

EL CASO, EL CONTEXTO Y LA TRAMA

Narrativas que demandan nuevos desenlaces¹

Viviana E. Oliva Spertino²

Ana Michelena Calvo

RESUMEN

En el presente estudio se explorara la existencia de estereotipos asociados a familia multiproblemática en diferentes ámbitos profesionales, y su incidencia en el desempeño profesional. Para ello, se realizó un análisis de contenido de 93 cuestionarios semi-estructurados, con valoraciones clínicas de casos de familia multiproblemática, por parte de profesionales del ámbito social, clínico y en formación como terapeutas familiares.

Considerando que una particularidad de las familias multiproblemáticas consiste en estar envueltas en un contexto de discursos multiprotagonicos que suelen obstaculizar el proceso de reorganización familiar frente a crisis múltiples, nos proponemos por medio de este trabajo estudiar las pre-condiciones de este tipo producción discursiva y reflexionar sobre modos narrativos de posicionarnos discursivamente e intervenir reflexivamente como terapeutas sistémicos, sin olvidarnos de los sistemas más amplios que la familia.

Palabras Clave: Familias Multiproblemáticas – Enfoque Sistémico – Sistema Determinado por el Problema - Abordaje Narrativo - Estereotipos profesionales.

INTRODUCCIÓN

Bajo la consideración de la práctica terapéutica con familias multiproblemáticas desde una perspectiva narrativa, y considerando la complejidad inherente a la organización de los diversos sistemas técnicos que operan en su asistencia y las particulares interacciones que se producen entre éstos y familias multiproblemáticas, nos proponemos explorar la existencia de estereotipos, su organización en tramas narrativas y su reproducción en discursos concretos que, bajo la lógica configuracional del relato, terminan anunciando determinados desenlaces.

Para ello debemos aproximarnos a las condiciones de producción de diferentes discursos asociados a familia multiproblemática, entrar en su complejidad y, en tanto

¹ Trabajo de Máster de Terapia Familiar, dirigido por el Dr. Ricardo Ramos Gutiérrez.

² Ambas autoras agradecemos a nuestro director Ricardo Ramos, por sus ideas inspiradoras, a Anna Abio, por su acompañamiento y ánimo, a Clara Juando y a Ignasi Gich por sus aportaciones cualitativas y cuantitativamente generosas y a todos los profesionales que han participado de este estudio.

interlocutores profesionales co-creadores de la realidad objeto de nuestra intervención, disponer de recursos técnicos y conceptuales para sortear los obstáculos esperables en historias de familias multiproblemáticas.

En primer lugar comenzaremos con un recorrido teórico por antecedentes del tema, puntualizando y articulando progresivamente sobre los aportes que nos ayudan a comprender las diferentes dimensiones del problema que nos ocupa. Luego de este recorrido que nos conduce a una definición de familia multiproblemática, en segundo lugar puntualizaremos en la dinámica organizacional de los servicios socio sanitarios que se ocupan en general de estos casos para, una vez llegados a este punto, dar un paso atrás y mirar a las mismas familias desde una perspectiva que incluya estas dinámicas sociales y organizacionales. En tercer lugar, una traducción narrativa del tema nos permitirá adentrarnos en las condiciones de producción de discursos sobre familia multiproblemática y, finalmente, ahondaremos en el concepto de *sistema determinable por el problema* procurando terminar de delinear el campo de interés de este estudio.

Antecedentes teóricos

Las primeras expresiones del término *familia multiproblemática* se producen en los años 50 por parte de profesionales provenientes del ámbito social. Con ella, se ha tendido a individualizar a familias de baja extracción socioeconómica y los problemas propios de esta situación social, más que a situaciones caracterizadas por una particular relación interpersonal entre sus miembros (Cancrini, De Gregorio y Nocerino, 1995).

Progresivamente se han desarrollado investigaciones focalizando la mirada en las modalidades de relación de estas familias, tanto entre sus miembros, como con el mundo circundante, que han ido ampliando esta caracterización de familia multiproblemática.

Entre los múltiples estudios del tema, destacan las aportaciones de Voiland (1962, en Cancrini et al. 1995) destacando el carácter asocial de estas familias y puntualizando en el desarrollo de comportamientos desviados a este nivel; de Aponte (1976, en Cancrini et al. 1995) que ha subrayado las características disfuncionales estructurales, fundamentalmente a nivel del subsistema parental. Destacamos también los clásicos trabajos de Minuchin y su equipo (1967) en *Families of the slums* y sus estudios de los aspectos estructurales, funcionales y comunicacionales entre miembros de familias de baja extracción socioeconómica, así como las dificultades y perturbaciones de la comunicación entre familias pobres y las instituciones dedicadas a asistirles (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000).

Por lo general, las cuestiones médicas, las de salud mental y las de dependencia de sustancias químicas se combinan en estas familias con dificultades de empleo, educación, violencia, pobreza y discapacidad a las que se suman, con mucha frecuencia, problemas legales, de vivienda y de escasez de una red social eficaz.

La creciente atención al contexto social global en el que se inscribe la dinámica de familias multiproblemáticas ha llevado a identificar que un elemento significativo son los diferentes sistemas asistenciales con los que ésta debe interactuar. Entre estos sistemas se encuentran organismos de asistencia social, hogares sustitutos, tribunales, clínicas de salud mental y ciertos centros destinados a poblaciones especiales como las instituciones que brindan servicios a las personas discapacitadas física o mentalmente, o a los ancianos.

I. Black (1995) observa que hay familias y organismos de asistencia a los que denomina sistemas más amplios (SMAF) entre los que se crean relaciones muy difíciles que perjudican el desarrollo normativo de los miembros de la familia y contribuyen a agotar o a generar escepticismo entre las personas que trabajan en dichos sistemas. A su vez, son justamente estas familias las que se vinculan más regular e intensamente a lo largo de su ciclo vital con tales sistemas.

Prácticamente desde que comenzó a considerarse a las familias multiproblemáticas como aquellas en cuya vida están involucradas numerosas instituciones, han comenzado a proliferar trabajos centrados en esta particular relación entre familia y sistemas más amplios. Así, Bell y Zucker (1969, en I. Black, 1995) han estudiado las pautas de evitación y distanciamiento mutuo entre familia y personal del sistema de atención médica que comparten un miembro en común: el paciente. Coppersmith (1982, en I. Black, 1995), investigó la interacción de las familias con múltiples ayudantes; y Harbin (1985, en I. Black, 1995) estudió las relaciones entre familias y hospitales neuropsiquiátricos comprobando que no es necesario que ninguno de los dos sistemas sea intrínsecamente disfuncional para que su interacción genere dificultades.

En general, los estudios destacan que una falta de perspectiva sobre estos sistemas más amplios suele llevar a la perpetuación de los mismos problemas que supuestamente deberían resolver, reproduciendo con frecuencia las pautas de la interacción familiar y contribuyendo a establecer un macrosistema cosificado cada vez más incapaz de producir cambios.

También se ha analizado el nivel sociopolítico en el que operan dichas relaciones y se estudió la repercusión de los prejuicios institucionales contra determinados sectores de la población (los pobres, grupos minoritarios, discapacitados físicos y mentales,

mujeres, etc.), que suelen ser los que requieren con mayor frecuencia de estos servicios (I. Black, 1995).

Frente a este abanico de situaciones y de dimensiones en las que el abordaje de este tipo de familias deja evidencia de dificultad, tanto en y entre sus miembros como en las relaciones con los sistemas que deben asistirlos en sus problemas; y ante la diversidad de ángulos de observación desde los cuales abordarlas y desde los cuales han sido y son abordadas, vamos a hacer un esfuerzo de delimitación teórica.

Comenzaremos por una primera diferenciación entre dos modalidades de funcionamiento familiar que realiza Cancrini et al. (1995) para localizar teóricamente a las familias y a las situaciones que son objeto de nuestro interés en este trabajo.

Estos autores diferencian, por un lado, familias cuyo funcionamiento sintomático equilibra las necesidades emocionales de los demás miembros del sistema familiar y, por otro lado, familias multiproblemáticas propiamente dichas, en las que el comportamiento sintomático, por el contrario, funciona como un elemento de dificultad y disgregación añadidas para el comportamiento de los otros miembros del sistema y para éste en su globalidad.

Es decir, en familias multiproblemáticas, si bien los comportamientos sintomáticos son eficaces bloqueando el paso a la fase evolutiva siguiente del ciclo vital familiar, no logran mantener el equilibrio de la etapa precedente llevando a la desorganización y a la disgregación progresiva del núcleo familiar.

Según Cancrini et al. (1995) la situación propia de familia multiproblemática quedaría caracterizada del siguiente modo: por un lado, un mal funcionamiento del sistema familiar, incapaz de realizar de manera satisfactoria sus tareas organizativas (apoyo económico, instrucción, crecimiento y protección de los miembros en dificultad) y expresivas (gestión de las tensiones, nutrición emocional, respuesta a las exigencias de intimidad y de estabilidad afectiva) y por otro, una búsqueda afanosa de personas externas capaces de desarrollar dichas tareas; personas cuya presencia, rápidamente transformada en esencial, contribuye a la disminución progresiva de competencia de los miembros del sistema familiar.

Dicho en otros términos, parece que en un tipo de familias se desarrollan comportamientos y, a veces, se resuelven (con o sin ayuda externa), pero los miembros de la familia constituyen una unidad y mantienen la propiedad de su proceso interaccional. Por el contrario, en familias multiproblemáticas, los comportamientos sintomáticos llevan a la *dilución* de aquellas interacciones que mantienen unido al sistema familiar con el debilitamiento de sus fronteras y la pérdida progresiva de propiedad sobre su proceso interaccional con el ingreso de los diferentes servicios de asistencia (Colapinto, 1996).

En relación a esto último, y de acuerdo con Minuchin et al. (2000), se puede decir que en general estas familias no escriben su historia. Una vez que han ingresado en la red institucional y se ha dado comienzo a la historia del caso, la redacción corre por cuenta de la sociedad y sus instituciones.

Una aproximación a la dinámica de las organizaciones socio-sanitarias.

De acuerdo con Castillo (1997), la mayoría de las organizaciones a las que nos venimos refiriendo responden a una configuración que él denomina *organización profesional*. Dichas organizaciones cuentan con profesionales que disponen de habilidades más o menos estandarizadas, con cierto nivel de autonomía para realizar su trabajo y que han sido contratados para brindar un servicio a la sociedad.

Asimismo, las organizaciones asistenciales y de trabajo social acogen en su seno a varias clases de profesionales especializados y cada uno de estos servicios especializados necesita a su vez, para su consolidación y permanencia, una alta demanda del servicio que ofrecen y defender su territorio frente a otros profesionales especializados.

Castillo (1997) plantea que estos servicios, tras el esfuerzo por consolidar la clase profesional, mantener estructuras burocráticas y gestionar cuestiones de presupuestos, terminan muchas veces por invertir la definición de sí mismos como orientada a la atención del ciudadano y que la definición pragmática más evidente es la de atención a sí mismos a través de la definición de las necesidades del ciudadano como recurso propio.

Estos recursos son de índole semántica y simbólica; como las definiciones consensuadas sobre carencias de los usuarios, y sobre la aplicación de determinadas intervenciones profesionales para sustituir esas carencias durante más o menos tiempo.

