El Programa de Empoderamiento Familiar: Un Enfoque Interdisciplinario para Trabajar con Familias Urbanas Multi-Estresadas

ELIZABETH N. CLEEK, PSY.D.*
MATT WOFSY, LCSW*
NANCY BOYD-FRANKLIN, PH.D.[†]
BRIAN MUNDY, LMSW*
TAMIKA J. HOWELL, LCSW, M.A.[‡,1]

Para acceder a esta versión en español consulte la sección *Supporting Information* del artículo original en inglés [§] en Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com/journal/famp).

El Programa de Empoderamiento Familiar (Family Empowerment Program, FEP) es un programa de terapia familiar multi-sistémica en el que colaboran familias multi-estresadas y un equipo de recursos interdisciplinarios mientras las familias están asistiendo a una clínica de salud mental "tradicional". La justificación para este modelo es que con demasiada frecuencia las familias que acuden a los centros de salud mental comunitarios luchan con múltiples fuerzas psicosociales como problemas de vivienda, violencia intrafamiliar, protección infantil, programas de asistencia, racismo, abuso de sustancias y hogares sustitutos, además de enfermedades médicas y psiquiátricas, que exacerban los síntomas y tienen un impacto sobre la entrega de servicios tradicionales y el acceso a tratamientos efectivos. Por tanto, habitualmente las familias reciben atención fragmentada y se vinculan con múltiples sistemas cuyas agendas son contradictorias y compiten entre sí. Debido a esto, los servicios generalmente no aprovechan las fortalezas de las familias. El FEP acompaña a las familias con un equipo unificado que incluye representantes de Programas de Asistencia, Apoyo

---

*Program Design, Evaluation, & Systems Implementation, Institute for Community Living, Inc., New York, NY.

[†]Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers University, New Brunswick New Jersey.

[‡]Community Health Services, Harlem United, New York, NY.

[1]Los nombres de los autores están en orden alfabético para reflejar una participación equivalente en la autoría.

La correspondencia en relación a este artículo debe dirigirse a Elizabeth N. Cleek, Institute for Community Living, Inc., 40 Rector St., 8th floor, New York, NY. E-mail: elizabeth.cleek@iclinc.net.

§*The Family Empowerment Program: An Interdisciplinary Approach to Working with Multi-Stressed Urban Families* (N. de la T.)

Las y los autores desean hacer un reconocimiento a las familias atendidas en el *Institute for Community Living*, cuya fortalezas y resiliencia son una continua inspiración. Asimismo, nos gustaría agradecer el liderazgo de ICL en todos los niveles, en especial el Presidente y Director Ejecutivo de la institución, Dr. Peter C. Campanelli, y la Directora de Operaciones, Stella V. Pappas, como también al Director Clínico donde este programa estaba ubicado, Raymond Alberts, por su permanente liderazgo y apoyo al proyecto y su dedicación general a crear un ambiente donde puede florecer el trabajo al mejor nivel.

Family Process, Vol. 51, No. 2, 2012 © FPI, Inc.

a la Familia, Acompañamiento Parental y el Equipo Clínico de la Clínica de Salud Mental Ambulatoria, que trabaja con una perspectiva de terapia familiar basada en las fortalezas. El objetivo del FEP es apoyar a las familias para que alcancen sus metas. Esto se logra con la co-construcción de un plan de atención que aborda las necesidades de las familias de una manera eficiente y coherente, enfatizando sus fortalezas y competencias y apoyando su autonomía.

Keywords: Urbano; Multi-Estresado; Interdisciplinario; Acompañante (Advocate) Parental; Intervención Familiar

Fam Proc 51:1–12, 2012

Las familias que acuden a los centros de salud mental en las comunidades de escasos recursos a menudo luchan con múltiples fuerzas psicosociales que les dificultan el uso de sus capacidades inherentes y el acceso a tratamientos efectivos, todo lo cual desafía a los proveedores de salud a ir más allá de los límites de la entrega tradicional de servicios. Las fuerzas psicosociales a menudo incluyen carencia de vivienda, pobreza, violencia doméstica, abuso infantil, custodia temporal de los niños, abuso de sustancias, racismo y otras formas de discriminación que pueden crear una sensación de desesperanza. Estas familias interactúan con frecuencia con diversos sistemas externos tales como instituciones de protección infantil, instituciones de custodia temporal, tribunales de familia, programas de asistencia pública, instituciones a cargo del orden público, escuelas y refugios. Estos sistemas pueden tener agendas contradictorias y con frecuencia no logran coordinar sus prioridades y servicios. Esto impide que cada servicio sea efectivo y crea una sensación de confusión, fragmentación y futilidad en la familia (Micucci, 1998). En la medida que estos sistemas y servicios se centran en las personas y sus problemas individuales, no logran activar las fortalezas, competencias y capacidades de sanar inherentes a la familia y la comunidad (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 2006).

