

La conferencia de grupo familiar: una práctica participativa en familias con niños en riesgo

Family group conferencing: a participatory
practise in families with children at risk

Ricardo Ramos Gutiérrez¹

ORCID: 0000-0003-3803-6693

Recepción: 21/12/22. Revisión: 10/03/23. Aceptación: 20/03/23

Para citar: Ramos Gutiérrez, Ricardo. (2023). La conferencia de grupo familiar: una práctica participativa en familias con niños en riesgo. *Revista de Treball Social*, 224, 51-69. <https://doi.org/10.32061/RTS2023.224.02>

Resumen

En el trabajo de protección al menor en familias con niños en riesgo se ha priorizado tradicionalmente la seguridad de estos sobre la estabilidad de los vínculos familiares, lo que solía desembocar en prácticas coercitivas y de confrontación con las familias que acababan frecuentemente con una retirada del menor. Los resultados poco eficaces de estas prácticas tradicionales han propiciado la búsqueda de una colaboración entre profesionales y familias que, para no quedar en mera retórica, debe llegar a plasmarse en intervenciones concretas.

En el presente artículo se examina una de estas prácticas con cierto detalle, la conferencia de grupo familiar (Nueva Zelanda), en la que se han potenciado las capacidades y los deseos de las familias y sus redes de vínculos, a la vez que se alude a otra práctica, los diálogos anticipatorios (Noruega), en la que la primera ha buscado inspiración para introducir elementos activadores de la participación del menor en asuntos de tanta importancia para su futuro.

Si bien este tipo de prácticas necesitan un apoyo y una reorganización institucional para poder implementarse, vale la pena conocerlas por su capacidad de inspirar y alentar un cambio en el equilibrio de las relaciones de poder entre los profesionales y los usuarios que, al precio

¹ Médico adjunto emérito del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Profesor emérito de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ramosgutierrez@gmail.com

de asumir ciertos riesgos, aspire a alcanzar unos resultados más eficaces y compartidos.

Palabras clave: Protección al menor, modelo de los recursos, conferencia de grupo familiar, perspectiva del menor.

Abstract

Within child protection work involving families with children at risk, the safety of said children has been traditionally prioritised over the stability of family ties, often leading to coercive and adversarial situations involving families which frequently lead to the child being taken away. The unsuccessful outcomes of these typical practices have given rise to a call for cooperation between professionals and families which must unfold in the form of specific interventions in order to go beyond simple rhetoric.

This paper examines one of these practices in detail: family group conferencing (in New Zealand), in which the abilities and wishes of families and their networks of ties were fostered. We also address anticipation dialogues (in Norway), which served as inspiration for family group conferencing to introduce components for triggering the child's participation in matters that are highly important for their future.

These are practices that require institutional support and reorganisation to be implemented. However, we believe that it is worth becoming acquainted with them owing to their capacity to inspire and encourage change in the balance of power relations between professionals and service users. Despite taking on certain risks, these changes strive to deliver more effective and shared outcomes.

Keywords: Child protection, resource model, family group conferencing, child perspective.

Introducción

Desde sus inicios a finales del siglo XIX, en que se centró en los casos de extrema pobreza y en atender a fenómenos derivados de ella (como la delincuencia infantil y los niños de la calle), hasta su estabilización actual, el trabajo en protección de menores (PM) ha pasado por dos grandes etapas.

La primera etapa, que se podría ubicar después de la Segunda Guerra Mundial, estaba inspirada en el modelo médico y se sustentaba en el metamodelo del déficit. Básicamente se centraba en concebir el maltrato como el producto de una patología individual de los padres (o una disfunción de la familia) que se postulaba que podía llegar a identificarse precozmente –en las primeras 24 horas, en más de las tres cuartas partes de los casos (Kempe y Kempe, 1978)–, y que fácilmente abocaba a la adopción del menor como la forma de procurarle un ambiente óptimo (Martín Hernández, 2009).

Pero se constataban evidencias que difícilmente encontraban acomodo en ese modelo, como que la negligencia resultaba ser 22 veces más probable que se diagnosticara en familias pobres que en familias con recursos (Berg y Kelly, 2000) y que el daño físico a un menor era más fácilmente catalogado como fruto del maltrato en una familia de escasos recursos y como accidente cuando se presentaba en una familia acomodada (Katz et al., 1986).

En el trabajo tradicional de PM se producía un desequilibrio entre la atención a las demandas y derechos paternos y la protección de la seguridad del menor, en favor de esta última, con el resultado de que la relación que se solía establecer con los progenitores era ambivalente, cuando no directamente de confrontación (Connolly y Mackenzie, 1999). Las características paternas, particularmente la hostilidad hacia los profesionales, recibían más importancia que la evidencia de daño al menor, y predominaba la evaluación de la (poca) habilidad parental sobre la presencia real de daño (Thoburn et al., 2000).

El interés de los trabajadores de PM tendía a focalizarse en la investigación de episodios individuales de abuso, culpabilizando a los padres y valorando poco los factores contextuales. La dimensión moral tenía mucho peso en la evaluación y la estimación inicial del profesional era raramente corregida. El modelo del déficit dirigía la evaluación hacia lo que no estaba y debería estar (Madsen y Gillespie, 2014) y daba sustento a la idea de que las familias tenían los problemas que tenían porque eran disfuncionales y, en consecuencia, había que intentar hacerles cambiar les costara lo que les costara (Ramos, 2021, 2022).

Pero en una segunda etapa, en los años setenta, se empezó a desarrollar una concepción más preocupada por el contexto y fundada en un Trabajo Social más comunitario que se situaba en la estela de la antipsiquiatría, la teoría de la desviación, el marxismo y el trabajo comunitario; y que alumbró lo que se consideró un Trabajo Social radical (Frost y Stein, 1989).

El fundamento de esta aproximación se buscó en el metamodelo de los recursos en base al que se establece que las familias tienen problemas porque están funcionando por debajo de sus posibilidades de enfrentar los requerimientos de la situación por la que están pasando en este momento de sus vidas. Y que, por otra parte, no tienen por qué resignarse a ello, porque son capaces de funcionar mejor en determinados momentos (Ramos, 2021, 2022). Se trataba, pues, de trabajar con lo que ya estaba y podía estar (Madsen y Gillespie, 2014).