De acuerdo con el autor, los usuarios de estos servicios se ajustan admirablemente a esta definición ya que, una de las características básicas de su disfuncionalidad social y personal puede reconocerse en su estrategia vital de delegación de la propia vida en manos del otro profesionalizado.

Y es justamente la existencia del conflicto y de juegos políticos en el seno de estas organizaciones lo que facilita la permanencia de la fragmentación del usuario, aceptando (y promoviendo luego) sus propuestas de delegación y su desresponsabilización social (Castillo, 1997).

Por tanto, siguiendo con las ideas del autor, cuanto mayor sea el grado de eficacia de una organización (su capacidad de restituir a determinados colectivos sociales a

dinámicas de autonomía social), mayor será la posibilidad de que sus clases profesionales sean cuestionadas en su necesidad.

Según Minuchin et al. (2000), existe una perspectiva centrada en el individuo en la mayoría de estos ámbitos asistenciales y las interacciones del sistema familiar suelen ser pasadas por alto, en tanto la realidad institucional no permite dedicar tiempo a buscar familiares, explorar sus puntos fuertes y manejar las complejidades que presentan las familias afectadas por crisis múltiples. Solo una firme determinación puede llevar al profesional a usar otro enfoque diferente al habitual, ya que el sistema burocrático no protegerá a un empleado que no ha actuado de acuerdo a las normas.

Finalmente, si los métodos no son sensibles para detectar las realidades familiares y sociales, éstas tienden a convertirse en *cuestiones de contexto*, rara vez consideradas pertinentes para la práctica de la profesión (Pakman, 2006).

Como estas familias son portadoras de múltiples problemas en varios de sus miembros, se puede prever que participan de la construcción de la historia del caso muchos profesionales o especialistas, cada uno con su propia lógica.

Por tanto, no solo un enfoque limitado al individuo, sino que, en estos casos, aún un enfoque limitado a la familia, que no incluye la relación de ésta con sus múltiples ayudantes, suele llevar a los profesionales a designarlas como familias *resistentes* o *no cooperativas* (I. Black, 2000).

Una traducción narrativa.

Tras las consideraciones realizadas hasta aquí, resulta interesante la traducción *narrativa* que propone Ramos (1996) de los criterios ofrecidos por Cancrini et al. (1995), presentados anteriormente, para pasar a considerarlos como *precondiciones* para la co-producción entre profesionales y familias de un tipo de discursos que el autor denomina *multiprotagónicos*.

Ramos (1996) sugiere que, por un lado, la presencia contemporánea de varios miembros de la familia aquejados de problemas serios explica y legitima la búsqueda y/o hallazgo de un tipo especial de interlocutores: los interlocutores profesionales; por otro lado, la insuficiente nutrición afectiva dentro del núcleo familiar lleva a la búsqueda vicariante de aquella fuera de éste; estas dos situaciones se reforzarían recíprocamente, puesto que, una vez establecido un campo de interlocución, éste dista de ser episódico; finalmente, la escasa claridad y consistencia de los límites y fronteras de la familia favorecen que una vez establecidos estos interlocutores, sus campos de interlocución pasen a ser invasivos.

Ramos (1996) estima que la forma discursiva básica de nutrición afectiva sería la confirmación y plantea que la relación de dependencia recíproca entre los servicios

que proporcionan recursos y los miembros de la familia que los reciben se entendería en clave de que, a falta de una confirmación mutua, familia y servicios se conforman con una pseudo-confirmación. Los servicios se sienten pseudo confirmados (justificados) al creerse necesarios; los miembros de la familia se sienten pseudoconfirmados al percibirse avalados.

Los discursos multiprotagónicos serían el resultado de la coexistencia de varias historias, cada una de ellas contradictoria y difícilmente integrable con las otras, pero también cada una de ellas avalada por profesionales que actúan como público comprometido con su versión.

De este modo Ramos (1996) no solo destaca el carácter *público* en las historias de familias multiproblemáticas, sino que también evidencia cómo este público rubrica vehementemente estas historias. Cuestión

Para integrar las dimensiones desde las cuales estamos procurando una aproximación al fenómeno de familia multiproblemáticas, deslizaremos el foco hacia una configuración que se hace más visible tras las consideraciones hasta aquí realizadas. Configuración en la que estos elementos interactúan co-construyendo historias estereotipadas de familias aquejadas por múltiples problemas, en un proceso de saturación narrativa.

Lo haremos desde un enfoque narrativo, entendiendo por éste, aquel que concibe la entrevista como una narración conversacional que se desarrolla en el marco y en el flujo de un conjunto de conversaciones sostenidas con otros profesionales y en referencia a los mismos temas, o parecidos. (Ramos & Borrego, 2006).

Por ello, haremos un pequeño recorrido por las influencias de las ideas nacidas a la sombra del espíritu posmoderno sobre los modelos de la terapia familiar. Estas ideas han llevado a considerar el proceso terapéutico, cada vez más, desde una perspectiva lingüística dando un vuelco a la concepción sistémica clásica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Hasta entonces, el axioma era que el sistema disfuncional crea el problema y que tal problema puede ser modificado operando sobre el contexto. Desde estas perspectivas, en cambio, los sistemas no crean problemas, sino que el uso del lenguaje referido a los problemas es lo que constituye a los sistemas.

Los trabajos del *grupo del Galveston family institute* (1988) radicalizaron este desplazamiento del punto focal de la terapia desde el conjunto de las interacciones observables a las premisas que las personas tienen respecto a un problema, y desde una perspectiva lingüística, semiótica y hermenéutica más que familiar e interaccional, terminaron configurando el concepto de *sistema determinado por el problema* (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Según Anderson (1999), lo que lleva a las personas a terapia es que han llegado a un punto de quiebre conversacional, de pérdida del sentido de autonomía, que ha derivado en conversaciones monológicas, restringiendo así las posibilidades de nuevas narrativas que den lugar al ingreso de *lo no dicho*. Desde esta perspectiva los problemas no se resuelven sino que se disuelven en la conversación terapéutica, junto con el sistema que se configuró en torno a ellos.

Según Luhmann (1990, en Ramos, 2008), esto se basa en la idea de que los sistemas sociales no están definidos por las personas que los integran y sus relaciones, sino por los temas que los caracterizan y las conversaciones en las que éstos se expresan.

Sin embargo, coincidiendo con Ramos (2008), no resulta fácil dar el salto que nos llevaría desde una familia o una persona concreta con problemas hasta la abstracción que se propone de unos temas que, con su carácter problemático, absorbe la atención y la comunicación de unas personas hasta configurar un sistema determinado por ese o esos temas problemáticos. Y, más aún, asumir la absoluta irrelevancia sistémica que tendría el hecho de que las personas que participen de esta configuración nos parezcan excelentes o despreciables como individuos, pareja o padres.

Para comprender mejor esta perspectiva Ramos hace una aproximación desde las ideas de Pask (1994, en Ramos, 2008) y la teoría formal de la conversación. Desde esta teoría, las unidades participantes estables de una conversación no son necesariamente personas; pueden ser, también, facciones o puntos de vista.

Un punto de vista es una unidad conversacional, en tanto principio generador de aportaciones en una conversación (desde mi punto de vista o desde tal punto de vista) y nunca es banal ya que está al servicio de un interés.

Por lo tanto, lo que caracterizaría a esta unidad no es quién o qué la compone, sino el hecho de haber alcanzado una opinión sobre algo, que responde a un propósito no trivial y se manifiesta tanto en la elección de los acontecimientos como en el tipo de comentarios que se expresan a través de esos hechos. Se perfila así una perspectiva mantenida, desde la que se puede glosar, comentar y categorizar acontecimientos efímeros, cambiantes. Con la perspectiva aparecen también la temporalidad y el proceso y, por tanto, es la perspectiva la que faculta fijar cuándo comenzó algo y cómo siguió, y no al revés.

Según Ludewig (1993, en Ramos, 2008), un problema es un tema de comunicación en que se considera algo como no deseado y modificable, por lo tanto, debería y podría cambiar. Una dificultad, por el contrario, sería un tema de comunicación en el que se considera algo como no deseado e inmodificable.

Ramos (2008), plantea que ante un tema de conversación problemático las auto o heterovaloraciones negativas conllevarían a una apelación implícita a cambiar algo

cristalizándose posiciones opuestas en torno al tema *tienes que cambiar tal cosa* y convirtiéndose en las posiciones discursivas básicas que rigen la mayor parte del intercambio. Si esto se mantiene y perpetúa, ya tenemos montado un sistema problemático. Luego, probablemente, la intervención de los profesionales acabará organizando distintos sistemas clínicos (de orientación, de consulta, de acompañamiento o de terapia).

Siguiendo estas ideas, los sistemas que nos interesan al reflexionar sobre familias multiproblemáticas incluyen a todas las personas que opinen que algo es un problema y, en consecuencia, expresen la opinión de que alguien tendría que hacer algo para resolverlo.

Por lo tanto, un problema seguiría existiendo, con independencia de la conducta de las personas concernidas por él, mientras alguien suficientemente autorizado para hacer algo siga sosteniendo que el problema existe y mientras haya otras personas que, por alguna razón, no puedan sustraerse de esa opinión (Ramos, 2008).

A diferencia del planteamiento del *grupo de Galveston* (1988), lo que Ramos (2007) propone es que los sistemas no se disuelven, sino que se desactivan, ya que los sistemas técnicos tienen memoria; personal en sus miembros, documental en sus archivos.

En el concepto que propone ahora el autor subyace una idea de sociedad en la que hay unos esbozos en la malla social que prefiguran los caminos más transitables e indican las actividades más promisorias para su construcción.

El sistema determinable por el problema

El sistema determinable por el problema es un concepto que trata de hacernos presente que en el proceso de definición/construcción de una problemática hay interlocutores que detentan poder simbólico para esa construcción y hay discursos dominantes en un momento socio-histórico determinado a los que el terapeuta debe darles cabida (Ramos, 2007).

Para hacer más operativo el concepto, Ramos (2007) recurre a otros dos conceptos: *red conversacional virtual actualizada*, que refiere al intento de conocer que nodos se han activado realmente de los que podrían estar concernidos por el estado actual al que ha llegado una problemática; *estado de activación de la red conversacional* que refiere a la consideración del sesgo que han ido tomando las conversaciones desencadenadas por la alarma en función de los nodos activados, la secuencia de activación, las categorizaciones propias de cada uno (un mismo acontecimiento puede ser categorizado como *pérdida de control de impulsos* en un nodo del ámbito de la

salud mental y *conducta disruptiva en el aula*, en el ámbito escolar), el nivel de activación alcanzado y la tendencia a invadir el territorio de otros nodos.

En familias multiproblemáticas, por ejemplo, nos pueden llegar informes que provienen de multitud de interlocutores y que datan de tiempos inmemoriales.

Puede ocurrir que acontecimientos comunes que generan alarma, lleven al pronunciamiento de diferentes nodos, con valoraciones diferentes ya que responden a las lógicas con las que opera cada nodo (por ejemplo, en el nodo escolar la prioridad es un hijo; en el nodo de la salud mental la prioridad sería el nivel de estrés alcanzado por la madre, que no le permite dar más y por lo que consecuentemente no se le puede exigir más tampoco).

El autor postula que la multiproblematicidad se genera como resultado del acoplamiento de dos sistemas, familiar y técnico, en la deriva de la vida. Y propone que se mantiene por la emergencia de discursos multiprotagonísticos en la búsqueda de sentido a esa deriva. No existen, desde esta perspectiva, familias multiproblemáticas si no se encuentran con servicios multiproblematizantes (Ramos, 1996).

