



VICERRECTORIA ACADEMICA
DIRECCION DE INVESTIGACION Y EXTENSION
PUBLICACIONES

SERIE MATERIAL DE APOYO A LA DOCENCIA Nº 7

MODELO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

María de la Paz Donoso Díaz
Paulina Saldías Guerra

1998

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

I. INTRODUCCIÓN

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Objetivos generales

3.2. Objetivos específicos

3.3. Metodología

IV. ANTECEDENTES GENERALES DEL TRABAJO CON FAMILIAS

4.1. El Método de Trabajo Social Individual Familiar y
el Trabajo Social con Familias

- 4.2. El Trabajo Social y el Método de Caso en Chile
- 4.3. Modelos del Método de Caso Social Individual Familiar..
- 4.4. La intervención
- 4.5 El objetivo de la intervención: el cambio
- 4.6. La intervención con familias y un vistazo a su historia
- 4.7. La Terapia Familiar

V. MARCO DE REFERENCIA

5.1. Los autores revisados

- 5.1.1. Ralph Anderson e Irl Carter
- 5.1.2. Anna María Campanini y Francesco Luppi
- 5.1.3. Amaya Ituarte
- 5.1.4. Joseph Perez
- 5.1.5. Peggy Papp
- 5.1.6. Olga Silverstein
- 5.1.7. Virginia Satir
- 5.1.8. Vesna Tomic
- 5.1.9. Marianne Walters

5.2. El trabajo Social con Familias chileno: lo que dijeron los Trabajadores Sociales entrevistados y los aportes de la mesa de discusión.

VI. MODELO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

- 6.1. Introducción
- 6.2. Supuestos teóricos que orientan el modelo
- 6.3. Definición de Trabajo Social Familiar
- 6.4. Metodología
- 6.5. Técnicas para el trabajo con familias
- 6.6. Rol del Trabajador Social en el Trabajo Social Familiar
- 6.7. Habilidades
- 6.8. Supervisión
- 6.9. Formación para el Trabajo Social Familiar

VII. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

VIII. ANEXOS

Anexo I. Matriz bibliográfica descriptiva-comparativa.

- Anexo II. Nómina de profesionales entrevistados.
- Anexo III. Temas generadores para la entrevista en profundidad.
- Anexo IV. Matriz para análisis de entrevistas en profundidad.
- Anexo V. Nómina de participantes en la mesa de discusión.
- Anexo VI. Pauta de preguntas para la mesa de discusión.
- Anexo VII. Nómina de asistentes a la exposición de la pre-propuesta.
- Anexo VIII. Cuadro comparativo de modelos.
- Anexo IX. Pautas para diagnóstico familiar.
- Anexo X. Definición de las Técnicas revisadas en la bibliografía.

IX. BIBLIOGRAFÍA.

SOBRE LAS AUTORAS.

Presentación

Es reconocido por diversos sectores de la comunidad nacional que la familia constituye una de las instituciones fundamentales de la sociedad moderna, y que sin embargo, los vertiginosos cambios culturales a los cuales se encuentra sometida la convierten en un espacio de tensiones y conflictos que deben resolver de alguna manera. Todos reconocen la necesidad de brindar las condiciones para lograr su desarrollo armónico dado que ésta sigue jugando un rol importante en el proceso de socialización primaria y en la transmisión de valores a las nuevas generaciones, por lo tanto, resulta indispensable favorecer aquellas acciones profesionales que apunten en ese sentido.

La Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez (antes Blas Cañas), a través de su Dirección de Investigación y Extensión, reconoce este aporte en el trabajo realizado por las destacadas profesionales, señoras María de la Paz Donoso Díaz y Paulina Saldías Guerra, ambas docentes de nuestra casa de estudios y trabajadoras sociales del Centro de Estudios y Acción Familiar. Desde su creación el CEAF ha desarrollado una labor importante en el trabajo de intervención y apoyo familiar, concretando una labor de extensión universitaria imprescindible. Es así como en esta ocasión tenemos el agrado de presentar a la comunidad nacional los resultados de la investigación denominada “**Modelo de Intervención para el Trabajo Social Familiar**”.

Estamos seguros que los hallazgos de la investigación y los aportes que ella nos brinda contribuirán significativamente a mejorar el ejercicio profesional de los Trabajadores Sociales cuyo ámbito de intervención se focaliza en la unidad familia.

Los aportes científicos de su trabajo fortalecen la necesidad de continuar desarrollando una línea de investigación al interior de la Universidad puesto que contribuyen cualitativamente al desarrollo académico y facilitan una herramienta de trabajo indispensable a todos aquellos profesionales que trabajan en favor de la familia. Los invitamos a su atenta lectura.

Dirección de Investigación y Extensión

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge de la inquietud compartida por dos profesionales, que intentan definir y conocer qué es el Trabajo Social Familiar.

Para ello se dividió el estudio en tres grandes ejes temáticos. El primero consistió en la revisión bibliográfica de nueve autores Trabajadores Sociales y Terapeutas Familiares que proponen distintos enfoques para la intervención familiar.

El segundo consistió en conocer la propuesta del Trabajo Social Chileno frente a la intervención familiar por medio de la realización de entrevistas en profundidad a trece

profesionales chilenos, la mayoría Trabajadores Sociales con una vasta experiencia en el tema de la familia.

Con la bibliografía sistematizada y el conocimiento de la práctica social, se concluye en un tercer eje, proponiendo un modelo para el trabajo con familias en el ámbito de las relaciones familiares. El modelo presenta supuestos teóricos para el Trabajo Social Familiar, una definición del mismo, los pasos metodológicos, procedimientos, técnicas, supervisión y la formación que se requiere en forma adicional para este tipo de intervención

Esta investigación es una propuesta de intervención para el Trabajo Social Familiar. Como todo intento, quedan aún muchas falencias. Esperamos contribuir a la práctica de muchos Trabajadores Sociales y al desarrollo de esta área de intervención, el Trabajo Social Familiar.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las maneras de definir el Trabajo Social es como una **Disciplina Social Tecnológica**. Disciplina porque su acción sigue un método riguroso y racional común a todos los Trabajadores Sociales; Social, porque su objeto de acción son las personas, los grupos y la estructura social y tecnológica porque conoce y transforma situaciones sociales a través de la interrelación y aportes de la ciencia y de la técnica.

El Trabajador Social realiza esta transformación a través de sus métodos tradicionales de práctica profesional: el Trabajo Social Individual Familiar, el Trabajo Social de Grupo y el Método de Organización y Desarrollo de la Comunidad. El punto más importante es la naturaleza misma de los métodos del Trabajo Social entendido como “proceso de ayuda a los usuarios (personas, familias, grupos, comunidades) para el uso y la promoción de los recursos personales, sociales, informales e institucionales”¹.

