

# *Un enfoque sistémico para la intervención en crisis en el Trabajo Social*

*Conjugar el conocimiento teórico y las habilidades prácticas resulta cada vez más necesario para la actuación de los trabajadores sociales. Este ensayo comienza con una reflexión sobre el significado de la denominada "intervención social", en el ámbito de las herramientas de trabajo de los profesionales de la acción social. Se teoriza el fenómeno humano de las "crisis", concluyendo en la aplicación a un análisis de un caso real donde se muestran las vivencias de la crisis en sus protagonistas así como la intervención profesional seguida.*

Teresa ZAMANILLO PERAL

La elaboración de este trabajo estuvo presidida por una sola idea: servir a alumnos, profesionales del trabajo social y profesores a relacionar la teoría con la práctica, campos que en una concepción clásica de la ciencia se nos representan siempre segmentados. A mi juicio esta división no responde más que a modelos mentales ilusorios, y hoy son muchos —¡menos mal!— los que ya reclaman una concepción unitaria de las dimensiones teórica y práctica.

La división del saber entre los que piensan y los que ejecutan está puesta en entredicho desde múltiples perspectivas de las Ciencias Sociales y hoy, por referirme a la intervención concreta del trabajo social, MAC IVER ha perdido la batalla.

Desde MARX, otros filósofos como los de la Escuela de Frankfurt, el

paradigma sistémico, la investigación social de segundo orden, GIDDENS, etcétera han proporcionado nuevos enfoques metodológicos a los que no pueden volver la vista los trabajadores sociales, los sociólogos, los psicólogos ni ningún otro que pretenda introducirse en el vasto campo de la interdisciplinariedad.

La cuestión es muy compleja, ya que no podemos seguir reclamando parcelas de saber exclusivas de cada disciplina si queremos solucionar los problemas sociales; se trata de dar prioridad a lo que la tiene. Por ello, continuar en la lucha de "a quién pertenece qué", es estéril; es huir irresponsablemente de los múltiples problemas que se nos plantean a todos los que estamos al servicio de una tarea llena de dificultades: la intervención social o psicosocial.

En estas lides se impone un criterio sobresaliente: la complementariedad de roles frente a un protagonismo de funciones, conocimientos y destrezas, cuya exclusividad, situándonos en un enfoque más global, pocos la pueden reclamar.

Quizás antes de entrar en el tema convenga elucidar qué supone el término "intervención" en la disciplina de Trabajo Social. Este concepto explica la intención de cambio que pretende introducirse en los procesos sociales. A partir de la reconceptualización sistemática que hicieron los trabajadores sociales del área iberoamericana, la "intervención social" sustituyó al "tratamiento social", término éste último de claro contenido funcionalista y, por tanto, inaceptable para una tarea que exigía comprometerse a cambiar las condiciones sociales en las que los individuos vivían sujetos a una realidad social degradante.

Es así como fue concebido en Latinoamérica. Pero Estados Unidos no quedó ajeno a esta reconceptualización. Para J.C. JOHNSON se trata de llevar a cabo una "práctica más agresiva" (1988: 84-86). El objetivo es pues transformar, con la acción profesional, unas condiciones sociales cuyas causas más profundas se deben a un orden social que provoca desigualdades. Con ello se superan los anteriores conceptos de "ajuste" y "adaptación del individuo al medio", y se da la importancia que merece la participación de los individuos en los programas de acción.

Este paréntesis me permite entrar en una cuestión prioritaria para la

disciplina de Trabajo Social, a saber: el objeto formal de su conocimiento, es decir, lo que determina la intervención de los trabajadores sociales. A mi juicio los elementos de análisis que se utilizan con más frecuencia en esta disciplina, tales como necesidades y problemas sociales o psicosociales, carencia, situación problemática, etcétera hacen referencia a una noción más amplia: el concepto de malestar. El Trabajo Social desde sus inicios ha tenido que enfrentarse con las cuestiones de malestar psicosocial de los individuos y con las opciones de cambio o reforma que implica la solución de los problemas que comporta ese malestar. Esas opciones de cambio son las posibilidades y oportunidades nuevas que tienen las personas para generar recursos frente a la situación.

Siguiendo con estas ideas, desarrolladas en trabajos anteriores con más profundidad, podemos añadir que el objeto viene dado por: "Todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis estructural y su vivencia personal". El primer punto de este ordenamiento se refiere a los problemas de desarrollo de las oportunidades vitales necesarias para el crecimiento de los individuos en situaciones de pobreza, privaciones morales, sociales y culturales, dependencia, marginalidad, desviación social y cualesquiera otras que les impidan la realización de la autonomía personal y social. El segundo punto es referido al padecimiento del malestar que provoca perturbaciones en sus distintas esferas de relación social.

Es asimismo importante señalar los objetivos del Trabajo Social. A mi juicio deben comprender los siguientes puntos: contribuir a disminuir las desigualdades e injusticias sociales, dar a conocer las oportunidades que tienen los grupos sociales a su disposición, motivar para tener acceso a esas oportunidades y ayudar a las personas, familias y grupos sociales a desarrollar las respuestas emocionales, intelectuales y sociales necesarias para permitirles aprovechar esas oportunidades sin que tengan que renunciar a sus rasgos personales, culturales y de origen.

Por otra parte el trabajador social, las más de las veces, opera en situaciones de crisis que suceden en el ámbito familiar por diversas circunstancias, tales como desahucio de vivienda, situaciones de paro —con la consiguiente reducción de los ingresos económicos—, problemas de niños maltratados, etcétera. Cualquiera de estas situaciones de crisis plantean un cambio en el sistema familiar; por tanto, el cliente no es un miembro individual, sino el grupo entero.