En este sentido, podemos considerar que estas historias multiprotagonísticas que nos llegan a terapia familiar se han generado dadas ciertas condiciones de producción discursiva que no deberíamos pasar por alto.

De acuerdo a lo planteado, podemos asociar a condiciones necesarias de multiproblematicidad, por tanto, al acoplamiento de un sistema natural con problemas sociosanitarios graves, con peso específico suficiente como para afectar la autonomía y el nivel de tomas de decisión de la familia y un sistema técnico sociosanitario fuertemente compartimentado que trata la complejidad como complicación con objeto de operar en –y mantener- la compartimentación.

De este encuentro de esos dos sistemas a lo largo de su deriva surgen unos relatos fuertemente protagonista-antagonizantes y unos públicos (operadores) cada vez más comprometidos con las versiones que avalan. Estas versiones, a su vez, los avalan para mantener cursos de acción tildados de resolutivos, que los arrastran de buena fe, por más que los resultados esperados de esos cursos de acción no se consigan nunca. Ramos (1996) plantea que mientras una clave interpretativa provea elementos suficientes para avalar un curso de acción, aunque sea “más de lo mismo”, la coherencia interpretación-acción se mantiene y el intérprete se siente cada vez más comprometido con su interpretación.

El encuentro terapéutico desde esta perspectiva narrativa se produce bajo la consideración de que el relato narrativo que se va a compartir y co-construir va a depender de las condiciones en que se produce este encuentro y de cómo cada interlocutor se posiciona ante esas condiciones. (Ramos, 2005)

Según el autor, la finalidad de la narración conversacional por la que los consultantes nos ponen al corriente de lo que les ocurre no responde a una intención expresiva, sino auto justificativa (Ramos, 2007). Y la forma en que lo hacen (la selección y secuencia de los acontecimientos que relatan, el énfasis que tratan de imprimirles, etc.) deriva del esfuerzo activo de reposicionarse en el nuevo proceso de producción del que podemos formar parte nosotros o cualquier otro profesional del sistema técnico.

Desde esta perspectiva, lo que mueve al terapeuta a privilegiar su atención sobre las condiciones de producción discursiva en lugar de recabar información de otro tipo es la idea de que la historia a partir de la cual puede intentar dar un rumbo distinto a lo que está sucediendo no se la pueden contar porque todavía no la han vivido. Por tanto, es sobre la base de estos elementos, y no solo en base a la experiencia pasada de la familia, que emerge una historia y no otra. (Ramos, 2008)

La hipótesis de la que se parte es que las personas (y las familias) no tienen una historia sino un pasado y la historia se hace al contarla. Es trabajando con las condiciones de producción de los discursos (a quien hay que convocar, o conceder prioritariamente la palabra, para hablar de quién, con qué objeto, con qué posibilidad de modificar su postura de partida) con los que el terapeuta debe procurar las transformaciones más terapéuticas de la historia que co-construye.

Estas historias, por lo tanto, no tienen un comienzo, sino que para cada contexto y para cada ocasión habrá que buscar unos motivos inaugurales. Y estos comienzos no son objeto de descubrimiento, sino de consenso polémico (Ramos, 2008).

Según este autor, esto que puede parecer tan complejo lo hacemos cotidianamente cada vez que decimos: "*en realidad no fue como tú lo dices; para mí que todo esto empezó cuando...*" Y esto es así porque cuando se cuenta una historia no se está intentando comunicar lo que pasó (eso sería una crónica), sino que se está tratando de establecer una sucesión de acontecimientos a los que se les está intentando encontrar algún sentido.

Luego habrá que continuar con unos motivos de transición y unos motivos terminales que permitan un cierre, aunque sea provisional de la historia a partir de los cuales se pueda alcanzar un sentido global de todo ese trayecto.

Construir una historia pasa también por hacerla circular ante un público para el que ese trayecto y esa evaluación tengan sentido (o cambien un sentido preestablecido). Una parte importante (y a nuestro alcance) de ese público está entre los miembros profesionales del *sistema determinable por el problema*, que nos han precedido. El interlocutor profesional en este tipo de situaciones no es un mero receptor de información, es un co-creador de la realidad pertinente objeto de intervención.

Ramos (1996) plantea que ante hechos tan crudos y tan emotivamente apelativos con los que hacer que las familias multiproblemáticas se pongan en contacto con operadores, es importante subrayar la contribución del operador a la cristalización discursiva de estas realidades, cristalización que, dentro de ciertos límites, puede contribuir a que estas situaciones tomen uno u otro curso. Es por ello que el autor nos propone que focalicemos nuestro análisis en los efectos de la respuesta del operador. Denominamos discursos para la acción (D.A.) a aquellos que se producen entre un usuario y un experto teniendo como base temática elementos biográficos del usuario; se producen en un contexto enunciativo institucionalizado como de ayuda socio sanitaria; generan como corolario obligado una acción del experto catalogada de correctora; ello ocurre más allá de las intenciones comunicativas del usuario. Por lo tanto, lo que define el D.A. es que la manera que tiene el experto de demostrar qué ha comprendido (y lo que ha comprendido) implica prescribir algo para que lo haga el usuario.

En tanto discurso que apela a la respuesta activa del operador, más allá del propósito comunicativo del informante, se reseñaran dos tipos de respuestas que cristalizan posibilidades de sentido y desarrollos distintos: discurso para la acción reflexiva y discurso para la acción transformativa (Ramos, 1996).

En primer lugar, el *Discurso para la acción reflexiva (D.A.R.)* es aquel ante el cual la respuesta es una propuesta de acción diferida y, por tanto, genera temporalidad. De este modo, en las familias descritas como caóticas, que funcionan en un continuo presente de cuya experiencia no pueden aprender, la inclusión de temporalidad en un discurso genera su narrativización, su novelización.

La novelización del discurso implica la introducción de la dialéctica del ser y del parecer. Una novela es un discurso en el transcurso del cual se revela que las cosas no estaban como parecía que estaban en su presentación y que las personas no eran como parecía que eran en su presentación.

En segundo lugar, el *Discurso para la acción transformativa (D.A.T.)* es aquel ante el cual la respuesta es una propuesta de acción imperativa. El usuario debe hacer algo (o al menos el profesional juzga que se lo debe decir) de una naturaleza tal que por sí mismo cambiaría el curso de acción. A través de la acción imperativa se congela el discurso que la ha justificado y se compromete al operador con la acción que ha ejecutado. La ejecución de la acción imperativa cambia el universo del discurso pertinente a raíz de ella y mitifica la narración que la ha justificado.

Así, la narración que justificó la acción imperativa permanece como algo inmutable, un relato en el que las cosas quedaron como se dijeron que estaban y las personas resultaron ser como se veía desde el principio que eran.

El hecho de que sea la respuesta del operador la que determine en última instancia que se genere un D.A.R. o un D.A.T. subraya la responsabilidad de aquél, pero no debe hacer creer que la elección de la respuesta está totalmente a su arbitrio. Existen condiciones objetivas, discursivas y receptivas que la restringen. Algunas de ellas son: la situación en que se produce el discurso (en urgencias, por ejemplo, hay que tomar decisiones concretas, con la disponibilidad del momento), la temática del discurso (hay temas fuertes que permiten poca expansión) y el tipo de recepción con la que el operador encarna el discurso (habría un tipo de recepción pragmática, que tiende a recibir el discurso como denotativo o representacional, y otra retórica, que tiende a recibirlo primero como *una acción situada con efectos de elocución* que busca producir un impacto en el auditor, y solo en segunda instancia representacional de lo que ocurrió).

Obviamente con la confluencia de las tres circunstancias (dificultad para disponer de tiempo, situaciones cuyas consecuencias pueden ser graves y menosprecio del componente retórico de todo discurso) las posibilidades de que se genere un D.A.T. aumentan.

Siguiendo a Bardin (1986), toda comunicación, tanto si se produce en una dinámica cara a cara, si está dirigida a masas o si se produce en cualquier otra situación, considera algún o algunos objetos de referencia a propósito de los cuales, unos actores intercambian datos con otros.

El plano de la referencia es, pues, independiente del plano de lo referido. El *emisor* selecciona los datos que considera más pertinente, a su juicio, acerca de dichos objetos de referencia y los hace llegar al *receptor* por un procedimiento comunicativo. Este procedimiento consiste en designar los citados datos mediante algún tipo de expresiones.

Las expresiones usadas en comunicación no tienen por que estar obligatoriamente codificadas en forma lingüística, ya que pueden tener naturaleza proxémica, kinésica o de cualquier otro tipo. En todos los casos, sin embargo, las citadas expresiones construyen un relato sujeto a una determinada sintaxis y semántica que el "análisis de contenido" podrá identificar.

Por lo tanto, se deberá considerar que el estudio de los productos comunicativos, en su dimensión de representaciones cognitivas, solo cobrará auténtico sentido si es referido a un marco más amplio (la sociedad), pues el sistema comunicativo está abierto al sistema social, manteniendo ambos entre sí una relación de interdependencia.

Bardin (1986), define un estereotipo como una imagen que surge espontáneamente frente a un determinado objeto, una idea, una persona, etc. Sería la representación de

un objeto, más o menos separada de su *realidad objetiva* y compartida por los miembros de un grupo social con una cierta estabilidad.

El estereotipo se corresponde con una medida de economía en la percepción del mundo, ya que inmediatamente viene a reemplazar u orientar a la información disponible hacia una composición semántica predispuesta, organizada alrededor de algunos elementos simbólicos simples. A veces, las representaciones de un receptor son reemplazadas, generalmente son modificadas y más frecuentemente son reforzadas.

Un análisis de las representaciones que asignan sentido a los relatos comunicativos podría llevarnos a identificar estereotipos en los que se puedan encontrar determinadas relaciones de interdependencia representacionales, ligadas a familia multiproblemática, de diferentes nodos de los sistemas técnicos, expresadas en forma de relatos.

De entre los desenlaces posibles de una narración existen, teóricamente, desde unos que anuncian un horizonte alentador hasta otros que abocan a una trama estereotipada asociada al proceso de saturación narrativa.

Es frecuente, en los relatos de miembros de familias multiproblemáticas y de profesionales que las derivan, encontrar estas historias saturadas de problemas, semejantes a un bloqueo narrativo y por ende, resulta interesante saber identificar elementos en una y otra dirección y desde allí procurar hacer algo con ellos tendiente a favorecer desenlaces más favorables. El análisis de contenido se muestra como un recurso idóneo para tal objetivo.

En este estudio nos proponemos comenzar por allí, procurando hacer uso de los elementos conceptuales presentados con la expectativa de dejar algún vestigio que le sea útil a compañeros que compartan la misma inquietud.

OBJETIVOS

Explorar la existencia de estereotipos asociados a familia multiproblemática en el ámbito de servicios sociales, en el ámbito de la atención clínica hospitalaria y en el ámbito de profesionales en formación como terapeutas familiares, y así como su incidencia en los criterios de abordaje profesional.

Objetivos específicos

El primer objetivo específico del estudio es explorar la existencia de rasgos de sospecha y rasgos de confirmación asociados a familias multiproblemáticas. A continuación pretendemos ;—conocer si existen diferencias entre los rasgos detectados por profesionales de diferentes ámbitos. El tercer objetivo es estudiar la;

Con formato: Numeración y viñetas

incidencia que estos estereotipos tienen en las valoraciones de profesionales de diferentes ámbitos a la hora de hacer una apreciación pronóstica de las familias en cuestión.