CONTEXTO LOCAL Y NACIONAL

Las iniciativas en las políticas nacionales y locales de salud mental han hecho avanzar la agenda hacia un enfoque integrado y coordinado de entrega de servicios. En Julio de 2003 la *President's New Freedom Commission on Mental Health* (Comisión de Salud Mental New Freedom del Presidente) fijó un nuevo estándar para la entrega de servicios, basado en la evidencia y buenas prácticas en el terreno de los servicios públicos de salud mental. El Informe de la Comisión (2003) enumeraba una serie de *Metas para un Sistema Reformado de Salud Mental*. Entre ellas estaba eliminar la inequidad en el acceso a atención de salud mental de excelencia y orientar la atención al consumidor y la familia. En la misma línea de este informe, a nivel estatal y a través de todo el país está emergiendo la tendencia de que el financiamiento del estado depende cada vez más de la capacidad de un sistema para ofrecer programas basados en la evidencia y con buenas prácticas, cuyos resultados sean documentados (por ej., Carpinello, Rosenberg, Stone, Schwager & Felton, 2002; New York State Office of Mental Health, 2001; Oregon Senate Bill 267, 2005; Minnesota Department of Human Services, 2010). Está emergiendo en las políticas de atención en salud el modelo de

atención evaluable (US Department of Health & Human Services, 2011), que destaca la asociación integradora de proveedores de salud médicos y de la conducta, que transformará los mecanismos de pago (Jarvis & Alexander, 2011) y que destaca otra aplicación de las intervenciones coordinadas de atención.

En concordancia con las tendencias mencionadas, el Institute for Community Living (ICL, Instituto de Vida Comunitaria) diseñó e implementó el programa de empoderamiento familiar (FEP, *family empowerment program*). El ICL es una corporación sin fines de lucro de Nueva York, que atiende a más de 9.000 adultos, niños y familias mediante una amplia variedad de programas y servicios para responder a las necesidades de los habitantes de Nueva York, incluyendo asistencia en vivienda, clínicas de salud mental para atención ambulatoria, servicios de apoyo y actividades comunitarias, al igual que servicios de salud. El FEP está situado en Brooklyn en la zona Este de Nueva York, en un edificio que aloja varios de los servicios que ofrece ICL, incluyendo una clínica de salud mental para atención ambulatoria, un asesor sobre programas de ayuda, y el Brooklyn Family Resource Center (Centro de Recursos para la Familia de Brooklyn) que incorpora representantes de cada uno de ellos para apoyar mejor a las familias en su respuesta a las numerosas fuerzas psicosociales que experimentan a menudo quienes viven en este barrio de escasos recursos. El FEP fue desarrollado siguiendo la recomendación de Kazdin (1997) de que las propuestas para tratamientos efectivos deben responder a las necesidades de las poblaciones atendidas y tener fundamentos teóricos sólidos; incorpora buenas prácticas dentro de una estructura de servicios flexible, lo que le permite ofrecer intervenciones teóricamente sólidas y sensibles al contexto cultural de las familias atendidas (Waldegrave, 2005).

UNA RESPUESTA PROACTIVA A LA FRAGMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS

El FEP de ICL está compuesto por un equipo interdisciplinario que acompaña a familias urbanas multi-estresadas[2] para abordar las necesidades más esenciales en las que requieren atención. El equipo está integrado por la familia junto a miembros de los programas colaboradores de ICL, incluyendo acompañantes de los padres[3], terapeutas familiares, un asesor en programas de ayuda y administradores de diversas instituciones. Además, otros participantes como consultores especializados, proveedores externos y personal de apoyo identificado por la familia asisten regularmente a las reuniones para contribuir al logro de sus objetivos (Figura 1).

El modelo FEP se guía por un foco triple: involucrar a toda la familia en el tratamiento, implementar intervenciones terapéuticas basadas en sus fortalezas y vincular a la familia con un equipo multidisciplinario que le ayuda a transferir los principios, *insights* y habilidades desarrolladas en las sesiones familiares a sus experiencias en el medio natural de su comunidad (Boyd-Franklin & Bry, 2000; Imber-Black, 1988). Como consecuencia, en lugar de ser tironeadas en varias direcciones, las familias experimentan el máximo beneficio del conjunto de servicios que se les ofrecen.

[2]En inglés *multi-stressed*. En español se suele utilizar multi-problemática o multi-asistida, pero tienen connotaciones diferentes, por lo que se ha optado por mantener el término más cercano al que usan los autores. (N. de la T.)

[3]En inglés p*arental advocates*. *Advocate* viene *de advocacy*, que no tiene traducción literal, y alude a una combinación de apoyo, defensa, promoción, etc. de una causa, persona o grupo. En este texto el sentido es más cercano a dar apoyo a los padres (N. de la T.)