La postura de partida sería que, mientras no se demostrara lo contrario, a la familia había que suponerle las fortalezas y habilidades necesarias para cuidar de los menores. Consecuentemente, habría que tratarlas como capaces de tomar buenas decisiones y elaborar buenos planes, si contaban con el adecuado apoyo profesional.

Pero eso implicaba un cambio radical en la posición de los profesionales, que deberían pasar a ocuparse de promover soluciones a los problemas de la familia antes que a tratar de esclarecer si el abuso sospechado había ocurrido o no.

Esta manera de abordar la cuestión propició un acercamiento que propugnaba la necesidad de trabajar de forma efectiva en estrecha colaboración con los usuarios, la familia extensa y la comunidad para potenciar la capacidad individual, familiar y comunitaria de atender las necesidades propias; pero sin dejar por ello de mantenerse focalizados en el menor y en promover su bienestar.

Pero para que esta posición de pasar de centrarse en investigar a la familia y sus problemas a ponerse a su servicio pudiese desplegarse y mantenerse necesitaba insertarse en prácticas concretas y estructuradas que le dieran asidero institucional.

En este artículo nos proponemos básicamente presentar una de esas prácticas ya sancionada por la experiencia, la conferencia de grupo familiar y, a través de la mención de otra práctica, los diálogos anticipatorios, subrayar como la cesión del protagonismo a la familia se puede hacer compatible con el mantenimiento del objetivo básico de PM: la protección y participación activa del menor en las decisiones que afectan a sus vidas.

La conferencia de grupo familiar

Esta práctica apareció en Nueva Zelanda a finales de los años ochenta, donde se estableció como un mandato legal en situaciones en las que la intervención profesional podía afectar seriamente la vida del menor, como era su retirada o su retorno a la familia. Su origen fue la queja de la población maorí, cuyas prácticas de crianza no eran comprendidas por los profesionales, de raza blanca, clase media y cultura occidental, que las consideraban como dañinas.

Esto dio lugar a lo que se llamó la “generación robada”, un cúmulo de niños maoríes retirados de sus hogares, situación que se prolongó has-

ta que se produjo una convergencia entre las quejas de sus padres y una crisis económica que hizo necesaria una reorganización de los servicios.

En esa coyuntura se impuso esta práctica, en la que se incluye como elemento esencial el *tiempo privado* de la familia: un encuentro entre familiares, en ausencia de profesionales, para elaborar un plan de acción que, si ofrece una solución a las preocupaciones que habían llevado a considerar una retirada del menor, tendría prioridad sobre cualquier otro plan de acción que los profesionales hubieran estado barajando.

Posteriormente, esta práctica se ha implementado en diversos países de Europa, América, Asia y Australia, aunque sin mandato legal, con el rango de buenas prácticas. Y se ha extendido a otras problemáticas, como justicia juvenil, violencia doméstica, salud mental y educación.

La filosofía subyacente es que, cuando hay niños en riesgo, se debe involucrar a la familia como colaboradores, antes que como clientes. Y ello en base a que los niños y sus familias tienen el derecho y la responsabilidad de ser los primeros en decidir cuando se suscitan temas de PM. En consonancia con ello, el foco del trabajo se pone en el problema, no en la(s) persona(s).

Los objetivos explícitos son movilizar el apoyo informal, incrementar la colaboración familia/profesionales/comunidad y empoderar a la familia. Pero el propio procedimiento apunta, implícitamente, a dos objetivos comunes en la intervención sobre el maltrato: a) la ruptura de la conspiración del silencio; b) la ampliación del círculo de los comprometidos en parar la violencia (Pennell y Burford, 2000).

Las fases de la CGF

El proceso comienza con la derivación y contempla 3 fases: a) la preparación; b) la conferencia (con las subfases de compartir la información, el tiempo privado de la familia y la discusión del plan); y c) la implementación y el seguimiento del plan (Merkel-Holguin y Wilmot, 2004; American Humane Association, 2010).

La derivación suele proceder de un profesional de los servicios sociales, pero también pueden derivar profesionales de la salud o del ámbito escolar con suficiente ascendiente sobre la familia. La persona responsable de la derivación explica el procedimiento a los familiares, les comunica sus preocupaciones, les hace saber que los considera capaces de tomar decisiones concernientes a sus miembros y también que el plan que elaboren podrá tener preferencia sobre cualquier otro. Los pone en contacto, además, con la persona facilitadora.

La preparación. El facilitador o la facilitadora es una persona con formación específica (entre cuarenta y cincuenta horas de entrenamiento y participación en cinco casos como persona cofacilitadora), que no es necesario (ni recomendado) que pertenezca al campo del Trabajo Social o de la salud; podría ser un miembro prominente de la comunidad.

Contacta con la familia, incluidos los menores, y pone especial énfasis en el padre y la familia parental, que habitualmente son menos tomados en consideración en el Trabajo Social rutinario. Su papel es implicar a la familia y facilitar el proceso, no ocuparse de resolver los problemas de la familia.

La persona facilitadora comparte con la familia (incluidos los menores) las preocupaciones que le ha comunicado la persona responsable de la derivación e identifica con ellos a los posibles asistentes, que incluyen miembros de la familia amplia, amistades y personas de confianza. Contacta con ellas, les explica el procedimiento y les aclara que no se les invita con el objetivo de que se hagan cargo del menor.

También puede recurrir a ellas para reclutar nuevos miembros por el procedimiento de “bola de nieve”, siempre requiriendo el consentimiento de los padres (quienes pueden vetar la asistencia, incluso, de algún profesional). Se encargan, igualmente, de las necesidades materiales, como locales (normalmente comunitarios: parroquia, centro cívico, espacios escolares), transporte, alimentos...

Durante esta fase de preparación pueden surgir ya iniciativas que hagan innecesaria la conferencia. Igualmente, en los países en que no es obligatoria, se pueden detectar en esta fase indicadores de mal pronóstico, que son: a) cuando el adolescente, en su caso, no se implica; b) cuando la familia no acepta que hay un problema a resolver; c) cuando se observan pocos signos de la capacidad de la familia de dejar sus desacuerdos de lado y concentrarse en el plan (Barnsdale y Walker, 2007).