METODOLOGÍA

Diseño

El presente estudio obedece a un diseño exploratorio y descriptivo, en tanto pretendemos estudiar los procesos por medio de los cuales diferentes profesionales hacen valoraciones sobre casos de familia multiproblemáticas, sin intervenir ni manipular la situación. Así mismo, el diseño de la investigación es comparativo, ya que se pretende comparar los resultados obtenidos a partir de diferentes grupos de participantes.

Participantes

El número de participantes fue de 31 profesionales sociosanitarios, divididos en tres grupos. El primer grupo constó de once profesionales del ámbito social, pertenecientes a centros de acogida de menores de las provincias de Barcelona y Lleida³. Los criterios de inclusión eran que fueran trabajadores sociales, psicólogos o pedagogos que trabajasen en una institución enmarcada dentro del ámbito de la intervención psicosocial o servicios sociales.

El segundo grupo quedó conformado por diez profesionales del ámbito clínico, pertenecientes al Hospital General y el Centro de Salud Mental de Adultos de una población de la provincia de Barcelona. Los criterios de inclusión fueron que se tratase de psicólogos y psiquiatras que trabajen en un servicio sanitario de salud mental público.

El tercer grupo estuvo constituido por diez profesionales en formación de Máster de Terapia Familiar en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y los criterios de inclusión fueron que fuesen profesionales que estuvieran estudiando el segundo curso del mismo.

La mayoría de los profesionales en todos los ámbitos fueron psicólogos/as (véase Figura 1). En el ámbito clínico, la muestra de participantes fue heterogénea, distribuida entre psicólogos y psiquiatras, en el ámbito social la mayoría fueron psicólogos y en segunda medida trabajadores sociales, pedagogas o diplomados en ciencias de la educación. El ámbito de estudiantes de Máster, fue constituido por

³ No se especifican los nombres de los centros para mantener la confidencialidad de los profesionales participantes, tanto del ámbito social como del ámbito clínico.

psicólogos/as mayoritariamente, habiendo también un psiquiatra y una trabajadora social.

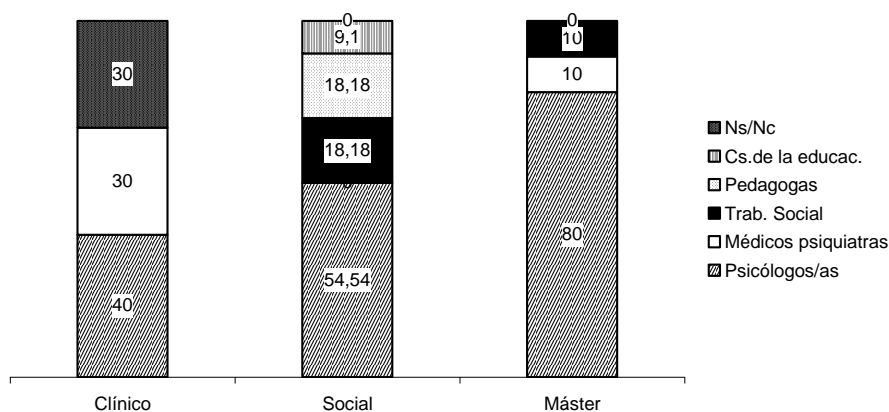


Figura 1. Profesiones de los participantes.

Instrumento

Por ello, los instrumentos utilizados fueron dos: un dossier clínico y un cuestionario semiestructurado, ambos elaborados específicamente para este estudio.

Dossier

Para la construcción de los dossier se seleccionaron nueve casos clínicos previamente atendidos en el servicio de terapia familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (ver apéndice 1).

Seis de estos casos son valorados, según los criterios del Laboratorio de Comunicación ⁴ y del presente estudio, como concernientes a familias *multiproblemáticas* y los tres restantes como pertenecientes a familias *no multiproblemáticas*. Dichos criterios son: (a) a nivel de la familia, tener límites porosos; (b) a nivel de sus miembros, tener a dos o más miembros afectados por síntomas evidentes; (c) a nivel de sus relaciones con los servicios, familias dependientes y multiasistidas.

A continuación se crearon tres dossier, cada uno formado por tres casos clínicos, de los cuales uno *no corresponde* a familia multiproblemática.

Cada caso constaba de una hoja de solicitud rellena por la familia, el informe de derivación del médico de cabecera del Centro de Atención Primaria (requisito de acceso a la red asistencial pública en que se inscribe el Servicio de terapia familiar) y

⁴ Espacio de trabajo clínico con familias multiproblemáticas desde una perspectiva narrativa, situado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

los informes de los diferentes profesionales que están interviniendo en el caso. El materia presentado a los profesionales y estudiantes.

Todos estos documentos fueron previamente digitalizados para preservar de manera fidedigna todo tipo de información, tanto por el contenido como por las particularidades de los dossieres, con anotaciones manuscritas, organización de la información, etc. Así mismo parte de la información que había en los dossier fue modificada con el fin de preservar la confidencialidad de las familias, pero respetando lo máximo posible las características originales de los casos. En concreto, fueron modificados los nombres de los miembros de la familia y de los profesionales, de los centros derivantes, las fechas y las poblaciones.

Cuestionario semiestructurado.

El cuestionario semiestructurado se elaboró para recoger las valoraciones que los profesionales realizaron de los dossier (ver apéndice 2).

Para la construcción del cuestionario, previamente se realizó una lectura atenta de los casos procurando detectar rasgos de sospecha de familia multiproblemática en los dossier armados. A partir de este primer análisis y las ideas o inquietudes que surgieron en el grupo de investigación, se fue construyendo un instrumento que nos permitiera el acercamiento al objetivo de este estudio.

El cuestionario quedó conformado por tres partes: en el primer ítem, se realiza una pregunta semidirigida por la que se solicita listar los rasgos de sospecha de familia multiproblemática que los participantes vayan identificando a medida que leen el dossier. El segundo ítem consta de dos partes, por un lado una pregunta cerrada, en la que los participantes deben puntuar en una escala de 0 a 10 el grado de multiproblematicidad que otorgaban a la familia (donde 0 representaba no multiproblemática y 10 multiproblemática) y luego una pregunta solicitando fundamentar dicha valoración. En el tercer ítem, por medio de una pregunta con tres opciones se les pide a los participantes que hagan una valoración pronóstica de la evolución del caso, eligiendo entre favorable, dudoso y desfavorable y posteriormente, una pregunta solicitando fundamentar su respuesta.

Procedimiento

La primera fase del estudio consistió en la preparación de los dossier y la construcción del cuestionario semiestructurado, la administración de los mismos y la recogida de los datos.

Una vez preparado el instrumento, se convocó una reunión con cada grupo de profesionales en su lugar de trabajo. En este encuentro, se les facilitó un dossier a

cada uno, acompañado de una hoja de consentimiento informado por profesional (véase apéndice 3) y se les transmitió la consigna que debían seguir para participar en el estudio. Se les dejó el dossier con un cuestionario semiestructurado por caso, para que lo completasen durante un período de dos semanas y se les citó en el mismo lugar para que lo entregasen pasado ese tiempo.

En una segunda fase, y una vez recogido todo el material, se transcribieron las respuestas manuscritas de los profesionales, para hacer más operativo su análisis (véase apéndice 4).

Finalmente, en la tercera fase del estudio se procedió al análisis de los datos recogidos. El proceso de análisis se efectuó abordando cuatro niveles de complejidad creciente.

En el primer nivel análisis se pretendía detectar rasgos de sospecha de multiproblematicidad y analizarlos por medio de categorías.

Se llevó a cabo un *análisis cualitativo del contenido*, a partir de los rasgos que los 31 participantes detectaron como sospechosos de multiproblematicidad y listaron en el primer ítem del cuestionario semi-estructurado.

Para ello, primeramente se realizó la descomposición del material y la elección de las unidades de registro y de contexto, para luego construir categorías y proceder a un análisis categorial.

Nuestra unidad de registro fue el tema, de manera que podía darse la situación en que un mismo tema estuviera desarrollado en varias afirmaciones, como que en una afirmación se hicieran presentes varios temas. Las unidades de contexto, fueron las respuestas a cada ítem del cuestionario, que rara vez ocuparon más de dos párrafos.

Una vez obtenido el inventario de rasgos de sospecha, los agrupamos en base a la identificación de denominadores temáticos comunes.

Para esta clasificación, seguimos un procedimiento por *montones*, es decir, que la misma siguió diferentes etapas progresivas y la entrada conceptual de cada categoría no quedó definida hasta el final de la operación.

Utilizamos un criterio de categorización semántico para la construcción de estas categorías agrupando todos los rasgos del primer ítem, en función de su pertenencia a una u otra categoría.

Como disponíamos de una amplia muestra, para este nivel de análisis usamos el programa *Nvivo*-versión 8, que es un software que permite manejar grandes volúmenes de información. Nuestra muestra se compuso por 31 participantes, que rellenaron 93 cuestionarios semi-estructurados y a través de los cuales obtuvimos 297 unidades de análisis. Este programa nos facilitó la organización y sistematización de la información que analizamos posteriormente.

En el segundo nivel de análisis realizamos una aproximación cuantitativa de la amplia información conseguida, con el fin de obtener datos descriptivos, mediante una descomposición sistemática del material. Para este análisis se utilizaron las categorías obtenidas para identificar los rasgos de sospecha detectados por los profesionales en cada una de las unidades de análisis, y poder comparar dichas sospechas entre los diferentes ámbitos. Para valorar la frecuencia de aparición de los rasgos de sospecha y posteriormente los de confirmación, se realizaron procedimientos de estadística descriptiva, utilizando como herramienta de soporte el programa informático SPSS (V17.0).

En el tercer nivel de análisis procuramos identificar categorías de confirmación de multiproblematidad, considerando como confirmatorios los rasgos de sospecha surgidos en el primer nivel de análisis (del primer ítem) y que se mantuvieron en la valoración de multiproblematidad del segundo ítem.

Aquí nos adentramos en un análisis del material cualitativo que nos permitió un acercamiento más exhaustivo e identificar algunas categorías más discriminantes. Para este nivel de análisis, utilizamos como fuentes los breves comentarios escritos por los profesionales en respuesta a la justificación de su valoración numérica del grado de multiproblematidad.

Por las características de este nuevo material de análisis, surgió nueva información que requirió la construcción de nuevas categorías, para lo cual procedimos de la misma manera que en el primer proceso de categorización. Esta nueva categorización, surgida de información cualitativamente diferente, nos permitió posteriormente ver las diferencias y similitudes, tanto entre los tres momentos del cuestionario, como entre los tres ámbitos de ejercicio profesional que componen nuestra muestra. También nos permitió acceder a una lectura más aguda de la información categorizada y del análisis cuantitativo previamente realizado, identificando matices y conexiones

Por último, en el cuarto nivel de análisis y focalizándonos en los casos valorados como multiproblemáticos, describimos cómo se distribuían los pronósticos según los diferentes ámbitos. Así mismo se realizó una lectura minuciosa del texto que acompaña la valoración pronóstica, procurando identificar la presencia de discursos de acción y su posible relación con pronósticos favorables, dudosos y desfavorables en los casos valorados como multiproblemáticos.