El método de **Trabajo Social Individual Familiar** centra su intervención en el desarrollo de una relación de ayuda con otro individuo en problemas, en la que ambas partes asumen ciertos acuerdos que les permiten alcanzar la solución escogida. Desde los inicios de la relación, la persona es apoyada para que se convierta en un activo cooperador en la resolución de sus problemas de acuerdo a sus capacidades.

El método de **Trabajo Social de Grupo** apunta al trabajo grupal con individuos en torno a procesos de prevención y rehabilitación social, en donde el proceso grupal ayuda a mejorar la interacción de individuos, grupos y sistemas sociales para el beneficio mutuo.

El método de **Trabajo Social de Comunidad o Desarrollo y Organización de la comunidad**, es un método de acción social que pretende a través de la organización de la comunidad involucrada, la resolución de sus problemas. Para ello la comunidad ocupa un rol protagónico en el proceso de cambio.

En las últimas décadas estos métodos han sido objeto de cuestionamiento y corrección, gracias al esfuerzo de distintos sectores de Trabajadores Sociales que promueven una práctica social más integrada a la investigación y más sistematizada. A pesar de ello aún existen serias deficiencias y vacíos a los que el Trabajador Social se ve enfrentado en su práctica cotidiana. Algunos ejemplos son:

- 1) La base científica en la práctica del Trabajo Social es mínima, a pesar del aumento de conocimientos de las Ciencias Sociales en el currículum de Trabajo Social. Esto se produce, entre otras razones por la presión de transformar rápidamente una realidad y otorgar una pronta solución de los problemas, lo que se traduce muchas veces en un mero activismo.
- 2) La ausencia de procedimientos rigurosos que hagan confiable el conocimiento obtenido de la práctica, como por ejemplo algunos sistemas de registro de la información.
- 3) La escasa o nula sistematización de las experiencias de intervención desarrolladas por el Trabajo Social.
- 4) La práctica segregada y dividida por campos profesionales en que se insertan mayoritariamente los Trabajadores Sociales. Esto se debe principalmente a la ausencia de recursos y a la necesidad de intervenir en áreas temáticas, por ejemplo: menores en riesgo social, adolescentes embarazadas, mujeres jefas de hogar, etc. De esta manera se promueve una práctica más parcializada que integradora u holística de los problemas sociales.

Si bien estas dificultades entorpecen la práctica del Trabajador Social, creemos que además existe un problema de mayor complejidad el cual está relacionado con las metodologías. El problema principal de los métodos, el cual se constituye en el problema que pretende abordar este estudio, se refiere a que los tres métodos de intervención señalados definen su unidad de trabajo tal cual lo señalan sus enunciados: el individuo, el grupo, la comunidad y, por lo tanto, la formación que recibe el Trabajador Social se encuentra centrada en metodologías que permiten la intervención en esas unidades de trabajo: el individuo, el grupo y/o la comunidad.

Cuando el Trabajador Social se enfrenta a otras unidades de trabajo como es la **familia**, se encuentra con que su respaldo metodológico y teórico es insuficiente para reconocerse como un profesional altamente calificado para esta intervención, ya que intervenir con la familia no es lo mismo que hacerlo con individuos, grupos o comunidades. Esto se transforma en un problema, pues el Trabajador Social se enfrenta diariamente a problemas familiares complejos, de difícil manejo, los cuales no siempre puede atender. Los conocimientos adquiridos con los métodos tradicionales son insuficientes y muchas veces opta por no intervenir. Así, termina derivando a la familia a otro servicio o profesional.

Paradojal y tradicionalmente al primer profesional que recurren las personas y familias en una situación de problema, es al Trabajador Social, ya sea por tradición, por ser el profesional que está más a la mano en los sectores populares o porque habitualmente sus servicios son gratuitos.

A lo anteriormente descrito se agrega que en la mayoría de los equipos multidisciplinarios, el Trabajador Social se encuentra definido en un rol meramente asistencial, quedando muchas veces marginado en su capacidad de agente rehabilitador de las relaciones

familiares. Así, su práctica en el área de familia se traduce, en la mayoría de los casos, en la realización de informes sociales, visitas domiciliarias y entrevistas preliminares. Estas son técnicas y herramientas muy importantes, pero no las únicas que este profesional puede desarrollar.

Otro aspecto que refleja esta exclusión es que en nuestro país las cinco instituciones académicas que brindan la especialidad de Terapia Familiar, en la actualidad solamente reciben las postulaciones de Psicólogos y Médicos Psiquiatras con la idea de que son éstos los mejor capacitados curricularmente para trabajar con familias. La mayoría de los institutos ofrecen cursos de profundización en Teoría de Sistemas o técnicas de entrevistas para los Trabajadores Sociales. Está muy claro que en nuestro país cada día se ve más reducida la posibilidad de que el Trabajador Social participe en el trabajo con familias como un agente rehabilitador de los problemas que la afectan.

Esta situación difiere enormemente de la realidad extranjera, donde las grandes pioneras de la Terapia Familiar han sido Trabajadoras Sociales como Peggy Papp, Virginia Satir, Marianne Walters, etc.

A pesar de este contexto, es importante reconocer que en el país han existido y existen algunas iniciativas de perfeccionamiento y capacitación para Trabajadores Sociales en el área de la familia. En el año 1990 la Pontificia Universidad Católica de Chile creó el Postítulo Estudios de la Familia, programa interdisciplinario que formó a Trabajadores Sociales, Abogados, Psicólogos y Profesores. En 1994 la Universidad Católica Blas Cañas, impartió un programa de Diploma para el trabajo con familias, y la Universidad de Concepción dicta actualmente un Magister en Intervención Familiar. Las Escuelas han incorporado en sus currículum cátedras de familia, optativos del área y una escuela de Trabajo Social, la de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez entrega una mención en familia a los alumnos de pre-grado.

Sin embargo se habla de un Trabajo Social Familiar y este aún no ha sido descrito. No se han explicado sus diferencias y semejanzas con el método de Trabajo Social Individual Familiar. No se han clarificado sus diferencias y aproximaciones con la Terapia Familiar y no se ha presentado un modelo que describa los pasos metodológicos que se requieren para este tipo de trabajo, desde el Trabajo Social.

De acuerdo a lo anteriormente planteado este estudio se basará en las siguientes premisas:

- 1) Reconocer a la familia como una unidad de estudio e intervención para el Trabajo Social, la cual no es equivalente al individuo, al grupo o a la comunidad, sino que posee una dinámica única y diferente.
- 2) Reconocer la necesidad que tiene el Trabajador Social de capacitarse en el área de familia, ya que la preparación técnica y metodológica que recibe en su formación de pre-grado es insuficiente para abordar problemáticas familiares que en su práctica cotidiana habitualmente enfrenta.
- 3) Revalidar al Trabajador Social como un profesional que, mejor capacitado, se encontraría en condiciones adecuadas y suficientes para realizar intervenciones a nivel

familiar que no apunten tan sólo a lo asistencial, sino que le permitan intervenir como un agente de cambio en las relaciones familiares.