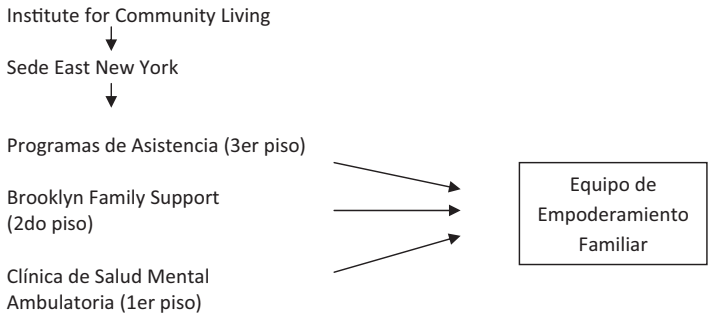

FIGURA 1. Composición del Equipo del Programa de Empoderamiento Familiar en East New York, Brooklyn.

A través de las múltiples perspectivas representadas en el equipo la familia puede responder mejor a un amplio rango de preocupaciones sobre salud mental y temas concretos. Equilibrando las necesidades y fortalezas de la familia con las prioridades sistémicas, el equipo está más capacitado para priorizar las preocupaciones de la familia, y por lo tanto, para estabilizar el funcionamiento familiar mientras se coordinan los servicios. Tres elementos centrales están a la base del éxito de este modelo:

- participación de acompañantes de los padres (*parental advocates*);
- respuesta a las concretas necesidades de servicios de la familia a través de programas de ayuda, orientación y acompañamiento; y
- terapia familiar basada en la evidencia con un enfoque de terapia familiar estratégica breve (TFEB, en inglés BSFT) (Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003).

Una parte fundamental de todas las intervenciones del FEP es la participación de acompañantes de los padres del Centro de Recursos para la Familia de Brooklyn, de ICL. Los acompañantes son padres y madres que han recurrido a servicios de salud mental para sus hijos y sus familias, y sirven como recursos flexibles para las familias con niños que presentan dificultades y desafíos emocionales y conductuales (Burns, Hoagwood & Mrazek, 1999). Los acompañantes ofrecen apoyo y educación que surgen de su propia experiencia de lidiar con el sistema en nombre de sus hijos. A través del Centro de Recursos para la Familia de Brooklyn ofrecen un amplio conjunto de saberes y ayudas locales, tales como asistir a reuniones en la escuela y en la corte junto a la familia, pequeñas ayudas en dinero financiadas por programas para los momentos de crisis y/o programas de tutoría para padres e hijos después del horario escolar. La sabiduría local y la experiencia vivida han mejorado el sistema de servicios más amplio y aportan una nueva dimensión de apoyo a las familias. Si bien la investigación es limitada, los primeros resultados sugieren que la participación de acompañantes de la familia aumenta la probabilidad de que éstas se comprometan con el tratamiento (McKay et al., 2010). En su discusión sobre Programas de Apoyo a la familia, Ireys, Devet y Sakwa (2002), subrayan el concepto de "lazos blandos": "pequeños grupos o redes sociales… [que] pueden estar vinculados a otros grupos sociales por una persona conocida" (pág. 155).

"El concepto de lazos blandos es central para entender el rol de par experimentado(a) o acompañante apoyador(a). Los padres de niños con trastornos emocionales o conductuales severos

> refieren que tienen muchas necesidades insatisfechas cuando trabajan con proveedores de servicios tradicionales. En algunos casos, un acompañante que presta apoyo puede funcionar como un lazo blando desarrollando una relación de conocidos. Sin embargo, dentro de esta relación, el acompañante puede contactar a un progenitor con recursos comunitarios, personas o instituciones, y servir así como un constructor de puentes a nivel de relaciones o redes sociales" (Ireys, Devet & Sakwa, 2002, pág. 155).

En concordancia con este concepto, y además del trabajo de vinculación y apoyo mencionado más arriba, los acompañantes del Centro de Recursos ofrecen diversos talleres y grupos de apoyo diseñados para promover una mayor comprensión de los temas de salud mental de los niños y al mismo tiempo crear una red natural de apoyo entre los padres. Algunos ejemplos de estos servicios son grupos de apoyo para padres y madres solos, talleres sobre temas relacionados con salud mental, y encuentros sociales como paseos a parques de diversiones y una noche mensual para las familias donde se ofrece una cena y diversas actividades. Cualquier familia que participa en el programa de empoderamiento familiar (FEP) puede acceder a estos beneficios. Asimismo, el FEP ofrece actividades de acompañamiento y tutoría para los jóvenes, lo que ayuda a que los niños estén constantemente participando en actividades significativas, y les permite integrarse a una comunidad de pares más amplia y pro social. Las familias vinculadas al Centro de Recursos para la Familia participan en una comunidad donde el apoyo social, la confianza y la conexión son reales.