Para efectuar este análisis desde la perspectiva de discursos de acción, operacionalizamos las variables Discurso de acción transformativa (DAT) y Discurso de acción reflexiva (DAR) que nos facilitó su identificación en los textos de valoración pronóstica (ver apéndice 5). Finalmente realizamos una integración de la información

obtenida por medio de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa, accediendo a un nivel de inferencia propio del análisis de contenido.

RESULTADOS

Como se ha comentado anteriormente, en este estudio exploratorio se ha realizado un recorrido por el proceso de valoración de los profesionales acerca de las familias multiproblemáticas. Para ello, comenzamos por la identificación de unos rasgos de sospecha, para filtrar de ellos los que presentan un carácter confirmatorio a través de una valoración numérica y su explicación y finalmente arribar a la incidencia de éstas en las apreciaciones pronósticas finales.

Para facilitar la descripción de los resultados, nos referiremos a los cuatro niveles de análisis señalados en el apartado de procedimiento.

En el primer nivel de análisis construimos una serie de categorías a partir de los rasgos de sospecha de multiproblematicidad que los profesionales detectaron en el primer ítem del cuestionario semiestructurado

Estas categorías indican sospecha de multiproblematicidad para los profesionales.

Tabla1

Descripción de las categorías de sospecha de multiproblematicidad

Categorías	Descripción
1 Dificultad de relación familiar (DRF)	Funcionamiento familiar inestable, clima tenso y caótico, y dificultades de relación entre varios o todos los miembros de la familia.
2 Dificultad en las funciones parentales (DFP)	No asunción de responsabilidades parentales, disparidad en pautas educativas, discusiones conyugales frente a los hijos, dificultades en el vínculo con los hijos, reflejado en relaciones agresivas, extremadamente dependientes o emocionalmente muy distantes.
3 Dificultad en las relaciones conyugales (DRC)	Presencia de conflictos en la relación de pareja, con problemas de comunicación y ambivalencia, con separaciones y/o reconciliaciones recurrentes.
4 Ausencia paterna y familia monoparental (APFM)	Familia monoparental y/o familia en la que el padre está ausente y no asume sus responsabilidades paternas.
5 Estructura familiar atípica (EFA)	Estructura y organización familiar poco común y/o familias en que conviven padres separados con nuevas parejas e inquilinos en la misma casa.

6 Inestabilidad emocional (IE)	Desequilibrio emocional tanto por sobrecarga y desborde, como por distancia emocional y con manifestaciones que implican poco autocontrol.
7 Problema de conducta en los hijos (PCH)	Problemas de conducta en hijos por falta de límites, trasgresión de normas en casa y, especialmente, en el ámbito escolar.
8 Dificultades económicas y/o culturales (DEC)	Situación económica precaria, y/o situación sociocultural precaria.
9 Procesos migratorios (PM)	Migraciones, fragmentación familiar, adaptación cultural.
10 Intervención de servicios (IS)	Intervención de servicios socio-sanitarios, tanto por el número de servicios implicados como por la especificidad de los mismos.
11 Intervención de justicia y/o medida de control (MC)	Intervención de cuerpos policiales, retirada de custodia y/o presencia de algún miembro en prisión.
12 Asignación diagnóstica y síntomas (AD)	Diagnóstico psiquiátrico, presencia de síntomas y consumo de tóxicos.
13 Antecedentes y/o seguimiento Psiquiátrico (ANT)	Antecedentes de salud mental (ingresos psiquiátricos, diagnósticos previos), seguimiento profesional y/o psicofarmacológico.
14 Posicionamiento frente al problema según el profesional (PFP)	Falta de colaboración con los profesionales y/o no evolución terapéutica.
15 Cronicidad (C)	Situaciones de larga evolución, situaciones recurrentes.
16 Enfermedad física (EF)	Enfermedades que implican algún tipo de discapacidad física.
17 Otros (O)	Utilización de expresiones de difícil codificación propias de la jerga profesional, de carácter abstracto y con un alto nivel de interpretación.

En un segundo nivel se realizó el análisis estadístico de las categorías surgidas en las respuestas de los profesionales de los diferentes ámbitos, tanto para los casos que han sido valorados como multiproblemáticos como para los que no. Para poder efectuar este análisis, se realizaron las pruebas estadísticas oportunas para detectar la pertinencia del mismo.

La muestra tomada para efectuar el análisis estadístico de los datos se fundamentó en las respuestas al primer ítem del cuestionario semi-estructurado, correspondiente a los

rasgos de sospecha, que realizó cada uno de los 31 profesionales en cada uno de los 3 casos. La muestra quedó conformada por 93 unidades de registro (N=93).

Se valoró mediante la Prueba de Kolmogorov-Smirnov la distribución de la muestra y se obtuvo que las valoraciones numéricas de familia multiproblemática no seguían una distribución normal ($p > 0.001$). A partir de esta constatación, se procedió a la utilización de pruebas no paramétricas para esta parte de nuestro estudio.

En primer lugar, se obtuvo la mediana de las valoraciones de multiproblematicidad, es decir, el valor que dejaba el mismo número de puntuaciones o datos antes y después de él, una vez ordenado éstos. La mediana de las valoraciones de los casos se situó en la puntuación 6 de la escala de multiproblematicidad del cuestionario, de manera que tomamos ese punto como referencia a partir del cual establecer un punto de corte entre familia multiproblemática y familia no multiproblemática, que facilitó un posterior análisis cualitativo.

En relación a la significatividad de la variable ámbitos, a través de los estadísticos de contraste obtuvimos que era significativa, concretamente cuando teníamos en cuenta las respuestas al pronóstico ($p < 0.05$).

A partir de allí procedimos al análisis descriptivo de la distribución de los datos, mediante las contingencias de las diferentes categorías obtenidas con la variable Ámbitos.

Tal como se observa en la Tabla 2, las categorías más frecuentes en cuanto a rasgos de sospecha fueron *Asignación diagnóstica y síntomas* (14.4%), *Dificultades de relación conyugal* (12.3%), *Dificultades en las funciones parentales* (9.9%), *Problemas de conducta en los hijos* (9.9%) y *Dificultades de relación familiar* (9.6%). El resto de categorías aparecieron de una manera poco frecuente.

Hay que tener en cuenta, no obstante, que las categorías minoritarias correspondían a rasgos específicos que solamente se daban en uno o dos casos. En cambio, las más frecuentes aparecían generalmente en la mayoría de los casos.

Por todo ello, decidimos comparar las categorías detectadas a partir de los rasgos de sospecha entre los diferentes ámbitos, poniendo el foco en cada uno de ellos.

Como muestra la tabla 2, en el ámbito máster las categorías que destacan fueron *Dificultades en las relaciones familiares*, *Dificultades en las funciones parentales*, *Dificultades económicas y/o culturales*, *Procesos migratorios* y *Asignación diagnóstica y síntomas*, mientras que llama la atención la poca frecuencia en que aparece la categoría *Antecedentes y/o seguimiento psiquiátrico*.

En el ámbito clínico, se muestran más presentes las *Dificultades conyugales*, *Procesos migratorios*, *Dificultades económicas y/o culturales* y la *Intervención de servicios*. Finalmente, en cuanto al ámbito social, se muestran como más presentes *Dificultades*

en las relaciones familiares, Dificultades en las funciones parentales, Inestabilidad Emocional, Problemas de Conducta en los hijos y Asignación diagnóstica y síntomas. Destaca por la baja frecuencia en que aparecen, en relación a los otros ámbitos, las categorías Dificultades económicas y/o culturales, Procesos migratorios e Intervención de Servicios.

Tabla 2

Frecuencia de aparición de las categorías de sospecha de multiproblematidad, por ámbitos.

	Ámbito			Total
	Master	Clínico	Social	
1 Dificultad de relación familiar	10.2	7.2	11.2	9.6
2 Dificultad en las funciones parentales	10.2	8.4	10.7	9.9
3 Dificultad en las relaciones conyugales	11.5	14.4	11.2	12.3
4 Ausencia paterna y familia monoparental	2.7	2.4	1.4	2.1
5 Estructura familiar atípica	2	1.8	1.9	1.9
6 Inestabilidad emocional	4.7	4.8	8.9	6.4
7 Problema de conducta en los hijos-normativa	8.1	7.8	12.6	9.9
8 Dificultades económicas y/o culturales	7.5	5.4	2.8	4.9
9 Procesos migratorios	6.1	5.4	.9	3.8
10 Intervención de servicios	1.3	3.6	.5	1.7
11 Intervención de justicia y/o medida de control	4.1	5.4	3.3	4.2
12 Asignación diagnóstica y síntomas	15	12	15.9	14.4
13 Antecedentes y/o seguimiento psiquiátrico	.7	6.6	8.4	5.6
14 Posicionamiento frente al problema según el profesional	2	1.2	4.2	2.6
15 Cronicidad	1.3	2.4	1.4	1.7
16 Enfermedad física	4.1	3	2.8	3.2
17 Otros	8.2	7.8	1.9	5.5

Nota. Los valores representan porcentajes y se basan en el número de respuestas correspondientes a cada categoría, del total de respuestas dadas por ámbito. Datos basados en tabla de contingencias categorías con ámbitos, apéndice 7

En el tercer nivel de análisis realizamos un análisis cualitativo de los textos que acompañan la valoración de multiproblematidad (solo en los casos valorados como multiproblemáticos), categorizándolos con el mismo grupo de categorías usado para los rasgos de sospecha y considerando como confirmatorias las categorías que

permanecen en este nivel. Asimismo se construyó un nuevo grupo de categorías para que nos permita analizar la información emergente y cualitativamente diferente de este nivel de análisis.

Las categorías que permanecen se corresponden, en su mayoría, con las surgidas del primer análisis categorial de los rasgos de sospecha, aunque se produjeron algunas variaciones, como la práctica desaparición de las categorías *Ausencia paterna* y *familia monoparental* y *Enfermedad física*. También descendió considerablemente la frecuencia de aparición de la categoría *Inestabilidad Emocional*. Así mismo, se hicieron presentes un nuevo grupo de categorías propio de este nivel de análisis (véase Tabla 3).

Surgió una subcategoría de Asignación Diagnóstica y Síntomas, llamada *Número de Miembros Afectados por la Asignación Diagnóstica o Síntoma*. También surgió la categoría *Gravedad, Número de Problemas y Valoración Profesional*, en la que se incluyó la categoría del primer análisis *Trastorno no tratado*, por obedecer los nuevos criterios de esta categoría. A su vez, la categoría Valoración Profesional se subdividió en tres: *Problema Abordables, Problemas Difícilmente Abordables y Falta de Información* (véase apéndice 8). La categoría *Otros* dejó de hacerse presente, al quedar incluidos sus componentes en las nuevas categorías de Valoración profesional.

Tabla 3

Descripción de las nuevas categorías de confirmación de multiproblematidad

Categorías	Descripción
-Núm. miembros afectados por asign. diagn. o síntomas (NMA)	Destaca la presencia de mas de un miembro diagnosticado o con síntomas.
18 Gravedad (GRAV)	Destaca la seriedad o gravedad del caso.
19 Numero de problemas (NP)	Destaca la existencia de varios problemas en la familia, mas alla de su naturaleza.
20 Valoración profesional (VP)	
-Problemas abordables (PA)	Implica la consideración profesional de una situación sobre el cual identifica recursos para intervenir positivamente, destacando recursos de la familia o recursos técnicos y conceptuales por medio de los cuales organiza la información de modo tal que se hace comprensible y abordable.
-Problemas difícilmente abordables (PDA)	Implica la consideración profesional de una situación que presenta muchas dificultades de abordaje.