Esta última premisa fue ya establecida por OTTO POLLACK, entre otros muchos autores. Veamos cómo se expresa POLLACK respecto a esta cuestión concreta:

“... una de las principales premisas para la formulación de un diagnóstico familiar (es) la prontitud del trabajador para aceptar como su cliente al grupo familiar más que a un miembro individual (...) Su justificación no se agota por una preocupación de extender el esfuerzo de ayuda, directa

o indirectamente, a todos los miembros de la familia que sufren patología (...) Esto es dictado (... porque) el desarrollo del ego no puede entenderse en términos de una relación interpersonal exclusivamente, por muy estratégicamente que se le sitúe en la vida de un individuo. Tiene que ser vista, por lo menos en parte, como un esfuerzo de combinación familia-modelo. Para comprender la naturaleza de esta combinación debemos comprender a las personas que han servido y sirven de modelo, esto es, a todos los miembros de la familia. Esto no excluye una relación posterior de tratamiento para trabajar con sólo uno o dos miembros de la familia (...)

Otra premisa es la aceptación de la proposición de que el objeto de diagnóstico y preocupación terapéutica en el Trabajo Social de casos con familias es el sistema de relaciones interpersonales entre los miembros de la misma, más que las incomodidades específicas que experimente uno u otro miembro”.

Para POLLACK estas relaciones deben evaluarse a la luz de la capacidad y eficiencia que la familia tiene para satisfacer las necesidades de sus miembros y al impacto que esas relaciones ejercen en la futura habilidad para formar otras relaciones. Al igual que MARY RICHMOND aconseja el uso de la entrevista conjunta como técnica apropiada de diagnóstico.

El Trabajo Social familiar se inscribe en el marco del “case work”. El caso que expongo en esta lección es pues, *trabajo social familiar* o “case work” indistintamente.

El modelo médico, como sabemos, fue el método adoptado en Trabajo Social, cuyo proceso a seguir hacía referencia a las fases de estudio, diagnóstico y tratamiento. En este caso he sustituido esta denominación por la siguiente: estudio, análisis-diagnóstico y proyecto. El término proyecto se ajusta más a la realidad del caso tal y como fue tratado por quienes estaban involucrados en la relación profesional.

### ***Origen de la intervención en crisis***

El origen de la intervención en crisis data de 1942 cuando ERIC LINDEMAN y sus colaboradores estudiaron los hechos de un incendio nocturno en Boston. Posteriormente, CAPLAN, partiendo de los principios formulados por LINDEMAN, elaboró el significado de las crisis en la vida de los adultos que presentaban problemas psicopatológicos. La teoría de la crisis de CAPLAN se formó a partir de la psicología del desarrollo de ERICKSON (1963). Según SLAIKEU, el interés de CAPLAN se centró en cómo las personas superaban las transiciones de una etapa a otra del desarrollo. Identificó, además, la importancia de los recursos personales y sociales como determinantes de la evolución de las crisis.

A partir de ciertos supuestos teóricos formulados por CAPLAN se desarrolló la psiquiatría preventiva para promover un crecimiento positivo en las situaciones de crisis que reduzca

el riesgo de deterioro psicológico. El mérito de esta teoría ha sido integrar las dimensiones de lo psicosocial y dar bases firmes a la prevención de las situaciones de crisis. Los sistémicos han desarrollado este modelo.

Algunas definiciones sobre la crisis destacan los aspectos de una situación considerada, hasta el momento, como algo amenazante. Sin embargo otras acentúan su valor. En esta línea se expresa ORTEGA Y GASSET: "No sé por qué solemos entender la palabra crisis con un significado triste; crisis no es sino cambio intenso y hondo. El vigor intelectual de un hombre se mide por la dosis de escepticismo, de duda que es capaz de digerir, de asimilar".

Las palabras de Ortega nos remiten ya a la idea de recursos personales. Ésta viene expresada en la presencia de "vigor intelectual" que capacita al hombre para vivir en la incertidumbre. La vida para Ortega es permanente posibilidad: "nuestra vida es, en todo instante y antes que nada, conciencia de lo que nos es posible. (...) Si en cada momento no tuviéramos delante más que una sola posibilidad carecería de sentido llamarla así. Sería más bien pura necesidad". Así, el mundo es para el filósofo "el repertorio de nuestras posibilidades vitales", y los hombres "llegamos a ser sólo una parte mínima de lo que podemos ser". Necesidad y posibilidad son términos que significan restricción limitada el primero y repertorio ilimitado el segundo.

He abierto a propósito la formulación de las definiciones con estas re-

flexiones de Ortega por cuanto que en ellas podemos observar desde el principio el trasfondo que todo este trabajo va a contener en la idea de crisis: posibilidad, oportunidad para cambiar en la bifurcación que se presenta al sobrevenir un cambio en la vida. Toda crisis pues abre un campo de posibilidades. De hecho, en griego el término crisis significa decisión, y el símbolo chino de crisis indica peligro u oportunidad. De ahí que las posibilidades que surgen en un momento decisivo puedan devenir bien en oportunidades de crecimiento y madurez, o bien de regresión y deterioro de la energía vital de la persona y de las condiciones en las que vive.

Los más positivos, como el psicoanalista FERNÁNDEZ MOUJAN conceptúan las crisis como “una ocasión favorable o un campo de posibilidades que nos desafía no sólo a poner coraje para enfrentar lo desconocido, sino especialmente a poner en acción nuestra capacidad creadora” (1989).

ERICKSON también dice que “es algo positivo que la palabra crisis no implique ya una amenaza de catástrofe, lo cual parecía constituir antes un obstáculo a la comprensión del término. En la actualidad dicho término es aceptado para designar un punto de giro necesario, un momento crucial, cuando el desarrollo ha de adoptar una u otra dirección recopilando recursos para un crecimiento, una recuperación y una ulterior diferenciación” (1968).

Desde la teoría psicológica cognitiva, SLAIKEU formula la siguiente definición: una crisis se describe por “un

estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando los medios habituales de resolución de problemas”. Los problemas radican en general en situaciones nuevas que el individuo no puede manejar rápidamente con los mecanismos de superación y defensa que él posee en la vida cotidiana. La persona, en ese estado de desorganización, se encuentra menos efectiva de lo que es en general.

Unos autores ponen el acento en el trastorno emocional y en el fracaso en la solución de problemas. Otros subrayan el componente cognoscitivo para manejar situaciones nuevas y hay quienes lo enfrentan como un problema de interacción entre el estado subjetivo y alguna situación ambiental objetiva. Esta última concepción es la que destaca el Trabajo Social.

