

Narrative of sexual abuse: Systemic view in a multiproblematic family case

Laura Quijada Ruiz^a y Yolanda De Juan^a

^aFacultativo Especialista de Área en Psicología Clínica, Hospital Universitario Miguel Servet, España

Historia editorial

Recibido: 15-01-2024

Primera revisión: 05-05-2024

Aceptado: 12-10-2024

Palabras clave

familia multiproblemática, abuso sexual, estudio de caso, modelo sistémico, terapia familiar

Resumen

A partir del caso clínico de un paciente miembro de una familia en situación de vulnerabilidad y riesgo social, víctima de abuso sexual; revisamos brevemente el concepto de “familia multiproblemática” y las características de nuestra intervención en el contexto de un Hospital de Día de Salud Mental público de España. Basándonos en un modelo sistémico, hemos tratado de exponer el trabajo psicoterapéutico desarrollado a varios niveles, tanto en el ámbito familiar adaptando nuestra intervención a las características de esta familia y potenciando las funciones de cuidado y protección parentales; como en el individual desde una perspectiva constructivista y narrativa trabajando la psicobiografía del paciente. Destacamos también la importancia de tener en cuenta el papel de los recursos intervinientes, evitando las tendencias sustitutorias y trabajando a nivel de la red en la coordinación y multidisciplinariedad.

Abstract

Starting from a case study of a patient member of a family in situation of vulnerability and social risk, who was victim of sexual abuse; we briefly review the concept of “multiproblematic family” and the characteristics of our intervention in the context of a public mental health day hospital in Spain. Based on a Systemic Model, we tried to expose our psychotherapeutic work in different levels, both in the family setting, adapting our intervention to the characteristics of this family and enhancing parental care and protection function; as well as the individual setting from a Constructivist and Narrative view working on the patient’s psychobiography. We also highlight the importance of consider the rol of the intervening resources, avoiding substitute tendencies and working for a network with coordination and multidisciplinary assessment.

Keywords

multiproblematic families, sexual abuse, case study, systemic model, family therapy

Podemos considerar una familia y su entorno social como sanos cuando el funcionamiento y la finalidad de sus interacciones y su visión del mundo o sistema de creencias son capaces de asegurar la socialización y el bienestar de todos sus miembros. Para que existan estas condiciones, es necesario que exista una estructura familiar y social que pueda ofrecer a sus miembros las ayudas materiales, psicológicas y sociales que precisen en cantidad y calidad adecuada (Barudy, 1998). A menudo en la práctica clínica nos enfrentamos a sistemas familiares con diversas necesidades y dificultades, muchas de ellas en relación a múltiples, complejos y crónicos problemas en los que no se alcanzan las condiciones anteriores. Dentro del contexto profesional terapéutico propio de los Servicios Especializados de Salud Mental, es frecuente la demanda de intervención hacia un miembro sintomático en momentos de crisis estructural, fruto de un proceso marcado por la progresiva falta de alternativas, con múltiples intentos de solución que rigidifican las relaciones (Pittman, 1990).

Entendiendo todo requerimiento a intervenir como una llamada de un conjunto de dificultad más allá de la persona que lo exprese; nos enfrentamos así en muchas ocasiones al complejo desafío de ayudar a familias altamente vulnerables y en riesgo social. Las necesidades de familias con problemas complejos, crónicos y múltiples requieren intervenciones especializadas que permitan promover cambios para reanudar las funciones de protección y cuidado de sus miembros (Jaque, 2019). Gran parte de estas familias posee características que tradicionalmente se han asociado al concepto de “familias multiproblemáticas”, es decir, familias con desorganización comunicativa y estructural, poli-sintomatología y crisis recurrentes, tendencia al abandono de sus funciones parentales y aislamiento social (Gómez, Muñoz & Haz, 2007).

A finales de los años 50 surgió el concepto de “Familia multiproblemática” entre los Servicios Sociales encargados de trabajar con la marginalidad. En los años 60, algunos profesionales comenzaron a hablar de familias aisladas de su medio social y también de sus familias extensas. Harry S. Aponte y Salvador Minuchin desde Filadelfia y Nueva York trabajaron el concepto de familia suborganizada, subrayando precisamente una de las características de estos sistemas: la falta de organización interna para afrontar las dificultades.

Minuchin (1967a, 1967b) fue así autor de uno de los primeros y más amplios estudios clínicos sobre las familias de baja extracción socioeconómica del gueto de las grandes metrópolis urbanas. Estudió y puso en relación entre sí la estructura familiar, el grado y tipo de disfuncionalidad de las relaciones interpersonales y las características comunicativas de las “familias desorganizadas”; en las que destacaba la existencia de un intercambio muy limitado de informaciones entre los miembros, y una experiencia cognitiva y emotiva tendencialmente indiferenciada para cada individuo; el uso prevalente de canales paraverbales con más resonancia de los aspectos relacionales que los comunicativos en los mensajes; y un caos comunicativo como índice de desorden relacional y desorganización estructural que contribuye a reforzarlo (Malagoli Togliatti, 1985).