-Falta información (FI)

Señala la falta de información para hacer la valoración que se pide

Si observamos la tabla 4, podemos ver la distribución de los datos y compararlos con los aparecidos en el segundo nivel de análisis. Así vemos que se mantienen como categorías más presentes *Dificultades de relación familiar*, *Dificultades en las funciones parentales*, *Dificultades de relación conyugal*, *Asignación diagnóstica y síntomas*, junto con la subcategoría *Número de miembros afectados por asignación diagnóstica o síntomas*, *Gravedad y Valoración Profesional*. Destaca la categoría *Problemas de conducta* en los hijos, que deja de estar tan presente. La categorías *Falta de información* no se hace presente en este nivel, ya que aparece únicamente en los casos valorados como no multiproblemáticos.

Si volvemos a poner el foco en las categorías que se hacen más presentes en cada ámbito como se hizo en el segundo nivel de análisis, observamos que en el ámbito máster las categorías que destacan fueron *Dificultades en las relaciones familiares*, *Inestabilidad emocional*, *Asignación diagnóstica y síntomas* junto con la subcategorías *Número de miembros afectados* y *Gravedad*. *Antecedentes y/o seguimiento psiquiátrico* se hace más presente en este nivel.

En el ámbito clínico, se muestran más presentes *Estructura familiar atípica* y *Valoración profesional*, tanto como la subcategoría *Problemas Abordables* y *Problemas Difícilmente Abordables*. Destaca en este nivel la baja frecuencia de la categoría *Intervención de Servicios*.

Finalmente, en el ámbito social, se hacen más presentes *Dificultades en las relaciones familiares*, *Dificultades en las funciones parentales*, *Inestabilidad Emocional*, *Intervención de servicios*, *Intervención de la justicia y medida de control*, *Antecedentes y/o seguimiento psiquiátrico*, *Número de problemas* y *Valoración Profesional*.

Tabla 4

Frecuencia de aparición de las categorías de confirmación según ámbitos en casos valorados como multiproblemáticos.

	Ámbito			Total
	Máster	Clínico	Social	
1 Dificultad de relación familiar	50	28	50	40
2 Dificultad en las funciones parentales	20	22	33	25
3 Dificultad en las relaciones conyugales	10	33	42	30
4 Ausencia paterna y familia monoparental	“-“	6	“-“	2.5
5 Estructura familiar atípica	“-“	17	“-“	7.4
6 Inestabilidad emocional	20	6	25	15

7 Problema de conducta en los hijos-normativa	"_"	6	"_"	2.5
8 Dificultades económicas y/o culturales	10	11	8	10
9 Procesos migratorios	"_"	6	"_"	2.5
10 Intervención de servicios	20	"_"	33	15
11 Intervención de justicia y/o medida de control	20	17	42	22.5
12 Asignación diagnóstica y síntomas	70	33	25	40
-Núm. miembros afectados por asign. diagn. o síntomas	50	28	25	32.5
13 Antecedentes y/o seguimiento psiquiátrico	20	"_"	25	12.5
15 Cronicidad	10	11	17	12.5
16 Enfermedad física	"_"	"_"	"_"	2.5
18.-Gravedad	40	28	8	25
19.-Numero de problemas	20	6	33	17.5
20.-Valoración profesional	"_"	61	25	35
-Problemas abordables	"_"	33	-	15
-Problemas difícilmente abordables	"_"	28	25	20
-Falta información	"_"	"_"	"_"	"_"

Nota. Los valores representan porcentajes y se basan en el número de casos, valorados como multiproblemáticos, en los que se hicieron presentes las categorías. La proporción se calculó con el número de casos valorados como multiproblemáticos en cada ámbito. El número era, por ámbitos: Máster 10 casos, Clínico 18 casos, Social 12 casos y Total de casos, 40. Se han resaltado las nuevas categorías surgidas.

En el cuarto nivel, estudiamos como se distribuían los diferentes pronósticos en función de los ámbitos, en todas las unidades de análisis.

Integrando los diferentes niveles de análisis y tal como se muestra en la tabla 5, de los casos valorados por el ámbito master, solo el 33.4% han sido considerados multiproblemáticos. Por el contrario, de los valorados por clínico, casi el doble (60%) han recibido esa puntuación y, en el caso del ámbito social, casi la mitad de los casos valorados (36.4%) han sido considerados multiproblemáticos. En el ámbito de master se observa una tendencia a valorar menos casos como multiproblemáticos en comparación con los otros dos ámbitos.

En cuanto a las valoraciones pronosticas (figura 1) para los casos considerados multiproblemáticos según cada ámbito, se puede observar que en el caso de master, la mayoría de las valoraciones se concentran en dudoso, en el clínico se organizan en dirección dudoso-desfavorable siendo el ámbito que mas pronósticos desfavorables realiza y, en el caso del ámbito social, hay una concentración de valoraciones pronosticas dudosas y una ausencia de valoraciones favorables frente a los casos considerados multiproblemáticos.

Se percibe en este ámbito una clara tendencia a asignar pronósticos dudosos, tanto para los casos que valora como multiproblemáticos como para los que no.

Mientras el ámbito master y social hacen pocas valoraciones pronosticas desfavorables en general, el ámbito clínico las hace considerablemente para los casos valorados como multiproblemáticos, aunque disminuye de manera importante en los valorados como no multiproblemáticos.

Tabla 5.

Distribución de los pronósticos por ámbitos, en función de las valoraciones de multiproblematicidad.

Pronóstico	Multiproblemáticas			No multiproblemáticas		
	Ámbito			Ámbito		
	Master	Clínico	Social	Master	Clínico	Social
Favorable	6.7	10	0	50	23.4	24.3
Dudoso	20	26.6	30.3	16.6	13.3	36.3
Desfavorable	6.7	23.4	6.1	0	3.3	3
Total	33.4	60	36.4	66.6	40	63.6

Nota. Las valoraciones de multiproblematicidad proceden de las respuestas de los profesionales al cuestionario. Los valores representan porcentajes del total de casos valorados por ámbitos. Para el ámbito máster, 30 casos; para el clínico 30 casos; para el social 33 casos.

En cuanto a los discursos por medio de los cuales los profesionales han explicado su valoración pronostica se observa:

En los casos valorados como multiproblemáticos, una tendencia del ámbito clínico a pronunciarse por medio de DAT por adecuación negativa, es decir, deslizando en sus discursos desacuerdo con las propuestas de acción imperativas que circulan en torno al caso. Ello ocurre especialmente en los casos que reciben una valoración pronóstica desfavorable. Asimismo, una diferencia destacable con respecto a los otros ámbitos (en los casos valorados como multiproblemáticos), es la ausencia de pronunciación discursiva para la explicación de la valoración pronostica.

Master se pronuncia discursivamente con respecto a los pronósticos dudosos por medio de DAT por omisión y utiliza también DAR, aunque en menor medida. Para los casos multiproblemáticos valorados con pronóstico favorable, destacan los DAT por adecuación positiva, es decir, manifestando acuerdo y acoplándose a otros pronunciamientos en la historia del caso. Los DAT por omisión en los casos con pronósticos desfavorables expresan la idea de que no se dan las condiciones para poder hacer la intervención correspondiente que corregiría la evolución del caso.

Finalmente, en cuanto al ámbito social, y tal como se muestra en la Tabla 5, todos los pronunciamientos discursivos se concentran en relación a valoración pronóstica dudosa, en tanto que para las valoraciones desfavorables no hay pronunciamiento discursivo. Cuando se pronuncian frente a los casos valorados multiproblemáticos y

con pronóstico dudoso lo hacen especialmente por medio de DAT por omisión, lo que representa que esos casos el pronóstico estaría condicionado por la adherencia al tratamiento o el nivel de colaboración frente al mismo.

En los casos que cada ámbito ha considerado como no multiproblemático se observa la ausencia de pronunciación por parte máster, al igual que clínico, que expresa esta tendencia también en los casos que valora como multiproblemáticos, pero en estos es aun más marcada. Asimismo aumenta la frecuencia de DAR en máster, para los casos con pronóstico favorable, y estos DAR comienzan a hacer su aparición en clínico y social, tanto para pronóstico favorable como también para dudoso.

En el ámbito social se mantiene la prevalencia de utilización de DAT por omisión para la explicación de la valoración pronostica, fundamentalmente en pronósticos dudosos.

Tabla 6.

Distribución de los Discursos de acción según valoración de multiproblematicidad y pronóstico, por ámbitos

Pronóstico	Multiproblemáticas			No multiproblemáticas		
	Ámbito			Ámbito		
	Master	Clínico	Social	Master	Clínico	Social
Favorable	2 DAT 2 x adec.+	1 DAT x adec (-) 2 NP		1 DAT x omis + 3 DAR 11 NP	1DAT x adec - 1 DAR 5 NP	4 DAT + 2 x omis + 1 DAR 3 NP
Dudoso	4 DAT 1 x adec. 2 x omis 2 DAR	2 DAT 1 x adec - 6 NP	9 DAT 3 x adec 6 x omis 1 DAR	3 DAT 2 x omis - 1 x adec 1 DAR 1 NP	4 NP	10 DAT 5x omis 3x adec 1 DAR 1NP
Desfavorable	2 DAT 2 x omis (-)	4 DAT 4 x adec - 3 NP	2 NP		1 NP	1 DAT x omis -

Nota. Las valoraciones de multiproblematicidad proceden de las respuestas de los profesionales al cuestionario. DAT= Discurso de Acción Transformativa; DAR = Discurso de Acción Reflexiva; adec = adecuación, omis = omisión; NP= no se pronuncia.

En tanto la valoración pronóstica constituye la última y la mas compleja dimensión de análisis, que procura identificar, no sólo las categorías que siguen haciéndose presentes en este nivel, sino también su posible incidencia en la valoración pronostica y su pronunciamiento discursivo, hemos seleccionado para concluir este apartado dos casos. El primero, se trata de un caso en que hubo coincidencia en los tres ámbitos en cuanto a la consideración de multiproblematicidad. El segundo, se trataba un caso en el que hubo coincidencia en cuanto a no multiproblematicidad (perteneciente al grupo control).

Tal como lo describe la Tabla 7, este caso fue valorado por todos los ámbitos como multiproblemático. Consideraremos por tanto aquí solo las categorías que se han hecho presentes en los tres ámbitos. Estas fueron: *Gravedad, Dificultad en las*

relaciones conyugales, Dificultad en las relaciones familiares y Intervención de justicia y/o medida de control.

En este caso, los tres ámbitos asignan similares puntuaciones de multiproblematicidad y se hacen presentes varias categorías. La diferencia se manifiesta en dirección de la valoración pronóstica y en cuanto al tipo de discurso que lo justifica. Observamos que en el ámbito máster hay predominio de pronóstico favorable, en clínico desfavorable y en social dudoso.

Asimismo, en cuanto al discurso, prevalecen en el ámbito máster, DAT por adecuación, destacando como puntos positivos, la motivación para el tratamiento y el seguimiento profesional que se está haciendo del caso.

