

DINÁMICAS DE UN GRUPO DE FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS: ANÁLISIS DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL*

DYNAMICS OF A GROUP OF FAMILIES WITH MULTIPLE PROBLEMS: AN ANALYSIS OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT

Lennys Lurúa**

Escuela de Trabajo Social - FaCES
Universidad Central de Venezuela
lennyslurua@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-9554-2038>

«Cómo citar este artículo»

<https://doi.org/10.37883/rvecs.2026.1.1.09>

Fecha de recepción: 07/08/2025

Fecha de aceptación: 01/11/2025

* El acompañamiento psicosocial se constituye como un constructo paradigmático y una estrategia de intervención interdisciplinaria de alta complejidad, cimentada en una óptica sistémica, ecológica y contextual.

Su naturaleza esencial radica en trascender la causalidad lineal y el foco intrapsíquico individual para abordar las problemáticas humanas –particularmente la adversidad crónica y la multiproblematicidad sistémica– desde una perspectiva contextual-relacional que integra deliberadamente las dimensiones psicológicas (individual-emocionales), sociales (comunitarias-estructurales) y culturales. Es, en definitiva, un proceso dialógico, ético y co-construido, orientado a movilizar la agencia, la resiliencia y el bienestar integral del sujeto o del sistema familiar. Reconoce que las problemáticas complejas son la resultante de la interacción recíproca entre factores endógenos de vulnerabilidad y determinantes sociales externos (tales como la pobreza, la exclusión y la violencia estructural). Para lograr su fin teleológico, articula de manera sinérgica recursos terapéuticos especializados, redes relacionales de soporte y plataformas de acceso a recursos comunitarios y estructurales, lo que configura la praxis de la ética contextual en la intervención social y clínica.

** Dra. en Ciencias Sociales, MSc. en Educación Superior, Esp. en Gerencia de RRHH, Lcda. en Trabajo Social (Summa Cum Laude). Profesora Asociada de pregrado y posgrado. Coordinadora para Latinoamérica, Università degli Studi Roma Tre / Instituto Aspasia. Candidata a Doctora en Seguridad Social. Miembro Titular AVEPSI. Autora de 6 obras publicadas.



Este artículo y sus anexos se distribuyen por la Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual

RESUMEN

¿Qué sucede cuando la adversidad familiar crónica trasciende los límites de la intervención clínica convencional? Esta investigación se origina en la inquietud sistémica y clínica observada en el Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN). En este contexto, un subgrupo de familias, cuyos infantes presentaban trastornos específicos del desarrollo, manifestaba concomitantemente una polisintomatología extendida a diversos ámbitos vitales. La ineficacia de los abordajes terapéuticos estándar frente a esta cronicidad desestructurante demandó una comprensión más profunda.

El objetivo central de este estudio fue realizar un análisis integral de las características estructurales, las dinámicas disfuncionales y los patrones temáticos recurrentes identificados en estas unidades familiares, catalogadas como "multiproblemáticas". Este análisis se llevó a cabo a través de la lente perceptiva y experiencial de los profesionales tratantes, entre ellos psicólogos y trabajadores sociales, mediante la metodología de la discusión de casos clínicos.

Metodológicamente, la investigación se inscribe en un paradigma cualitativo y descriptivo-temático. Se recurrió al análisis de contenido de las transcripciones de tres reuniones clínicas, en las que un equipo interdisciplinario de ocho profesionales abordó la complejidad de los casos. El procedimiento analítico se centró en la codificación y categorización de los temas emergentes durante las discusiones. Dicho proceso no solo buscó la identificación de patrones, sino también la comprensión del enfoque psicosocial adoptado.

Palabras clave: Familia multiproblemática/ pobreza/ exclusión/ acompañamiento psicosocial.

ABSTRACT

What happens when chronic family adversity exceeds the scope of conventional clinical intervention? This research stems from systemic and clinical concerns observed at the Venezuelan Institute for the Comprehensive Development of the Child (INVEDIN, by its Spanish acronym). In this context, a subgroup of families whose children presented with specific developmental disorders exhibited a wide range of symptoms across various areas of life. The ineffectiveness of standard therapeutic approaches in the face of this destabilizing chronicity called for a deeper understanding.

This study aimed to conduct a comprehensive analysis of the structural characteristics, dysfunctional dynamics, and recurring thematic patterns identified in these "multi-problem" families. The analysis was conducted from the perspective of the treating professionals, including psychologists and social workers. The analysis used the methodology of clinical case discussions.

Methodologically, the research follows a qualitative and descriptive-thematic paradigm. Content analysis was applied to transcripts of three clinical meetings in which an interdisciplinary team of eight professionals discussed complex cases. The analytical procedure focused on coding and categorizing themes that emerged during the discussions. This process aimed to identify patterns and understand the psychosocial approach adopted.

Keywords: Multi-problem Family/ Poverty/ Social Exclusion/ Psychosocial Support.

INTRODUCCIÓN

El acercamiento a los conceptos de multiproblematicidad que llevó a la elaboración de esta investigación proviene del interés de responder a las necesidades de un grupo de familias que acuden a la institución dedicada a la atención de niños, niñas y adolescentes neurodivergentes y que, al ser atendidas en los diferentes servicios, los terapeutas (psicólogos y trabajadores sociales) perciben que no evolucionan positivamente. Se genera inquietud en el personal, que reflexiona cuestionándose acerca de si se está realmente proporcionando ayuda o se está ante una demanda imposible de responder.

Estas familias son quienes exhiben una serie de crisis en distintos ámbitos, que requieren de soluciones a través de redes internas y externas, exponiendo a los terapeutas a historias de violencia, abuso o carencias, que terminan siendo difíciles de digerir. En pro de facilitarles la ayuda, los profesionales comienzan a desplegar una serie de maniobras que van más allá de sus funciones: tales como apoyos telefónicos que terminan resultando invasivos para los terapeutas o acompañamientos a entidades gubernamentales, entre otras actividades que en ocasiones terminan por abrumarlos.

Otra actitud que se ha manifestado por parte de profesionales responsables y comprometidos es plantearse que no se cuenta con la infraestructura para atender a estos consultantes, por lo que la solución es remitirlos, evitando así la sensación de frustración y de impotencia que la atención a estas familias muchas veces genera.

Situaciones similares son reportadas en las investigaciones acerca de las emociones del terapeuta y el agotamiento emocional en el trabajo, que conduce a respuestas compatibles con el síndrome de *burnout* (Coletti, 1997; Pakman, 1997).

A pesar de ello, ha habido experiencias exitosas en las que, luego de un tiempo, las familias enmarcadas en multiproblematicidad comienzan a responder positivamente ante la estructura y ponen de manifiesto recursos que hasta el momento no se habían evidenciado; lo cual coincide con investigaciones sobre resiliencia familiar que se focalizan en las fortalezas y proporcionan estrategias a las familias que les permiten potenciar sus recursos para obtener bienestar.

Es por ello que la presente investigación se planteó explorar las características, temas y dinámicas de funcionamiento de un grupo de familias multiproblemáticas a través de la discusión de casos clínicos de los terapeutas del servicio de Psicoterapia, Terapia Familiar y Trabajo Social de INVEDIN.

Revisando el concepto de multiproblematicidad, en un texto clásico que muestra la intervención desde la perspectiva sistémica, Linares (1997) plantea que la organización de estas familias es caótica, producto de la poca nutrición emocional que les impide encontrarse como individuos a través de vínculos afectivos. Refiere la metáfora de “la casa abierta a todos los vientos”, en la que un observador externo no logrará ubicar a las personas con los criterios de rol y estatus. En este tipo de familias, la comunicación se caracteriza por un intercambio de información limitado, el uso de los canales paraverbales principalmente y una poca relevancia ante el aspecto comunicativo del mensaje, en comparación con la importancia que se da al aspecto relacional.

Siendo así, podemos precisar que este concepto resulta de gran importancia dentro de la investigación y será definido a partir de un conjunto de características claves que evidencian un patrón complejo de disfuncionalidad y vulnerabilidad dentro de este tipo de familia.

Característica Clave	Descripción
Polisintomatología	Presencia de múltiples problemas graves y recurrentes en el sistema familiar.
Desorganización	Se manifiesta mediante límites difusos y una comunicación caótica.
Abandono de funciones parentales	Fallas en la nutrición emocional y en la socialización de los hijos.
Aislamiento	Existencia de redes de apoyo precarias o disfuncionales.