III. MARCO METODOLÓGICO

El diseño de estudio utilizado para esta investigación es de tipo cualitativo descriptivo, que nos permite una aproximación a una problemática en la cual hay muy poco sistematizado. Este estudio contó además con la participación y retroalimentación de profesionales del Trabajo Social.

Los objetivos generales y específicos de este estudio son los siguientes:

3. 1. Objetivos Generales:

1. Elaborar una propuesta técnica y metodológica de intervención a nivel familiar para Trabajadores Sociales.
2. Promover al Trabajador Social como un agente válido para desarrollar trabajos de intervención con familias.

3. 2. Objetivos Específicos:

1. Conocer y analizar la propuesta teórica y técnica para el trabajo con familias planteada por siete Trabajadores Sociales-Terapeutas Familiares extranjeros.
2. Conocer y analizar la propuesta teórica y técnica para el trabajo con familias planteado por el Trabajo Social chileno actual.
3. Analizar y sistematizar ambas propuestas.
4. Identificar aquellas premisas, conceptualizaciones, técnicas y herramientas útiles para el trabajo con familias planteado por ambas propuestas.

3. 3. Metodología

El presente estudio cualitativo descriptivo está basado principalmente en tres grandes temas:

1. Una revisión bibliográfica y un análisis de las propuestas teóricas y metodológicas para el Trabajo con Familias presentadas por siete autores extranjeros Trabajadores Sociales-Terapeutas Familiares.

2. Conocer la propuesta del Trabajo Social chileno frente al trabajo con familias.
3. Una reflexión acerca del Trabajo Social Familiar a través de grupos de discusión.

1. La revisión bibliográfica

En la propuesta inicial de la investigación se establecía un estudio y análisis de las propuestas teóricas y metodológicas para el trabajo con familias presentadas por cinco autoras extranjeras Trabajadores Sociales-Terapeutas Familiares: Lily Pincus, Olga Silverstein, Virginia Satir, Ana María Campanini y Peggy Papp. Al comenzar la búsqueda bibliográfica se nos presentó la dificultad de que, por una parte, existía escasa bibliografía de las autoras que estudiaríamos y, por otra, muy poca disponibilidad de los libros en el mercado nacional. En vista de estos antecedentes, se incorporaron otros autores, la mayoría Trabajadores Sociales y Terapeutas Familiares que se consideraron importantes para la revisión y posterior elaboración de la propuesta. Ellos son: Marianne Walters, Joseph Pérez, Amaya Ituarte Telleache, Ralph E. Anderson e Irl Carter. Después de la lectura del texto **“Secretos de la familia”** de la autora Lyly Pincus, se descartó del estudio, ya que aportaba principalmente elementos teóricos desde el ciclo vital y no desarrollaba en el texto una propuesta de intervención.

Se elaboró una matriz descriptiva comparativa para leer ordenadamente la bibliografía, acotar y sistematizar el objeto del estudio². Esta matriz no se aplicó al texto **“La conducta humana en el medio social. Enfoque Sistémico de la sociedad”** de Ralph E. Anderson e Irl Carter, de quienes sólo se presenta el marco teórico planteado.

2. La propuesta del Trabajo Social chileno

En el proyecto original se planteaba revisar bibliográficamente la propuesta de los Trabajadores Sociales chilenos frente al trabajo con familias. Al revisar la bibliografía constatamos que esta era casi inexistente, dispersa y casi toda se reducía a artículos, por lo cual se optó por realizar entrevistas en profundidad a Trabajadores Sociales que estuvieran validados en el tema de familia, ya sea por ser docentes de alguna Universidad o por estar en el ejercicio de la profesión en el área de familia.

Se realizaron trece entrevistas semi estructuradas en profundidad³ a distinguidos profesionales, en su mayoría Trabajadores Sociales, Terapeutas Familiares y un Psiquiatra. El objetivo de estas entrevistas fue conocer su percepción del tema y la existencia de alguna propuesta de intervención en el Trabajo Social con familias, para lo cual se determinaron algunos temas generadores de análisis⁴. En las entrevistas explicábamos los objetivos de la investigación, el proceso en que ésta se encontraba, se informaba de los otros profesionales a los que se iba a entrevistar o los ya entrevistados. Las entrevistas duraron, en promedio, aproximadamente una hora y media. De los profesionales entrevistados, diez eran Trabajadoras Sociales mujeres, dos eran Trabajadores Sociales y Terapeutas Familiares hombres y un médico psiquiatra. Las entrevistas fueron realizadas principalmente en los lugares de trabajo de los entrevistados y en el Centro de Estudios y Acción Familiar de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

Para el análisis de las entrevistas en profundidad se elaboró una matriz donde se incorporó la información recolectada ⁵. Los contenidos de estas entrevistas eran dispersos y aportaban mucha más información que la solicitada. En el proceso de la entrevista en profundidad, los profesionales, fuera de los temas generadores, entregaron valiosos e importantes antecedentes acerca de su propia formación profesional, de la historia del Trabajo Social con familias, desarrollo profesional, etc.

3. Los grupos de discusión

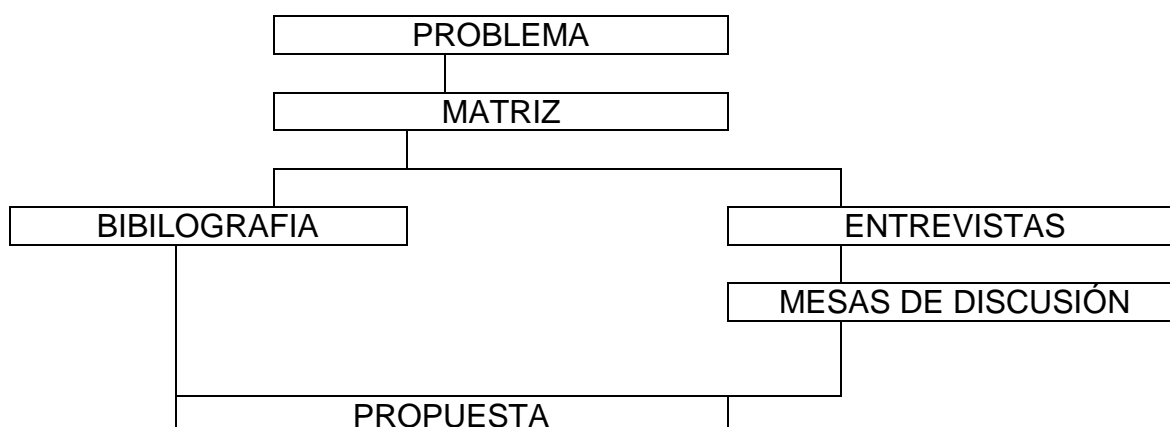
El 28 de agosto de 1997 se realizó en el Centro de Estudios y Acción Familiar una mesa de discusión con la participación de doce profesionales, diez Trabajadores Sociales y dos Psicólogas ⁶ validados en el tema de la familia. El objetivo de dicho evento fue el de conocer y analizar la actual propuesta del Trabajo Social Familiar chileno, especialmente sus fortalezas y debilidades. Participaron docentes de las distintas universidades del país (Universidad Católica de Chile, Universidad Tecnológica Metropolitana, Universidad Católica de Valparaíso y Universidad de Concepción) quienes tienen a su cargo la docencia e investigación del área de familia en las distintas Escuelas de Trabajo Social. La metodología de trabajo de esta mesa de discusión se basó principalmente en el comentario de preguntas y enunciados referentes al trabajo con familias ⁷. Los asistentes fueron en su mayoría los mismos entrevistados.