Un especialista en programas de asistencia complementa estos servicios ofreciendo su *expertise* en las áreas de finanzas, beneficios de atención en salud y vivienda. Por ejemplo, el asesor en programas de asistencia puede apoyar a las familias informándoles sobre los derechos de los arrendatarios, entregándoles un formulario de postulación para los beneficios que requieren y ayudándoles a negociar con el complejo sistema burocrático que muchas veces dificulta el acceso. En las instituciones en que este cargo no existe, los programas pueden apoyarse en el *expertise* de trabajadoras (es) sociales experimentadas(os) que conocen el acceso a programas de asistencia, y/o desarrollar el *expertise* necesario permitiendo que los miembros del equipo destinen tiempo a asistir a una de las muchas capacitaciones gratuitas que existen en este tema.

El tercer componente de FEP es la terapia familiar que se sustenta en la TFEB basada en la evidencia (Szapocznik et al., 2003). Los terapeutas familiares de ICL se formaron en TFEB cuando se desarrolló el FEP, y la perspectiva con la cual ellos y la familia trabajan se basa en la TFEB. El trabajo comienza alentando a cada miembro de la familia a dar su visión, subrayando las fortalezas del grupo, y reencuadrando el motivo de consulta como un problema cuya raíz está en el funcionamiento familiar (Szapocznik et al., 2003). Este proceso está diseñado para identificar los ciclos sintomáticos y ayudar a la familia a alcanzar patrones más adaptativos de relación abordando la comunicación, la solución de problemas y la resolución de conflictos (Szapocznik et al., 2003).

Los tres componentes clave del equipo, (Acompañamiento a la Familia, Asesoría en Programas de Asistencia y Terapia Familiar) se implementan y coordinan en colaboración con la familia para mejorar su funcionamiento interno y aumentar su resiliencia, y para crear un ajuste más adaptativo entre la familia y su ambiente natural. El equipo trabaja activamente con alrededor de 10 familias en simultáneo. A lo largo de

los últimos cuatro años 36 familias que acudieron a la clínica ICL de salud mental han participado en el FEP, y reflejan la diversidad de la comunidad.[4]

Durante el proceso de admisión a la clínica de salud mental, cuando se evalúa que las familias están multi-estresadas y que participan en varios sistemas de atención, se les informa sobre el FEP y la variedad de servicios que incluye. Si la familia decide participar en el programa, se le asigna un(a) acompañante del Centro de Recursos y un(a) terapeuta del equipo del FEP. Terapeuta y acompañante se reúnen con la familia para entregarles más orientación sobre el proceso del programa, y a continuación se fija una primera reunión FEP.

El FEP se basa en la idea de que una práctica efectiva debe reflejar una aplicación de la investigación a dicha práctica. Por ejemplo, las actividades centrales del FEP son consistentes con los principios de recuperación, que incluyen nociones de cambio de primer y segundo orden (Onken, Craig, Ridgway, Ralph & Cook, 2007). Al estabilizar factores ambientales y necesidades concretas de atención (cambio de segundo orden), el enfoque integrado del FEP crea las condiciones necesarias para la entrega exitosa de tratamiento basado en la evidencia, cuyo objetivo es facilitar la transformación dentro del sistema familiar (cambio de primer orden). El efecto combinado de las intervenciones clínicas, el trabajo de acompañamiento y la atención especializada concreta crea un efecto sinérgico que refleja también un marco de coordinación de la atención multi-sistémica (Madsen, 1999). El modelo recibe la influencia de la teoría de Sistema de Atención (*System of Care*, Stroul & Friedman, 1986) que enfatiza que la niña o niño y la familia son fundamentales en el inicio y la dirección del proceso de atención; que la entrega de servicios y la coordinación son localizados y se asientan en la comunidad, y que los aspectos culturales tienen relevancia en el desarrollo y la entrega de los servicios (Pires, 2002; Stroul & Friedman, 1986).

Con el fin de identificar y facilitar la integración del contexto cultural en el trabajo clínico, se entrena desde el inicio a los terapeutas para que den importancia a la edad, el género y las características culturales del cliente. Este proceso comienza durante la evaluación psicosocial que se realiza en la etapa de admisión, en que se pide a todos los clientes que completen un cuestionario centrado en la persona, desarrollado específicamente para clarificar necesidades y antecedentes culturales, como también fortalezas, necesidades, intereses y objetivos identificados en forma individual. El contexto cultural debe ser integrado al trabajo clínico, en especial en la terapia con individuos y familias de contextos raciales y étnicamente diversos y de sectores socioeconómicos bajos (Waldegrave, 2005). Boyd-Franklin (2003) también destaca esta necesidad, junto a los desafíos que enfrentan las familias afroamericanas pobres en su participación en múltiples sistemas. Además de la integración del contexto cultural en la terapia, los acompañantes de padres que trabajan en el Centro de Recursos y que provienen del mismo contexto cultural, racial, lingüístico y socioeconómico que las familias que participan en FEP, a menudo sirven como "puentes culturales" y su participación favorece una incorporación más fluida del contexto cultural en el sistema de atención. El marco conceptual general que guía al FEP en todo momento es la esperanza, la resiliencia y el énfasis en la autonomía dentro de la familia y entre sus miembros.