Fuente: elaboración propia

En pocas palabras, en estas familias son característicos los problemas para establecer los roles, el abandono de las funciones parentales, la escasa delimitación de los subsistemas, la tendencia a la inestabilidad psicosocial y la presencia de diferentes miembros con problemas en los distintos ámbitos.

Con este panorama de carencias y déficits, vale la pena preguntarse acerca de los otros factores que inciden en la configuración del fenómeno. Existen diferentes perspectivas de análisis para tratar de entenderlo; una de ellas involucra la concepción de que las carencias de todo tipo (no sólo económicas) que sufren crónicamente las familias inciden en que estén vulnerables a desarrollar enfermedades, problemas de salud y exposición a la violencia, entre otros.

Por su parte, la pobreza crónica se identifica como un factor agravante que potencia los efectos negativos de esta multiproblematicidad. En el contexto del estudio, estas familias se caracterizan por presentar problemas en

las dimensiones individual, familiar y social. Específicamente, las tres familias participantes compartieron problemas como diagnósticos psicológicos en las niñas, violencia intrafamiliar y residencia en zonas populares (estrato IV Obreiro, según Graffar).

En tal sentido, en contextos de pobreza, la sensación de impotencia y frustración que producen los constantes eventos negativos a los que están expuestos erosionan la posibilidad de cuidar a los hijos. Ya que los adultos están rodeados de factores de riesgo que funcionan como precipitantes de situaciones estresantes, se propician vivencias de fatalismo que reducen la sensación de control interno.

En el ámbito de la multiproblematicidad interactúan factores familiares, sociales, culturales e instituciones que, con sus intervenciones, pueden fortalecer a las familias o hacerlas más dependientes. Todo lo cual lleva a plantearse una perspectiva ecológica de abordaje; no obstante, aunque esto sea evidente, existe una tendencia a asumir las intervenciones desde lo individual (Rodríguez, 2013).

En esta investigación, la perspectiva de análisis incluye a las familias desde la mirada de sus psicólogos y trabajadores sociales tratantes. No obstante, la idea no es centrar el tema de la mutiproblematicidad solo en lo interaccional; es sólo una dimensión de análisis que pretende sumar conocimiento a las investigaciones en el área. Sin adoptar una postura de causalidad lineal, se pretende encontrar temas relevantes dentro de los registros de las discusiones clínicas que promuevan la reflexión y discusión para el desarrollo de un conocimiento que pueda ser llevado a la práctica.

RESUMEN: MARCO TEÓRICO TRANSFORMACIONES FAMILIARES

La familia ha evolucionado debido a cambios socioeconómicos, políticos y culturales, debilitando el pacto tradicional entre sociedad, gobierno y familia (Haz y Matus, 2006). Esto genera diversidad en modelos familiares y confusión ante la pérdida de referentes tradicionales (Bauman, 2001; Gómez y Haz, 2007).

Principales cambios:

- Aumento de esperanza de vida y cuidado de ancianos.
- Descenso de fecundidad y retraso en matrimonios.

- Nuevas estructuras familiares (monoparentales, homoparentales, reconstituidas).
- Incorporación femenina al trabajo y crisis del patriarcado (Escartín, 2004).

CONSENSO ACADÉMICO

Los cambios sociales transforman profundamente la estructura y los roles familiares (Minuchin, 1982; Linares, 1997). La presión del individualismo y el mercado agrava la vulnerabilidad en contextos de pobreza (Loreto, 2004).

DIVERSIDAD ESTRUCTURAL VS. FUNCIONALIDAD

Las familias del siglo XXI distan del modelo "tradicional" como parámetro de funcionalidad (Loyácono, 2009). Estudios destacan que:

- La estructura no determina la calidad familiar: variables como interacción y recursos socioeconómicos son más relevantes (Arranz et al., 2010).

NECESIDADES ESPECÍFICAS POR TIPOLOGÍA

- Monoparentales/reconstituidas: conflictos intergeneracionales.
- Homoparentales: estigmatización social.
- Adoptivas: apoyo en procesos de adaptación (Arranz et al., 2010).

PERSPECTIVA SISTÉMICA

La familia es un sistema abierto (Platone, 2007) que:

1. Se autorregula mediante reglas internas (Rodríguez Ceberio, 2006).
2. Requiere análisis multidimensional:
 - Estructural (jerarquías, límites).
 - Funcional (roles, socialización).
 - Evolutivo (cambios en el tiempo) (Quintero, 2006).

CONTEXTO VENEZOLANO

- Matricentrismo: la madre es eje afectivo y organizativo, con padre frecuentemente ausente (Moreno, 1993/2008).
- Violencia estructural: altas tasas de homicidios (19.459 en 2011) afectan especialmente a jóvenes de sectores pobres, generando trauma social (Briceño-León et al., 2012; Zubillaga, 2012).

- Resiliencia comunitaria: organizaciones vecinales (ej.: Barrio Catuche) demuestran capacidad de respuesta ante crisis (Amnistía Internacional, 2013).

FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS

Características clave (Linares, 1997; Gómez et al., 2007):

1. Polisintomatología: múltiples problemas graves y recurrentes.
2. Desorganización: límites difusos y comunicación caótica.
3. Abandono de funciones parentales: fallas en nutrición emocional y socialización.
4. Aislamiento: redes de apoyo precarias o disfuncionales.

FACTORES AGRAVANTES

- Pobreza crónica potencia efectos negativos (Rozas, 1999).
- Intervenciones institucionales fragmentadas aumentan la desorganización (Colapinto, 1995).

IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

- Enfoque integral: combinar dimensión individual, familiar y sociopolítica (Rodríguez, 2006)
- Claves para intervención:
 - Construir alianza terapéutica sólida.
 - Priorizar la escucha activa y el diálogo respetuoso (Olson, 2011; Bertrando, 2011).
 - Trabajar en equipo y bajo supervisión para manejar desgaste profesional (Coletti, 1997).
 - Identificar pequeños avances para fortalecer la esperanza (Gómez et al., 2007).

En definitiva, este análisis aspira a evidenciar que, desde la perspectiva sistémica y la dinámica de las transformaciones familiares, la contribución de los pilares teóricos expuestos en el texto apunta a lo siguiente:

- Reconocimiento de la perspectiva sistémica: La familia es conceptualizada como un sistema abierto que se autorregula mediante reglas internas. El análisis de la familia multiproblemática requiere un abordaje multid-

mensional que considere los aspectos estructurales (jerarquías, límites), funcionales (roles, socialización) y evolutivos (cambios en el tiempo). Esta visión es esencial para comprender el caos y la desorganización.

- Transformaciones y diversidad familiar: El texto subraya que la familia ha evolucionado debido a cambios socioeconómicos, políticos y culturales, lo que ha generado una diversidad de modelos familiares y la pérdida de referentes tradicionales. El consenso académico afirma que la estructura familiar no determina su calidad o funcionalidad; un punto crucial para evitar el sesgo del "modelo tradicional" al analizar las familias multiproblemáticas.
- Enfoque ecológico y sociopolítico: Se menciona la importancia de la dimensión sociopolítica en la intervención y la necesidad de incorporar el contexto sociocultural dentro de la actividad terapéutica. Esto es vital para entender cómo factores como la pobreza crónica y la violencia estructural en el contexto venezolano inciden en la dinámica familiar. La referencia a buscar un conocimiento más allá del servicio de psicología y trabajo social ("sistema ecológico") orienta directamente a la necesidad de un modelo que trascienda lo puramente intrapsíquico y apunte hacia una mirada psicosocial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de investigación se articula a partir de las evidencias empíricas recabadas en el contexto de las discusiones clínicas del Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño (INVEDIN). Específicamente, el cuerpo profesional identificó un patrón clínico complejo caracterizado por la concurrencia de:

- Diagnóstico primario: niños que presentaban un trastorno de desarrollo específico.
- Contexto sistémico agravante: la inserción de estos pacientes en sistemas familiares que manifestaban una multiproblematicidad transversal, abarcando las dimensiones individual, familiar y sociocomunitaria.

Dificultad de abordaje y respuesta institucional: esta complejidad sindrómica en las familias, designadas como multiproblemáticas, reveló una ineficacia o baja respuesta ante los modelos de intervención psicoterapéutica tradicionales. La persistente resistencia al cambio en estos sistemas generó una tensión disfuncional en los profesionales tratantes, manifestada a través de:

- Agobio emocional.
- Sobrefuncionamiento.
- Percepción de fracaso terapéutico.