La teoría sistémica define las crisis, de una manera genérica, como “cambios repentinos en el modo de funcionamiento de los sistemas humanos”. PHILIPPE CAILLÉ dice que estos cambios suelen tener efectos benéficos en el funcionamiento de los sistemas. Suceden cuando determinadas reglas y creencias, que mantienen un grupo humano, se hacen rígidas y esta rigidez entra particularmente en conflicto con las necesidades de los participantes. El conflicto y la tensión pueden aumentar cuando las necesidades de los individuos sobrepasan las exigencias del grupo para mantenerse unido y estable.

El deseo de una cierta permanencia en las relaciones parece corresponder a una profunda necesidad humana, ya que el acuerdo y la armonía producen una sensación de estabilidad. Por ello un conflicto acerca de los roles o las reglas de la relación provoca ansiedad y aparición de conductas inhabituales.

Así la crisis se produce por un defecto o disfunción del sistema de relación. Hasta el momento que sobreviene el cambio los participantes del grupo (en este momento nos estamos refiriendo en general a cualquier grupo humano, familia, pareja, equipo de trabajo, etcétera) tienen establecidos acuerdos sobre la naturaleza de la relación y sobre los comportamientos derivados de la definición que ellos han hecho de sus relaciones. Las personas del grupo han establecido juntas el modelo de relación adecuado a sus necesidades y éste es la base de su continuidad.

Según este enfoque la crisis acontece cuando los participantes ponen en cuestión el modelo de relación tal y como es percibido hasta el momento. Para CAILLÉ esto es lo esencial de la crisis, el cuestionamiento de la relación. En efecto, a partir de ese momento la relación deja de ser funcional para sus participantes, porque no encuentran ya en ella la estabilidad que antes les proporcionaba ni la credibilidad necesaria.

Así la crisis hace probable una bifurcación. Se derivan de ella modos renovados de estabilidad. La trayectoria de los estados del sistema toma otra dirección. Hay un cambio en las

relaciones de los participantes que se manifiesta en un nuevo modelo de relación. Hay pues una trayectoria que entra en conflicto consigo misma y un porvenir imprevisible. El grado de incertidumbre de los participantes es elevado.

Según esta teoría las crisis no sólo son inevitables, sino además necesarias. Ningún sistema puede mantenerse en un estado de equilibrio y de estabilidad permanentes. Ése sería un equilibrio estático cuya evolución hacia mayores grados de estabilidad supone la muerte del sistema. El equilibrio de un sistema contiene estados de continuidad y permanencia, junto a estados de movimiento y cambio.

Refiriéndose al sistema familiar, MAURIZIO ANDOLFI, de la Escuela de Roma, dice lo siguiente: "El funcionamiento familiar se mantiene por un equilibrio dinámico. Este equilibrio es el producto de interacciones repetitivas (que se han convertido en reglas de interacción) que le permiten a cada miembro cumplir con funciones específicas que definen su identidad. Éste es el estado de equilibrio que asegura la continuidad del sistema.

Sin embargo, para promover la diferenciación de los miembros de la familia (y por lo tanto fomentar el cambio) cada familia tiene que tolerar ciertos estados de desorganización para pasar de un equilibrio, consonante con una etapa de desarrollo, a un nuevo equilibrio consonante con la etapa siguiente".

"En las familias en donde los cambios de relación, que son esenciales para los procesos de desarrollo, se

experimentan como amenazantes, los modelos de relación y las funciones individuales van haciéndose cada vez más rígidas hasta que finalmente se expresa la patología individual”.

En esta misma línea ya se expresó MARY RICHMOND en 1922, al reflexionar sobre el Trabajo Social familiar. Para ella, “la falta de flexibilidad y la rigidez es ya una fuente abundante de peleas”(…) Negarse a sufrir modificaciones y adaptarse, es perder todo lo que en las relaciones humanas merece ser conservado. No se puede obtener estabilidad si nos obstinamos en una rigidez llevada al exceso”.

Un sistema cerrado, dice otra terapeuta familiar y asistente social, VIRGINIA SATIR, está dominado por el poder, la dependencia neurótica, la obediencia, privación y culpabilidad. No puede permitir ningún cambio porque los cambios afectan al equilibrio. Las personas se aferran a ese equilibrio porque tienen miedo al cambio. Un sistema abierto, por el contrario, se caracteriza por la elección y la flexibilidad. Hasta tiene la libertad de ser cerrado un tiempo, si le resulta conveniente. La clave para un sistema sano y abierto parece ser la capacidad para cambiar en un contexto cambiante y reconocer este hecho.

De todos estos supuestos vemos cómo las notas de tolerancia, flexibilidad, apertura, diferenciación, diversidad, equilibrio dinámico, etcétera son los factores positivos que promueven un sistema de relación sano. Mientras que la amenaza, rigidez, intolerancia, homogeneidad y persistencia serán

aquellas notas que favorecerán la patología del sistema.

El primero de ellos, precisamente por su apertura y flexibilidad, estará dispuesto a aceptar los cambios y la crisis no se vivirá como algo amenazante, sino como una oportunidad para crecer. Por el contrario, en el segundo la rigidez lo mantendrá alejado de toda posibilidad de cambio y tenderá a perpetuar las reglas establecidas en un tiempo.

Más la intervención en el sistema familiar, como unidad de atención de los problemas psicosociales, tiene también sus críticas. Éstas están fundamentadas, sobre todo, en los problemas de atomización que generan. Una intervención de tipo más estructural ha surgido recientemente en varios puntos geográficos, tales como Canadá, EEUU, Bélgica e Italia, entre otros. Algunos equipos de profesionales están investigando la aplicación del modelo de terapia familiar a núcleos más amplios de población implicada en los problemas y en las crisis de carácter psicosocial.

Este nuevo modelo, denominado terapia de redes, surge en la década de los setenta al observar que el desorden mental no se produce sólo en la esfera del individuo o de la familia, sino que proviene a menudo del creciente colapso de las fuentes normales de respaldo y de comprensión en la sociedad, debido al sistema cultural dominante.