Poco a poco los teóricos sociales empezaron a denominar de diversas maneras a este subtipo familiar, hablando así de familias aisladas, excluidas, suborganizadas, asociales o desorganizadas; o también como familias multiservicio o multiagencia (Colapinto, 1995), por sus numerosas relaciones con múltiples agencias sociales. De forma más reciente, pese a que a que los términos más antiguos se basan en fragilidades o características de la patología dentro de la familia destacando su disfuncionalidad; el foco de la terminología se ha centrado en el proceso familiar denominándolas familias multiestresadas o multicrisis (Bodden y Dekovic, 2016).

Más allá de las denominaciones utilizadas, las características definitorias de las familias multiproblemáticas son, tal y como resume Cancrini (1984):

1. Presencia simultánea en dos o más miembros de la misma familia de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa.
2. Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres de las actividades funcionales y expresivas necesarias para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.
3. Refuerzo recíproco entre las anteriormente descritas.
4. Labilidad de los límites, propios de un sistema caracterizado por la presencia de profesionales y de otras figuras externas y sustituyen parcialmente a los miembros incapaces.
5. Estructuración, por esta vía, de una relación crónica de dependencia de la familia respecto a los servicios; lo que implica una consecución de la condición de equilibrio u homeostasis intersistémico.

6. Desarrollo de algunas modalidades características no usuales de comportamientos sintomáticos en los pacientes identificados en este tipo de proceso, del que un ejemplo clásico puede ser el de las toxicomanías de tipo D o sociopáticas.

En esta línea, diversas investigaciones evidencian que en estas familias existen problemas tanto en el desarrollo de roles, especialmente los parentales, como en la delimitación de los sistemas con límites intergeneracionales insuficientes (Aponte, 1976). Todo este conjunto de necesidades que poseen las familias con complejos y múltiples problemas hace que no puedan resolver por sí mismas funciones de cuidado y protección de los hijos, lo que hace que se incremente el grado de estrés y malestar interno, la conflictividad y agresividad hacia el exterior, el caos organizativo, y se produzca una escalada de crisis sucesivas (González, 2004; Panadés, 2001).

Dentro de las dificultades existentes en las funciones parentales, en las funciones socializadoras falla la protección del niño respecto a su entorno y la transmisión de normas y valores culturales; que inhiben la consideración y el respeto a la sociedad y generan una relación de conflicto con el exterior. Barudy (1998) define a las familias negligentes como sistemas en donde, especialmente los padres, presentan de una manera permanente comportamientos que se expresan por una omisión o una insuficiencia de cuidados a los niños que tienen a cargo. Es frecuente encontrar un contexto de pobreza y aislamiento social que rodea al sistema familiar y que coincide con una historia de carencias múltiples en la biografía de los padres. Hablamos así de negligencia parental cuando adultos que, debido a diversas circunstancias, no se ocupan de sus hijos y presentan fallos importantes a nivel de sus funciones parentales. Estos fallos pueden ser debidos tanto a aspectos biológicos, en cuanto a trastornos de apego en la relación paternofilial; culturales, por transmisión transgeneracional de modelos de crianza peligrosos para los niños; y contextuales, por ausencia o insuficiencia de recursos asociada a la exclusión social y la pobreza.

La carencia de los cuidados parentales, acompañada en muchas ocasiones por carencias en otras estructuras de socialización como la escuela; conlleva el desarrollo en niños, adolescentes y jóvenes de forma frecuente de trastornos caracterizados por la tendencia al paso al acto y la insuficiencia de las competencias y prestaciones a las que el individuo confía su esfuerzo en la integración en sistemas externos (Cancrini, 1991). Otra característica común dentro de estas familias es la falta de delimitación de espacios, reflejo de la jerar-

quía caótica dentro del propio sistema; que hace que no existan lugares propios útiles para facilitar la construcción de su propia identidad personal, lo que además puede tener consecuencias desconcertantes en la definición de los roles y las relaciones que facilite posibles deslizamientos en la relación. Tal y como señala Barudy (1998), los efectos sobre los hijos en estas situaciones pueden ser graves y complejos, y con frecuencia se da el abuso sexual y el maltrato, ya que los impulsos agresivos fluyen libremente hacia los hijos, sin el control de las funciones protectoras.

Kempe (1978) define el abuso sexual como: “La implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto de dar un consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas para su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión, por la violencia o la seducción, y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares”.

En la práctica clínica frecuentemente encontramos interconexiones entre diferentes tipos de malos tratos en distintos niveles, en los que además de situaciones de negligencia o maltrato pasivo en las que no se asegura el bienestar de los hijos en cuanto a satisfacer sus necesidades y protegerles de situaciones dañinas; pueden aparecer situaciones de maltrato activo como el abuso sexual en el que se produce un profundo y grave atentado a la integridad física y/o psicológica de las víctimas.

A continuación, presentamos un caso clínico que ilustra la intervención realizada dentro de un Servicio Especializado de Salud Mental. Nuestra pretensión no es hacer una revisión sistemática ni narrativa sobre el tema, por lo que nos centraremos en la descripción clínica y en el proceso terapéutico realizado con uno de los miembros tratando de seguir una perspectiva sistémica.