Justificación epistémica y clínica: la problemática descrita impulsó la necesidad de una indagación sistemática para profundizar en el conocimiento sobre configuración, dinámica de funcionamiento y recursos o déficits de estas familias. El objetivo primordial de esta exploración cualitativa es optimizar la calidad de la praxis clínica y formular estrategias de atención que sean más sensibles y efectivas para esta población clínica vulnerable. Para responder a esta necesidad, se plantea el siguiente objetivo de investigación.

OBJETIVO

El objetivo principal de la investigación fue analizar las características, las dinámicas de funcionamiento y los temas que emergen en las familias multiproblemáticas desde un acompañamiento psicosocial, tal como son percibidos por un grupo de psicólogos clínicos durante la discusión de casos.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se enmarcó explícitamente en una metodología de investigación de tipo cualitativo y descriptivo. Esta elección obedece a la naturaleza del fenómeno investigado y al objetivo central propuesto de analizar las características, las dinámicas de funcionamiento y los temas que emergen en las familias multiproblemáticas, tal como son percibidos por un grupo de psicólogos clínicos y trabajadores sociales durante la discusión de casos.

ENFOQUE Y PROPÓSITO DEL ABORDAJE

- Tipo de investigación: cualitativo y descriptivo: el enfoque cualitativo se seleccionó con la finalidad de identificar y caracterizar los temas centrales que se discutieron en las reuniones clínicas, buscando captar activamente el sentido subyacente y el significado del complejo fenómeno de las familias multiproblemáticas. Este objetivo de comprensión profunda de las percepciones y dinámicas es inherentemente cualitativo y permite una lectura adaptada a las necesidades de los consultantes.

ESTRATEGIA DE MUESTREO Y ANÁLISIS

- Muestra y muestreo teórico: para la selección de los casos se empleó un muestreo teórico, una estrategia típicamente cualitativa. Este método se orienta a la elección intencional de casos que poseen el potencial de generar nuevas comprensiones sobre el fenómeno, en lugar de buscar representatividad estadística. Los criterios de selección rigurosos, como la dificultad económica, la pertenencia al programa de becas y un mínimo de ocho sesiones de terapia, aseguraron la riqueza informativa del material analizado.
- Técnica de análisis de datos: la información, recolectada mediante la grabación de audio y la posterior transcripción de tres discusiones de casos clínicos, fue procesada mediante un análisis de contenido temático. Esta técnica es fundamental en la investigación cualitativa, pues está destinada a formular inferencias reproducibles y válidas a partir de los datos, mediante la identificación y la agrupación de los temas emergentes en categorías y subcategorías.
- Rigor metodológico: el rigor metodológico del estudio se sustenta en la coherencia epistemológica entre el objetivo de investigación y las técnicas seleccionadas. La elección del abordaje cualitativo, el muestreo teórico y el análisis de contenido temático permiten explorar la complejidad del fenómeno de la multiproblematicidad familiar, garantizando que la interpretación de los hallazgos se corresponda con la realidad tal como es experimentada y comunicada por los profesionales intervinientes. En razón de lo expuesto, conviene precisar:

POBLACIÓN Y MUESTRA

- Población: la población objetivo estuvo conformada por las familias con dificultades económicas que recibían asistencia en el Servicio de psicoterapia, terapia familiar y trabajo social de INVEDIN, y que presentaban problemas en las dimensiones individual, familiar y social. Estas familias formaban parte del programa de becas "Corazones Blancos".
- Muestra: la selección se realizó mediante un muestreo teórico, un método cualitativo en el que se eligen casos con el potencial de generar nuevas comprensiones. Los criterios de selección incluían que las familias tuvieran dificultades económicas, estuvieran en el programa de becas de mayor cobertura (90-100%) y hubieran asistido al menos a

ocho sesiones de terapia, para asegurar que el terapeuta obtuviera suficiente información.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la grabación de audio y la posterior transcripción de tres discusiones de casos clínicos de las familias seleccionadas. En estas reuniones, los psicólogos compartieron información detallada sobre la dinámica familiar, el genograma, los roles, la comunicación y los eventos estresantes.

ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

Se empleó un análisis de contenido temático, definido como una técnica orientada a formular inferencias reproducibles y válidas a partir de los datos. Las unidades de análisis correspondieron a los temas emergentes durante las discusiones. El proceso de análisis incluyó las siguientes fases:

- Preanálisis: ordenación y sistematización del material transcrito.
- Explotación: identificación y agrupación de los temas en categorías y subcategorías.
- Tratamiento de resultados: interpretación y discusión de los hallazgos a la luz del marco teórico, con miras a la articulación del informe final.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se aplicarán los principios del Informe de Belmont para asegurar la protección de los participantes:

- Confidencialidad: Se modificaron los nombres para proteger la identidad de las familias.
- Consentimiento y beneficencia: se informó a los psicólogos sobre el uso de la información y se les permitió revisar los resultados antes de la entrega final.
- Protección de la población vulnerable: se seleccionó la muestra para evitar la sobreutilización de las familias vulnerables.
- Devolución de resultados: se realizó una devolución previa de los resul-

tados tanto a los terapeutas como a la institución (INVEDIN) para que la información fuera provechosa y no amenazante, con el fin de que se utilizara para mejorar los procesos institucionales.

Tabla 1
Familias participantes

Nro. de discusión clínica/familia	Nombre	Parentesco con el paciente	Edad	Grado de instrucción	Ocupación	Estrato (según Graffar)
Familia Nro. 1	Graciela	Paciente	9 años	5to Grado	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 1	Lucrecia	Abuela	61 años	6to grado	Pensionada	IV Obrero
Familia Nro. 1	Wilma	Tía Paterna	31 años	Estudiante univ.	Docente	IV Obrero
Familia Nro. 1	Luis	Tío Político	34 años	Bachiller	Albañil	IV Obrero
Familia Nro. 1	Ana	Prima	13	1er año	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 1	N/A	Prima	5	3er nivel	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 1	N/A	Prima	3	1er Nivel	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 2	Julia	Paciente	10	3er grado	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 2	Magda	Madre	29	Bachiller	Secretaria	IV Obrero
Familia Nro. 2	Rafael	Padre	25	6to grado	Mecánico	IV Obrero
Familia Nro. 2	Rafael	Hermano	7	1er grado	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 3	Joselín	Paciente	12	6to grado	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 3	Lola	Madre	39	Bachiller	Peluquera	IV Obrero
Familia Nro. 3	Carlos	Abuelo	70	Primaria	Pensionado	IV Obrero
Familia Nro. 3	Gemelo 1	Hermano	6	2do Nivel	Estudiante	IV Obrero
Familia Nro. 3	Gemelo 2	Hermano	6	2do Nivel	Estudiante	IV Obrero

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar, las tres familias pertenecen al estrato obrero según Graffar y varían en número de miembros y en el grado de instrucción. Aunque todos los adultos tienen un nivel educativo entre primaria y bachillerato, una de las madres está cursando educación a nivel superior. Las pacientes identificadas son niñas y tienen edades que oscilan entre los 10 y 12 años, todas cursando educación primaria.

Tabla 2
Condiciones de la familia en las dimensiones individual, familiar y social

Nro. de discusión clínica / Familia	Dimensión individual	Dimensión familiar	Dimensión social
Familia Nro. 1	Déficit de atención	- Inestabilidad por abandono y apariciones esporádicas de la figura paterna. - Exesposo de la tía, violento, vive enfrente e ignora a la hija.	- Viven en zona popular con acceso a servicios básicos - Hacinamiento - Recibe ayuda económica para costear los tratamientos
Familia Nro. 2	Depresión/ ansiedad	- Violencia asociada a género - Maltrato infantil	- Viven en zona popular con acceso a servicios básicos - Recibe ayuda económica para costear los tratamientos - Notificación en LOPNNA por maltrato infantil
Familia Nro. 3	Rasgos depresivos	- Alcoholismo y conductas violentas del abuelo. - Maltrato infantil de parte del abuelo - Parentificación - Gemelos con discapacidad intelectual	- Viven en zona popular con acceso a servicios básicos - Recibe ayuda económica para costear tratamientos - Demandas en Fiscalía por conductas violentas del abuelo

Fuente: Elaboración propia

Como se evidencia en la tabla, las tres familias convergen en las siguientes problemáticas:

DIMENSIÓN INDIVIDUAL COMÚN:

- Todas las niñas tienen diagnósticos psicológicos: trastorno por déficit de atención (familia 1), depresión y ansiedad (familia 2), rasgos depresivos (familia 3).