Los investigadores que trabajan en este campo plantean las grandes dificultades que supone realizar un trabajo terapéutico para las familias de

clase humilde “a menos que se produzcan transformaciones en los sistemas económicos y educativos de la sociedad”. Parten de una crítica de la medicina tradicional y de “la mística del mundo científico y su tecnología”. Optan por un enfoque ecosistémico, introduciendo modificaciones en el contexto de los acontecimientos de la vida de un ser humano, con el propósito de cambiar, al mismo tiempo, el sistema donde él evoluciona.

En España estamos aún muy lejos de estas innovaciones, aunque existe una experiencia reciente, al menos en Madrid, de intervención con familias maltratantes, de la que se da amplia información en este número de la revista.

### ***Factores de las crisis***

Seguidamente vamos a ver los factores que concurren en las situaciones de crisis. El primero de éstos va a depender de la valoración que los individuos tengan de la crisis o los cambios. En otras palabras, de la idea que se tenga de crisis puede lograrse que el suceso se convierta en oportunidad, o en peligro o amenaza.

Otras variables vienen a sumarse a este factor. SLAIKEU las resume en: a) la severidad del suceso; b) los recursos personales (valores, fuerza del yo, autoestima, dimensión cognoscitiva, historia previa, bienestar físico, información y cultura); c) los recursos sociales (naturaleza de los apoyos sociales, relaciones sociales en general: amigos, vecinos, familiares, relación con las instituciones, etcétera).

Sin embargo, a mi juicio, este autor ignora los factores estructurales que concurren en toda situación de crisis. No así la literatura de epistemología sistémica que hace mención constante a las familias en crisis permanente, que adoptan pautas destructivas de resistencia al cambio como medio de protección contra peligros mayores (PITTMAN, 1990). En esta misma línea se expresa BENOIT al sostener que “la familia aparece más que nunca como una unidad ecológica donde se cristalizan las desviaciones, los problemas psicossomáticos, las enfermedades mentales más o menos severas y la violencias sociales” (1991).

Las notas más sobresalientes de las situaciones de crisis son, para SLAIKEU, las siguientes:

1ª) Las crisis vienen precedidas generalmente por un suceso precipitante.

2ª) Un aspecto sumamente importante a la hora de definir una crisis nos lo proporciona todo lo relacionado con la dimensión cognoscitiva de la persona. Es decir:

- cómo el individuo percibe la crisis
- cómo el suceso ataca la estructura de existencia de la persona y hace que la situación sea crítica. En otras palabras, cuáles son sus ideas previas acerca del hecho acontecido.
- qué imagen tiene esa persona acerca de sí misma, ya que en el caso de que ésta sea muy pobre se crearán problemas añadidos de autorreferencia.

3ª) La desorganización y desequilibrio son uno de los aspectos más

obvios de una crisis. Se describen sentimientos de tensión, ineficacia, cansancio, desamparo, ansiedad, problemas en las relaciones laborales, familiares y sociales.

4ª) Y por último, el estado de crisis, decíamos al principio, se caracteriza por un trastorno en la solución de problemas. La solución racional se hace imposible, hay un dominio de los sentimientos, intolerancia a la frustración, desconfianza en sí mismo y en otros, etcétera.

*En cuanto a los tipos de crisis, todos los autores las clasifican en crisis evolutivas o de desarrollo y crisis circunstanciales o accidentales. Las primeras corresponden a las etapas sucesivas de la vida, son necesarias para crecer y, por supuesto inevitables. Queramos o no, con mayor o menor sufrimiento se pasa de un estadio a otro en el curso de la vida. Las crisis circunstanciales, por el contrario, son debidas a factores contingentes y, por su carácter circunstancial, entran en ellas todas aquellas que la vida depara a las personas por sucesos precipitantes e importantes: enfermedad física, muerte, suicidio, incendio, contradicciones económicas, etcétera.*

Antes de comenzar con una historia real, replanteémonos la pregunta que está presente a todo lo largo de la exposición: ¿de qué depende o, cuál es la probabilidad de que un suceso o crisis evolutiva redunde en beneficio de la persona o, por el contrario, tenga efectos perjudiciales? La respuesta que dábamos en un momento estaba relacionada, decíamos, con los recursos personales y sociales. Ahora he-

mos de añadir un tercer factor que en muchos casos es imprescindible, a saber: las posibilidades de ayuda profesional en aquellos casos en que ésta sea requerida, bien por la gravedad del suceso, o bien porque el grado de desorganización y tensión al que ha llegado la familia o persona estén impidiendo una respuesta autónoma.

Así llegamos a la definición de intervención en crisis. Esta es según SLAIKEU "un proceso de ayuda dirigido a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento en nuevas habilidades, perspectivas de vida, etcétera se incremente."

El objetivo de la intervención en crisis es ayudar a la persona o familia a que recupere las capacidades para enfrentar la situación. Otros objetivos más específicos son:

- 1) Establecer o facilitar la comunicación entre las personas en crisis y con las otras personas que puedan ayudar en el proceso.
- 2) Ayudar al individuo o familia a que perciban más correctamente la situación.
- 3) Ayudarlos en el manejo de sentimientos y emociones para que aprendan a expresarlos explícitamente.

Existen dos tipos de intervención, diferentes en el tiempo, según se trate de la primera ayuda inmediata o la ayuda posterior al suceso, denominada terapia de crisis.

La primera ayuda psicosocial persigue proporcionar apoyo, vincular recursos de ayuda, examinar las dimensiones del problema, explorar las soluciones posibles y ayudar a tomar una acción concreta.

La intervención de segundo orden va más allá del enfrentamiento inmediato y dirige mejor la resolución de la crisis. Resolver ésta significa afrontar la experiencia de crisis de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida. Esta intervención corresponde a la denominación en Trabajo Social de "case work".

### ***Historia psico-social de una familia en crisis***

En lo que sigue me dispongo a narrar una historia real de una familia en crisis cuya intervención se realizó en un contexto hospitalario en el año 1973. El objeto de este ejercicio es completar, a la luz de la nueva teoría, los supuestos, objetivos, y demás aportaciones que no pudieron ser elaborados entonces por carecer del suficiente soporte teórico-práctico para llevar a cabo el proceso de intervención en crisis.