La otra dimensión del trabajo de la persona facilitadora es el contacto con los profesionales. Estos deben limitarse a aquellos que tienen información básica sobre las decisiones a tomar, y hay que hacerles saber que su misión en la CGF es proporcionar a la familia la información que necesitan para el plan. La persona facilitadora debe hablar con ellos de sus preocupaciones para compartir información, pedirles que sean transparentes y encarecerles que se abstengan de proporcionar información sorpresiva en la CGF.

El promedio de asistentes a la CGF suele oscilar entre seis y once y la proporción suele ser de dos profesionales por cada cinco familiares. La preparación dura entre cuatro y seis semanas y consume de unas veinte a cuarenta horas.

La conferencia: a) *Información.* Tras dar la bienvenida y abrir el acto con la fórmula acordada con la familia (un rezo, una canción...) la persona facilitadora expresa el propósito del encuentro e introduce a los profesionales presentes, para que estos procedan a proporcionar la información que la familia ha de tener en cuenta a la hora de elaborar el plan.

La atmósfera creada durante la información va a planear sobre el tiempo privado de la familia. Sin embargo, los profesionales suelen sentirse insuficientemente preparados, abrumados y atacados, y se mueven habitualmente en el modelo del déficit, estando más pendientes de la opinión de otros profesionales que de la utilidad que pueda tener para la familia lo que ellos digan. Resulta, pues, conveniente pedirles que preparen su-

marios orientados hacia el menor y en los que se dé cuenta también de sus fortalezas.

Lo que los familiares necesitan es información, no solo que les hablen de problemas; y también escuchar la perspectiva del menor. Pero puede ser muy delgada la línea que separa el propósito inicial de subrayar las preocupaciones y la tentativa de imponer la propia agenda profesional a la familia (Ney et al., 2011).

Los familiares, por su parte, se ven enfrentados a sentimientos dolorosos y de extrañeza y están expectantes y dubitativos; y al acabar esta fase de la CGF pueden estar inundados de información contradictoria e inquietante. Por ello, la persona facilitadora debe, finalizada esta, resumir los asuntos y recordar el objetivo por el que la CGF se convocó (buscar una salida a la situación del menor focalizando en el futuro y en las soluciones). Y debe insistir en que los recursos que se pueden poner en juego no son solo familiares, a la vez que recordar lo que habrá que hacer si el plan finalmente propuesto por la familia no alcanzara aprobación.

b) El *tiempo privado de la familia*. Una vez finalizada la fase de información se retiran todos los profesionales (incluyendo la familia de acogida, si se trata de familia ajena, aun cuando la familia biológica mostrase preferencia por que se quedaran). La persona facilitadora y la responsable de la derivación permanecerán accesibles por si la familia necesita alguna aclaración. También se puede producir la exclusión de algún miembro problemático.

El tiempo privado de la familia constituye el corazón del procedimiento. Sin embargo, los profesionales suelen expresar su deseo de suprimirlo cuando es facultativo. E incluso la familia puede expresar reticencia alegando para ello razones como: a) que no serán capaces de tomar decisiones por ellos mismos y es mejor que las tomen los profesionales; b) que estos no respetarán su decisión; c) que se sienten sobrepasados por la información que han recibido o por la historia conflictiva de la familia. Esta última razón, compartida por los profesionales, no ha sido confirmada por la experiencia, aun cuando es cierto que a veces se produce una considerable tensión emocional.

La familia llega al tiempo privado tras haber oído cosas que han suscitado emociones contradictorias y en una situación nueva para ellos. Sin embargo, profesionales autorizados por las familias a observar estas reuniones (Heino, 2009) informan que se toman su tarea de una forma muy seria y honesta, que son capaces de mantenerse centrados en el menor y en el futuro, de aprovechar la oportunidad que tienen de hablar, de alcanzar un plan compartido y que emergen procesos de comprensión, reconciliación y perdón. Informan también de su sensación de ser testigos de que algo está ocurriendo en algunos de los presentes.

c) La *discusión del plan*. Una vez elaborado el plan, que exige el acuerdo de todos los miembros de la red privada, los profesionales se reincorporan para discutirlo, detallarlo, considerar su viabilidad y plantear la accesibilidad de los recursos solicitados. La persona responsable de la derivación y los profesionales están comprometidos a aceptar el plan si sus

preocupaciones han sido suficientemente tenidas en cuenta, pero solo los profesionales de bienestar social tienen la facultad de aprobarlo o rechazarlo, limitándose los demás a precisar sus servicios sin que deban mostrar su acuerdo o desacuerdo con el plan.

Si la persona responsable de la derivación no puede aceptarlo o hay detalles importantes que hay que considerar, debe exponer sus razones claramente a la familia y plantearles la posibilidad de tomarse un tiempo privado adicional para reconsiderarlo, que se debería realizar en el mismo día de la conferencia. Si no se llega a un acuerdo, se plantea la posibilidad de una nueva CGF a la que se puedan incorporar nuevos miembros o nueva información, respetando siempre la decisión al respecto de la familia.

La implementación y el seguimiento del plan. Tanto los profesionales como la familia deben seguir el cumplimiento del plan, y el menor debe saber con quién hablar si no está funcionando. El seguimiento debe ser monitorizado por un familiar y/o un profesional o un comité de seguimiento, que se añaden a la monitorización informal a través de la presencia del trabajador social en la vida de la familia.

Con frecuencia se establece una sesión general de seguimiento, habitualmente al año. Eventualmente puede convocarse otra CGF cuando la implementación de los planes está fallando, cuando no se observan progresos o cuando aparecen otros problemas.

El seguimiento debe empezar con el trabajador social informando de las cosas que han mejorado desde que el plan se trazó y de los eventos importantes que hayan ocurrido. A veces son los profesionales quienes no cumplen sus compromisos, en función de la poca confianza familia-profesionales que se hubiera establecido. Algo más de los dos tercios de los planes solo se implementan parcialmente.