Se elaboró un producto intermedio o pre-propuesta del modelo de Trabajo Social Familiar, que fue presentada en la Universidad Católica Blas Cañas el día 13 de noviembre de 1997, ante aproximadamente 14 Trabajadores Sociales⁸, con el objetivo de compartir y discutir esta pre-propuesta. La metodología de trabajo de este encuentro se basó en una exposición y posterior discusión. Se usó la misma ficha utilizada para sistematizar las entrevistas en profundidad, para recoger los aportes y sugerencias⁹.

Una segunda exposición de la pre-propuesta del modelo se realizó el 26 de noviembre de 1997 en la Universidad Católica Blas Cañas ante los alumnos de la carrera de Trabajo Social, mención familia. Participaron alrededor de 50 alumnos, quienes entregaron aportes y sugerencias.

Se expuso por tercera vez la pre-propuesta el 13 de diciembre en la Jornada de Supervisores de terreno de la Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Blas Cañas, ante aproximadamente treinta Trabajadores Sociales de diversas instituciones, que acogen a alumnos de los niveles 500/600 en sus prácticas profesionales.

Esquema del proceso metodológico.



IV. ANTECEDENTES GENERALES DEL TRABAJO CON FAMILIAS

4.1. El Método de Trabajo Social Individual Familiar y el Trabajo Social con Familias

En sus orígenes el Trabajo Social y el Método de Caso estaban íntimamente unidos. Incluso existió la tendencia a definir el método de Trabajo Social Individual Familiar como un sinónimo de Trabajo Social.

Si bien a veces recibe diferentes denominaciones, el método es “caso social individual”. Esta definición corresponde a la ayuda individualizada en la que se utiliza un determinado procedimiento, el cual se desarrolla en el marco de una intervención permanente entre el Trabajador Social y el individuo y/o familia que solicita la intervención profesional.

En el período pre-profesional del Trabajo Social, aproximadamente en 1887, existían algunas técnicas operativas y procedimientos, que de una u otra manera se habían ido elaborando a través de experiencias sucesivas.

La primera sistematización con carácter netamente profesional se presenta con la aparición del libro de Mary Richmond “**Diagnóstico Social**” en 1917. La idea era ir más allá de una simple experiencia obtenida en una o varias acciones de asistencia social, al otorgar una acción que se realiza con un principio organizador y una coordinación operativa. “El Método de Caso no nace con el solo propósito de que la Trabajadora Social pueda realizar un trabajo digno, sino que más bien es un intento, desde un enfoque científico y lógico de investigación social, de ayudar, a una persona o familia para que lleven a cabo un plan adecuado de tratamiento que tenga en cuenta los factores sociales del entorno, económicos, personales y familiares, objetivo que se consigue más fácilmente en un contexto de relaciones amistosas entre el que da la ayuda y el que la recibe”¹⁰.

El Método de Caso se elaboró sobre la base del modelo médico que plantea las etapas de estudio, diagnóstico y tratamiento. Siempre considerando que estos pasos se pueden dar en forma simultánea o alternada según sea la realidad de la demanda.

Mary Richmond en su libro “**Diagnóstico Social**”, definió el Método de Caso como “aquellos procedimientos que desarrollan la personalidad mediante ajustes efectuados conscientemente, individuo por individuo, entre el hombre y el medio social en que vive”. Ella fue visionaria al valorar a la familia como el lugar más importante para el desarrollo de las personas. Definió el caso como a la familia y advirtió que el tratamiento individual podía fracasar si no se la tomaba en cuenta. Consideró en esa época a la familia, más que la mera suma de sus miembros con lo que aportó una visión de sistema de ella.

Al definir al cliente Mary Richmond plantea “los trabajadores de caso familiares dan la bienvenida a la oportunidad de ver en el inicio mismo de la relación a los miembros de la familia reunidos en su propio entorno, actuando y reaccionando unos sobre otros, cada uno tomando parte en la historia del cliente, cada uno revelando hechos sociales de real significado, por otra senda que de las palabras”¹¹ (Solar 1984). Destaca igualmente que hay que “tener a la familia en mente”, ya que uno podría encontrarse con que los resultados de un tratamiento se podrían desmoronar en lo que ella llamó “la deriva de la vida familiar”.

Su Método de Caso Social Individual fue reelaborado por una sucesión de teóricos como Hamilton, Austin, Hollis quienes fueron incorporando principios, valores e ideas de la teoría Freudiana y, con posterioridad, incorporando elementos de la teoría de sistemas.

En cuanto a los principios, el eje central del Trabajo Social es el respeto de la persona humana, que trasciende más allá de cualquier actividad, raza y creencia de la persona. Biesteck en su libro “**Las relaciones de Casework**”, 1966, presenta siete *principios específicos del Método de Caso*, algunos también indicados en los principios generales del Trabajo Social. Estos son: individualización, expresión intencionada de sentimientos, participación emocional controlada, aceptación, actitud exenta de juicios, autodeterminación del cliente, reserva¹². Biesteck plantea que las “relaciones” son el alma del “Casework”. En esta interacción dinámica, entre el profesional y el cliente, unas buenas relaciones son

necesarias, no sólo para la relación, sino para la misma esencia del Casework, por lo que es trascendental conocer y aplicar estos principios, que afectan tanto al Trabajador Social, como al cliente.