Veamos el caso familiar tal y cómo fue presentado a la asistente social: Luisa, una señora de 76 años, había ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por un intento de suicidio: había ingerido una gran cantidad de barbitúricos. Su estado de agitación y nerviosismo era elevado. Éste se agudizaba cada vez que los médicos o enfermeras le cuestionaban su

conducta. El motivo de la ingestión, había informado ella, se debía a que no podía soportar la idea de que su nieto se pusiera a trabajar o estudiar y la dejara sola todo el día. El temor a quedarse sola no era sólo un temor físico. Significaba para ella un abandono afectivo que amenazaba gravemente su existencia. Ésta era la segunda vez que Luisa ingresaba por la misma razón, mas su nieto refirió que llevaba unos meses sometido a este chantaje. Siempre el motivo era el mismo: cada vez que expresaba su deseo de ir a trabajar. Él, en esas ocasiones, se resignaba y retiraba sus expresiones de libertad. Ultimamente había decidido no ceder, de forma que el chantaje se hizo más violento.

En las entrevistas con la trabajadora social Luisa se comportaba con frecuentes cambios de humor, que variaban entre la agresividad y la sumisión, los sentimientos de culpa y contradicciones que, por un lado, le producía su clara conciencia de estar coaccionando a su nieto y su necesidad de sentirse acompañada por él. Esta necesidad era racionalizada, las más de las veces, aludiendo a la responsabilidad que el muchacho tenía de cuidarla. Así pues se la veía sujeta a emociones contradictorias que no podía razonar ni superar. Manifestaba unas veces que "se moriría si le quitáramos a su nieto" (refiriéndose al personal sanitario), o si éste se ponía a trabajar, estudiar o simplemente se iba al cine. Otras veces decía que ella "podría irse a una residencia si no fuera porque su nieto la necesitaba".

Esta dependencia hacia su nieto era recíproca. También él mostraba contradicciones. Deseaba que su abuela se fuera a una residencia, pero en ocasiones rechazaba esta idea manifestando un gran temor a que no recibiera en ella los cuidados adecuados. Esta dependencia pudo ser comprobada en las numerosas visitas que se hicieron a la casa en compañía de un psiquiatra que, como coterapeuta, hizo el seguimiento del caso en lo relativo a los aspectos psicopatológicos que, según diagnóstico clínico, presentaba la paciente.

La relación entre nieto y abuela era de respeto y cariño. Luisa sólo se alteraba si Ricardo aprovechaba alguna ocasión para, delante de los profesionales, decir que quería trabajar. Las entrevistas con el nieto mostraron la personalidad que a continuación se detalla.

Destacaba su expresión verbal y riqueza de vocabulario, junto con una serenidad y madurez explicativa y racional muy sobresalientes. En la primera entrevista narró su historia. Se quedó huérfano de madre a los tres meses. De su padre no recibió nunca descripción alguna. La admiración por su madre era notable. Hablaba de su inteligencia, belleza y aptitudes artísticas como si la hubiera conocido. Cuando murió ésta, la abuela de Ricardo entró en una profunda situación de abatimiento que le apartó de las obligaciones de la casa y del cuidado de su nieto. Este fue aceptado en la casa de una vecina que se hizo cargo de él hasta la edad de cinco años, mo-

mento en que su abuela decidió que debía ir a vivir con ella.

La cultura de Luisa era lo suficientemente amplia como para permitirle enseñar a su nieto las cuestiones que corresponden a un aprendizaje elemental. Había estudiado algunos cursos de magisterio.

Ricardo profesaba por su abuela un gran respeto, mas el sentimiento de vivir con una persona que, según describía, era para él "muy absorbente, ansiosa y caprichosa" le hacía encontrarse, en ocasiones, oprimido. Decía que siempre fue así, pero con la edad se había agudizado su carácter.

Describía los acontecimientos con su abuela sin la más mínima expresión de acritud o rencor. Su capacidad de juicio y de razonamiento eran elevadas: la primera podía observarse por su comprensión de las relaciones entre las personas y los hechos. Sin embargo, en ocasiones, ciertos estados de ánimo depresivo alteraban su juicio sobre los sucesos que tenía que afrontar y las gestiones que tenía que resolver. Le costaba aceptar las contrariedades habituales a la hora de encontrar una residencia adecuada para su abuela, solucionar la cartilla de beneficencia en el plazo que la necesitaba, etcétera.

En esos momentos se sentía abatido, aburrido, incapaz de seguir adelante, con dificultades para concentrarse y sobre todo, decía, "me siento de más en todas partes". Este sentimiento de no pertenecer a nadie ni a ningún lugar le acompañó largo tiempo, dando lugar a esas alteracio-

nes de ánimo que progresivamente fue aprendiendo a manejar.

Su disposición para la acción y capacidad de tomar decisiones se manifestó tan pronto como tuvo que comenzar a hacer gestiones de diversa índole. Asimismo, su disposición para pedir ayuda y dejarse guiar, hasta poder asumir él la responsabilidad y riesgo que sus decisiones le exigían, fue otro de los rasgos que destacaba en su personalidad. A medida que la relación con la trabajadora social fue tomando límites y definiéndose los roles, su autonomía fue creciendo y afianzándose progresivamente. Todo ello guiado por una potente fuerza organizadora de su voluntad.

Mas en posteriores entrevistas comienza a observarse determinados aspectos de su personalidad que podríamos describir de la siguiente forma: dificultades importantes para distanciarse de su temática vivencial que le impedían entablar contacto con los otros y conducirse prudentemente. Su necesidad de solucionar inmediatamente los conflictos que tenía planteados le llevaba, en ocasiones, a responder arbitraria y caprichosamente a las indicaciones de la trabajadora social. En esos momentos buscaba a otras personas que le resolvieran de inmediato su problema. Sin embargo su capacidad para relacionar los hechos, unida a cierta disciplina y paciencia que, a pesar de su corta edad y deficiente educación ya se manifestaban, vencían finalmente a sus exigencias.