En ámbito clínico también prevalece el DAT, sólo que en este caso en sus dos variantes; por omisión, destacando los mismos puntos que el ámbito master, sólo que valorándolos negativamente, y por tanto pronosticando una evolución negativa del caso; y por adecuación, dándole el mismo sentido que el master, aunque el peso recae aquí sobre la duda.

En cuanto al ámbito social, prevalecen DAT por adecuación, subrayando que la evolución del caso estará condicionada por el nivel de adherencia al tratamiento, por tanto, el peso recae aquí sobre la duda.

Resulta interesante la presencia de la categoría PDA, tanto en el ámbito social como en el clínico, que son quienes pronostican una evolución desfavorable o condicionada a la adherencia al tratamiento, a diferencia del ámbito master, donde esta categoría no se hace presente.

Tabla 7

Integración de categorías, pronóstico y discursos de acción para caso multiproblemático por unanimidad de los tres ámbitos.

Caso1	Ámbito		
	Máster	Clínico	Social
Pronóstico	Favorable	Desfavorable	Dudoso
DA	DAT	DAT	DAT
Categorías	GRAV	GRAV	GRAV
	DRC	DRC	DRC
	DRF	MC	DRF
	MC	DRF	MC
	IS		IS
	NP	<u>PDA</u>	NP

ANT		ANT
DFP	AD	DFP
AD		<u>PDA</u>

En el segundo caso (no multiproblemático por unanimidad) y tal como lo describe la Tabla 8, las categorías que se siguen haciendo presentes, en los tres ámbitos son *Problema abordable* (especialmente en el ámbito social) e *Inestabilidad emocional*. Por parte de los tres ámbitos se ha asignado prácticamente las mismas puntuaciones y similares valoraciones pronosticas. Sin embargo, es en la explicación pronostica donde encontramos nueva información. Todos los ámbitos anuncian pronósticos dudoso-favorables, con mayor peso en favorable. En el ámbito clínico nadie se pronuncia explicando su valoración pronostica, y tanto en el social como master, solo se explican los que han asignado pronostico dudoso. El ámbito social lo hace por medio de un DAT y master con DAR. El resto de los casos fueron también analizados (véase apéndice 9).

Tabla 8

Integración de categorías, pronóstico y discursos de acción para caso no multiproblemático por unanimidad en los tres ámbitos.

Caso 8	Ámbito		
	Máster	Clínico	Social
Pronóstico	Favorable-dudoso	Favorable-dudoso	Favorable-dudoso
DA	DAR	"-"	DAT
Categorías	PA IE DFP DRC PCH FI	PA IE DRF	PA IE DFP MIGRA

DISCUSIONES

En este estudio, frente a casos de familias multiproblemáticas, se ha centrado el interés en las valoraciones de profesionales más que sobre las familias en sí mismas. Aún más, hemos centrado la atención sobre la lectura y valoración que profesionales de diferentes ámbitos hacen de la historia de caso realizada por otros profesionales con anterioridad. Como focalizamos la atención de estas historias de caso en su aspecto de historias multiprotagonísticas, consecuentemente nos hemos concentrado en

la dinámica e interjuego de este tipo de discursos para poder explorar las condiciones de producción de los mismos.

Puestos a explorar la presencia de estereotipos asociados a familias multiproblemáticas de profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos de trabajo, nos focalizamos en los procesos de comunicación por medio de los cuales éstos intercambian información entre sí. Considerábamos que con el acceso a los estereotipos identificaríamos los *temas problema*, que serían propios de estas familias afectadas por crisis múltiples, según cada ámbito.

Frente a los casos ofrecidos, cada profesional ha seleccionado los datos que consideró más pertinentes acerca de los rasgos de multiproblematicidad de determinada familia y los ha compartido con nosotras por medio de un procedimiento comunicativo. A lo largo de este trabajo intentamos acceder al relato por medio del cual se ha hecho esta operación.

Este punto de partida, a modo de exploración temática, nos dirigió paulatinamente hacia el punto fundamental de nuestro trabajo, que fue la revelación de la gran incidencia de las valoraciones profesionales sobre estos temas, más que sobre los temas mismos.

Si bien se han identificado unidades temáticas claramente asociadas a familia multiproblemática, lo que resultó verdaderamente interesante para nuestro objetivo fue el descubrimiento de la fuerte incidencia que tienen las valoraciones profesionales a la hora de configurar toda la información y hacer una valoración en términos de multiproblematicidad, así como los modos particulares con que se realiza esta operación en cada ámbito.

A lo largo de este estudio hemos observado cómo un mismo tema recibía diversidad de valoraciones según el criterio de cada profesional, que resultó definitoria de la dirección o importancia que terminó asumiendo la temática. Incluso ha habido cierta coincidencia en la selección de temas o grupo de temas importantes, surgidos del mismo material clínico aunque, con los mismos elementos, se han conformado configuraciones temáticas muy diferentes.

Considerando el primer nivel de análisis referente a los rasgos de sospecha, observamos que en el ámbito clínico se destacan categorías que en términos teóricos suelen estar asociadas a familia multiproblemática, tales como Dificultades económicas, Procesos migratorios e Intervención de servicios, mientras que en el ámbito social son justamente estas categorías las menos frecuentes. Ello lo podemos interpretar desde una perspectiva que concibe la multiproblematicidad en términos de aquellos casos que más problemas le traen al operador (Pakman 2006).

El ámbito clínico está menos familiarizado con estos temas que el ámbito social y en una primera instancia ya los considera rasgos de sospecha, mientras que probablemente el ámbito social esté tan familiarizado con estas categorías que por sí mismas parecen no decir mucho, a menos que presenten alguna dificultad añadida.

De todas maneras, al pasar al segundo nivel de análisis, focalizando en las categorías que cada ámbito considera más confirmatorias de multiproblematicidad, cabe señalar que disminuye bastante la frecuencia de varias categorías consideradas de sospecha en un primer nivel.

En un mismo caso, por ejemplo, donde emerge para los tres ámbitos la categoría Migración, el posicionamiento frente al mismo resulta diferente en cada grupo profesional. Para el ámbito master si bien es un rasgo de sospecha, no parece implicar necesariamente multiproblematicidad y, por tanto, le asigna una puntuación muy baja al respecto. Lo mismo ocurre con el ámbito social, sin embargo, el ámbito clínico, ha considerado el mismo caso como multiproblemático. Lo mismo ocurre a la inversa; frente a un mismo caso, donde se hace muy presente la categoría Asignación diagnóstica, el único ámbito que no lo valora como multiproblemática es el ámbito clínico, marcando una clara diferencia con los otros dos grupos.

Según interpretamos, esto ocurre fundamentalmente por el tipo de operación que deben realizar los profesionales para brindarnos esta información. Ya no se trata de hacer una lista de rasgos, sino de explicar por qué creen que determinado caso corresponde a una familia multiproblemática. Ello les obliga a realizar un análisis del caso con un mayor nivel de implicación frente al mismo y por tanto poniendo más de sí que en el nivel anterior.

La emergencia de categorías nuevas resulta coherente entonces con este planteo. Con las anteriores, que en general sirven para seleccionar la información, no es suficiente para responder la segunda pregunta, y surgen categorías que en algunos casos sirven para apoyar la valoración profesional desde criterios técnicos, ya no centrados exclusivamente en características de la familia.

De esta manera, podemos suponer que la categoría Gravedad ha servido para añadir a otro grupo de categorías una puntuación extra hacia la multiproblematicidad, la subcategoría de valoración profesional (PDA) apunta a lo mismo, aunque generalmente destaca la dificultad del caso que, hasta donde hemos podido llegar, tiene mucho que ver con la impresión de competencia profesional frente al mismo. Del mismo modo, aunque en una dirección atenuante, destaca la subcategoría (PA) que señala la consideración profesional de tratarse de un caso abordable con sus propios recursos técnicos o desde los recursos con los que ya se está abordando el caso. También señala la identificación por parte del profesional de recursos positivos en la familia y,

por tanto, la capacidad profesional de identificarlos, cosa que en los casos favorables se hizo muy presente en el ámbito de master.

La frecuencia en que la subcategoría PA aparece en los casos valorados como no multiproblemáticos y la frecuencia de la subcategoría PDA en los casos valorados como multiproblemáticos nos confirmaría esta primera aproximación.

Las diferencias presentadas entre los ámbitos a la hora de puntuar el grado de multiproblematicidad de un caso guardan conexión con lo que se viene diciendo. El ámbito clínico frente a este tipo de casos tiende a asignar las puntuaciones más altas y el ámbito de master, las puntuaciones más bajas. Lo cual nos autorizaría a sospechar que frente a casos familiares, el ámbito de master, al estar más familiarizado con temas de dinámica familiar realice puntuaciones más bajas que el clínico que está menos familiarizado.

Esta diferencia se hace sustancial a la hora de tener presentes los desenlaces posibles que deja ver cada configuración, básicamente a través de la valoración pronóstica y, podemos sospechar, también por el posicionamiento discursivo del profesional ante el caso, que deja traslucir mayor o menor capacidad de maniobra. Por tanto, más o menos posibilidades de apertura hacia nuevos desenlaces.

Podríamos considerar la hipótesis de que frente a estos casos resultaría de gran incidencia la impresión profesional de disponer o no de las capacidades de intervención sobre el mismo a la hora de asignarle una valoración pronóstica. Por tanto, serían casos que demandan un alto grado de implicación.

Podríamos suponer entonces que un profesional frente a un caso que en sí mismo no le parezca muy complicado, si no dispone o no cree disponer de las capacidades de intervención pertinentes, le asigne un pronóstico dudoso e incluso desfavorable.

Y este pronóstico, documentado en la historia del caso, abonaría el terreno para un tipo de desenlaces. Por el contrario, frente a un caso complejo y aparentemente lleno de obstáculos, un profesional que sienta disponer de recursos para su abordaje, probablemente terminará asignándole una evolución más positiva, abonando también el terreno para otro tipo de desenlaces.

Todo esto, más allá de lo que ocurra concretamente con el proceso, deja huellas en las tramas y, según que temas y según que territorios, hay huellas más profundas que otras que probablemente atraigan hacia sí otras valoraciones.

La presencia de estas valoraciones (VP) y la organización de las demás categorías en función de ésta, nos autoriza a considerar la gran importancia de esta categoría en tanto es capaz de teñir y orientar, con coherencia y legitimidad, cualquier percepción y configuración temática.

El análisis de las valoraciones pronósticas nos ha permitido acceder una nueva y muy importante dimensión de este tema, tanto porque permite integrar un nuevo nivel de análisis e identificar matices y conexiones más finas, como por permitirnos entrar con más fuerza en la dimensión narrativa de la cuestión.

Ello es sugestivo en tanto estamos hablando de familias multiasistidas, donde todos estos profesionales, con sus diferentes lecturas y valoraciones participan de la construcción de la historia del caso. Historia que por las mismas condiciones de su producción tiene múltiples protagonistas (Ramos 1996).

En relación a las valoraciones pronósticas han surgido cuestiones interesantes en varios niveles. En primer lugar, una discriminación bastante clara en nuestra muestra entre multiproblematicidad y pronóstico, fundamentalmente por parte el ámbito clínico y el ámbito master. De modo tal que no todos los casos valorados como no multiproblemáticos tienen pronósticos favorables, lo que indicaría la distinción entre casos problemáticos y casos multiproblemáticos, en donde los segundos tienden a tener pronósticos en dirección dudoso-desfavorable, y los primeros, en dirección dudoso-favorable (habiendo algún caso no multiproblemático con pronóstico desfavorable y a la inversa). Ello nos autorizaría a pensar que las valoraciones de éstas variables no responden a una lógica automática (si multiproblemático, entonces desfavorable), sino que hubo un proceso de análisis e implicación profesional frente al caso ofrecido.