Continuando con la evolución del Método de Caso, la influencia que a partir de los años 20 va adquiriendo el psicoanálisis en EE.UU., afecta también al Casework, como se lo denomina. A partir de entonces este método adquiere una connotación predominantemente psicológica y psiquiátrica lo que impacta en la metodología y técnicas, acercándolo cada vez más al ámbito psiquiátrico. El psicoanálisis, como señala M^a Olga Solar, produce un dramático cambio del eje familiar al individual, situación que hasta hoy nos pesa como profesión.

El fenómeno de la depresión del año 1929-30, también afecta al Trabajo Social. Se vuelven a considerar los factores económico-sociales y familiares que se habían dejado de lado en el Método de Caso. Así, un efecto de esa gran crisis socioeconómica es el rescate del foco familiar, más que el foco individual. Esto produce un remezón en el Trabajo Social.

En 1940 aparece el concepto de *caso psico-social*, desarrollado por Gordon Hamilton en su libro Teoría y práctica del Trabajo Social.

“La estructura y funcionamiento de la personalidad son producto de la dotación hereditaria y constitucional de la persona, en constante interacción con el ambiente síquico, físico y social que dicha persona experimenta”¹³.

En “**Una propuesta de revisión de Método de Caso**”, V. Gallardo, indica que, post segunda Guerra Mundial, G. Hamilton plantea las principales hipótesis de todas las definiciones aceptadas del Método de Casos. Ellas son: ¹⁴

- El individuo y la sociedad son interdependientes.
- Las fuerzas sociales ejercen influencia sobre los comportamientos y actitudes de los sujetos.
- La mayoría de los casos son problemas interpersonales en que la familia suele estar implicada.
- El individuo es un participante responsable de todos los pasos que conducen a la solución de un problema.

Gordon Hamilton señala que hay dos maneras de abordar los problemas sociales: a través de la reorganización de las estructuras externa y mediante el mejoramiento del individuo y del grupo por medio de procesos educativos. Hasta la década del sesenta el Servicio Social y el Método de Caso debían privilegiar la instancia educativa. Igualmente, más adelante rescata la necesidad de vincular el Trabajo Social Individual con la política social. “No es posible resolver problemas de interrelación si se carece de una adecuada estructura económica y política” ¹⁵.

Siguiendo con la evolución del método, posteriormente hay que destacar el aporte de la sociología, sicología y antropología que contribuyen al enriquecimiento de esta metodología.

4.2. El Trabajo Social y el Método de Caso en Chile

El Trabajo Social en Chile nace en 1925 con la fundación de la primera escuela de Trabajo Social “Dr. Alejandro del Río” que es también la primera de Latinoamérica. Se privilegiaba en ella la formación en Método de Caso, asociado al ejercicio y las prácticas en el ámbito de la salud. Con posterioridad se crean otras escuelas de Trabajo Social como la Lucio Córdova de la Universidad de Chile y la Elvira Matte de Cruchaga de la Universidad Católica. En todas ellas se incorpora paulatinamente la formación en los métodos de grupo y desarrollo de la comunidad unido a la ampliación de los campos profesionales.

Nidia Aylwin en “Una mirada al desarrollo histórico del Trabajo Social en Chile”, Revista de Trabajo Social N°67, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1996, destaca que, asociado a la evolución política del país con los gobiernos de Eduardo Frei Montalva (1964-1970) y de Salvador Allende Gossens (1970-1973) el Trabajo Social y el Método de Caso van viviendo diferentes cambios y transformaciones que se traducen en el proceso de “reconceptualización del Trabajo Social” que se inicia en 1965 y que se da en toda América Latina. Esta se vive mayoritariamente en el ámbito de las escuelas de Trabajo Social unido al proceso de reforma universitaria ¹⁶.

En este proceso de reconceptualización, según V.Gallardo en “Una propuesta de revisión del Método de Caso” uno de los blancos preferidos fue el “Método de Caso”. Las críticas se centraban principalmente en los siguientes argumentos:

- El Método de Caso se sostenía en la concepción de que el problema está en el individuo y no en el medio.
- Sus procedimientos y técnicas conducen a un ajuste o adaptación de un individuo a su medio (sociedad), la cual se debía modificar estructuralmente.
- En las sociedades latinoamericanas la mayoría de los problemas son sociales y no individuales. Las carencias y estados de necesidad de los individuos provienen de estructuras sociales injustas y de una distribución profundamente desigual de las riquezas.
- La proporcionalidad de los recursos versus necesidades individuales en estos países subdesarrollados debe llevar a optar por soluciones colectivas por sobre las individuales.
- El Método de Caso no hace sino reforzar las soluciones parciales; da al quehacer profesional el carácter de parche, siendo funcional a las estructuras sociales vigentes.
- El Método de Caso tiene en su base una concepción de hombre “objeto” no “sujeto”.

En resumen, se planteaba el Método de Caso como para el núcleo más reaccionario y “antiguo” dentro de la profesión, quedando así muy poco considerado e incluso era poco profesional trabajar con este método. En muchas escuelas de Trabajo Social se suspenden o eliminan estas cátedras.

Siguiendo este recorrido, N. Aylwin señala que el cambio en las políticas sociales y en el rol del Estado durante al época de la dictadura militar (1973-1990), hace que el campo profesional se restrinja, por la reducción del gasto público, lo que provoca gran cesantía entre los Trabajadores Sociales. La autoridad del momento interviene las universidades, los

colegios profesionales y promulga la ley de Educación Superior que permite que el Trabajo Social se entregue en otras instancias como son los Institutos Profesionales.

Aparece en estos momentos de crisis, el Trabajo Social en Derechos Humanos. Este es un nuevo campo profesional que se ampara en las iglesias y organizaciones que luchan por los detenidos desaparecidos y en pro de los derechos humanos. Así se vuelve a rescatar el Método de Caso, que había sido dejado de lado en el período de la reconceptualización. En estas instituciones se contactan en primera instancia los Trabajadores Sociales con las víctimas, las que son acogidas y orientadas. Vuelve a renacer el uso de la relación de ayuda “como el vínculo o instrumento central en el proceso de ayuda y acompañamiento que se inicia a partir de la construcción conjunta del diagnóstico”¹⁷.

Así, el Método de Caso aparece desde la visión de los derechos humanos con cuatro principales ejes:

- Una acción asistencial ineludible en el proceso de recuperación de la autonomía.
- Una acción terapéutica (vínculo con el Trabajador Social).
- Una acción educativa trascendental en el proceso de apoyo a la reinserción social.
- Un nuevo nivel de intervención: la familia.