DIMENSIÓN FAMILIAR COMÚN:

- Violencia intrafamiliar presente en los tres casos.
- Casos Específicos:

- Familia 1: inestabilidad por la ausencia o reapariciones del padre.
- Familia 2: violencia y maltrato destacados.
- Familia 3: alcoholismo del abuelo, maltrato del abuelo hacia su hija y nietos, parentificación de la niña (asume roles de adulto) y hermanos con discapacidad intelectual.

DIMENSIÓN SOCIAL COMÚN:

- Viven en zonas populares con acceso a servicios básicos.
- Reciben apoyo para tratamientos del programa Corazones Blancos (INVEDIN).
- Casos específicos:
 - Familia 2: se realizó una notificación por indicios de maltrato infantil de acuerdo con la Ley de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA).
 - Familia 3: se registran demandas activas ante la Fiscalía y los tribunales competentes, derivadas de las conductas violentas del abuelo y de la exigencia de manutención infantil por parte del padre.

En síntesis: las tres familias enfrentan una situación de multiproblematización, con niñas que presentan diagnósticos psicológicos, violencia familiar común, residencia en zonas vulnerables y apoyo de INVEDIN. Cada familia presenta problemas adicionales específicos (inestabilidad paterna, maltrato extremo, alcoholismo, parentificación y discapacidad) e intervenciones sociales particulares (notificación LOPNNA, trámites de denuncia, demandas judiciales).

Tabla 3
Profesionales participantes de la discusión clínica

Código	Edad	Sexo	Profesión	Tiempo en la Institución
S1	40	F	Trabajadora social	4 años
S2	40	F	Psicóloga	8 años
S3	27	F	Psicóloga	3 años
S4	27	F	Trabajadora social	3 años
S5	26	F	Psicóloga	2 años
S6	28	F	Psicóloga	2 años
S7	40	F	Psicóloga	3 años
S8	43	M	Trabajador Social	7 años
S9	40	F	Trabajadora Social	7 años

Fuente: Elaboración propia

En la tabla anterior se observa que, de los nueve profesionales, uno es hombre y ocho son mujeres. El grupo que más tiempo tiene en la institución (tres de ellos) ha estado entre siete y ocho años, mientras que cinco profesionales tienen entre dos y tres años en INVEDIN; finalmente, hay una persona que tiene cuatro años en la institución. Todos pertenecen al servicio de psicoterapia, terapia familiar y trabajo social y participaron en las discusiones clínicas. Cabe destacar que S9 no participó en la primera discusión y, por cuestiones de horario, llegó a las reuniones cuando ya se habían iniciado.

Una vez que se procedió a la transcripción de las discusiones clínicas, se elaboraron las categorías que se desprendieron del análisis de contenido. A continuación, se muestran aquellas que se consideraron relevantes y son comunes a las familias participantes (en el caso de que solo aparezcan en dos de las tres, se especifica).

Las categorías se organizaron en referencia a los contenidos temáticos que atañen a los aspectos técnicos del trabajo profesional de los psicólogos participantes.

CONTENIDOS TÉCNICOS

1. La elección del tipo de intervención es compleja.
2. El trabajo en equipo es fundamental para visualizar los aspectos positivos que el terapeuta no logra ver por sí solo.
3. Los terapeutas intervienen para fortalecer la pobre conexión emocional entre padres e hijos.
4. Los niños reciben tratamientos diferentes.
5. Los terapeutas se anticipan al fracaso.
6. Las aclaratorias constantes son necesarias durante la presentación de casos en grupos profesionales.
7. El humor usado para aliviar la tensión emocional.

En los apartados siguientes, se despliega el análisis detallado de estas categorías acompañado de una contextualización temática y sustentado mediante la transcripción de extractos verbatim (citados textuales) ilustrativos:

LA ELECCIÓN DEL TIPO DE INTERVENCIÓN ES COMPLEJA

Esta categoría refleja el conflicto que evidencian los terapeutas al organizar la intervención clínica, pues se encuentran frente a dos visiones paradigmáticas: una unidimensional, basada en aspectos intrapsíquicos, y otra integrativa, que supone acciones terapéuticas en diversos planos, tales como los interaccionales, culturales y subjetivos. La consecuencia que se genera es la confusión y las dificultades en la planeación y ejecución de las intervenciones.

Las preguntas que surgen ante este cuestionamiento son las siguientes: ¿Cuándo es indicado un tipo de terapia individual o familiar? ¿Se inicia con terapia individual y se cambia a un abordaje familiar, o viceversa? ¿Cómo manejar el cambio de encuadre con un niño que pasa de terapia individual a familiar? ¿Estoy restándole espacio de terapia al niño al iniciar una terapia de familia? ¿Será iatrogénico que el cambio de modalidad de terapia lo lleve el mismo terapeuta? ¿Es mejor referirlo a otro profesional? ¿Con qué frecuencia se planifican las consultas con familias cuyas ocupaciones les dificultan la asistencia y puntualidad al tratamiento? ¿A qué miembros del grupo familiar se debe incluir? ¿Qué hacer si las personas citadas no asisten?

S3: Sí, yo lo que no he sabido manejar muy bien es... los espacios, porque este... sí, como, yo lo que he hecho, cuando yo trato de hacer estas cosas operativas de vamos a ver cómo nos organizamos, yo tengo reuniones esporádicas con ellos. La continuidad es con Graciela y yo los invito a ellos de vez en cuando; pero ahora con lo que dice **S6** me pongo a pensar yo qué hago, me invento... o sea agrego a Ana en las sesiones con Graciela, agrego a la familia, o sea ¿cómo hago?; y ese es el problema eterno aquí con los espacios, que no sabes qué hacer, porque si comienzas a atender a la familia, le quitas el espacio al caso individual.

S4: A mí no me parece que deje a Graciela, me parece que el asunto del abandono es muy delicado, me parece chévere que la esté viendo y que se ocupe de la familia por otros lados, pero ese asunto con Graciela está como... o sea, hay que seguir fortaleciendo eso.

S2: Como cada una con su psicoterapia y van a tener sesiones familiares con las dos terapeutas.

S2: Y otra cosa que me parece importante es que presentar el caso individualmente o en familia como lo presentaste hoy es totalmente diferente, o sea, la niñita no suena ni tan patológica como la presentaste individualmente.

S1: No te entiendo, cuando tú dices si estamos trabajando en qué dimensión, a ver [...silencio de 4 seg.] Sí, evidentemente yo con Joselín he trabajado más lo psicológico, sin embargo, ha ido planteándose un poco más lo que ha sido la historia de ella...

(Interrumpe **S9**): Susana, lo que te está planteando es si nosotros como institución podríamos ofrecerle más allá que un servicio psicológico.

S8: considerando que es un tipo de demanda [comenta al fondo mientras sigue hablando **S9**].

S9: ... o sea, qué hacemos nosotros, además de verla aquí la hora de atención y de mover el sistema, si nosotros podríamos ir más allá con nuestro supuesto sistema ecológico.

Como ya se mencionó, en esta categoría se expresan inquietudes que se engranan en la discusión acerca de la relevancia de incorporar el contexto sociocultural y la subjetividad subyacente a este, dentro de la actividad terapéutica.

Los psicólogos y trabajadores sociales parecen debatirse entre dos modelos de atención. Uno individual e intrapsíquico, que se enfoca en el abordaje

terapéutico infantil con orientaciones a la familia, centrado en la causalidad lineal; y otro modelo que implica reconocer las diferencias culturales en poblaciones en situación de pobreza. Reflexionar acerca del tipo de interrelación que esto genera en la familia y comprender sus patrones de funcionamiento implica nuevas lecturas y, por tanto, un abordaje diferente y adaptado a las necesidades de los consultantes.

Como este segundo modelo implica arriesgarse a ir más allá de la psicoterapia tradicional, se genera confusión sobre las técnicas de abordaje al iniciar un trabajo enmarcado en un paradigma poco conocido, el cual requiere estar atento a varias dimensiones. Al respecto, caben las reflexiones de Bertrando (2011) acerca de la posibilidad que tienen los terapeutas de integrar diversas teorías, manteniendo un marco teórico que lo respalde, pero siendo capaz de salir de este para usar y aceptar temporalmente otras técnicas específicas, en la medida en que las complejidades terapéuticas en la realidad lo demanden.