De todas maneras, considerando que el ámbito máster es el que menos valoraciones de multiproblematicidad realiza, la frecuencia de pronósticos favorables aumenta. Aunque la frecuencia de pronósticos favorables en comparación con los otros ámbitos no deja de llamar la atención.

En el ámbito social se destaca una clara tendencia casi unánime a valorar pronósticos dudosos, tanto para los casos multiproblemáticos como para los que no lo son. Lo curioso de esta unanimidad es que se expresa justamente en el ámbito que presenta más diversidad en cuanto a formación profesional.

A diferencia de los otros dos ámbitos, parece entrar en juego aquí otro elemento, que estaría más relacionado con el contexto institucional.

Podríamos sospechar que los profesionales de este ámbito, por sus propias dinámicas institucionales estén más concentrados en identificar carencias y en sustituir esas carencias por medio de determinadas intervenciones, por lo que probablemente sea más difícil identificar recursos o intervenir para su generación por parte de la misma familia.

Esta tendencia por tanto, parece ser algo mas ligado con la finalidad social de estas instituciones que con los criterios y capacidades profesionales, en tanto profesionales

de la salud. Es decir, no tenemos elementos suficientes para considerar la tendencia a la duda como una tendencia del criterio de estos profesionales en tanto tales y, por los elementos a los que hemos llegado, nos sentiríamos más autorizados a hipotetizar sobre el alto nivel de condicionamiento institucional en el quehacer profesional, particularmente en este ámbito (Castillo, 1997).

Creemos que, por los elementos señalados y sobre todo en el ámbito social, la valoración profesional de un caso está íntimamente ligada al contexto institucional desde donde operan sus profesionales. Asimismo, pareciera ser que el pronunciamiento discursivo es más cauteloso y moderado frente a determinados interlocutores profesionales, aunque implícitamente disipado frente a los interlocutores pacientes, en tanto el mensaje que generalmente se desliza con la mayoría de los pronósticos dudosos es que el éxito de la evolución del caso dependerá de la adherencia de la familia o de alguno de sus miembros al tratamiento.

Con este punto ya estamos entrando en los posicionamientos discursivos que parecen entreverse en las valoraciones pronósticas y su fundamentación.

Articulando lo dicho hasta aquí, podemos anticipar la idea de que en el ámbito social y clínico, probablemente haya predominancia discursiva del tipo de DAT, es decir, juicios pronósticos que justifican la valoración profesional, y por ende señalan la intervención correspondiente. También podemos suponer que el ámbito de master sería más proclive a pronunciar sus valoraciones pronósticas por medio de DAR, en tanto parece ser quien menos tiende a problematizar y a ver más pronósticos favorables, incluso en casos valorados como multiproblemáticos. Esto nos haría pensar que es un ámbito que cuenta con diversidad recursos técnicos que le permitirían apostar por un buen pronóstico.

El análisis en este nivel del estudio nos autorizaría a alimentar la primera sospecha, en tanto la interpretación de los datos nos lleva en esa dirección, aunque con matices interesantes. Por el contrario, no estaríamos autorizadas a alimentar la segunda sospecha lo que nos invita a adelantar algunos interrogantes.

Los matices a los que nos referimos en la primera tienen que ver con aparentes sutilezas discursivas que, vistas desde una perspectiva narrativa no serían tan sutiles en cuanto tienen gran repercusión en la configuración que acabe tomado el caso. En la operacionalización de los DAT distinguimos los que serían discursos de acción transformativos por omisión y de ellos, algunos con la particularidad de ser discursos de acción transformativa por adecuación.

Esta distinción, sin la cual no hubiéramos podido identificar discursos de acción transformativa (en tanto ya hay pronunciamientos discursivos en las historias de los casos ofrecidos), nos permitió distinguir un tipo de pronunciamiento discursivo que

parece ser más propio del ámbito social y que implica que el pronóstico dudoso estaría condicionado por la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, el favorable sería tal en tanto hay buena adherencia y/o seguimiento del caso y para el pronóstico desfavorable no ha habido pronunciamiento discursivo, es decir, no se ha podido explicar el por qué de ese pronóstico.

En cambio, el ámbito clínico pareciera indicar una tendencia a pronunciarse con DAT por adecuación positiva para los casos con buen pronóstico, indicando acuerdo con la orientación terapéutica que está siguiendo el caso y por adecuación negativa para los casos con mal pronóstico, indicando desacuerdo en cuanto a dicha orientación.

Master presentaría una tendencia a pronunciarse para los casos con pronóstico favorable, por medio de DAT por adecuación positiva aunque, a diferencia del ámbito clínico, ante los pronósticos desfavorables se pronuncia con DAT por omisión, indicando que no se darían las condiciones para intervenir sobre el caso positivamente. Si bien éstas son aproximaciones exploratorias sin ninguna vocación de generalizar, sino más bien de invitarnos e invitar a la reflexión, podemos comenzar hipotetizando que en el caso del ámbito de master, los terapeutas familiares si bien están más preparados para abordar situaciones de dinámica familiar, no estarían suficientemente preparados para abordar situaciones de familias multiproblemáticas, en tanto entran en juego aquí otros sistemas técnicos implicados con la familia y por tanto con el proceso terapéutico, con los cuales posiblemente no se disponga de suficientes recursos técnicos y conceptuales para su abordaje.

Por medio del estudio de los discursos de acción y su relación con las valoraciones, tanto de multiproblematicidad como de evolución pronóstica, nos hemos podido adentrar en la dimensión discursiva de estos casos, identificando obstáculos, pero también identificando caminos alternativos para sortearlos.

Son situaciones complejas en tanto existen en una trama compleja, siendo ésa una de las particularidades de estos casos. Y los grupos profesionales que intervienen en el caso, también pertenecen a diferentes nodos de la misma trama compleja por lo que sus intervenciones sobre estos casos afectan a los otros nodos y viceversa.

Los pronunciamientos discursivos son un importante modo de intervención y, para estos casos, consideramos que los pronunciamientos a través de DAR abren alternativas, abren espacios de búsqueda e intercambio y sobre todo, permiten transitar por la búsqueda de alternativas sin cristalizar situaciones para las que solo parece haber una solución, clausurando el proceso.

En historias multiprotagonicas abundan pronunciamientos discursivos y si todos éstos se producen por medio de DAT proponiendo acciones imperativas diferentes, según la lógica de cada ámbito, es de esperar que disminuyan las probabilidades de

concordancia de las mismas, y que ello termine diluyendo las fronteras de la familia, debilitando sus propios recursos y colaborando en la gradual pérdida de autoridad sobre su propio proceso. (Colapinto, 1996)

Intervenir en estos casos desde un posicionamiento reflexivo, permitiría abordar la complejidad del proceso y trascender las complicaciones de los hechos puntuales.

Desde una perspectiva narrativa, trabajando con el *sistema determinable por el problema*, y ampliando el conocimiento de sus dinámicas, es posible intervenir reflexivamente, introduciendo temas pertinentes, comunicándonos con los interlocutores adecuados, proponiendo los protagonistas y el público más oportuno para sentar las bases de una historia familiar alternativa que paulatinamente, vaya ganando espacio a la historia del caso. El Plan Temático de las sesiones se presenta como un importante recurso conceptual y técnico en este sentido. (Ramos, 2008)

En familias como las presentadas en este estudio, donde el nivel de multiproblematicidad es moderado, y las situaciones aún no están tan cristalizadas en la historia del caso, ésta alternativa resulta sugestiva. Podemos suponer que es justamente en estos niveles moderados donde el profesional interviniente tiene más posibilidades de orientar la evolución del proceso en una u otra dirección.

En tanto éste es un estudio exploratorio por diseño, se han estudiado diferentes dimensiones de problema para acceder a la trama de su complejidad, pero no se ha ahondado específicamente en ninguna, por lo cual quedan varios interrogantes que invitan a futuras investigaciones.

Puntualmente, consideramos que puede ser interesante seleccionar casos donde la multiproblematicidad se haga más evidente, y así poder acceder a los estereotipos temáticos a lo que no hemos accedido con suficiente claridad en este estudio. Asimismo, seleccionar a participantes que representen más claramente los diferentes ámbitos de intervención, de modo tal que se puedan hacer más patentes las diferencias que se perfilan en este estudio.

Sería interesante también hacer un estudio de caso abordado desde esta perspectiva narrativa, e identificar los diferentes recursos terapéuticos puestos en juego y su repercusión en la historia de la familia y en la historia institucional del caso.

También consideramos que podría ser más representativo un estudio en el que se obtenga un cuerpo de valoraciones provenientes de diferentes ámbitos, pero del mismo caso o un grupo menor de casos, lo cual facilitaría la emergencia de temáticas recurrentes y se podría evaluar mejor la frecuencia de aparición de las diferentes categorías. Sería interesante incluso poder identificar una configuración de categorías recurrentes frente a familia multiproblemática por cada ámbito profesional y acceder

así a una comprensión más acabada de la composición semántica predispuesta de cada ámbito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu.

Anderson, H & Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de psicoterapia*, II, 41-71.

Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid, España.: Akal Universitaria.

Bertrando, P & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona, España.: Paidós.

Cancrini, L., De Gregorio, F., Nocerino, S. (1995). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti., & J. L. Linares (Comps.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemáticas* (pp. 44-82). Barcelona, España.: Paidós. 1997.

Castillo, F. (1997). El profesional en las organizaciones de servicios sociales. En M. Coletti., & J. L. Linares (Comps.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemáticas* (pp. 223-243). Barcelona, España.: Paidós. 1997

Colapinto, J. (1996). La dilución del proceso familiar en los servicios sociales: implicaciones para el tratamiento de las familias negligentes. *Redes*, 2, 9-35.

Imber-Black, E. (1995). La perspectiva de los sistemas más amplios que la familia. *Sistemas familiares*, 11, 35-59.

Imber-Black, E. (2000). *Familias y sistemas amplios: el terapeuta familiar en el laberinto*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu.

Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B., Schumer, F. (1967). *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. Nueva York, EE.UU.: Basic Books.

Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu.

Pakman, M. (2006). Reducción del riesgo en familias multiproblemáticas: la micropolítica de la justicia social en la asistencia en salud mental. *Terapia familiar y de pareja*, 42, 698-717.

Ramos, R. (1996). Familias multiproblemáticas, discursos multiprotagonicos. Actas del XVI congreso nacional de terapia familiar. España, Las Palmas.

Ramos, R (2005). La familia multiproblemática y la violencia: una terapia narrativa. *Mosaico*, 31, 13-16.

Ramos, R. & Borrego, M. (2006). La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas: fundamentos teóricos de una investigación. *Redes*, 16, 97-116.

Ramos, R. (2007). Del sistema familiar al sistema social: la terapia en la red. En R. medina, J.L. Linares & M. Ceberio (Eds), *La terapia familiar desde Iberoamérica* (pp. 237-259). Buenos Aires, Argentina.: Tres Haches.

Ramos, R. (2008). *Temas para conversar: ideas para planificar la conversación terapéutica*. Barcelona, España.: Gedisa.