Desde el retorno a la democracia en 1990 se vuelve a retomar lentamente el Método de Caso Social Individual Familiar, actualizándolo o “barnizándolo con la Teoría General de Sistemas”¹⁸. A pesar de que, como plantea N. Aylwin, “en la actualidad el trabajo de casos al estilo norteamericano, es decididamente minoritario en la realidad chilena, ya que se trabaja prioritariamente con grupos y comunidades o realizando una atención individual de choque, en la que la cantidad de personas a las que hay que atender y el tiempo con que se cuenta para hacerlo, impiden muchas veces aplicar las técnicas y los principios adecuadamente. Esto hace que muchas veces, el Trabajo Social haya dejado de enfatizar la dimensión humana y trascendente de la persona, dejando de lado a la persona como un ser en relación y que se realiza en el darse a otros, en la trascendencia y solidaridad, valores que se aprenden especialmente en la familia. A esto se une la existente organización predominante de los servicios sociales, que tienen en su mayoría programas masivos y focalizados casi exclusivamente en torno a la variable económica”¹⁹.

Sin embargo, lentamente ha sido retomada y rescatada la metodología del Trabajo Social Individual Familiar. Las cátedras de esta metodología, con diferentes nombres como familia, caso social individual familiar etc., se han vuelto a incorporar en las mallas curriculares en las escuelas, algunas con una duración variable de un semestre o un año. También existen en la actualidad diversos centros universitarios, clínicas familiares, hogares o casas de acogida, centros de mediación donde se valora, actualiza y practica la atención individual familiar. Estos se constituyen en valiosos esfuerzos por salir del marco asistencial y por poner énfasis en una acción educativa y promocional de las personas y sus familias.

4.3. Modelos del Método de Caso Social Individual Familiar

Se entenderá por modelo aquellas “maneras distintas, esquemáticas y simplificadas de articular la teoría con la práctica, caminos de cómo acercarse a la realidad desde un ángulo

específico, desde una perspectiva que pueda orientar su interpretación, analizar la situación e intervenir según las orientaciones pre-establecidas que guían la acción profesional”²⁰.

Estos enfoques surgen con relación al proceso de ir definiendo el Trabajo Social como una ciencia y como una reacción al alto costo y duración de los tratamientos de los modelos psicoanalíticos. Así, aparecen los modelos centrados en tareas, de intervención en crisis, de corta duración, etc. Por otro lado, surge la necesidad de alejarse en cierta manera de los esquemas del modelo médico, que había caracterizado al “casework”, para acercarse o aproximarse a los modelos de intervención-cambio propios de las ciencias sociales.

La mayoría de los modelos que plantean la relevancia de la relación e interacción entre Trabajador Social y cliente, dejan de lado los aspectos psicológicos, especialmente los referentes a la indagación de la infancia del sujeto –que acaparó tanto la atención de los Trabajadores Sociales psiquiátricos– y enfatizan la necesidad de actuar simultáneamente con y en el entorno o contexto que es donde aparece el problema. Cada modelo está basado en una concepción del mundo que se plantea desde el positivismo, lo sistémico, el psicoanálisis, etc. Estos deberían ser usados en la práctica de acuerdo a las características del sujeto, de la situación problema y de la institución donde esté ubicado el Trabajador Social.

Se presenta una síntesis de los modelos más empleados en Chile²¹ y un cuadro comparativo²².

Modelo de Casework o de diagnóstico

Fuente : S.Freud, Ana Freud, M. Klein.

Conceptos claves : Teoría del yo, mecanismos defensivos, teoría de los objetos, escucha, relación, asistencia, diagnóstico, evaluación.

Práctica profesional : M. Richmond, G. Hamilton, Ch. Towle. En este modelo básicamente el Trabajo Social busca ayudar al individuo que tiene problemas (especialmente de relaciones familiares cotidianas, escolares y laborales) debido a los desórdenes en su funcionamiento intrasíquico.

Modelo de Crisis

Fuente : Erich Linderman, G. Caplan.

Conceptos claves : Teoría ecléctica basada en el énfasis de la psicología del ego y la teoría del estrés.

Práctica profesional : L. Rappaport, R. Nee. Asesoramiento para la estructuración de la personalidad, defensas básicas, patrones habituales de comportamiento, recursos.

Modelo de Terapia Familiar

Fuente : Ecléctica, fundamentalmente dos líneas: terapias sistémicas, Minuchin, Satir, Bateson y psicosociales.

Conceptos claves : Para la línea sistémica, la familia es un sistema que funciona a través de subsistemas; ciclos de vida identificables; patrones de conducta; equilibrio homeostático y cambio.

Para la línea Psicosocial : importancia de la familia de origen; repetición compulsiva de lo aprendido y/o internalizado en los primeros años de la infancia, funcionamiento intrasíquico.

Práctica Profesional : Equipo de Milán. E. Selvini (sistémica) Salzberger-Witemberg (psicosocial), (en el cuadro comparativo se presentan en forma separada el modelo sistémico y el psicosocial).

Modelo Centrado en Tareas:²³

Fuente : Teorías de los problemas y conexiones con el trabajo casuístico de solución de problemas de Perlman. No hay una base psicológica o sociológica específica.

Conceptos claves : El trabajo centrado en tareas tiene que ver con problemas sociales que los clientes reconocen y aceptan. Pueden ser definidos claramente. Debe ser evaluada la dirección y la fuerza de los deseos de cambio de los clientes. Hay que proporcionar una buena experiencia en la solución de problemas para mejorar la capacidad de hacer frente a las dificultades.

Práctica Profesional : Reid y Epstein.

Otra postura frente a los modelos es el “eclecticismo”, definido como una combinación de teorías. Fisher señala en 1978²⁴, que del eclecticismo se deben seleccionar las técnicas apropiadas según las necesidades del cliente. Otros se basan en cómo debemos comprender la condición humana y trabajar con ella mediante la utilización de una variedad de técnicas.

Moore (1976) asegura que el ser ecléctico depende de las habilidades, conocimientos y valores del Trabajador Social, ya que éste forma una base firme para moverse entre ideas teóricas. Hay argumentos sólidos en pro del eclecticismo, como el beneficio del cliente, pero también hay algunos inconvenientes como el hecho de que el Trabajador Social debe conocer y manejar a fondo todas las teorías y técnicas que subyacen a cada modelo, lo que llevaría a intervenir con mucha precaución.

4.4. La intervención

El concepto de intervención comienza a aparecer en Trabajo Social a fines de los años 50, reemplazando al término de “**tratamiento**”. A veces también aparece acompañado del concepto “asesoramiento”, el cual se acercaba más al modelo médico. El cambio se debe a

varios factores, entre ellos el uso de nuevas concepciones de la psicología del ego, elementos comunes en la teoría y práctica de métodos de Caso, Grupo y Comunidad en los diferentes niveles (en comunidad no hay tratamiento, siempre se ha hablado de intervención). También el uso de la teoría de sistemas y, por último, una práctica más agresiva y global del Trabajo Social desde el año 60 en adelante.