2. MÉTODO

Se trata de un paciente de 18 años de edad, soltero. Es el menor de una fratría de 7 hermanos y proviene de una familia reconstituida, en la que mantiene escasa relación con

188 varios de los miembros de la misma. Destaca una historia familiar de grave adversidad socioeconómica, con desarraigo familiar general debido a graves dificultades para el acceso a la vivienda, habiendo tenido varios cambios de localidad y domicilio en los que ha vivido ocupando pisos o de caridad. A los 13 años se traslada a la ciudad en la que reside en la actualidad con sus padres a un piso de alquiler, logrando mayor estabilidad. Coincidiendo con este traslado, inicia la escolarización y acude durante unos años al instituto con apoyo especial en el desarrollo de la lectoescritura; con mal rendimiento académico y absentismo escolar. Se encuentra desempleado y nunca se ha iniciado en el mundo laboral.

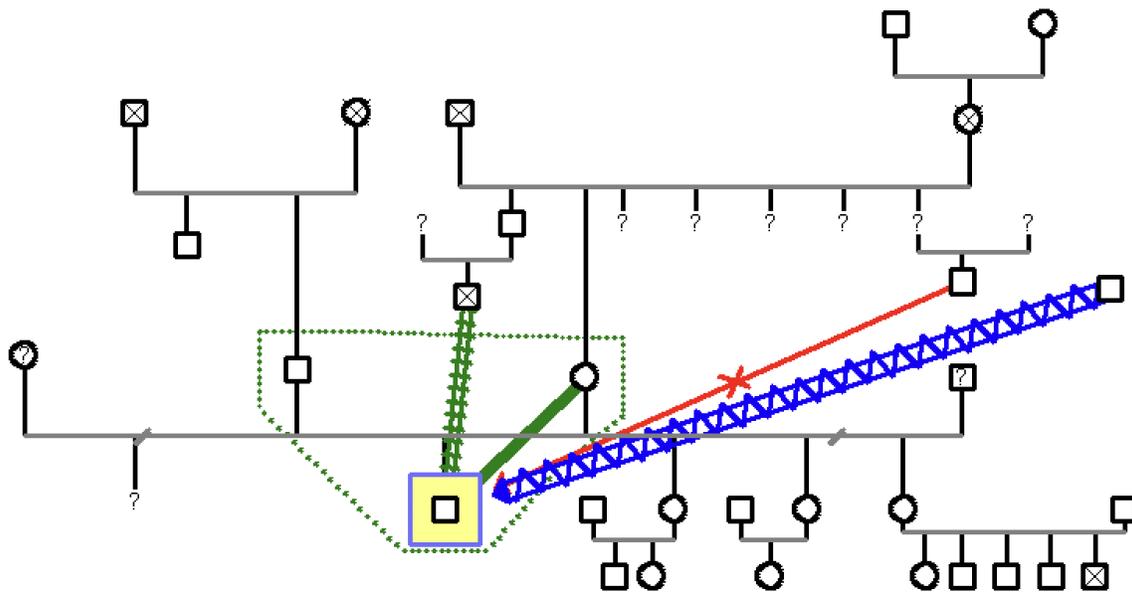


Figura 1: Genograma familiar del caso

Desde Servicios Sociales, tras un primer contacto con la familia en relación a sus graves dificultades económicas, se inicia un seguimiento en el que se comienza a intervenir también con el paciente favoreciendo su vinculación a la red de Salud Mental ya que describen un cambio importante en su comportamiento en los últimos meses. Tras una primera visita en su Unidad de Salud Mental de referencia, se objetiva la presencia de ánimo deprimido, sentimientos de ansiedad, tristeza y cambios de humor con irritabilidad y alteración de la conducta con agresividad. El paciente lo relaciona con la muerte de su primo hace 5 años con el que mantenía una relación muy estrecha. Se informa también de la existencia de que el paciente fue víctima de abusos sexuales y acoso y existe un juicio pendiente por este motivo. En relación a este hecho, el paciente relata acontecimiento vital traumático en el que refiere

haber sido víctima de abuso sexual con implicación de un tercero, su primo materno, con fines económicos. Comenta difusión posterior de fotografías de carácter sexual en las redes sociales con este motivo que tuvieron gran repercusión en él y en sus relaciones sociales y familiares con gran rechazo por su parte.

A nivel legal está en seguimiento por la Fiscalía de menores por varias multas y juicios pendientes. No existen antecedentes médicos de interés, excepto el consumo de cannabis que inició con 13 años hasta hace unos meses, abstinentes en la actualidad. Antecedentes psiquiátricos sin interés.

Desde la familia y los servicios implicados describen la existencia de un cambio importante en el paciente ya que ha pasado de ser una persona tímida y poco expresiva a tener una conducta totalmente desinhibida; habiendo iniciado además el consumo de cannabis estos meses. Tras esta visita, se decide la derivación del paciente al Hospital de Día para la favorecer un abordaje intensivo en la valoración del caso y tratamiento.