Evaluación de la CGF

La investigación en la CGF se ha centrado básicamente en la satisfacción de los usuarios, en la implementación de los planes y en la medida en que el cuidado informal (desplegado por la red) desplaza al formal (realizado por los profesionales) (Sundell y Vinnerljung, 2004). Y ha mostrado que, en términos generales, los profesionales juzgan los planes que la familia propone como comprensivos y realistas, a la vez que creativos, y capaces de proporcionar con frecuencia más seguridad de la que los propios profesionales podrían ofrecer.

Hasta en un 70% de los casos los profesionales se muestran satisfechos y en más de dos terceras partes consideran que superan los planes que ellos mismos habrían ofrecido (Barnsdale y Walker, 2007). Suelen centrarse en cómo la familia puede apoyar al niño y a los padres; el 80% de las actividades recomendadas son asignadas a la red natural y casi un tercio de los planes establecen que un familiar se hará cargo temporalmente del menor. Se hacen pocas demandas a los servicios, oscilando desde

ayudas materiales a terapia y apoyo doméstico. Solo un 5% de planes son rechazados.

En cuanto al significado que tiene el plan, resulta ser distinto para unos y otros. Para los profesionales es, fundamentalmente, algo a cumplimentar, mientras que para la familia es, básicamente, el comienzo de un camino a recorrer. De hecho, al final de la CGF la familia suele reanudar tradiciones familiares (celebraciones...).

Hasta dos tercios de las familias dicen estar mejor como resultado de la CGF; la mejoría está más presente entre aquellas en que sí se ha cumplido el plan, pero también se reportan cambios positivos aun en los casos en que los planes no se cumplen. Se suele reportar una mejoría de las relaciones entre la familia y los profesionales, así como cambios que afectan a las relaciones familiares, a la vida cotidiana, a los nuevos planes que ponen en marcha los profesionales y a la actuación y presencia de la red privada en la vida de la familia.

De manera inmediata, el proceso es positivo y normaliza el apoyo de la familia. Al acabar la CGF predomina la satisfacción entre los participantes. La familia dice que sus sentimientos han sido respetados, que sus preocupaciones han sido tomadas en consideración, que se han percibido como influyentes y que el proceso de decisión es justo, aun cuando suelen sentir inicialmente a los profesionales como fríos y arrogantes. Hasta ocho sobre diez dicen que estaban los que tenían que estar y nueve de diez aprecian positivamente el tiempo privado, a pesar de las tensiones que se hayan podido producir.

Si lo comparamos con un procedimiento tradicional, en este solo en el 50% de los casos las familias dicen sentirse bien informadas, solo en el 33% se han sentido escuchadas, en el 25% se han sentido asistidas y solo en otro 25% han sentido que sus puntos de vista han tenido peso.

Como efectos inmediatos se observa una mejoría del funcionamiento y de la comunicación de la familia y de la relación con la familia extensa, una reducción de los conflictos y un incremento del compromiso entre sus miembros. Hasta dos tercios de las familias dicen estar mejor después de la conferencia e, incluso en los casos en que se salda con un fracaso, los participantes suelen intercambiar direcciones y estrechan su relación.

También hasta en un 50% de los casos mejora la actitud y la relación entre la familia y los profesionales, que valoran que la familia entiende mejor las preocupaciones que su situación había suscitado; no obstante, algunas familias continúan viendo a los profesionales como arrogantes y tratando de imponerles sus planes.

Sin embargo, a largo plazo los resultados no son tan optimistas, básicamente por la dificultad, tanto de la familia como de los profesionales, de mantener los compromisos adquiridos en los planes. En ocasiones ello se debe a circunstancias de la vida (como la enfermedad o fallecimiento de algún familiar comprometido en algún aspecto del plan o la rotación profesional). Con todo, los resultados a largo plazo no son inferiores, e incluso están algo por encima, de los que reportan los procedimientos tradicionales.

Como factores favorecedores del éxito de la CGF se han detectado básicamente: a) la voluntad de la familia de invitar a gente suficiente de su red; b) la voluntad de compartir sentimientos de vergüenza y pérdida con y entre los convocados; c) la confianza mutua alcanzada entre la familia y la persona facilitadora (De Jong et al., 2017).

Y como tareas para incrementar las posibilidades de éxito se han podido establecer: a) procurar aunar ayudas formales a las informales suscitadas en la CGF; b) constatar y promover, en lo posible, la presencia de una red positiva; c) proteger activamente a la familia contra el paternalismo y la humillación por miembros de la red, tomando muy en serio y no intentando forzar su eventual reticencia a convocar a según quien (Bredewold y Tonkens, 2021).

Factores curativos de la CGF

Cabe preguntarse también cuáles serían los elementos que podríamos llamar “curativos” de la CGF. De entrada, se ha establecido una cierta similitud entre la CGF y la terapia de red (Speck y Attneave, 2000); pero también se han observado diferencias. En la CGF, la persona facilitadora actúa como tal, no como terapeuta; y a la familia se la requiere básicamente como colaboradora, no en calidad de personas con problemas (Holland y Rivet, 2008). En todo caso, la “curación” tendría una dimensión relacional y un efecto sobre las tomas de decisión y el diseño de los planes.

En la CGF, los miembros de la familia exponen su vulnerabilidad y su soledad revelando su vida diaria y cómo les afectan los problemas emocionales. Se ponen sobre la mesa cosas ocultas o poco conocidas y se producen fenómenos de testimonio y de comprensión compartida que hacen aflorar sentimientos de pertenencia, y que pueden mejorar las relaciones y promover la confianza entre la familia y entre esta y los profesionales.

Y, por otra parte, los planes de acción elaborados son más consistentes con el estilo de vida, la historia y la cultura de la familia que los propuestos por los profesionales. Los planes profesionales recaen básicamente sobre la familia, la llevan a la pasividad, hacen que la familia no los considere como propios, que no se sientan responsables de su resultado y que puedan percibir que no se les ajusta y no encajan con sus necesidades, aunque se muestren reticentes a decirlo.