En el aspecto técnico circunscrito al tipo de abordaje, los profesionales deliberan acerca de cuál encuadre terapéutico es el que se ajusta mejor para atender a las familias multiproblemáticas, vislumbrando que la evolución positiva de los niños atendidos depende en gran parte del fortalecimiento familiar y la atención a los fenómenos contextuales que forman parte de su vida. En contraste, se evidencia su inquietud de que, al ampliar la visión intrapsíquica y por ende modificar sus estrategias, van a afectar negativamente los vínculos con los niños que son los pacientes identificados. Adicionalmente, les preocupa generarles un espacio terapéutico extra a familias cuyos hijos ya tienen por lo menos dos tratamientos en distintas áreas, lo que propiciaría un estrés adicional por las carencias económicas y de tiempo que les son características.

Al respecto, Andolfi (2002) plantea que en la actualidad, con la multiplicidad de enfoques, se hace complejo elegir qué tipo de terapia puede ser la más adecuada: individual, familiar o grupal. El autor advierte que es necesario entender que transitar de una terapia individual a una familiar no va a colocar más material que permita a los terapeutas, a las familias o a la institución resolver los problemas; piensa que la clave está en considerar a la familia como protagonista de su propia evolución positiva, al dejar de asumirla como el problema para entender que es el recurso principal.

En consecuencia, se requiere evaluar las situaciones de sufrimiento y los síntomas desde una postura genuinamente desprejuiciada y respetuosa, comprendiendo que los síntomas son el primer vínculo entre la familia y el terapeuta; por lo tanto, hay que ser cuidadosos para lograr un ambiente en

el que la familia se sienta cómoda y se permita revisar la construcción de la patología desde lo intergeneracional, lo social, lo institucional y lo cultural. Finalmente, la elección del *setting*, pasaría por considerar, entre otros aspectos, la motivación y la expectativa de la familia.

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LO ENCONTRADO

Nuestro punto de partida es reconocer que la asunción de roles y la distribución equilibrada de responsabilidades son facilitadas en la terapia. El análisis muestra las intervenciones generalmente directivas de los terapeutas o señalamientos del equipo de la reunión, destinadas a que los miembros de la familia asuman de manera responsable su rol, de acuerdo con el parentesco, la edad, las habilidades y la posición en la familia. Dichas intervenciones persiguen generar sensación de seguridad en los niños, distribuir equilibradamente las responsabilidades en el sistema o hacer uso de redes de apoyo que la familia, al parecer, no se encuentra en condiciones de gestionar por sí sola.

S3: entonces una de las cosas que se trabajó con la familia fue determinar en dónde iba a vivir Graciela, quiénes iban a ser sus cuidadores significativos para así generar un sistema de arraigo familiar y no esa situación de estar en el aire.

S8: ajá, pero ya va, una pregunta; tú hablabas de que los temas más grandes que tiene esta familia son el problema de valor y el problema de inestabilidad; entonces, esas son las cosas que habría que abordar. Una intervención de inestabilidad, ¿cuál podría ser?

S3: yo creo que lo más importante es la definición de roles, o sea, para mí eso es lo primero que hay que definir. Tiene que estar toda la familia y que me vayan diciendo qué hace cada quien, ir problematizando la función de los roles.

S5: que yo lo que pensaba era que era lo que estaba comentando Miranda, yo trabajaría lo de enfatizar con la chama que ella no es un adulto, enfatizarle a la mamá que ella, aunque tiene funciones de adulto, sigue siendo una niña.

(**Interrumpe S2**): y ponerla a ser niña cada vez que se pueda.

S5: y yo creo que una forma buena es lo que estaba diciendo Miranda de preguntarle que aunque ella lo vivió así como le hubiese gustado vivirlo, porque si ella se pone en ese papel puede ponerse en el papel de cómo le gustaría a Joselín vivirlo.

El tema de la distribución de roles se pone de manifiesto como una actividad terapéutica realizada por las psicólogas y los trabajadores sociales en función de proporcionar estructura y orden que sirvan de soporte a los niños para tener un poco de arraigo y seguridad, ante la poca claridad que los circunda en su ambiente familiar.

En el caso de la parentificación, por ejemplo, los profesionales presentan opciones para que la niña tome los espacios necesarios con el fin de que realice actividades correspondientes a su nivel evolutivo y liberarla de cargas injustas, al igual que redistribuir entre los niños pequeños responsabilidades acordes a la edad. En el corpus de la investigación se evidenció un uso de intervenciones directivas frecuentes dirigidas a lo estructural; las terapeutas apoyan a las familias en la clarificación de los roles y en determinar quiénes tienen el poder de decisión sobre los niños. Similarmente, durante las discusiones clínicas, se evidencian propuestas del equipo terapéutico de elaborar estrategias que deleguen paulatinamente a los consultantes la responsabilidad de realizar acciones que les comprometan con el cambio. A la vez, se van descubriendo con la familia caminos a seguir para reestructurarse, como cuando se invita a preguntarle a la madre cómo vivió su propia parentificación, con la idea de generar un cuestionamiento que la lleve a imaginarse otras opciones.

En estos casos la asunción de roles y distribución equilibrada de responsabilidades se realiza a través de diferentes tipos de intervenciones. Esto coincide con las posturas que mantienen que, en el caso de las familias ligadas a contextos de pobreza y exclusión, se debe evaluar qué intervención se ajusta, ya sea directiva o focalizada en el diálogo, en la medida en que se va contrastando con las familias su apertura a ellas y teniendo siempre como marco de referencia el contexto socioeconómico cultural. La responsabilidad se comparte así entre el terapeuta y los consultantes, rescatando las potencialidades del grupo familiar que le permiten al profesional moverse entre una posición directiva y una de diálogo, en la que la comprensión, la reflexión conjunta, la problematización y una postura verdaderamente respetuosa sirven para que se produzcan los cambios.

EL TRABAJO EN EQUIPO ES FUNDAMENTAL PARA VISUALIZAR LOS ASPECTOS POSITIVOS QUE EL TERAPEUTA NO LOGRA VER POR SÍ SOLO

Se hacen evidentes los señalamientos del equipo al mostrar la evolución positiva del tratamiento y reconocer intervenciones acertadas del terapeuta, quien pareciera no asumirlas inicialmente. Se destacan también los resultados del trabajo en conjunto con otros tratantes en diferentes áreas, lo que permite que se aprecien cambios en los consultantes que no se visualizarían si estuviesen asistiendo únicamente a la psicoterapia o terapia familiar.

S3: Susana (terapeuta de otro servicio: conductual) me dijo "ya yo no sé qué hacer con ella porque ella es mi niña modelo, es casi mi coterapeuta, o sea, todos los hábitos los adquirió súper rápido, todos los objetivos se cumplieron súper rápido".

S4: según las maestras que está bien, hubo un incidente en diciembre si no me equivoco, cuando la niñita le dijo amorfo a uno de los niñitos, por supuesto se formó un revuelo, porque no les gustó que le dijeran amorfo, pero desde ese año académico no ha pasado nada.

S2: ¿O sea que, en este año escolar no ha pasado nada?

S2 y S4 (casi al mismo tiempo): ¿O sea, ella no es agresiva con los niños?

S2: ¿Y tiene cuánto tiempo contigo en terapia?

S4: desde abril del año pasado.

S8: ¿Coincide su cambio de comportamiento con el tiempo en terapia?

S4: no sé si ha tenido mejoramiento terapéutico, la verdad.

S8: pero hay una parte conductual evidente.

S9: sí, yo te quería hacer como comentario final, que además no lo he escuchado en reunión clínica, que es un caso bien complicado, y una de las cosas que hemos conversado es este tema de irse encontrando con esta familia poco a poco y yo creo que has hecho las cosas de una forma bien chévere, porque aunque te hemos dicho algunas cosas, es importante comentarte que me parece que, bueno que ha sido exitoso en lo que estás haciendo y que, a pesar de que te decimos todo lo que te estamos diciendo, tienes una familia constante que viene y eso es porque lo estás haciendo bien.

S7: sí, bueno, pero es que justamente la reunión clínica se da como buscando por lo complicado que se veía la situación, todo el mundo decía que no se podía manejar aquí por todo lo social y bueno, fíjate la sorpresa de que hemos tenido cosas positivas que se han descubierto.

Los aspectos positivos tal y como aparecen en este tema tocan dos variantes: cómo el trabajo en equipo en distintas dimensiones permite visualizar la evolución positiva de los niños y las familias en otros ámbitos, que no son evidentes en un abordaje exclusivamente psicoterapéutico o de terapia familiar; asimismo, muestra que los otros profesionales funcionan de espejo para reflejar los avances en las familias en vista de que sus terapeutas no logran visualizarlos. Esto coincide con estudios que sostienen que el trabajo en equipo organizado y coherente puede ser una herramienta fundamental que promueva la reflexión y el cuestionamiento. Particularmente en familias que están sumergidas en una multiplicidad de problemas, sirve como una herramienta de confrontación con la realidad que hace posible observar los avances.