Se realiza un ingreso en el programa de hospitalización parcial de Hospital de día de unos tres meses de duración. A continuación describiremos el proceso terapéutico llevado a cabo durante el mismo con el caso teniendo en cuenta distintos elementos relacionados tanto con la familia, como con el equipo, su relación y las instituciones o servicios con los que nos coordinamos.

Como hemos descrito anteriormente, la demanda de intervención terapéutica con esta familia se produjo desde un Equipo de Salud Mental para favorecer el trabajo individual de los síntomas de forma intensiva con el paciente comentado. La intervención se desarrolló dentro del equipo multidisciplinar que forma parte del Hospital de día, formado por diferentes profesionales de Psicología Clínica (como referentes del caso), Psiquiatría, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional.

Siguiendo un modelo ecosistémico, tratamos de construir un mapa o guía para la valoración diagnóstica del caso y la posterior intervención con el mismo. Para ello contemplamos los sistemas implicados formados por la familia y su red de apoyo social y profesional; así como la complejidad de las interacciones intra e intersistémicas. Siguiendo las líneas guía de intervención propuestas por Linares (Rodríguez, 2003), desarrollamos el trabajo psicoterapéutico en dos ámbitos fundamentales: por un lado en el ámbito familiar, teniendo

190 en cuenta las características y peculiaridades de las familias multiproblemáticas para adaptar nuestra intervención; y por otro lado en el ámbito individual, desde el modelo narrativo con el paciente identificado centrándonos en su psicobiografía y vivencias traumáticas.

INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

El concepto de familia multiproblemática implica dos aspectos fundamentales unidos entre sí, por un lado las características familiares estructurales y funcionales específicas, y por otro un determinado tipo de relaciones disfuncionales con y entre los servicios. Panadés (2001), hace referencia a que la intervención exitosa sobrepasa las posibilidades técnicas y personales de las intervenciones tradicionales. Algunas de las dificultades para el abordaje exitoso al trabajar con estas familias tienen que ver tanto con la conceptualización, involucramiento y permanencia en la intervención, como en la capacidad de generar cambios en las interacciones y que éstos se mantengan con el tiempo (Suarez, 2009). Tal y como señalan Aponte y Winter (1988), un enfoque ecosistémico que tenga en cuenta el contexto en el que se generan los problemas de la familia, su organización, creencias y valores, además de los recursos de la comunidad; facilitará el manejo de las dificultades mencionadas anteriormente. La organización de nuestros pasos dentro de la intervención deberá de basarse así en una visión global e interaccional de los fenómenos, procurando entender los juegos relacionales en curso, tanto ínter como intrasistémicos (Selvini Palazzoni et al, 1990).

Debido a la mayor porosidad de las fronteras de este tipo de familias (Minuchin, 1977), las familias multiproblemáticas suelen incluir a una serie de profesionales cuya actuación puede ser más o menos valorada como satisfactoria. Una de las tareas fundamentales a la hora de intervenir es la de facilitar la organización de los diferentes niveles institucionales y recursos que intervienen. Hemos de incluir en la composición de la situación la información y las opiniones de los profesionales anteriores como un elemento más a tener en cuenta; así como establecer una coordinación con los diferentes recursos que facilite el trabajo en red.

De esta forma, a lo largo de nuestra intervención realizamos diferentes reuniones de coordinación con los recursos implicados en el caso, tratando de facilitar una cooperación estrecha entre las disciplinas y profesionales para el desarrollo de objetivos comunes a tra-

bajar. Vega (1997) refiere que en los servicios públicos, dada la complejidad en la cantidad y calidad de intervenciones a realizar, la modalidad de trabajar siempre en equipo y de manera interdisciplinaria es absolutamente necesaria, ya que el profesional aislado no sobrevive. Así, tratamos de facilitar una intervención basada en la teoría de intervención en redes, tanto dentro de la propia unidad como con los servicios externos relacionados con el caso; con el objetivo de que la ayuda mutua entre los profesionales actuara como multiplicador de beneficios al basarse en el vínculo de complementariedad en que todos los implicados son responsables del cambio.

Además de la gran cantidad de servicios implicados, otra característica de las familias multiproblemáticas es su participación en situaciones circulares de delegación respecto a los agentes psicosociales. La combinación de la alteración de la parentalidad y la desarmonía conyugal que caracteriza a estas familias provoca con facilidad la intervención externa con todo tipo de ayudas, desde la material hasta figuras de identificación sustitutorias (Linares, 1997). Esto último puede dar lugar a relaciones crónicas de dependencia de la familia respecto a los servicios; que favorecen posiciones de pasividad hacia la cronificación de los problemas.

Partiendo de la premisa de que en toda situación problemática residen recursos que sólo se podrán despertar si se presuponen posibles (Alegret, 1997); hemos de tener en cuenta que las situaciones de delegación de funciones son fenómenos circulares que solamente podrán detenerse si tenemos en cuenta nuestro papel en ellos y usamos la intervención con expectativa de cambio. En esta línea, uno de los aspectos fundamentales que tuvimos en cuenta en el trabajo psicoterapéutico fue el tratar de fomentar la devolución de funciones dentro del sistema familiar favoreciendo la autonomía y responsabilización del propio proceso. Se llevaron a cabo varias entrevistas familiares a lo largo del ingreso en las que tratamos de redefinir algunos de los problemas dentro del ciclo vital familiar y las relaciones familiares, señalando la importancia de las funciones de protección parentales así como se acordó apoyar el planteamiento formativo ocupacional del paciente ingresado. Trabajamos así en la línea de favorecer un plan vital al alta del paciente priorizando la ocupación y formación básica para permitirle una mayor empleabilidad y autonomía en el futuro, tratando así de facilitar la individuación y posterior desvinculación del paciente; además de intentar prevenir al precariedad económica y aislamiento dentro del contexto social.