“Estos cambios no sólo representan cambios en la terminología, sino en la manera de contemplar a la persona en su situación. La intervención se centra en roles, interacciones y relaciones, más que en aspectos intrapersonales de los clientes. Esto supone contemplar mucho más los factores ambientales y su importancia en la vida del cliente”²⁵.

De esta manera el concepto de intervención es definido como “la actividad del Trabajador Social de provocar cambios en un sentido sistémico”. Es una acción específica del Trabajador Social con relación a los sistemas o procesos humanos para producir cambios”²⁶.

Con esta definición M^a José Escartín plantea que la “intervención” con los clientes es la finalidad primordial de la práctica de los Trabajadores Sociales. Lo anterior puede reflejarse desde varias perspectivas, todas ellas complementarias:

1. La práctica del Trabajo Social como respuesta al conflicto de necesidades.
2. El Trabajo Social como proceso para resolver problemas.
3. La intervención en las relaciones.

1. *La práctica del Trabajo Social como respuesta al conflicto de necesidades.* Esta perspectiva plantea la práctica del Trabajador Social como una respuesta a la situación de individuos, grupos y comunidades causada por una insatisfacción de necesidades humanas básicas. Definir una necesidad no es fácil, por eso es importante que los profesionales adecúen sus mecanismos de intervención a los diferentes momentos y los diversos aspectos que una necesidad presenta. Los problemas que generan las necesidades familiares son multicausales. El conflicto viene de un sentimiento de que algo no funciona y los Trabajadores Sociales responden a este conflicto intensificando necesidades no satisfechas en la realidad del cliente. Está mucho más relacionada con el nacimiento del Trabajo Social y su intervención más tradicional.

2. *El Trabajo Social como proceso para resolver problemas.* El Trabajador Social está involucrado junto con el cliente, en el proceso de resolver el problema. Los problemas que competen al Trabajo Social son aquellos en que las necesidades referidas al funcionamiento social están bloqueadas y no pueden ser desbloqueadas por la o las personas afectadas.

3. *La intervención en las relaciones transaccionales.* Corresponde a la perspectiva más moderna del Trabajo Social. En ella se valora el significado de la intervención, la influencia social y el cambio.

En la práctica, no es fácil separar la intervención del diagnóstico o de la evaluación. La intervención se relaciona con un querer actuar. Es el “qué hacer” pero también el “cómo” hacerlo y de la mejor forma posible. Las formas de intervención pueden ser numerosas y variadas, pero lo esencial no es solamente definir las intervenciones, sino que, determinar a partir de qué elementos se efectúa tal o cual intervención.

Otro concepto de intervención que es importante destacar es el de María Dal Pra Ponticelli, quien señala que “la intervención en el Servicio Social se puede definir como *un proceso de ayuda* realizado por un profesional colocado en un contexto de un sistema organizado de servicios, en general de tipo público, dirigido a individuos, grupos o sujetos colectivos, tendientes a activar un “cambio” tanto en el modo de situarse de los individuos, de los grupos y colectividades frente a los problemas que los afectan o de los cuales tienen intenciones de hacerse cargo, como en la relación entre las exigencias evidenciadas y las respuestas personales, colectivas e institucionales, por activar o ya disponibles”²⁷.

También se ha de tener presente tres ideas esenciales, como plantea Cristina de Robertis, ante la intervención:

- El Trabajo Social actúa en una realidad compleja, multifacética, entre aspectos objetivos y subjetivos que no se pueden disociar.
- El Trabajo Social interviene en situaciones con sus dinámicas propias, que van cambiando, variando según las fuerzas que se enfrentan y que son a menudo contradictorias.
- El Trabajo Social interviene a nivel de la vida donde, ante cualquier problema, el sujeto y el Trabajador Social intentan buscar aspectos y fuerzas vitales para enfrentar y modificar la situación.

Por último, es importante rescatar el concepto de intervención que plantea Miguel Olza, “a modo de síntesis se puede afirmar que cualquier intervención psicosocial debe prever actividades diversificadas y simultáneas que abarcan cinco dimensiones: el propio sujeto, su ambiente, la organización social del servicio, la comunidad social en su conjunto y el marco político institucional”²⁸. Esto lleva a reconsiderar lo que plantean De Robertis y Pascal (1987) respecto de “que en la intervención individual hay que considerar la intervención colectiva, y en la intervención social hay que considerar la dimensión individual. Individual y social son dos polos extremos de una misma realidad social y constituyen una fuente de tensión conflictiva, ya que los dos polos coexisten de forma contradictoria y dinámica”²⁹.

Es importante rescatar que la intervención del Trabajador Social debe ser globalizadora. Esto implica “la movilización de elementos personales y relacionales: sentimientos, actitudes, comportamientos y, asimismo, movilización y utilización de elementos externos: recursos materiales, técnicos y servicios”³⁰.

De este concepto nace una característica propia de nuestra profesión, mantenida hasta la fecha, que es trabajar con los problemas de las personas y de las familias en dos dimensiones simultáneas y complementarias; directas e indirectas.

Las dimensiones directas se refieren a todas aquellas intervenciones que apoyan, que influyen directamente, que promueven la reflexión, facilitan la expresión de sentimientos en las personas atendidas o en aquellas que se consideran significativas para el tratamiento. Esta dimensión requiere de parte del Trabajador Social habilidades específicas que tienen que ver con las condiciones para establecer relaciones con otros, que permitan la confianza y el cambio productivo.

Las dimensiones indirectas son las acciones realizadas con los múltiples elementos del medio social: instituciones, recursos, etc., que se constituyen en un complemento fundamental para la intervención. Esto requiere de parte del profesional habilidades adicionales referidas a conocer y usar recursos provenientes de las políticas sociales.

4.5. El objetivo de la intervención: el cambio

El concepto de cambio está directamente relacionado con el proceso de intervención en Trabajo Social. El objetivo de la intervención es el *cambio*. Sea cual sea el tipo de intervención que realice el Trabajador Social siempre va orientada a una finalidad de cambio, es decir, con la intencionalidad de producir modificaciones en una realidad determinada.

Otros autores destacan la intervención como sinónimo de cambio. Como sostiene Ponticelli la intervención es un proceso de cambio a nivel racional-emotivo que debe desarrollar la capacidad de reacción e iniciativa del usuario, para estimularlo a recuperar su propia capacidad de llevar a cabo acciones, de emprender actividades que sirvan para eliminar las causas de su situación de malestar.

Frente a todo cambio hay “resistencias” miedos, conflictos, etc. Estos miedos o conflictos pueden producirse individualmente, grupalmente o de manera relacional, pero siempre están presentes en las situaciones de cambio, frenándolos u obstaculizándolos. El cambio, por lo tanto, es un elemento clave en la intervención y se puede dar en forma brusca, lenta, rápida y en muchas ocasiones en forma inesperada.