Asimismo, sus dificultades de relación social eran importantes. El se

sentía el centro del mundo. Nunca había ido al colegio ni había jugado con otros niños. La coerción que su abuela había ejercido sobre él había sido asumida con una resignación que le hacía aparentar apatía, conformidad, desinterés por las cosas de alrededor, desafecto y, en ocasiones, cierta actitud de estupor. La adaptación que habían conseguido ambos a lo largo de su convivencia parecía ser complementaria, es decir de acomodamiento recíproco de los propios modos de conducirse de acuerdo a sus distintas peculiaridades. Por parte de Ricardo parecía haber cierta conducta consciente y reflexiva, conseguida desde muy temprana edad.

Muy pronto, a los nueve años, aprendió recursos para escapar de la coerción. Cuando iba a la compra, con el dinero casi justo para la escasa comida de que se alimentaban, sisaba a la abuela una pequeña cantidad con la que poco a poco se fue comprando libros. Comenzó a leer insaciablemente novelas sentimentales que pronto fueron sustituidas por de literatura de calidad. A la edad del encuentro profesional que estoy relatando había leído a Freud, Marx, la Biblia y numerosas obras de la literatura universal. Si bien es cierto que no había asimilado toda la lectura, ésta le había servido para tener un sistema de orientación en el mundo que dio sentido a su existencia. Este era racional y abstracto. Quiero insistir en esa característica de racionalidad y abstracción, meramente subjetiva en un principio, puesto que su falta de contacto con la vida real le impedía captar la realidad objetiva-

mente y relacionar esa estructura orientadora o sistema de ideas y valores, con el mundo real.

### **Análisis-diagnóstico**

Una vez realizado el anterior estudio, paso a exponer el análisis diagnóstico. Este es formulado como sigue:

La crisis de identidad general de la *adolescencia se hace tanto más aguda* en un joven privado de las formas de expresión socializadoras que le impiden desarrollar e integrar su personalidad. Privado también de figuras representativas parentales con las que poder identificarse, ha desarrollado a lo largo de su vida una potente fuerza de voluntad, autonomía y disciplina que le han servido para guiarse. Mas su escasa educación socializadora le ha impedido insertarse con adecuación a grupos distintos, bien sean de tipo escolar, laboral o de ocio.

Las dificultades de relación entre abuela y nieto van en aumento a medida que los distintos proyectos de vida se hacen más divergentes. La ansiedad y culpa unen a ambos en un proceso de dependencia mutua, pero también de recíproca-destrucción futura.

Por otro lado, el estado de demencia senil diagnosticado en Luisa imposibilita todo tratamiento esclarecedor de la relación, cuyo objetivo iría encaminado a negociar los puntos de inflexibilidad que esta familia tiene.

Se trata de una crisis de desarrollo que comienza a surgir periódicamente a raíz de las necesidades de

emancipación de Ricardo. Por tanto, vemos la historia de una familia cuya estructura de relación es muy rígida y, por consiguiente, entra en crisis a partir de la necesidad de un cambio en esa relación. Este cambio es vivido como algo amenazante para la abuela que cumple el papel de madre. La amenaza de su identidad como madre entra en conflicto con la necesidad de adquirir una identidad propia en su hijo-nieto.

Los síntomas de dependencia, culpabilidad y ansiedad que hemos observado, corresponden a las características de un sistema cerrado cuyos únicos canales de información y energía *provienen de otro sistema que, en similares circunstancias, no mantiene vías de relación con el exterior*. Se trata pues de un equilibrio estático, y, por tanto inestable.

Este segundo sistema es el de la casa de vecinos donde todos se relacionan con todos. En el barrio donde viven es relativamente frecuente la ayuda espontánea y ayuda mutua del tipo de la descrita. La madre que substituyó a la abuela de Ricardo, durante cinco años, cuidó a otros niños huérfanos que, como Ricardo, lo necesitaban por similares circunstancias.

La situación económica de esta familia es muy desorganizada. Disponen de una cierta cantidad de dinero producto de un inmueble de vecinos propiedad de Luisa, pero sin gestión racionalizadora alguna. Los ingresos reales son muy bajos. La vivienda, de unos cuarenta metros cuadrados, no dispone de los servicios mínimos que garantizan una calidad de vida: agua

caliente y calefacción, cuarto de baño completo, frigorífico, etcétera. Además, está muy descuidada tanto en higiene como en las reparaciones necesarias para hacerla habitable. Asimismo su alimentación es muy insuficiente. La familia no tiene ningún sistema de protección de la salud.

En resumen, la concurrencia de problemas de tipo estructural (ingresos bajos, vivienda de mala calidad, falta de protección social y de relaciones sociales en general) con otros de tipo vivencial, tales como los descritos, hacen de esta familia un sistema altamente vulnerable a situaciones de crisis crónicas que requieren una intervención profesional.

### ***Proyecto de trabajo***

El proyecto de trabajo que relato a continuación fue realizado conjuntamente entre los miembros de la familia y el equipo profesional. Mas las posibilidades de participación y compromiso de la anciana fueron muy débiles debido a su avanzado estado de demencia senil. Presentaba numerosas contradicciones, variaciones frecuentes de humor y una fuerte demanda de ser atendida de acuerdo a sus exigencias. Todo ello dificultaba la toma de decisiones conjunta. A medida que su estado patológico fue deteriorándose, llegó un momento en que se hizo necesario su internamiento en un centro psiquiátrico. Sus problemas de carácter y convivencia impidieron el ingreso en una "residencia asistida" que, por otro lado, eran muy escasas entonces.

Durante el tiempo que duró su estancia en la casa fue atendida por el equipo profesional, con el objetivo de prestar el apoyo emocional preciso a la familia y evaluar las posibilidades de cambio en el sistema, con el fin de que se hiciera más flexible la relación que sus miembros mantenían. También se prestó atención a las reparaciones necesarias en la casa, a la escasa alimentación que tenían y a la desorganización económica de la familia.

La relación que se mantuvo con Luisa tenía como objetivo poner límites a su acción destructora y autoagresiva, mas su negativa a cualquier planteamiento que implicara un cambio fue absoluta. Su conducta fue haciéndose progresivamente más rígida. Aunque no volvió a repetir tan frecuentemente sus amenazas de suicidio, el ingreso psiquiátrico fue irremediable en un momento de alto riesgo.