Por su parte, los planes elaborados en el tiempo privado, sustentados en el supuesto de que la familia y su red son perfectamente capaces de diseñarlos, recaen sobre la red y facilitan una mayor franqueza y sinceridad a la hora de ponderarlos y valorarlos. La familia siente que se trata de su propio plan, que sigue sus propias reglas y que establece sus propias prioridades (Metze et al., 2013).

Aun cuando en ocasiones, como ya hemos mencionado, los profesionales tratan veladamente de hacer prevalecer sus planes a través de su manera de compartir la información de la situación y de proponer los

servicios utilizables, el propio proceso de la CGF lleva a promover un nuevo balance del *equilibrio de poder* que tiende a favorecer a la familia.

Juegan en este sentido factores como: a) que los miembros de la familia se sienten capaces de participar en el proceso de forma más efectiva que en los procedimientos tradicionales; b) que asisten más miembros de la familia que profesionales; c) que el lugar del encuentro es neutral (comunitario) y el horario se acomoda mejor a la familia (se celebran, frecuentemente, fuera de los horarios profesionales de trabajo); d) que el tiempo privado es positivamente valorado; e) que el plan que se pone a discusión es, en definitiva, el que ha acabado proponiendo la red familiar.

Las investigaciones realizadas, como hemos mencionado, han mostrado, en resumen, que: a) las familias se sienten empoderadas durante el proceso y sienten que han sido escuchadas y valoradas; b) la interacción entre los miembros de la familia ha mejorado y los conflictos entre ellos ha decrecido; y c) que es una forma de lidiar con los problemas que les resulta preferible a los procedimientos habituales (Heino, 2009).

La CGF tiende, pues, a producir un empoderamiento de la familia, empoderamiento que hay que entender como relacional, ligado al establecimiento o restablecimiento de relaciones significativas y fundado en un apoyo emocional, social y práctico. Y que puede resultar duradero, con tendencia a mantener el nuevo equilibrio de poder con los servicios sociales más allá de la propia CGF (Metze et al., 2013).

Sin embargo, ante una valoración tan favorable de las familias, ante unas tendencias tan encomiables del proceso y ante el entusiasmo que muestran muchos profesionales que han participado en estos procedimientos, la pregunta es: ¿por qué esta práctica no se generaliza y sigue representando una intervención básicamente marginal en los países en que no está respaldada por un mandato legal?

Hasta un tercio de los profesionales no muestran deseos de usarlo. Se alegan factores objetivos como la escasez de tiempo, la dificultad para acoplar e integrar esta práctica con otros procesos de toma de decisiones ya en curso en el caso y la rotación de personal. Pero queremos hacer hincapié en dos factores más subjetivos.

Por una parte, la pérdida del poder profesional que el procedimiento despierta; hasta un 40% de los profesionales piensa que su poder se ve menguado, a pesar de que la aceptación última del plan sigue estando en sus manos. Y por otra, en relación con lo anterior, la persistencia de la desconfianza hacia la familia, particularmente el temor a una escalada de conflictos en el tiempo privado que comprometa la voluntad de elaborar un plan, dejar de lado sus historias y hacer prevalecer la atención y cuidado a sus menores.

El temor por la seguridad del menor y la desconfianza en la capacidad de la familia en tomar decisiones se constituyen, pues, en obstáculos para la derivación de casos en el seno de una cultura de aversión al riesgo dominante en los servicios sociales. Ambos factores amenazan con limitar las indicaciones de la CGF bien a los casos moderados de negligencia cró-

nica o abuso emocional o bien, por el contrario, a los casos desesperados donde ya no queda nada más por intentar.

Los niños en la CGF

En general, el trabajo de PM ha sido criticado por estar orientado hacia el niño, dando preeminencia al bienestar del menor (que crezca en el mejor ambiente familiar del que se pueda disponer) sobre la importancia de los vínculos (que goce de la seguridad mínima suficiente en el seno de su propia familia) (Martín Hernández, 2009). Pese a ello, las decisiones se siguen tomando, en el mejor de los casos, según lo que los adultos consideran que es el mejor interés del niño.

Incluso en las CGF, en las que más de nueve sobre diez niños interrogados aseguran sentirse a salvo durante el procedimiento y más de ocho sobre diez afirman tener voz en el proceso, hasta un tercio dicen percibir que sus opiniones no se consideran importantes y hasta un cuarto afirman que hay muchas cosas de las que no se puede hablar (Barnsdale y Walker, 2007). Una tarea importante es, pues, cómo dar relevancia a sus opiniones y a sus deseos.

Habría tres maneras de priorizar al menor: a) orientar los procedimientos de intervención hacia el menor (ver al niño); b) tener presente la perspectiva del menor (escucharlo); c) fomentar su participación (activarlo).

Las prioridades, para el menor y para los adultos de su red, han mostrado ser distintas en la CGF. Los adultos se orientan hacia la elaboración de un plan que provea soluciones y evite medidas indeseadas, como la retirada del menor. Pero para este los elementos emocionales resultan ser los más significativos, como el hecho de encontrarse con miembros de la familia y poder expresar sus puntos de vista.

Si el menor siente que es, básicamente, un objeto de preocupación para los adultos y una carga para los profesionales, y percibe que es puesto de lado durante el proceso, valora el encuentro como frustrante y sin sentido; si, por el contrario, siente que es capaz de procurar alegrías a los suyos, que es alguien importante para los profesionales y que toma parte activa en el proceso, lo percibe como empoderador y significativo.

Resulta, pues, deseable que no se hable del menor, sino con el menor delante de los concurrentes. Particularmente por parte de los profesionales, quienes suelen hablar del niño en tercera persona, no con él, centrándose en sus problemas y en la inadecuación de las familias, ignorando sus capacidades y no citando las perspectivas del niño, particularmente de los más pequeños.

Con todo, como para los menores lo prioritario es la calidad emocional del encuentro, también son capaces, si se les alienta, de expresar objetivos, a veces bastante invisibles para los adultos.

El objetivo principal que suelen declarar es que disminuyan las preocupaciones que albergaban en la situación que dio origen a la CGF; pero, además, esperan una mejoría de la relación con, y entre, los padres, de la

situación en casa, de las relaciones con sus amigos y compañeros, de las circunstancias cotidianas (escuela, ocio, trabajo) y en su propia persona, en el ámbito de su identidad.