La otra vertiente del equipo y la relación con lo positivo permiten hipotetizar que ciertas intervenciones en otras áreas funcionan como una plataforma que proporciona estructura. En uno de los casos, la intervención en terapia conductual y, en otro, la de trabajo social, parecieron haber canalizado el avance ofreciendo cierto orden y facilitando la aparición de recursos. A partir de esto se desprende que diferentes lecturas de un mismo problema, en las que el trabajo multidimensional se realiza coherentemente, proveen de distintas variantes de la realidad en las que emergen cambios positivos.

LOS TERAPEUTAS INTERVIENEN PARA FORTALECER LA POBRE CONEXIÓN EMOCIONAL ENTRE PADRES E HIJOS

Existe un trabajo sistemático por parte de los terapeutas para reconocer las emociones de los padres e hijos y facilitar conexiones afectivas que comúnmente son escasas o están interferidas.

S3: entonces yo hablé con el papá y me reuní también con toda la familia y le dije "mira, es buenísimo que llegues y que tengas la posibilidad económica de ayudar a toda tu familia; sin embargo, hay una línea muy delicada que se está cruzando aquí con Graciela en la que ella se está conectando contigo sólo a través de los objetos que tú le das, entonces es muy importante volverte a conectar con Graciela, ya que volviste, y hacer un contacto..." porque supuestamente él no sabía si se iba a ir, si se iba a quedar por un tiempo prolon-

gado "...entonces es muy importante, ya que volviste, que vuelvas a conectarte otra vez con tu hija en un nivel más afectivo a jugar", porque él dice "no, es que entonces todo es plata" le dije: no, llévatela al parque con una pelota y juegan o cualquier cosa donde sea un momento de tú a tú que no sea comprar los útiles, comprar, comprar, comprar. Entonces él me dice, si ya yo le he dicho que, si ella me quiere nada más por la plata, entonces él la maneja así, no te voy a dar nada porque tú nada más me quieres es por la plata, en vez de buscar un contacto afectivo con ella.

S6 (interrumpe): pero es que ahí tú también, como Graciela, caes en la trampa de que él se iba a quedar, entonces comparte con Graciela ese sentimiento...

S3 (Interrumpe): pero es que él no sabía que se iba a ir.

S6: no, y yo no estoy diciendo que te equivocaste, sólo que pensaste eso y puedes elaborar con eso para decirle, yo que soy grande y no sé que que... Compartir ese sentimiento que es genuino y la rabia que le dio es genuina.

S6: No, yo creo que, con lo que tú dices de la mamá, que Julia le causaba mucha angustia, Julia te causa mucha angustia, entonces como que con el trabajo de familia no sería como que con la mamá aunque sea, contarle eso mismo que tú sientes, como que ser empática y validarle lo que ella siente; mostrarle que eso que le pasa, que se supone que uno estudió pa' eso y no hay manera pues, que ella es así y sería como darle estrategias de ellos de cómo manejarlo, porque para eso es que ellos vinieron.

Los terapeutas detectan problemas para el acercamiento afectivo que evitan que los miembros atiendan los aspectos emocionales del otro, especialmente de los niños. En este sentido, desarrollan estrategias en función de que los consultantes logren conexiones afectivas que permitan satisfacer las necesidades infantiles.

En los *verbatim* transcritos se ejemplifica cómo se trata de que se establezca una relación basada en el afecto y no en lo económico, ayudando al adulto a tomar las acciones para facilitarla. Adicionalmente, se puede apreciar a la terapeuta mostrándole a una niña en un caso, y a una madre en otro, que sus sentimientos son válidos y cómo manejarlos. Esto ayuda a desarrollar la consideración hacia sí mismo y hacia el otro. En el ejemplo de la madre de Julia, los terapeutas se proponen que logre comprender a su hija para validarla y mostrarle su afecto.

Barudy y Dantagnan (2005) plantean que muchas de las dificultades en este ámbito son la consecuencia de diversos factores, entre los cuales destacan las limitaciones orgánicas de los padres, las pérdidas, rupturas y experiencias traumáticas que no han sido elaboradas y que frecuentemente provienen de los malos tratos recibidos en su infancia y adolescencia, tanto de sus familias de origen como de instituciones. Argumentan que muchos de estos padres han estado inmersos en situaciones de pobreza y exclusión social que los han expuesto a una serie de eventos negativos de vida, a lo que se le añade la variable de que muchos de ellos han sido padres adolescentes, careciendo del apoyo familiar y social que requerían para ejercer una función tan compleja como la parental.

En consideración a lo que señalan los autores, si bien en estas discusiones clínicas no se ahondó en el tema intergeneracional, estos argumentos son consistentes con los hallazgos de las familias estudiadas; específicamente, en dos de ellas se registraron embarazos adolescentes. Adicionalmente, una de las parejas de padres fue apoyada por la familia de origen, cuyo ambiente estaba desbordado de violencia y en el que la agresión física entre sus miembros era parte de la cotidianidad.

Un descubrimiento interesante es que al revisar las historias de las consultantes, se encuentran antecedentes psiquiátricos tales como: uno de los abuelos de las niñas con esquizofrenia, otro abuelo con alcoholismo acentuado y otro con explosiones de carácter e impulsividad muy acentuadas, además de tíos con trastornos de conducta. Esto permite inferir que la infancia de estos padres estuvo también inmersa en situaciones de alta tensión emocional, así como de eventos traumáticos que favorecieron la deprivación socioafectiva. Sin lugar a dudas, desde esta óptica se comprende la dificultad en algunos casos (e incompetencia en otros) para ejercer sus funciones parentales.

LOS NIÑOS RECIBEN DIFERENTES TRATAMIENTOS

Esta categoría representa los abordajes que realizan distintos profesionales en diversas áreas para un mismo niño, lo que apunta a la conformación de redes en el proceso terapéutico.

S3: esa reunión fue bastante fuerte, yo esa reunión la hice con Susana, porque Susana estaba atendiendo a Graciela en ese momento en conductual.

S1: estee... bueno, inicialmente los gemelos estaban en conductual y lenguaje y ahorita están en psicoeducativa y lenguaje estee..., se salió de conductual y yo creo que fue una decisión chévere.

S2: ¿Y nosotros estamos entrando en un pedacito o estamos manejando la conexión completa? ¿Por qué con nuestras trabajadoras sociales podemos trabajar más integralmente? ¿O sea, cómo estamos trabajando el caso?

El trabajo en multiproblematicidad típicamente involucra más de un servicio en la atención a los consultantes. En las discusiones clínicas presentadas, esto se evidencia en la intervención conjunta entre terapeutas de dos áreas diferentes durante una sesión con la familia. Posteriormente, en el segundo *verbatim*, se evidencian los cambios de tratamiento en diferentes servicios, haciéndose patente que la psicóloga tratante está al tanto y de acuerdo con las decisiones. Finalmente, aflora una preocupación por un abordaje integral en distintas dimensiones.

Esto pone de manifiesto que los niños en la institución son atendidos por diferentes profesionales que en ocasiones pueden trabajar juntos o en sus respectivas áreas para tratar una dinámica particular, dándole énfasis a un abordaje integral que beneficie a la familia. Lo anteriormente señalado se enlaza con los contenidos acerca de la relevancia del trabajo en equipo, pues, indudablemente, esta variedad de profesionales participando en la atención requiere de una coordinación importante para evitar reproducir el caos y la desorganización que se hace presente en la estructura y dinámica familiar.

Diferentes autores han señalado la importancia del establecimiento de redes y de una comunicación estrecha para evitar contradicciones, atenciones fragmentadas o descontextualizadas. En consecuencia, la revisión de las intervenciones pasa porque los terapeutas involucrados, al hacer sus análisis y reflexiones, se incorporen dentro de estas discusiones como parte del sistema, pues corren el peligro de quedarse en una noción de patología y tratar los diferentes problemas por áreas: drogas, violencia, maltrato infantil, entre otros; quedando atrapados en un sistema que se rigidiza y le cuesta modificarse al restarle a la familia la posibilidad de entender y asumir su cambio, pues esta se percibe como ineficaz o enferma. Es por esto que no hay que olvidar cómo son vividos y representados los fenómenos socioculturales que terminan organizando las experiencias de las personas y su funcionamiento; noción que se corresponde con la concepción de sistema creado por los problemas y no al revés.