Las entrevistas con Ricardo se mantuvieron durante seis meses aproximadamente, desde el inicio de la crisis familiar. El interés de la trabajadora social por su persona, y la relación estable que el muchacho pudo mantener con aquella, fueron los principales aspectos de la relación profesional que le permitieron y ayudaron a fortalecer su personalidad, a adquirir capacidad para hacer frente a las numerosas dificultades que su proceso de crecimiento le exigía. En las ocasiones en que sus sentimientos de impotencia y frustración le desbordaban, la tolerancia del profesional, unida a una firme actitud que ponía límites a sus exigencias, le ayudaron a comprender

sus reacciones inadecuadas y a corregirlas progresivamente.

Así pues, la relación profesional supuso un instrumento fundamental para el seguimiento del caso, cuyo objetivo fue reconducir el proceso de socialización de Ricardo para ayudarlo a integrar su personalidad y lograr su autonomía. En las sesiones de tratamiento éste pudo interpretar su pasado, en relación con la experiencia del presente de un modo continuo, lo que le permitió hallar en sí mismo recursos hasta entonces ignorados. Sus éxitos inmediatos, en diversos campos, tales como el logro del Certificado de Estudios Primarios en dos meses, un trabajo de camarero, ingreso en la mili, e integración en una asociación cultural le proporcionaron la confianza básica en sí mismo de la que antes carecía.

La contención del conflicto, de la ansiedad y culpa fueron también factores críticos de éxito en la evolución de la crisis, durante el tiempo que permanecieron juntos la abuela y el nieto.

### **Conclusiones**

Por último procederé a la evaluación de esta historia en relación a los datos que no fueron obtenidos en su momento y que hoy la nueva teoría de las crisis nos ofrece.

En primer lugar, hemos de observar el contexto en que se formuló la petición de ayuda al trabajador social. De los distintos tipos de categorías de solicitudes que recibe el trabajador social, clasificadas por D'ADDA Y GALLIONE (1983), el contexto de control vendría a describir la demanda de es-

te caso, tal y como fue expuesta. En este contexto se producen todas aquellas solicitudes de ayuda no formuladas por el propio cliente, sino por una entidad o sistema que está en el mismo nivel o en uno de jerarquía superior. Los casos que precisan intervención psicosocial surgen como consecuencia de la evaluación de elementos de riesgo grave contenidos en la situación. La decisión es tomada, en general, por una instancia superior, el propio trabajador social o, como en el caso expuesto, por un equipo de profesionales que detectan la situación de riesgo.

La principal dificultad que se presenta en estos casos proviene de la escasa conciencia del problema que tiene alguno de los miembros de la familia. Sus resistencias, así como los modos de acercamiento para la extensión de la conciencia, han sido ampliamente y profundamente estudiados hoy. En el caso que nos ocupa, esta circunstancia no se tuvo en cuenta en su totalidad. Se actuó de acuerdo a criterios de tipo clínico, por lo que el diagnóstico de demencia senil de Luisa introdujo un fuerte condicionante en el proceso de relación profesional y proyecto de cambio de la familia. El resto de las observaciones están relacionadas con este origen que marcó la pauta del tratamiento que he expuesto.

Así, el supuesto trabajo del muchacho significó en la vida familiar un cambio importante que no fue tenido en cuenta por los terapeutas en su verdadera dimensión. Aún cuando, como se ha visto, la atención a la familia fue intensiva y prolongada, ambos

miembros fueron tratados más como individuos, con sus características, deseos y necesidades particulares, que como personas cuya interacción estaba afectando a su experiencia vital.

De acuerdo con ese planteamiento, la narración de la historia nos muestra, además, un hecho sobresaliente: los datos obtenidos de Ricardo son, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, mucho más numerosos y profundos que los obtenidos de su abuela. ¿Qué significa esto?. Parece evidente que el énfasis y expectativas de cambio fueron centradas en el nieto. La valoración que se hizo de Luisa con respecto a sus posibilidades de cambio fue muy negativa. Esto fue debido, como antes se ha dicho, al planteamiento previo o representación que de ella se hicieron los profesionales y que condicionó la vía de tratamiento interactivo.

Una evaluación del caso, para conocer las disfunciones de la relación familiar y ayudar a los miembros a manejarlas de cara a su modificación, hubiera supuesto explorar los aspectos siguientes:

a) El pasado de la abuela evaluado en el contexto en que se estaban produciendo los hechos en relación con su nieto; es decir, en relación con las circunstancias y experiencia del momento.

b) Mayor conocimiento de los modos de acomodación que la familia tenía entre sí, sus pautas de conducta, sus rutinas, etcétera. En expresión de MINUCHIN: la trama invisible de sus demandas complementarias que, como reglas de organización, constitu-

yen el núcleo fundamental de la vida en común.

c) Del mismo modo los encuentros con los otros vecinos, la figura sobresaliente de la amiga-vecina que había cuidado a Ricardo, y cuantos "otros significantes" que hubieran podido ayudar en la circunstancia de crisis y haber facilitado una intervención estructural con todo el grupo de referencia.

d) Los distintos papeles que ambos cumplían, así como la exploración de los límites de ese ordenamiento. En otras palabras, el ordenamiento jerárquico de la autoridad y la complementariedad de funciones.

e) El sentimiento de identidad como familia, es decir su sentido de pertenencia a una familia tan singular, y los problemas que, hipotéticamente, podían permanecer ocultos para ambos y constituir secretos personales que distorsionaban la comunicación. Algunos de estos pueden ser: un posible conflicto de lealtades de Ricardo con las figuras de su abuela y su "mami", apelativo con el que llamaba a la vecina que lo cuidó; el secreto sobre la figura de su padre; la explicación de la conducta de Luisa durante los cinco años que no atendió a su nieto, etcétera.

f) Las expectativas mutuas que Luisa y Ricardo tenían. Cómo se formaron éstas, las dificultades para hacerlas explícitas, la relación de apoyo mutuo que en otro tiempo posiblemente hubo.