A pesar de que las tareas de la persona facilitadora en la fase de preparación incluyen contactar y explicar el procedimiento también a los menores, la participación de estos es escasa en la formulación de las preocupaciones que la CGF debería abordar; aunque muestran tener opiniones bastante sólidas sobre la situación familiar.

Las adolescentes se sienten más involucradas en la decisión de convocar una CGF, en las preocupaciones a discutir y en las personas a invitar. Los adolescentes, por su parte, tienen más tendencia a inhibirse como una forma de mostrar su autonomía ante la familia, así como frente a los trabajadores de PM, frecuentemente del sexo femenino. Durante la preparación la preocupación básica que albergan los padres es si podrán confiar en que la red privada tenga capacidad para ayudarlos, mientras que la que atenaza a los adolescentes es si los miembros de la red querrán asistir.

El propio proceso de la CGF comporta elementos que pueden facilitar la participación del menor. Como elementos positivos cuentan el hecho de sentir que la red privada lo escucha, que él escucha confesiones, que es comprendido, cuidado y tratado como sujeto, a la vez que como objeto de las discusiones, que establece nuevos vínculos, así como nuevas formas de contextualizar los sentimientos de culpa suyos y de otros.

En lo que se refiere a los adolescentes, cuenta positivamente el percibir que el plan afecta e involucra no solo a ellos, sino también a sus padres, lo cual les hace sentirse aliviados y esperanzados. La profundidad que puede llegar a alcanzar el diálogo y la discusión les puede ayudar a aceptar cosas a las que, en principio, se oponían. Los adolescentes pueden escuchar a otros miembros de la red más que a sus propios padres, y plegarse mejor a sus peticiones.

Se han establecido ya prácticas orientadas a favorecer la participación del menor, más allá de la labor encomendada al respecto a la persona facilitadora. Entre ellas está la incorporación a la CGF de la figura del *soporte al menor*.

Se trata de un adulto, ya sea un miembro de la red natural (familiar, conocido), ya sea un profesional no muy implicado en el caso (del ámbito escolar, por ejemplo) cuyo papel es resaltar la posición del menor, hacerle sentirse más fuerte y ayudarlo a participar en las decisiones.

Su misión es, con respecto al menor, alentarle a expresar sus opiniones y/o, si llega el caso, hablar en su nombre; y con respecto a la red, orientarla hacia la tarea recordándoles el motivo de la reunión y velando por reorientar las discusiones cuando toman otros derroteros.

Pero queremos mencionar otro procedimiento derivado de una práctica participativa distinta a la CGF que vamos a describir brevemente: los diálogos anticipatorios (DA).

Los diálogos anticipatorios

Se trata de una práctica desarrollada en Noruega y otros países nórdicos en familias multiasistidas en situaciones preocupantes. El punto de partida es la preocupación de un profesional que siente que su trabajo no está consiguiendo ayudar a la familia en la medida que esperaba.

El profesional comunica a la familia esta preocupación y solicita su permiso para reunirse con ella y los miembros del sistema natural que la familia requiera y con otros profesionales involucrados en el caso (y aceptados por la familia) para poder discutirla (Eriksson y Arnkil, 2009; Seikkula y Arnkil, 2016; Seikkula et al., 2003).

La reunión es dirigida por dos personas facilitadoras ajenas al caso, que son las personas invitadas y lo único que conocen es la preocupación del profesional solicitante. La reunión empieza con el agradecimiento del proponente a los asistentes y una explicación breve de sus preocupaciones.

Los asistentes se acomodan en dos mesas visibles entre sí, en torno a las cuales se sientan separadamente la familia y los profesionales. Una persona facilitadora comienza entrevistando a la familia, mientras que la otra va escribiendo en un lugar bien visible lo que se va diciendo.

El objetivo es ayudar a familia y profesionales a situarse en un futuro hipotético favorable desde un presente incierto. Para ello, la persona facilitadora plantea a cada miembro de la familia las siguientes preguntas:

- a) Ha pasado un tiempo (normalmente un año) y las cosas van bastante bien en tu familia. ¿Qué ha sucedido desde tu punto de vista? ¿De qué estás tú especialmente satisfecho?
- b) ¿Qué hizo posible esa mejoría? ¿Quién te ayudó y cómo? Y tú, ¿qué hiciste que te ayudó a empezar a hacer cosas con los demás?
- c) ¿Qué fue lo que te preocupaba hace un año (es decir, en el momento actual) y qué fue lo que hizo disminuir tus preocupaciones? En concreto, ¿qué hizo disminuir tus preocupaciones? ¿Qué hiciste para que disminuyeran?

Con estas preguntas, desde una perspectiva esperanzadora, se intenta promover la confianza en el apoyo mutuo y la construcción de un plan de acción que sea subjetivamente creíble.

A continuación, la otra persona facilitadora entrevista a los profesionales; pero a ellos no se les pregunta cómo ven a la familia cuando esta ya ha mejorado, porque se considera que su trabajo es ayudar a la familia a estar como la propia familia desea y aspira. En base a ello las preguntas que se les hacen son:

- a) Ya has oído que ha pasado un año y que las cosas van bastante bien para la familia. ¿Qué has hecho tú para ayudar a ello? ¿Quién te ayudó y cómo?
- b) ¿Qué te preocupaba hace un año? ¿Qué hizo que tus preocupaciones disminuyeran?

Una vez finalizada esta segunda entrevista, las personas facilitadoras hacen volver del futuro imaginado al presente y devuelven el protagonismo al profesional proponente, pidiéndole que haga una recapitulación.

El último paso es elaborar un plan de acción concreto, en el que se especifique quién hará qué con quién, cuándo y cuál será el primer paso. Su base serán las ideas expresadas y anotadas, de las que se enviará un resumen a los participantes. La duración promedio del proceso es de entre dos y tres horas.

La “llamada al futuro” en la CGF

En el curso de un proyecto de investigación-acción participativa realizada en los países nórdicos europeos (Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia e Islandia), uno de cuyos objetivos básicos era fortalecer la posición del menor y hacer visible su perspectiva en la práctica del Trabajo Social de PM, se planteó incluir elementos de los DA en la propia CGF (Heino, 2009).