[4]Cuarenta y siete por ciento de las familias que han participado en el FEP han sido latinas, 36% afroamericanas, 8% del Caribe o de ascendencia caribeño-americana y 5% caucásicas.

La forma en que los componentes del FEP trabajan juntos para ayudar a las familias a estabilizar sistemas externos y funcionamiento interno se ilustra en el siguiente ejemplo de un caso.[5]

Los Smith, una familia afroamericana, ingresaron al sistema de refugios después de su traslado a la ciudad de Nueva York. Debido a una historia previa de abuso de sustancias, el Sr. y la Sra. Smith fueron referidos a tratamiento especializado. Después de escuchar el relato de su consumo en ese período, el clínico reportó a la familia a la institución de protección infantil de la ciudad. Se abrió un caso por protección de los niños, y poco después Pam, la hija de 8 años de los Smith, se mostró violenta en la comunidad y fue hospitalizada. Pam permaneció en la unidad de psiquiatría por 6 semanas y fue clasificada por el personal del hospital como una niña con una "perturbación emocional severa". Al momento del alta el hospital la refirió para manejo del caso y atención de salud mental ambulatoria. Protección Infantil también refirió a la familia a una institución de servicios preventivos. Asimismo, Protección Infantil se encargó de que la familia recibiera servicios familiares y una intervención temprana en relación a sus hijos más pequeños. Por lo tanto, todos los adultos y niños de la familia estaban involucrados con diversas instituciones y estaban recibiendo tratamiento en distintos programas. A pesar de la disponibilidad de servicios, los Smith estaban complicados porque la familia estaba en riesgo de perder sus beneficios de la Sección 8[6] en Vivienda y también los de la Asistencia Pública.

El FEP era adecuado para esta familia porque aborda las diversas necesidades de los niños y sus familias a través de ir mejorando y coordinando los múltiples servicios en que están participando, en conjunto con un enfoque centrado en la familia y sus fortalezas. En el caso de los Smith, que estaban involucrados con múltiples proveedores y sistemas, el FEP podía ayudar a estructurar a todos los "profesionales de ayuda" y trabajar para garantizar que la familia Smith estaba guiando la agenda y que era una agenda única.

Al momento de ingreso a la clínica ICL, los Smith estaban trabajando con proveedores de servicios repartidos en tres municipios diferentes de la ciudad de Nueva York. Podía suceder que la familia estuviera convocada a una reunión de asistencia pública a las 10 am en un municipio, que hubiera una visita domiciliaria programada para la 1 pm en otro, y que tuvieran una cita al médico en un tercero. Estas expectativas involuntariamente ponían a la familia en situaciones de incumplimiento, ya que era imposible satisfacerlas todas. Una segunda complicación era que tres terapeutas diferentes con objetivos distintos estaban trabajando con miembros de esta familia. Si bien los tres niños eran atendidos por el mismo terapeuta en una terapia familiar, la Sra. Smith fue derivada a terapia individual en una segunda institución, y toda la familia tenía el mandato de asistir a sesiones de terapia familiar en una tercera institución. Todo lo anterior, combinado con un encuentro diario con un acompañante parental tenía como resultado una extrema confusión de roles, fragmentación e ineficiencia, tanto para los miembros de la familia como para las y los proveedores.

---

[5]Para garantizar la confidencialidad se han modificado las características que permitirían identificar a la familia.

[6]*Section 8 of the Housing Act of 1937* (42 U.S.C. § 1437f), conocida como *Section 8* contribuye al financiamiento de vivienda para familias de escasos recursos a través de diversos programas. (N. de la T.)

En razón de su participación en múltiples sistemas, la terapeuta le informó al Sr. y la Sra. Smith acerca del equipo del FEP y la familia decidió participar. En la primera reunión a la que asistieron, y en respuesta a la preocupación principal de la familia de que los servicios eran demasiado fragmentados y sentían que estaban en una trampa y destinados a fracasar, se tomó una primera decisión colaborativa de trasladar el caso de los niños y el de la madre a un mismo terapeuta centrado en la familia en una sola institución. Segundo, se contactó al Sr. y la Sra. Smith con un acompañante parental que tenía las mismas características raciales y socioeconómicas. Esta fue una solicitud de la familia y su propósito era ayudar a mitigar la sana sospecha que expresaron al momento de ingreso en la clínica. En tercer lugar, se estableció un vínculo entre la familia y una Especialista en Programas de Asistencia del FEP, que los apoyó para negociar los procesos de la Sección 8 y la Asistencia Pública. Y por último, la familia decidió quién debería participar en las siguientes reuniones. La reunión mensual con FEP sirvió como un contexto estable para que la familia se comunicara en forma efectiva y pudiera organizar los recursos identificados por ellos mismos. Estas reuniones iniciales constituyeron una plataforma para que el Sr. y la Sra. Smith se hicieran cada vez más dueños del proceso de ayuda. Por ejemplo, aun cuando desde el principio se les alentaba activamente a participar, no fue sino hasta la segunda y tercera reunión que el Sr. y la Sra. Smith progresivamente aportaron ítems a la agenda y expresaron sus preocupaciones. El Sr. Smith empezó a llamar desde su trabajo cuando no podía asistir a una reunión. El trabajo colaborativo de la familia y los proveedores movilizó fortalezas, sabiduría y resiliencia propias de la familia. La familia adquirió la fuerza y recibió el apoyo que necesitaba para lograr cambios en su vida.