Durante el ingreso, se realizó a nivel individual un trabajo más intensivo con el paciente mediante la participación en las diferentes actividades psicoterapéuticas del programa de Hospital de día y las sesiones individuales con distintos profesionales del recurso, especialmente de Psicología Clínica como referentes del caso. Pese a que gran parte de la intervención fue llevada a cabo dentro de un contexto profesional terapéutico, es poco habitual que dentro de este perfil de familias exista una demanda de terapia aunque existan síntomas y sufrimiento (Coleti, Linares, 1997). De esta forma, es frecuente la falta la petición de ayuda psicológica, porque también falta el reconocimiento de cualquier problema de esta naturaleza (Neuburger, 1984). Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó una acogida cuidadosa del paciente en la que se encuadró el trabajo dentro de la unidad favoreciendo la creación de objetivos propios a trabajar durante el ingreso, explorando también sus vivencias en relación al ingreso y la idea de la terapia y la intervención. El paciente desde el inicio se adaptó bien al programa, sin conflictos, con buena asistencia, colaborador e integrado con el resto de compañeros.

Siguiendo un enfoque psicoterapéutico constructivista y narrativo, Linares (1996) hace referencia a que aunque nuestro objetivo a largo plazo sea influir sobre la identidad, en nuestro caso estimulando su crecimiento; la psicoterapia ha de ejercerse en los territorios narrativos donde el sujeto acepta transacciones y negociaciones con mayor flexibilidad. En este tipo de familias, en el ámbito individual es habitual encontrar sentimientos y conductas intensos junto a un nivel cognitivo pobre y monótono; por lo que el trabajo terapéutico ha de ir dirigido a facilitar el control y la maduración emocional y conducta además de estimular el desarrollo cognitivo. Para ello, trabajamos en diferentes espacios con diferentes objetivos: en lo emocional, tratando de calmar ciertas emociones como la ansiedad o la tristeza que por su intensidad interfieren en dinámicas personales y familiares; en lo cognitivo, potenciando este espacio al estimular ideas y percepciones nuevas para introducir variedad y riqueza; y en lo pragmático, amortiguando y limitando las tendencias actuadoras poniendo freno a la impulsividad.

Se mantuvieron varias entrevistas psicoterapéuticas en las que se ofreció un espacio en el que trabajar aspectos significativos de su relato psicobiográfico favoreciendo narrativas

alternativas al relato dominante. En las primeras sesiones, encontramos un discurso muy centrado en las vivencias traumáticas, verbalizando experiencias de reexperimentación con repercusión emocional y ánimo triste; con importantes dificultades para enmarcar los acontecimientos en la secuencia temporal correcta. 193