A ese efecto, una persona investigadora que no pertenecía al servicio de PM y que debía ser la misma persona a lo largo de todo el proceso, entrevistaba al menor en paralelo y con el consentimiento de la familia que, en general, no puso impedimentos.

Las entrevistas eran cuatro; una en la fase de preparación y previa a la celebración de la CGF, otra en el plazo de una semana tras la misma, una tercera dentro de la semana siguiente al primer seguimiento y una última, siempre que fuera posible, al año de la CGF. Nos detendremos especialmente en la primera de todas.

A la hora de esa primera entrevista ya obraba en poder de la persona entrevistadora el escrito de las preocupaciones que habían llevado al trabajador social a poner en marcha la CGF. Pero estas preocupaciones no se le planteaban al menor, ni servían de base para guiar las preguntas que se le hacían; tan solo al final de la entrevista se recababa, antes de concluirla, su opinión acerca de estas.

El interés de la persona entrevistadora se centraba en ayudar al menor a que expusiera su situación vital tal como la experimentaba, animándole a plantear sus propias preocupaciones personales y sus propias esperanzas acerca de lo que cambiaría en su vida a raíz de la CGF.

Las dimensiones en base a las cuales se iba a investigar la experiencia del niño en la CGF, así como los cambios que el proceso traía a su vida, no se establecían previamente a la investigación. Eran definidas por cada menor, que era quien establecía en cada caso lo que era significativo para su propio y específico bienestar y que echaba de menos en el momento de la entrevista. Se le pedía, también, que las evaluara dentro de un rango comprendido entre 1 y 5.

En cada entrevista sucesiva la persona investigadora recordaba al menor la evaluación que este había hecho previamente, a fin de atraer su atención sobre las dimensiones que él mismo ya había definido y poder ir

actualizando el valor que les daba en función de cómo iba desarrollándose el proceso de la CGF.

Y es en la definición de estas dimensiones donde se hace uso de elementos de los DA. A semejanza de lo que se hace en estos, la persona entrevistadora le pide al menor:

- a) Imagina cómo serán las cosas dentro de un año (u otro periodo de tiempo, definido en términos concretos, sobre todo en niños más pequeños: cuando hayan pasado las Navidades, cuando ya estés en el próximo curso...), cuando a ti ya te vayan bien las cosas. Ha pasado ese tiempo y las cosas están bien. ¿Cómo son para ti? ¿Qué te hace sentir especialmente feliz?
- b) Imagina quién te ayudó y cómo para conseguir esos cambios. ¿Qué hiciste tú para conseguirlo? ¿De qué te sientes particularmente orgulloso, aunque sea en secreto?
- c) Dinos cuáles eran tus preocupaciones hace un año (o el tiempo acordado: es decir en el momento en que se produce la entrevista) y qué fue lo que pasó que disminuyó tus preocupaciones.

La persona entrevistadora toma nota de las respuestas del menor en sus propias palabras y solo las reformula en caso necesario, tras cerciorarse de que este entiende y aprueba su reformulación. En base a ellas se establecen las dimensiones en las que cada menor espera y desea cambios.

A fin de evaluarlas se le pide que ponga un 5 en el futuro deseado que el menor ha expresado, y que las evalúe en el momento actual de cada una de las entrevistas. Junto a cada dimensión se pone, en su caso, la persona que le ayudó o las personas que le ayudaron a alcanzar la puntuación otorgada y la manera en que proporcionó esta ayuda, lo cual permite ir contrastando la evaluación del menor con el comportamiento real de esa persona aludida en cada entrevista del proceso.

La “llamada al futuro”, que es como se ha denominado este procedimiento, permite dibujar un escenario en el que se perfilan objetivos y expectativas de los menores, que no necesariamente coinciden con los objetivos en base a los cuales los adultos elaboran su plan. Gracias a él se pueden rastrear resultados que, siendo significativos para los menores, resultan relativamente independientes de la cumplimentación o no de los planes generales establecidos en la CGF en la que han participado.

Conclusión

En el campo de PM se están abriendo paso prácticas colaborativas tanto en los procedimientos de evaluación, como los signos de seguridad (Turnell y Edwards, 1999), como en las técnicas de intervención, como las inspiradas en la aplicación de los principios de la terapia centrada en las soluciones (Berg y Kelly, 2000).

Estas prácticas no solo se justifican por criterios de eficacia, frente a los magros resultados conseguidos por otras prácticas más tradicionales,

que frecuentemente concluyen con la retirada del menor, eventualidad que se debe considerar siempre como la última alternativa y siempre como temporal. Se justifican, también, por poner en primer plano aspectos éticos, el hecho de contrarrestar la dominación profesional y la tendencia a infravalorar lo que puede ofrecer la familia, así como apoyar los derechos de los niños a participar activamente en decisiones que los afectan y a ser cuidados, a poco que sea posible, en su familia.

Las prácticas que hemos expuesto en este artículo, básicamente la CGF, pero también, en su ámbito, los DA, avanzan en este terreno de otorgarles la dirección del cambio a las familias, no solo situándose a su lado, sino cediéndoles en algunos momentos el asiento del conductor (sin renunciar por ello a su poder y a su responsabilidad; en la CGF el trabajador social mantiene la potestad de aprobar el plan).

De ello se derivaba nuestro interés en darlas a conocer. Pero no podemos finalizar sin traer a colación una preocupación.

El énfasis en los recursos, la asunción de las familias como básicamente positivas, queriendo lo mejor para sus hijos y constituyendo el lugar más apropiado en el que se les puede cuidar (si se las dota del apoyo suficiente) no puede hacernos olvidar que es una forma de pensar consistente también con (y puede ser atrapada por) la filosofía neoliberal imperante, con su énfasis en la responsabilidad individual y su empeño en reducir la intervención estatal utilizando recursos familiares y comunitarios.