COLABORACIÓN MULTI-SISTÉMICA

Lo primero y más importante es que en la familia Smith todos los miembros estaban angustiados. Una preocupación inmediata fue aliviar esta angustia mediante la entrega de servicios concretos. La tensión que la familia sentía en relación a entrevistas necesarias pero cuyos horarios coincidían se abordó mediante reuniones de equipo mensuales en las cuales la Sra. Smith, el equipo FEP interno y proveedores y apoyos externos relevantes podían juntarse y participar en un intercambio de ideas, identificar metas y objetivos, y coordinar la entrega de servicios. A lo largo de este proceso, y a través del contacto diario con el acompañante parental de la familia, la Sra. Smith fue adquiriendo cada vez más confianza y esperanza acerca del futuro de su familia y desarrolló la sensación de ser dueña del proceso. Esto se evidenció cuando progresivamente la Sra. Smith empezó a llegar a la reunión con una agenda, identificando áreas de discusión, planteando preguntas a los proveedores de servicios y estableciendo prioridades para el equipo. Tanto su capacidad para focalizar la agenda del FEP, como su rango de expresión más amplio y el cuidado de su apariencia personal evidenciaban que estaba menos deprimida. El Sr. Smith se mantuvo sobrio y conservó su empleo, y el acompañamiento parental orientó también la participación de la familia en talleres para padres y grupos de apoyo. Se les ofreció colaboración en lo referente a los programas de apoyo para ayudar a estabilizar a la familia en los temas de vivienda y finanzas.

Las reuniones del equipo del programa de empoderamiento familiar facilitan la comunicación y un mayor entendimiento y sincronización de la familia y los proveedores, los que a menudo están aislados en diferentes sistemas como los acompañantes

de la familia, los terapeutas y el equipo de la institución de protección infantil. Si bien la coordinación de la atención es un rasgo esencial del equipo FEP, el elemento más poderoso de esta intervención multi-sistémica es el intercambio sinérgico entre los miembros de la familia, los acompañantes de los padres, los terapeutas y los especialistas en programas de ayuda. Dentro de este intercambio, un marco de referencia centrado en la familia, un diálogo abierto y respetuoso, la resonancia empática y un manejo apropiado de los límites crean las condiciones que conducen al aprendizaje, la adquisición de destrezas, la colaboración y la persistencia hasta lograr los objetivos. En el caso de los Smith, el énfasis inicial fue establecer prioridades compartidas frente a las demandas multi-sistémicas, tales como facilitar la participación de la familia en una noche familiar mensual, incorporar a su hija mayor en un grupo de tutoría después de clases en el Centro de Recursos, y acompañar a la familia en las reuniones escolares. Estos apoyos reforzaron la conexión social y la capacidad de los Smith para conducir su relación con múltiples sistemas de servicios. El nivel de colaboración y apoyo directos que ofrece el equipo del FEP permite a las familias sostener su participación en el proceso de la terapia familiar, que a veces es emocionalmente demandante, mientras al mismo tiempo se construye el empoderamiento y la confianza de la familia en sí misma.

INDICADORES DE UN RESULTADO POSITIVO

En la tercera reunión mensual del equipo, donde estaban presentes los Smith y sus proveedores de servicios internos y externos al ICL, el Sr. Smith no pudo participar por razones de trabajo, pero le entregó a la Sra. Smith una lista de preguntas. En esta reunión el progreso de la familia fue inmediatamente visible. La Sra. Smith transmitió con confianza las preguntas de su marido y pidió una aclaración de algunos aspectos específicos en relación al estatus del caso de su familia. Ella mantuvo contacto visual durante toda la reunión. La familia resolvió exitosamente el tema de vivienda y beneficios médicos y estaba asistiendo regularmente a todas las sesiones de terapia. Simultáneamente, los múltiples proveedores que trabajaban con la familia mantenían una colaboración permanente. Los miembros del equipo expresaron sus observaciones sobre el progreso de la familia y la Sra. Smith estuvo de acuerdo con su opinión. Pam había iniciado un tratamiento, sus niveles de agresión habían disminuido y todos los niños de la familia habían mejorado su asistencia a clases, su conducta y el cumplimiento con sus deberes escolares. Asimismo, la familia había estado presente en forma consistente en las visitas domiciliarias semanales de los proveedores. Los niños estaban asistiendo a la escuela y la educación pre-escolar en forma regular y mostraban mejor funcionamiento conductual en la sala de clases.

