René Zazzo y otros, Debates sobre psicología, filosofía y marxismo
Frank Pittman, Mentiras privadas. La infidelidad y la traición de la intimidad
Erving y Miriam Polster, Terapia gestáltica
Gérard Pommier, El orden sexual
Gérard Pommier, El amor al revés. Ensayo sobre la transferencia en psicoanálisis
Gérard Pommier, Louis de la Nada. La melancolía de Althusser
Giuliana Prata, Un arjón sistémico para juegos familiares. Intervenciones preventivas en terapia

Jean-Michel Quinodoz, La soledad domesticada
Susana E. Quiroga, comp., Adolescencia: de la metapsicología a la clínica
Ginnette Raimbault, Pediatría y psicoanálisis
Michele Ritterman, Empleo de hipnosis en terapia familiar
Carl R. Rogers, Grupos de encuentro
Carl R. Rogers, Barry Stevens y colaboradores, Persona a persona
René Roussillon, Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis
Clifford J. Sager, Contrato matrimonial y terapia de pareja
Isca Salaberger-Wittenberg, La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano
Sami-Ali, El espacio imaginario
Sami-Ali, Lo visual y lo táctil. Ensayo sobre la psicosis y la alergia
Sami-Ali, El cuerpo, el espacio y el tiempo
Sami-Ali, El sueño y el afecto. Una teoría de lo somático
Irwin G. Sarason, comp., Ciencia y teoría en psicoanálisis
Thomas J. Scheff, El rol de enfermo mental
William C. Schutz, Todos somos uno. La cultura de los encuentros
Peter E. Sifneos, Psicoterapia breve con provocación de angustia. Manual de tratamiento
Fritz B. Simon, Mi psicosis, mi bicicleta y yo. La autoorganización de la locura
Marta E. Sirlin, Una experiencia terapéutica. Historia de un grupo de niños de 5 años
Leonard Small, Psicoterapia y neurología. Problemas de diagnóstico diferencial
Ross V. Speck y Carolyn L. Attneave, Redes familiares
Jorge H. Stitzman, Conversaciones con R. Horacio Etchegoyen
Thomas S. Szasz, El mito de la enfermedad mental
Thomas S. Szasz, Ideología y enfermedad mental
Marta Tenorio de Calatroni, comp., Pierre Marty y la psicósomática
Serge Tisseron, Maria Torok, Nicholas Rand, Claude Nachin, Pascal Hachet y Jean Claude Rouchy, El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma
Frances Tustin, Barreras autistas en pacientes neuróticos
Frances Tustin, El cascarón protector en niños y adultos
Carter C. Umbarger, Terapia familiar estructural
Denis Vasse, El ombligo y la voz. Psicoanálisis de dos niños
Ellen Wachtel, La clínica del niño con problemas y su familia
Carl Whitaker, De la psique al sistema. Jalones en la evolución de una terapia: escritos compilados por John R. Neill y David P. Kriskern
Earl G. Wittenberg, comp., Exploraciones interpersonales en psicoanálisis
Roberto Yañez Cortés, Contribución a una epistemología del psicoanálisis
Jeffrey K. Zeig, Un seminario didáctico con Milton H. Erickson
Jeffrey K. Zeig y Stephen G. Gilligan, Terapia breve. Mitos, métodos y metaforas

Obras en preparación

Luigi Boscolo y Paola Bertrando, Terapia sistémica individual
Philip J. Guerin (h), Thomas F. Fogarty, Leo F. Fay y Judith Gilbert Kautto, Triángulos relacionales. El a-b-c de la psicoterapia

W

del modelo a diversas situaciones donde los autores han intervenido en calidad de formadores o consulto-