Subrayar la responsabilidad de las redes personales en el cuidado de los suyos puede justificar y conducir a políticas de reducción de gastos en servicios profesionales, buscando su sustitución por cuidados informales en lugar de promover su complementariedad. Condición esta contemplada de hecho en la CGF, cuando se hace responsable a la persona facilitadora de recordarle a la familia que tengan en cuenta las ayudas formales que pueden solicitar para incluirlas en el plan.

Y que, de no considerarla, puede llevar a una sobrecarga de los cuidadores informales atrapados en una responsabilidad aceptada pero no (o poco) compartida; con que lo que se pretendía como el ejercicio de un derecho (tomar parte activa e importante en el cuidado de los suyos) puede llegar a transformarse en una obligación (casi) ineludible, que podría llegar a exceder la capacidad de sus miembros.

Y, dando todavía un paso más, para la que no todos los miembros de la red personal están necesariamente dispuestos o preparados, pudiendo dar lugar a situaciones de manipulación o paternalismo hacia unos padres considerados ineficaces, que afecten negativamente la participación y la autonomía que se persigue para las personas (y, muy particularmente, los menores) en situaciones de riesgo (Metze et al., 2013).

Creemos que, pese a este riesgo, prácticas como las aquí presentadas, la CGF y también los DA, ofrecen caminos que permiten la posibilidad de un encuentro creativo, emotivo y eficaz (e, insistamos en ello, complementario) entre profesionales considerados como competentes y comprometidos y familias (y menores) tratadas como valoradas, dignas de consideración, proactivas y respetadas.

Referencias bibliográficas

- American Humane Association. (2010). *Guidelines for Family Group Decision Making in Child Welfare*. University of Pittsburgh. Recuperado 6 abril 2023, de http://www.pacwrc.pitt.edu/Curriculum/207RemoteFGDMPart2/TableResources/TBLR01_GdlnsFrFmlyGrpDcsnMknnginChldWlfre.pdf
- Barnsdale Lee, y Walker, Moira. (2007). *Examining the Use and Impact of Family Group Conferencing*. Scottish Executive Education Department, Edinburgh.
- Berg Insoo Kim, y Kelly, Susan. (2000). *Building Solutions in Child Protection Services*. WW Norton & Company, New York-London.
- Bredewold, Femmianne, y Tonkens, Evelien H. (2021). Understanding Successes and Failures in Family Group Conferencing: An In-Depth Multiple Case Study. *British Journal of Social Work*, 51(6), 2173-2190.
- Connolly, Marie, y McKenzie, Margaret. (1999). *Effective Participatory Practice: Family Group Conferencing in Child Protection*. Aldine de Gruyter Inc.
- De Jong, Gideon, y Schout, Gert. (2011). Family Group Conferences in Mental Health Care: An Exploration of Opportunities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 63-74.
- De Jong, Gideon; Schout, Gert, y Abma, Tineke. (2017). Understanding the Process of Family Group Conferencing in Public Mental Health Care. A multiple Case Study. *British Journal of Social Work*, 48(2), 1-18.
- Eriksson, Esa, y Arknil, Tom Erik. (2009). *Taking up One's Worries. A Handbook on Early Dialogues*. Gummerus Printing.
- Frost, Nick, y Stein, Mike. (1989). *The Politics of Child Welfare: Inequality, Power and Change*. Harvester Wheatsheaf.
- Heino, Tarja. (2009). *Family Group Conference from a Child Perspective: Nordic Research Report*. Gummerus Printing.
- Holland, Sally, y Rivett, Mark. (2008). Everyone Started Shouting: Making the Connections between the Process in Family Group Conferences and Family Therapy Practice. *British Journal of Social Work*, 38(1), 21-38.
- Katz, Mitchell H.; Hampton, Robert L.; Newberger, Eli H.; Bowles, Roy T., y Snider, Jane C. (1986). Returning Children Home: Clinical Decision Making in Cases of Child Abuse and Neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(2), 253-262.

- Kempe, Ruth. S., y Kempe, C. Henry. (1978). *Child Abuse*. Fontana Open Books.
- Madsen, William C., y Gillespie, Kevin. (2014). *Collaborative Helping: A Strengths Framework for Home-Based Services*. Wiley.
- Martín Hernández, Javier. (2009). *Protección de menores: Una institución en crisis*. Pirámide.
- Merkel-Holguin, Lisa, y Wilmot, Leslie. (2004). *Family Group Conferencing: Response to the Most Commonly Asked Questions*. American Humane Association.
- Metze, Rosalie; Abma, Tineke A., y Kwekkeboom, M. H. (2013). Family Group Conferencing: A Theoretical Underpinning. *Health Care Analysis*, 23, 2.
- Ney, Tara; Stoltz Jo-Anne, y Maloney, Maureen. (2011). Voice, Power and Discourse: Experiences of FGC Participants in the Context of Child Protection. *Journal of Social Work*, 13(2), 184-202.
- Pennell, Joan, y Burford, Gale. (2000). Family Group Decision Making: Protecting Children and Women. *Child Welfare*, 79(2), 131-158.
- Ramos, Ricardo. (2021). *La selva del maltrato: Caminos de ida, senderos de vuelta*. Ed. Morata.
- Ramos, Ricardo. (2022). Del caso al cambio: la red profesional, el acontecimiento y la apertura. *Mosaico*, 80, 75-84.
- Seikkula, Jaakko, y Arnkil, Tom Erik. (2016). Diálogos terapéuticos en la red social. Herder.
- Seikkula, Jaakko; Arnkil, Tom Erik, y Eriksson, Esa. (2003). Postmodern Society and Social Network: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings. *Family Process*, 42(2), 185-203.
- Speck, Ross V., y Attneave, Carolyn L. (2000). *Redes Familiares*. Amorrortu.
- Sundell, Knut, y Vinnerljung, Bo. (2004). Outcome of family group conferencing in Sweden: A 3-year follow-up. *Child Abuse and Neglect*, 28(3), 267-287.
- Thoburn, June; Wilding, Jennifer, y Watson, Jackie. (2000). *Family Support in Cases of Emotional Maltreatment and Neglect*. The Stationary Office.
- Turnell, Andrew, y Edwards, Steve. (1999). *Signs of Safety*. W. W. Norton & Company.