Estos, entre otros, son los datos de la estructura familiar que permanecieron inexplorados y que hubieran

servido para una evaluación rigurosa dirigida a modificar las pautas relacionales que hubieran llevado a esta familia a una complementariedad menos rígida.

Bien es cierto que el estado patológico de la anciana condicionó el diagnóstico y, por tanto, una actuación que potenció la identidad de Ricardo mediante la exclusión de Luisa. Mas no por ello podemos justificar lo que pudo haberse realizado en orden a un conocimiento más profundo que hoy poseemos.

Sin embargo, no es menos cierto que la aseveración que acabo de realizar es una ficción, ya que el desarrollo del conocimiento sobre la familia en ese año de 1973 no había llegado al grado de sistematización que hoy tenemos. Era frecuente entonces el tratamiento diferenciado en roles profesionales que se ocupaban de distintas parcelas y elementos del sistema de forma particular. Por ejemplo, en este caso, el psiquiatra se ocupó de la patología de Luisa y la trabajadora social del crecimiento y maduración de Ricardo.

Aún cuando el Trabajo Social de casos de familia había insistido en el tratamiento y entrevistas conjuntas con todos los miembros de la familia, su grado de sistematización y orientación de la práctica no se había desarrollado en España.

Por todo lo expuesto, la evaluación que acabo de realizar creo que convierte esta historia en un documento pedagógico de primer orden desde una visión de la enseñanza que comprenda la unidad teoría-práctica.

Mas es importante terminar señalando lo siguiente. Este modo de ofrecer un apoyo a los problemas derivados de una situación de crisis familiar no implica que el trabajador social ha de convertirse en un terapeuta familiar. Este último orienta su trabajo hacia una intervención clínica y, por tanto, su encuadre es fundamentalmente terapéutico, mientras que el trabajador social se centra en la intervención familiar. El objetivo de ésta se dirige a la modificación de los factores ambientales que originan la precipitación de una crisis y las respuestas de los miembros de la familia por dominar las condiciones ambientales desfavorables.

Es importante tener siempre presente que el Trabajo Social no actúa sólo en el campo de lo social-ambiental o en de lo psicológico-individual, sino en el punto nodal de la interrelación entre ambos. En esa línea DAVID M. KAPLAN, conocido teórico del Trabajo Social en Norteamérica, define la crisis como el resultado de una reacción psicológica a condiciones ambientales, o la consecuencia de la resolución desafortunada de las dificultades ambientales. Se trata, para el autor citado, de "problemas situacionales" cuyas causas se encuentran en factores individuales y ambientales, por tanto, "la diagnosis y el tratamiento de los problemas situacionales agudos están centrados no sólo en el individuo y sus esfuerzos por resolver el problema, sino en todos los factores ambientales que puedan afectar a sus reacciones adaptables, favorable o adversamente."

En resumen, el papel que cumple el trabajador social en situaciones de crisis, dentro de un equipo clínico, puede servir, de acuerdo con las observaciones de JESUS DE MIGUEL a:

a) Ampliar el concepto de salud, promoviendo en el individuo aspectos positivos tales como la recuperación de su autonomía, responsabilidad y control sobre sí mismo.

b) Contribuir a la transformación de los fines del sistema de salud: De la curación de las personas al cuidado de las mismas con el propósito de que éstas comprendan su situación.

c) Y por último, ayudar a "desmedicalizar" este proceso, ofreciendo al equipo una perspectiva interrelacional de los problemas sociales.

## Bibliografía

- ANDOLFI, M. 1988: "Cómo llevar a la terapia a las familias con una organización rígida: intento de integrar las intervenciones estratégicas y estructurales". En *El Cambio Familiar: Desarrollos y Modelos*. Editorial Gedisa, Buenos Aires.
- CAILLE, P. 1990: *Familias y terapeutas. Lectura sistémica de una interacción*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.
- CAMPANNINI, A. M. y LUPPI, F. 1991: *Servicio Social y modelo sistémico*. Editorial Paidós. Barcelona.
- ELKAÏM, M. et al. 1989: *Las prácticas de la terapia de red*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- ERICKSON, E. H. 1981: *Identidad. Juventud y crisis*. Editorial Taurus. Madrid.
- FERNANDEZ MOUJAN, O. 1989: *Crisis vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.
- KAPLAN, D.M. 1971: "Un concepto sobre los desórdenes ambientales agudos". En *Trabajo Social y valores sociales*. Eileen Younghusband (comp.). Editorial Euramérica. Madrid.
- MIGUEL, J. M. de, et al. 1988: *El futuro de la salud*. Editado por el Centro de Estudios Constitucionales. Madrid.
- MINUCHIN, S. 1985: *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa. México.
- ORTEGA Y GASSET, J. 1984: *La rebelión de las masas*. Editorial Espasa Calpe. Madrid.
- : *¿Qué es filosofía?* Ediciones de la Revista de Occidente. Madrid, 1971.
- PITTMAN, F.S. 1990: *Momento decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Editorial Paidós. México.
- POLLACK, O. 1971: "Determinantes sociales del comportamiento de la familia". En *Servicio Social familiar*. Eileen Younghusband (comp.). Editorial Euramérica. Madrid.
- : "Modelo de diagnóstico familiar". En *Servicio Social familiar*. Eileen Younghusband (comp.). Editorial Euramérica. Madrid, 1971.
- RICHMOND, M. 1984: *Caso social individual*. Editorial Humanitas. Buenos Aires.
- SATIR, M.V. 1988: "Retrato parcial de un terapeuta familiar en proceso". En *El cambio familiar: Desarrollos y modelos*. Editorial Gedisa. Buenos Aires.
- SSLAIKEU, K.A. 1989: *Intervención en crisis*. Editorial El Manual Moderno. México.
- ZAMANILLO, T. y GAITAN, L. 1991: *Para comprender el trabajo social*. Editorial Verbo Divino. Estella (Navarra).
- ZAMANILLO, T. 1973: *Historia psicosocial de la familia*. Hospital Clínico de Madrid. Madrid.

---

Teresa ZAMANILLO PERAL  
Escuela Universitaria de Trabajo Social  
Universidad Complutense