En este orden de ideas, cabe destacar que en la institución dentro de la cual se realizó la investigación existe para cada niño atendido una figura denominada tutor, que es el profesional responsable de garantizar una comunicación fluida entre la familia, los diferentes terapeutas e instituciones que

atienden a los niños, lo que es coherente con la necesidad de mantener una red que funcione alineada en sus intervenciones.

LOS TERAPEUTAS SE ANTICIPAN AL FRACASO

Esta categoría muestra las expectativas negativas que las psicólogas tratantes se plantean respecto a una posible evolución positiva de la familia, a la viabilidad de convocar a todos sus miembros o a sus propias habilidades para trabajar con ellos.

S2: ¿Y cómo te suena lo que está diciendo él?

S3: no, bien yo puedo tratar perfecto, o sea yo no tengo ningún problema, sobre todo con esta familia en particular, o sea, me lo dices con otra gente y tengo más resistencia, pero con ellos no, con ellos yo siento que hay que hacer un cambio porque están muy estancados, Ana por su lado y Graciela por el suyo, y yo siento que algo tiene que pasar. Ahora a mí lo que me preocupa es si operativamente esto se va a poder dar por todos los rollos que tiene esta familia. Yo le comenté a Wilma que nosotros estábamos discutiendo que esta reunión se va a dar, para mí sería ideal que por lo menos la primera reunión fuera con Gina y con Susana, un poco para jamaquearlas, ¿no? Y que cada quien dé su punto de vista.

S1: sí, pero igual es una manera de, como dirían los sistémicos, ella está metiendo un tercero ahí que es el trabajo, y ella dijo que se quería ir, yo creo que de alguna manera está como buscando, que no fue casual, ella de alguna manera o pre consciente tenía esto de tengo que ir cortando con esto; ahora, pareciera, yo no sé nada de violencia familiar, pero pareciera que es la dinámica esa que se mantiene la cosa porque hay una mujer con unas características que vienen de una familia con un superyó que se transmite, porque eso se transmite, o sea como lo tengo yo, entonces viene con esa cosa tan punitiva, a esta recibía un maltrato, yo no sé yo me hice la fantasía, que tenía un maltrato ahí y que se busca un marido castigador.

S8: por eso pongo en duda la ida, yo creo que ella puede aprender a convivir, que es una independencia económica, pero hasta ahí.

S4: sí, yo también la pongo en duda, yo sí creo, Pedro, que es un avance que ella lo haya pensado y es un avance de cómo ella me habló de que ella está consciente de cómo esto puede estar afectando a los chamos, pero de ahí a que eso se logre, yo estoy de acuerdo contigo.

En las expresiones de los terapeutas se hace evidente la sensación de desesperanza por la rigidez que muestran las familias ante las posibilidades de cambio en ciertos ámbitos, las inasistencias y las dificultades para establecer citas y horarios. Los psicólogos se plantean estrategias de las cuales dudan, se anticipan a la obtención de resultados negativos y esto puede ser una señal de agobio, producto del alto nivel de implicación ante situaciones que exceden sus posibilidades de respuesta tanto en los hechos como emocionalmente.

Coletti (1997), por su parte, hace referencia a que esta sensación de fracaso se construye a partir del uso de intervenciones que funcionan en otros contextos, las cuales, al dejar de tener efectividad, inducen en el terapeuta una disminución de sus expectativas y una ansiedad al fracaso que se extrapolará a sus siguientes sesiones, producto de abordajes esquemáticos aplicados a sistemas familiares de mayor complejidad.

Otra explicación, que no es excluyente de la anterior, reside en que dicha incredulidad hacia la posibilidad de avances de los consultantes pudiese asociarse a la falta de coincidencia entre los objetivos de la familia y el terapeuta, que suelen ser dispares producto de las diferencias culturales, ideológicas, entre otras.

LAS ACLARATORIAS CONSTANTES SON NECESARIAS DURANTE LA PRESENTACIÓN DE CASOS EN GRUPOS PROFESIONALES

Esta categoría incorpora las intervenciones frecuentes que realizan los psicólogos para precisar datos de la presentación de la familia, ya que tienden a confundirse con los diferentes aspectos, tales como parentescos, detalles y acontecimientos de la dinámica familiar. Esto pareciera ser un indicador de la dificultad estructural y sistémica para comprender los casos.

S2: ¿El varón tiene 3 años?

S3: el varón, sí.

S1: el varón... yo me perdí.

S2: ¿La otra niña?

S3: cinco. Si esto es un gentío... ¿Te sirve ver el...?

S1: sí, porque los chiquitos son hermanos de Graciela o de Ana.

S3: son hermanos de Ana de otra pareja.

S3: Wilma lo cuenta como algo muy, muy fuerte.

S5: ¿Wilma es la mamá?

S3: es la mamá-tía, exacto.

S1 (Interrumpe): ¿El padrastro?

S4: no, el papá, el papá de Julia.

S2: es el único con el que se ha casado.

S2: ya va, un poco para entender, traen como paciente a Joselín, ¿Y a los gemelos?

S1: no, los gemelos ya habían venido un año antes.

Los terapeutas realizan intervenciones frecuentes con la finalidad de aclarar los roles y las dinámicas que se plantean durante la presentación de casos clínicos. Esto puede ser un indicador de que existen dificultades para comprenderlos.

Se puede hipotetizar que, en ocasiones, con los genogramas complejos, el número de síntomas que traen las familias y la desorganización en su estructura y dinámica pueden verse reflejados en esta necesidad de precisar y chequear constantemente, como una manera de entender las situaciones familiares. Esta sensación de confusión inicial ante la complejidad de las dinámicas familiares pareciera replicar el caos que se genera internamente en estos sistemas poco comunes para los terapeutas. Su abordaje implica retos profesionales y emocionales al trabajar con diferentes ámbitos: los niños, las familias, el colegio, las instancias legales; lo que requiere habilidades de comunicación, negociación y una comprensión de cada familia en sus particularidades para lograr dar respuesta en un contexto que se presenta inestable. En consecuencia, hacen falta reflexiones frecuentes basadas en referentes teóricos que requieren ser contrastados constantemente con la realidad.

Por su parte, Cancrini, de Gregorio y Nocerino (1997) manifiestan que, entre los aspectos que más confunden a los terapeutas, se encuentran, por una parte, la organización económica, pues pueden gastar dinero en consumos innecesarios y a la vez no tener para cubrir sus necesidades inmediatas; y por la otra, se sorprenden al conocer la manera en que se funciona en las casas, donde la falta de límites e irrespeto a los espacios y horarios inducen a percibirlos como caóticos. Rodríguez (2013) se hace la pregunta acerca de si real-

mente existen posibilidades de organización al carecer de recursos o si sería realista elaborar una planificación cuando esta generalmente los retornaría al punto de inicio, manteniéndolos en un círculo vicioso.

Se observa en las discusiones clínicas que los niños tienen diagnósticos que explican, en la mayoría de los casos, muchas de las dificultades asociadas al bajo rendimiento académico o a problemas conductuales en la escuela. El diagnóstico que se hace a los niños los convierte en el problema principal para la familia; en este sentido, la terapia inicialmente se centra en ellos y en trabajar sus síntomas.

Este hallazgo es importante pues, si bien es necesario responder al motivo de preocupación de los padres para luego ir develando otras situaciones problemáticas, el diagnóstico de los chicos puede invisibilizar ante los terapeutas todos los problemas asociados o factores de riesgo que plantean estos consultantes, ya que el énfasis en los diagnósticos individuales corre el riesgo de psicopatologizar a la persona, centrando el trabajo en curarla.

Diversas investigaciones reportan que, a pesar de que el trabajo a desarrollar se lleva a cabo en diversos niveles, ocurre con frecuencia que se tiende a reducir cada terapia a su disciplina específica, soslayando otros factores o entrando en contradicción con otras especialidades.

De igual manera, en este trabajo se observó que las tres niñas que fueron referidas al servicio de psicoterapia, terapia familiar y trabajo social recibieron una atención que trasciende este nivel individual. No obstante, sería interesante explorar si los consultantes que no ingresan a este servicio y reciben varios tratamientos especializados en la institución, igualmente son receptores de este abordaje integral.