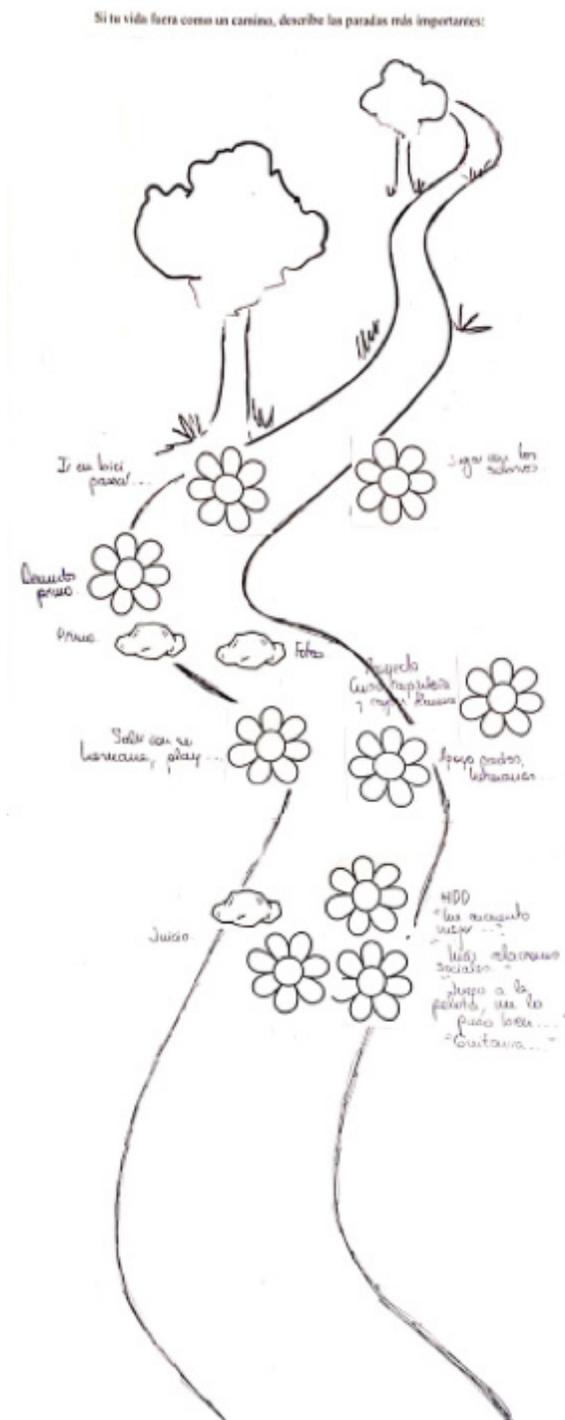


Figura 2: Trabajo psicobiográfico mediante técnica narrativa

En cuanto a la intervención en casos de abuso, el primer objetivo siempre ha de ser proteger al menor, activando los recursos necesarios para la investigación, información y

194 denuncia. Los profesionales tienen como tarea fundamental valorar los riesgos que corren los niños y tomar las medidas necesarias para protegerlos, protegiendo también al conjunto de miembros de la familia. Una vez realizado este proceso y puestas en marcha las medidas necesarias, los profesionales han de controlar e intervenir terapéuticamente a la vez; actuando para restaurar el respeto al individuo sabiendo que independientemente de las circunstancias nadie tiene derecho a utilizar, maltratar o abusar a un niño; y que el bienestar infantil es una producción humana fruto del esfuerzo (Barudy, 1998).

Para facilitar la reelaboración del trauma, partimos de un “acercamiento respetuoso y no culposo al sujeto” (Epston y White, 1993), desde un posicionamiento posmoderno en el que la realidad se concibe desde la historia dominante, construcción de significados y búsqueda de verdades, que buscan entender y dar un sentido a lo que sucede alrededor en el contexto en el que está inmerso el sujeto, sin olvidar su interacción con los elementos particulares de él. En las diferentes sesiones mantenidas con el paciente, tratamos de facilitar la reconstrucción de la vivencia para generar nuevos significados y representaciones más adaptativos, regulando los efectos que tienen estos elementos además de permitir construir una historia alternativa, menos culposa, permitiendo empedrar a la víctima y evitar sentidos traumáticos de la experiencia (Bustamante, Jorquera y Smith, 2010). Tratamos así de favorecer la articulación de un discurso integrado, situando los acontecimientos y vivencias en un marco temporal mediante promover la elaboración e integración de algunas vivencias mediante técnicas psicoterapéuticas narrativas adaptadas al caso. Previa a dicha adaptación, realizamos una estimación del nivel cognitivo del paciente y teniendo en cuenta la tardía adquisición de la lectoescritura decidimos trabajar con material simbólico su historia psicobiográfica.

En todo este proceso, tratamos de mantener una visión contextual en la que no perder de vista la importancia de los fenómenos culturales alrededor del suceso, entendidos estos como acoplamientos coordinados de interacciones comunicativas en la historia del grupo (Maturana y Varela, 1984). Tal y como señala Worell (1992), aunque cada persona es única, también al mismo tiempo es miembro de múltiples grupos que la definen en categorías tales como la edad, el origen étnico, la identidad cultural o la orientación religiosa. La pertenencia a estos grupos se acompaña de normas implícitas y explícitas que estructuran y definen

las creencias, valores, expectativas y transacciones interpersonales de los pacientes. Por lo anterior, pueden darse fenómenos de estigmatización social y exclusión cultural que hacen que sufran un estigma adicional por su condición social. Nos encontramos en este caso con la vivencia de un importante rechazo por parte de la familia extensa así como gran inquietud tras la difusión de lo acontecido entre el círculo habitual del paciente. En relación a esta experiencia, tratamos de trabajar los sentimientos de vergüenza y culpa favoreciendo dar sentido a la agresión, lo que no implica evidentemente justificar el comportamiento del agresor, sino darle un sentido que libere a la víctima de su influencia (Barudy, 1998).

Al alta, se observa estabilidad psicopatológica e impresiona de encontrarse mejor afectivamente, si bien, persistieron algunos problemas sociales que fueron objeto de seguimiento dadas las características del caso. El seguimiento psicoterapéutico se continuó desde la Unidad de Salud Mental de referencia y se recomendó favorecer el proceso educativo y laboral; manteniéndose la coordinación estrecha con el resto de dispositivos implicados en el caso. A nivel legal, la resolución del caso fue favorable para la víctima, declarándose la existencia de un delito continuado de abusos sexuales sobre un menor con la correspondiente condena para el acusado.