Con la familia Smith, la intervención multi-sistémica descrita en este trabajo alcanzó los siguientes resultados (que son consistentes con los resultados de otras familias que eligen utilizar el FEP), evaluados por la observación profesional y la retroalimentación de la familia[7]:

[7]El equipo del FEP también tiene datos preliminares que indican una mejoría de sintomatología de acuerdo con mediciones estandarizadas de resultados tales como el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (Goodman, 1999) para niños y el Cuestionario de Resultados (Lambert et al., 2003; Wells, Burlingame, Lambert, Hoag & Hope, 1996) para adultos, que son consistentes con la evidencia de este caso. Los datos todavía se están recolectando y analizando y se reportarán en un próximo trabajo.

- Mejor Coordinación de los Servicios.
- Mayor Acceso a Servicios Concretos, como por ejemplo vales de comida, discapacidad, vivienda y asistencia legal.
- Mejores Habilidades para la Vida Cotidiana, tales como higiene y manejo del tiempo.
- Mejoría en el Estilo de Crianza y la Administración del Hogar.
- Disminución de los Síntomas en el Area de Salud Mental.
- Preservación de la Familia.
- Apropiación del Proceso de Cambio por parte de la Familia.
- Acceso a Recursos Necesarios para la Familia por medio del Financiamiento de Emergencia Ofrecido por la Ciudad y/o Contratos del Estado.
- Mejoría en la Asistencia a las Sesiones de Terapia Familiar.
- Mayor Participación de Personas Importantes en la Vida de la Familia, por ejemplo religiosos, entrenadores, otros miembros de la familia, etc.

Algunos pasos futuros del FEP son sintetizar la información de resultados evaluados a través de indicadores específicamente vinculados al diagnóstico, integrar formalmente la retroalimentación de la familia e incorporar el apoyo en temas legales y de vivienda.

CONCLUSION

El FEP es una intervención que está en evolución y que adapta las investigaciones más recientes (Carpinello et al., 2002; Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen & Schoenwald, 2001; Kazdin, 2008; Minuchin et al., 2006; Szapocznik et al., 2003) a las necesidades clínicas de las familias atendidas y las necesidades de formación del equipo participante. Su singular combinación de aportes multi-disciplinarios ofrece un contexto que busca facilitar el cambio en las familias urbanas multi-estresadas, tanto en los dominios internos como externos. Al ir integrando las partes que componen un sistema que tiene una complejidad inherente, hay al mismo tiempo una cierta simplicidad en el hecho de utilizar recursos existentes dentro de un sistema con el fin de asociarse con las familias y ajustarse a las necesidades que expresan. Al reducir los obstáculos que interfieren con el compromiso y la adherencia al tratamiento, y desarrollar una relación de colaboración entre los miembros del sistema, el equipo se siente empoderado para ofrecer servicios clínicamente sólidos, que toman en cuenta los aspectos culturales y que son sensibles a las necesidades de las familias y éstas a su vez son capaces de apropiarse y dirigir su participación y se benefician de la capacidad de prestar apoyo de cada participante.[8]

REFERENCIAS

Boyd-Franklin, N. (2003). *Black families in therapy: Understanding the African American experience (Familias de color en terapia: Comprender la experiencia afroamericana).* New York: Guilford Press.

Boyd-Franklin, N., & Bry, B.H. (2000). *Reaching out in family therapy (Establecer contacto en terapia familiar).* New York: Guilford Press.

[8]Traducción: Psic. Soledad Sánchez D., Instituto Chileno de Terapia Familiar, Santiago de Chile.

Burns, B., Hoagwood, K., & Mrazek, P.J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents (Tratamiento efectivo de los trastornos mentales en niños y adolescentes). *Clinical Child and Family Psychology Review*, *2*(4), 199–254.

Carpinello, S.E., Rosenberg, L., Stone, J.L., Schwager, M., & Felton, C.J. (2002). New York State's campaign to implement evidence-based practices for people with serious mental disorders (Campaña del Estado de Nueva York para implementar prácticas basadas en la evidencia con personas con trastornos mentales severos). *Psychiatric Services*, *53*(2), 724–729.

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden (La versión extensa del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades como una guía para casos psiquiátricos o la consecuente sobrecarga). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*, 791–801.

Hoagwood, K., Burns, B., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S. (2001). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services (Práctica basada en la evidencia en servicios de salud metnal para niños y adolescentes). *Psychiatric Services*, *52*(117), 9–1189.

Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth (Familias y sistemas más amplios: Guía de un terapeuta familiar a través del laberinto)*. New York: Guilford Press.

Ireys, H.T., Devet, K.A., & Sakwa, D. (2002).Family support and education (Apoyo y educación en la familia). En B.J. Burns & K. Hoagwood (Eds.), *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders (Tratamiento comunitario para los jóvenes: Intervensiones basadas en la evidencia para trastornos emocionales y conducturales severos)*. New York: Oxford University Press.

Jarvis, D., & Alexander, L. (2011). Partnering with Health Homes and ACOs (Colaboración con Hogares de Salud y ACOs). Presenteado vía webinar en Marzo 23, 2011. Disponible en el sitio web de The National Council: http://www.thenationalcouncil.org/cs/recordings_presentations

Kazdin, A.E. (1997). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice (Un modelo para desarrollar tratamientos efectivos: Progresión e interjuego de teoría, investigación y práctica). *Journal of Clinical Child Psychology*, *26*(2), 114–129.

Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice (Tratamiento y práctica basados en la evidencia). *American Psychologist*, *63*(3), 146–159.

Lambert, M.J., Hansen, N.B., Umpress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G.M. et al. (2003). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Administración y manual de puntuación para el OQ-45.2)*. Salt Lake City, UT: American Professional Credentialling Services, LLC.

Madsen, William C. (1999). *Collaborative therapy with multi-stressed families: From old problems to new futures (Terapia colaborativa con familias multi-estresadas: De viejos problemas a nuevos futuros)*. New York: Guilford Press.

McKay, M.M., Gopalan, G., Franco, L.M., Kalogerogiannis, K.N., Umpierre, M.N., Olshtain-Mann, O. et al. (2010). It takes a village deliver and test child and family-focused services (Se requiere una entrega local y poner a prueba servicios orientados a los niños y la familia). *Research in Social Work Practice*, *20*(5), 476–482.

Micucci, J.A. (1998). *The adolescent in family therapy: Breaking the cycle of conflict and control (El adolescente en terapia familiar: Rompiendo el ciclo de conflicto y control)*. New York: Guilford.

Minnesota Department of Human Services (March 2010). Chemical and mental health services transformation: State operated services redesign in support of the resilience & recovery of the people we serve (Transformación de los servicios de salud mental y fármacos: Rediseño de servicios operados por el Estado para apoyar la resiliencia y la recuperación de las personas que atendemos. Consultado el 24 de Agosto de 2010, en http://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-6115-ENG.

Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2006). *Working with families of the poor (Trabajar con las familias pobres) (2da ed.).* New York: Guilford.

New York State Office of Mental Health (2001). Winds of change: Creating an environment of quality. Presentation to providers (Vientos de cambio: Crear un ambiente de calidad. Presentación a proveedores).

Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O., & Cook, J.A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature (Un análisis de definiciones y elementos de recuperación: Una revisión de la literatura). *Psychiatric Rehabilitation Journal. Special Issue: Mental health recovery and system transformation*, *31*(1), 9–22.

Oregon Senate Bill 267 (2005). Information sheet available online at (Hoja informativa disponible en línea en): http://www.oregon.gov/OCCF/Documents/JCP/L9_SB267_Info_Sheet.pdf?ga=t

Pires, S.A. (2002). *Building systems of care: A primer (Construyendo sistemas de atención: Un inicio).* Washington, DC: National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.

President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America.* Final report (Cumplir la promesa: Transformar la atención de salud mental en los Estados Unidos. Informe Final). DHHS Publication No. SMA-03-3832. Rockville, MD: ?????.

Stroul, B.A., & Friedman, R.M. (1986). *A system of care for children & youth with severe emotional disturbances* (Un sistema de atención de niños y jóvenes con trastornos emocionales severos) (Ed. Rev.). Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). *Therapy manuals for drug addiction: Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse (Manuales de terapia para adicción a drogas: Terapia familiar estratégica breve para abuso de drogas en adolescentes).* Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

US Department of Health and Human Services (2011). News Release: Affordable Care Act to improve quality of care for people with Medicare (Boletín: Acta de Atención Económicamente Accesible para mejorar la calidad de atención para personas con Medicare). Consultado el 29 de Mayo de 2011, en http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/03/20110331a.html

Waldegrave, Charles. (2005). "Just therapy" with families on low incomes ("Terapia Simplemente" con familias de escasos recursos). *Child Welfare League of America*, *84*(2), 265–276.

Wells, M.G., Burlingame, G.M., Lambert, M.J., Hoag, M.J., & Hope, C.A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire(Conceptualización y evaluación del cambio de los pacientes durante la psicoterapia: Desarrollo del Cuestionario de Resultados y el Cuestionario de Resultados con Jóvenes). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *33*(2), 275–283.