EL HUMOR USADO PARA ALIVIAR LA TENSIÓN EMOCIONAL

Esta categoría agrupa comentarios jocosos, las bromas y las risas que expresan los terapeutas dentro de la discusión clínica, las cuales surgen ante situaciones dramáticas o que, en realidad, generan un alto nivel de preocupación. Esto se vincula directamente a la sobrecarga emocional que genera el trabajo en contextos de multiproblematicidad.

S3: Graciela y Ana se quedaron afuera cuidando a los niñitos.

S3: sí bueno (Risas)

S1: y eso de los reportes de agresión del colegio, ¿qué les hacía a los niñitos?

S8: casi, ¿no estás viendo? (En tono de chiste)

S4: sí, sí, jajá, ¡¡¡mire pa' que vea!!!...bueno, básicamente los insultaba [**S8** hace un chiste y dice: "Maestra se está copiando" imitando a la niñita], los discriminaba, se metía con ellos y si ellos estaban ella no quería estar, y lo hacía público, incluso algunas maestras son invidentes [risas y comentarios de fondo: (**S1**): Van a decir que nosotros estigmatizamos las discapacidades o algo así].

S5: jajaja... yo me siento muy cómoda con eso.

S6: jajaja, ¡no me proyecté!

Los hallazgos aquí obtenidos sugieren que los terapeutas pueden cambiar el foco de intervención de acuerdo a los diferentes temas emergentes que traen los consultantes, debido a su gravedad o urgencia, lo que coincide con lo reportado por algunos autores en estos contextos. En este orden de ideas, las reuniones de equipo tienen un valor importante, pues en ellas se reflexiona acerca de si hay un trabajo dirigido a algunas metas o si se está cambiando de foco atencional constantemente con la familia para resolver las crisis, lo que permite establecer objetivos de trabajo. Como sugerencia, Alegret y Baulenas (1997) plantean que los terapeutas pueden elaborar mapas de acción para trabajar y tener la posibilidad de ir reordenando el proceso con apoyo de esta guía orientadora.

En definitiva, en estos ejemplos se retrata la manera en que se intercambia información en la familia a través de un comportamiento parco, el cual complica la expresión verbal de lo que se siente. En esta dinámica se tiende a asumir lo que al otro le sucede, pues raramente se conversa acerca de esto; el mensaje se transmite más a través de acciones o agresiones que de palabras, y se hacen afirmaciones categóricas sin tener en cuenta la evolución de los hechos. Como en el último caso, en el que se puntúan los aspectos negativos de una niña que es excelente estudiante y apoya con sus hermanos, y se reconocen poco sus fortalezas; aquí pareciera que se da más valor a los aspectos no verbales de la comunicación que al mensaje en sí.

CONCLUSIONES

El presente apartado destila las conclusiones neurálgicas derivadas del análisis temático de tres discusiones clínicas, producto de la atención brindada por el servicio de psicoterapia, terapia familiar y trabajo social de INVEDIN.

Dicho análisis no solo persiguió la descripción de aspectos técnicos de la intervención en esta población, sino también la comprensión fenomenológica de las características familiares desde la percepción de un equipo cuyos roles (psicólogos y trabajadores sociales) se revelan como co-constructores de la matriz de conocimiento.

El desafío epistémico de la multidimensionalidad: el hallazgo más relevante reside en la complejidad ineludible que subyace al fenómeno. La familia multiproblemática se configura como un sistema donde la circularidad etiológica articula una diversidad de aspectos: desde historias de vida traumáticas y fenómenos intrapsíquicos, hasta la intersección de variables sociales, culturales, económicas y dinámicas de poder. Estos factores se interrelacionan para estructurar una dinámica familiar que plantea el desafío de su comprensión. En este punto, la cita de Morín (1994) resuena con una incertidumbre heurística: "la conciencia de la complejidad nos hace comprender que no podemos escapar jamás a la incertidumbre y que jamás podemos tener un saber total". Esta limitación demanda inmediatamente una óptica multidimensional.

Tensión clínica y el giro hacia el enfoque psicosocial: un aspecto central que emergió fue la tensión conceptual en la praxis que experimentan los clínicos. Los profesionales se debaten entre la hegemonía de modelos de causalidad lineal-individual (propios de la psicoterapia clásica) y la necesidad imperante de adoptar marcos conceptuales con vocación integradora. Este conflicto surge cuando la terapia individual se revela insuficiente ante la irrupción de variables externas que demandan un *setting* más amplio. La plasticidad de los focos de intervención, aunque demostrativa de la adaptabilidad terapéutica, corre el riesgo sistémico de reproducir la desorganización crónica que tipifica a estas familias.

El enfoque psicosocial emerge como la solución ineludible: este se define en el manuscrito como una estrategia de intervención interdisciplinaria que trasciende el foco puramente intrapsíquico (psicológico) para integrar la dimensión estructural, cultural y contextual. Al reconocer la influencia de determinantes sociales externos (pobreza, exclusión, violencia estructural), su objetivo es promover el bienestar y la resiliencia mediante la articulación sinérgica de recursos terapéuticos, relacionales y comunitarios.

El equipo como contenedor y contraste de realidad: la relevancia del trabajo en equipo se establece como una herramienta epistemológica de valor incalculable. La discusión clínica opera como un anclaje epistémico y emocional, un "cable a tierra" para el psicólogo tratante. Este espacio permite el

contraste de realidad al visibilizar avances sutiles, la evolución del niño en otros ámbitos y, crucialmente, los aspectos socioculturales (incluyendo los sesgos de género). Este ambiente de solidaridad, incluso con el uso del humor como mecanismo de descarga, drena la carga emocional inherente al trabajo con la adversidad crónica, organizando la información y ofreciendo soporte estructural y relacional.

Hacia un paradigma de la fortaleza y la agencia: los hallazgos confirman la desorganización familiar descrita en la literatura (ambigüedad jerárquica, comunicaciones no fluidas con preponderancia de la violencia no verbal y debilitamiento de los roles parentales). No obstante, la principal implicación trasciende la mera catalogación desde el déficit. La idea no es abordar a estas familias desde una postura patologizante, sino desde un imperativo ético y clínico de respeto. La meta estratégica es contribuir a entender el sufrimiento y observarlas desde una perspectiva que permita, a través del diálogo, descubrir sus recursos y fortalezas (redes y capacidades que suelen diluirse en el caos), lo cual facilita que estas familias desarrollen nociones de control sobre un medio que, con frecuencia, se presenta como inmanejable. Es en este giro paradigmático donde el impacto significativo del ámbito clínico en la vida de estas personas se materializa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Varea, J. y Castellanos Delgado, J. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Psychosocial Intervention*.
- Amnistía Internacional. (2009). *La trampa del género: mujeres, violencia y pobreza*.
- Andolfi, M. (2002). *El setting en psicoterapia familiar*. Perspectivas Sistémicas.
- Arranz, E., Martín, J., Oliva, A. y Parra, A. (2010). Análisis de los problemas y necesidades educativas de las nuevas estructuras familiares. *Intervención Psicosocial*.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I. y Taylor, M. (2004). *Métodos cualitativos en psicología: Una guía para la investigación*. Universidad de Guadalajara.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido* (Trabajo original publicado en 1977). Akal.
- Barrio, I. y Lorda, S. (2006). *Problemas éticos de la investigación cualitativa*. Fundació Institut Català de Farmacologia.

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia*. Gedisa.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Free Press.
- Bertrando, P. (2012). *El diálogo que conmueve y transforma*. Pax México.
- Briceño-León, R., Ávila, O. y Camardiel, A. (2012). Años violentos. En R. Briceño-León, O. Ávila y A. Camardiel (Eds.), *Violencia e institucionalidad*, Alfa.
- Calvo, A. (2001). La psicología comunitaria en Venezuela: un balance necesario. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*.
- Cancrini, L. (1997). El modelo de intervención. En M. Coletti y J. Linares (Eds.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*, Paidós.
- Coletti, M. (1997). Las emociones del profesional. En M. Coletti y J. Linares (Eds.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*, Paidós.
- Escartín, C. (2004). Familias multiproblemáticas y servicios sociales. *Boletín Informativo de Trabajo Social*.
- Fernández, E. (2004). *Sociedad del siglo XXI: Nuevos paradigmas de familia y nuevas funciones de las instituciones de desarrollo social*. Organización de los Estados Americanos.
- Giuliani, F. (2013). Algunas reflexiones sobre Catuche y las experiencias de las comisiones. En Amnistía Internacional, *Acuerdos comunitarios de convivencia ante la violencia armada: Pistas para la acción*.
- Gómez, E., Muñoz, M. y Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: Características e intervención. *Psykhé*.