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado ejemplifica la llegada de un miembro del sistema familiar en situación de vulnerabilidad y riesgo social a un Servicio de Salud Mental público, mostrando la complejidad desde el punto de vista psicológico del trabajo que se desarrolla en estos servicios. Este perfil de familias con múltiples y complejos problemas no están definidas por un síntoma preciso, sino por un estilo de hacer y relacionarse y por una serie de problemas que afectan a un número indeterminado de miembros y que pueden variar cuantitativa y cualitativamente dentro de amplísimos márgenes (Coletti, Linares, 1997). Uno de los aspectos más difíciles del trabajo con familias multiproblemáticas está relacionado con comprender su funcionamiento y poder anticipar los escenarios posibles de intervención, ya que no encajan en los modelos y metodologías tradicionales (Gómez, 2007). Por ello, es indispensable desarrollar marcos específicos e intervenciones especializadas para

196 tratar de trabajar en el complejo desafío de ayudar a estas familias con problemas complejos, crónicos y múltiples, para así promover cambios que permitan reanudar las funciones de protección y cuidado de sus miembros.

Tal y como indica Nieto, (1997), muchos terapeutas especializados en el trabajo con familias multiproblemáticas han insistido en las modificaciones a introducir en el abordaje de estas familias con respecto a las técnicas de uso habitual. Entre los objetivos de evaluación e intervención necesarios, encontramos la importancia de delimitar el área de intervención dada la continua aparición de eventos estresantes en estas familias; la necesidad de redefinir el problema dentro del ciclo vital familiar y dentro de las relaciones familiares y el intentar conducir a la familia para ver al paciente identificado de forma diferente en su función y problema.

El objetivo prioritario de la intervención ha de ser interrumpir el refuerzo recíproco de los comportamientos sintomáticos y las incapacidades funcionales del sistema (Coleti, 1997). Este perfil de familias en situación de vulnerabilidad y con dificultades en relación al desempeño de las funciones de cuidado y protección de sus miembros genera un gran número de intervenciones externas sustitutorias. La carencia de figuras capaces de efectuar las funciones percibidas como necesarias desde el exterior y el interior como necesarias, unida a la debilidad de los límites, favorecen el ingreso en el sistema de miembros externos que acaban desarrollando funciones parentales (Cancrini, De Gregorio y Nocerino, 1997).

Estas intervenciones externas pueden aumentar las dificultades de las familias multiproblemáticas puesto que las ventajas que aportan quizás no compensen los inconvenientes derivados de la sustitución de los recursos del sistema. (Linares, 1997). Es fundamental por tanto una delimitación del sistema incluyendo las relaciones con los servicios y una estrategia terapéutica centrada en la recuperación y no en la sustitución de los miembros de la familia de los roles que han dejado de ejercer.

Dentro de lo que entendemos por familias multiproblemáticas, es habitual que desde los servicios especializados los primeros contactos sean por derivación de otros profesionales en situaciones de crisis, siendo el abandono o los malos tratos a un niño algunos de los casos más paradigmáticos. Los problemas en el desarrollo de los roles, especialmente en los parentales, y en la asunción del liderazgo para establecer límites generacionales

conllevan a la escasa delimitación de los sistemas que puede afectar gravemente a las funciones parentales (Aponte, 1976), pudiendo tener graves efectos en los hijos como en el caso del abuso sexual.

Desde una perspectiva sistémica-familiar, además de atender a los síntomas y conductas expresadas y visibilizadas en el miembro identificado desde el ámbito extrafamiliar; es importante ampliar la descripción individual de los síntomas hacia dinámicas más gruesas que tengan en cuenta también otros contextos intra e interfamiliares. El enfoque ecosistémico nos ayuda así a entender estas situaciones considerando también la organización a nivel social que por su funcionamiento y estructura genera desigualdad social, discriminación y exclusión; entendiendo a la familia multiproblemática como un sistema vulnerable de alto riesgo para todos sus miembros.

Barudy (1998) apunta que la intervención en casos de negligencia parental implica siempre situaciones conflictivas para los profesionales, ya que éstos deben introducirse en la vida de una familia, cuestionando sus representaciones, la manera en la que resuelven sus conflictos, satisfacen sus necesidades y cuidan y educan a sus niños. La práctica clínica en nuestro ámbito nos enfrenta así no solamente a problemas complejos, sino también a la gestión de una cantidad enorme de personas e instituciones deseosas de ofrecer soluciones a veces discordantes con estos problemas.

Para ello, tal y como apunta Vega (1997), una visión global multidimensional o ecosistémica basada en los conceptos de circularidad y complejidad de los fenómenos nos ayudará a buscar conexiones y relaciones en los sistemas humanos más allá de las comprensiones reduccionistas del problema. Solo así podremos tener en cuenta a los diferentes actores implicados en el proceso de ayuda para desbloquear posibles intervenciones incongruentes que ayuden a cronificar la situación. Por otro lado también señala la importancia de una mirada constructivista desde una actitud de interés y respeto con gran apertura y compañía, considerando la realidad humana como una construcción social en la que debemos de ser flexible. Por último, hemos de comprender el cambio como un proceso discontinuo, en el que hemos de reconocer y valorar los procesos mínimos para poder así potenciarlo.

El objetivo principal del presente estudio ha sido el de describir las intervenciones sistémicas aplicadas en una familia multiproblemática, en ciclo vital adolescente, con un caso de abuso sexual. Hemos tratado de comprender a la familia como un sistema vulnerable de riesgo para sus miembros, en el que las dificultades en la protección y parentalidad, así como en las dinámicas de interacción entre los miembros ha dado lugar a problemas crónicos y complejos que han requerido una intervención por nuestra parte.

Hemos tratado así de exponer y justificar las actuaciones llevadas a cabo en distintos niveles, tanto individual, como familiar, como con la red; teniendo claros los objetivos para cada uno de ellos para tratar de restituir y rescatar los recursos propios de la familia, y potenciar la reestructuración del sistema familiar y su sistema afectivo asegurando el bienestar de todos los que forman parte de él.

Desde el inicio de la Terapia Sistémica destaca un importante cambio de paradigma en el que se ha hecho un esfuerzo por comprender el síntoma más allá de las fronteras individuales para ampliar el foco al contexto relacional y familiar. Gracias a que las intervenciones profesionales con familias multiproblemáticas han podido desprenderse de un enfoque centrado en el déficit con soluciones especializadas y desarticuladas; podemos comprender la disfuncionalidad no como una característica intrínseca a estas familias, sino como el resultado de la interacción patogénica de diversos sistemas, incluidos los profesionales de ayuda que no logran coordinarse en su actuación.

Tener en cuenta además tanto las problemáticas como los recursos de estas familias considerándolas, no solo como parte del problema, sino también de la solución; nos permitirá visualizar y movilizar los recursos y cambios necesarios en el funcionamiento familiar facilitando la consecución de los objetivos planteados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alegret, J. y Baulenas, G. (1997). La intervención. En Coletti, M., Linares, J.L., *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona, Paidós.

- Aponte, J. H. (1976), Under-organization in the Poor Family. En *Family Therapy: Theory and Practice*, Nueva York, Gardner.
- Aponte, H. y Winter, J. (1988). La persona y práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Revista Sistemas Familiares*, 4(2), 2-15.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona, Paidós.
- Bodden, D. Y Dekovic, M. (2016). Multiproblem Families Referred to Youth Mental Health: What's in a Name?. *Family Process*, 55(1), 31-47.
- Bustamante, D.J., Jorquera, S.F. y Smith, A.M. (2010). Terapia Narrativa: Modelos de Intervención en Abuso Sexual. *Cuadernos de Posgrado en Psicología UV*.
- Cancrini, L. (1984). *Quattro prove per un insegnamento della psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini, L., De Gregorio, F. y Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En Coletti, M., Linares, J.L., *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona, Paidós.
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1991). *La Caja de Pandora*. Paidós, Barcelona.
- Colapinto, J. (1995). La dilución del proceso familiar en los servicios sociales. *REDES*, 1(2), 9-36.
- Coletti, M., Linares, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona, Paidós.
- Epston, D. y White, M. (1993). *Medios Narrativos para fines Terapéuticos*, Barcelona, Paidós.
- Gómez, E., Muñoz, M. M. y Haz, A. M. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *PSYKHE*, 16(2), 43-54.
- González, V. (2004). Familias multiproblemáticas. Dificultades de abordaje. *Revista de Trabajo Social*, 6, 145 -156.
- Jaque, M., Sandoval, A. y Alarcón-Espinoza, M. (2019). Facilitadores y obstaculizados de la intervención en familias con múltiples y complejos problemas. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales (REDES)*, 39.
- Kempe, R. S. y Kempe, C. H. (1978), *L'enfance torturée*, Bruselas, Mardaga.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, Paidós.

- 200 Linares, J. L. (1997). Modelo sistémico y familia multiproblemática. En Coletti, M., Linares, J.L., *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona, Paidós.
- Maturana, H. y Varela, G., (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile. Edit. Universitaria.
- Malagoli-Togliatti, M. (1985). Famiglie multiproblematiche, Servizi multiproblematici. En Lupoi, S. *Le prospettive relazionali nelle istituzioni e nei servizi territoriali*, Milán, Masson.
- Minuchin, S. et. al. (1967a), *Families of the Slums: an Exploration of their Structure and Treatment*, Nueva York, Basic Books.
- Minuchin, S. y Montalvo, B. (1967b). Technique for working with Disorganized Low Socioeconomic Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 880-887.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona, Gedisa.
- Neuburger, R. (1984). *L'autre demande*, París, ESF.
- Nieto, L.M. (1997). Familias pobres y Multiasistidas. *Psicología de la Familia*. Promolibro, Madrid.
- Panadés, C. (2001). *Familias y Servicios Multiproblemáticos: El ecosistema del maltrato infantil*. Barcelona: Noos Psicoterapia.
- Pittman, F. S. (1990). *Momentos decisivos*. Barcelona, Paidós.
- Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
- Selvini Palazzoni, M. et.al. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona, Paidós.
- Suárez, N., Muñoz, M., y Gómez E. (2009). Terapia de interacción guiada: Una nueva modalidad de Intervención con Familias Multiproblemáticas y en Riesgo social. *Terapia Psicológica*, 27, 203-213.
- Vega, S. (1997). Instrumentos de trabajo. En Coletti, M., Linares, J.L., *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona, Paidós.
- Worell, J.W. (1992). Gender and sex roles issues in counselling. *Feminist perspectives in therapy*, 3-25.