En toda intervención hay que tener presente *la motivación al cambio*, definida “como la disposición a realizar acciones tendientes a lograr el cambio”³¹. D. Levit y L. Reyes plantean que la motivación es una variable de la relación importante de considerar y de registrar, independiente del modelo de intervención que se utilice. Señalan que es necesario considerar ciertas características de la motivación:

a) Es **variable**: es decir, a lo largo de un proceso de intervención puede variar tanto en calidad como en cantidad. La persona o familia pueden sufrir cambios en su motivación. Esta puede aumentar, disminuir o incluso motivarse por algo diferente del interés por el que partió inicialmente.

b) Es un **concepto interaccional**: el grado de motivación puede aumentar o disminuir, dependiente de las acciones que realicen los actores de la relación. Hay que estar atento al exceso de motivación por parte del profesional, que lo lleva muchas veces a caer en la trampa de hacer el trabajo por el otro. Si el profesional realiza el trabajo, la persona o familia descansará en él, no se harán responsables ni participantes activos. Si la motivación del Trabajador Social disminuye generará variaciones en la motivación del otro.

4.6. La intervención con familias y un vistazo a su historia

A juicio de M^a José Escartín Caparros “la intervención con familias puede decirse que es la forma más antigua del Trabajo Social”. Nace esta forma de intervención junto con las instituciones y organismos públicos que han ayudado a las familias en sus problemas. Mary Richmond destacó como fundamental a la familia en cualquier circunstancia de la vida en la sociedad y la valoró como el lugar más importante para el desarrollo de la persona.

Los Trabajadores Sociales intervenimos en situaciones de conflicto familiar, es decir, cuando se producen disfunciones en la dinámica familiar o cuando la familia se enfrenta con obstáculos del medio. Esto nos hace plantearnos que la atención que se da a los individuos puede ser complementada con la introducción del contexto familiar, es decir, considerando a la familia como una parte central y protagónica del proceso de recuperación. De este modo “el Trabajo Social Familiar implica la intervención en un sistema natural: la familia en su totalidad, con el objetivo de modificar las problemáticas del grupo familiar, de ayudarlo a satisfacer sus necesidades y de potenciar sus recursos internos sin aislarla del entorno social del que forma parte y del que tendremos que utilizar algunos de sus recursos en beneficio de la familia”³².

M^a Olga Solar³³ hace un análisis del Trabajo Social Familiar destacando entre otros aspectos que el Trabajo Social, como se ha dicho, nació con el Caso Social Individual Familiar en 1917. Mary Richmond señalaba en su libro “**Diagnóstico Social**” “he comenzado a tomar notas, recoger ilustraciones e incluso a redactar el borrador de unos pocos capítulos para un libro sobre Servicio Social y Familias”.

A pesar de estar altamente influenciada por el modelo médico, y por lo tanto tendiente a diagnosticar los problemas sobre la base de la causalidad lineal, ella señalaba que el problema presentado por un individuo estaba siempre ligado a un medio social. Los problemas así considerados se originaban en las experiencias vitales de las personas. Mary Richmond enfatizaba que el conocimiento de las relaciones sociales del individuo, especialmente de la familia, era de fundamental importancia para entender y tratar los problemas de las personas. El Trabajador Social de casos debe abordar el problema de un individuo tomando en cuenta toda la gama de relaciones en las cuales se desenvuelve ese ser humano.

Mary Richmond agrega otro foco importante a las características del Trabajo Social con familia: el hacer tratamiento en el hogar del cliente, señalando algunas razones por lo cual es importante valorar esta técnica:

- Permite observar a la familia en su medio real, tanto su hábitat como sus interacciones.
- Las familias presentan muchas dificultades económicas principalmente para trasladarse.

En su planteamiento se descubre el valor que le otorga a la interacción familiar, a cada miembro de la familia en su perspectiva única y la importancia de la observación y de la comunicación no verbal .

Rescató la importancia de considerar la subjetividad en la atención (saliéndose del modelo médico) y la necesidad de estar consciente de los propios valores, prejuicios, sentimientos, etc.

Sin embargo, a pesar de la base familiar que le otorgó al Trabajo Social, se fue produciendo un abandono paulatino de la familia, centrándose la intervención en el individuo.

María Olga Solar³⁴ plantea diversas hipótesis con relación al porqué de este cambio de foco, de la familia a los individuos, que relegó a los Trabajadores Sociales a trabajar con el

contexto individuos, grupos y comunidades, ocupándose de ellos sin reconocer la importancia de la familia.

Una de las hipótesis de este cambio es la influencia del movimiento “psicoanalítico” que invalida el concepto de Mary Richmond del caso social familiar y plantea que “la adaptación de un individuo al contexto depende del arreglo mental del individuo” (Hartmann,1985). Esta teoría invalidó parcialmente el planteamiento original de Mary Richmond y su influencia se hace sentir hasta el día de hoy. El psicoanálisis excluía explícitamente los entornos del individuo.

En Chile también el Psicoanálisis tuvo su impacto en las escuelas de Servicio Social. Esto se hizo sentir en la profesión en los siguientes aspectos, como se señala en “Trabajo Social familiar: Un poco de historia y tres períodos importantes”.

a) En las escuelas de Trabajo Social los cursos que tenían un enfoque individual contextual empezaron a tener un enfoque eminentemente individual. El Trabajo Social de individual familiar recibió el nombre de Trabajo Social Individual.

b) En el estilo profesional el Asistente Social fue influido fuertemente por el estilo terapéutico proveniente del psicoanálisis. El estilo inicial, que enfatizaba la importancia de la relación con el cliente, era contraindicado con el estilo terapéutico propuesto por este enfoque. De ahí surgió un Asistente Social que de alguna u otra manera dividió lo personal de lo profesional, en una suerte de desintegración de ambos aspectos.

c) En el diagnóstico y tratamiento de los problemas, al individualizar en exceso, el Trabajador Social le restó importancia a la riqueza de las relaciones familiares.

d) En el conocimiento de la realidad, el pensamiento lineal lleva a un desaprovechamiento del conocimiento. ¿Cómo es la gente y qué significado le atribuyen las personas a sus conductas?. En la causalidad lineal el Trabajador Social no puede acumular gran conocimiento.

e) En las personas atendidas esta causalidad ha hecho que los Trabajadores Sociales realizaran intervenciones que en algunas ocasiones han contribuido a la desintegración de la familia, por ejemplo, las internaciones de niños. Estas acciones repercuten también en la implementación de una política social pensada sólo en términos individuales, por ejemplo el desnutrido, el alcohólico, el menor en situación irregular, etc.

Una segunda hipótesis que plantea M^a Olga Solar indica que el focalizar en la familia se ha obstaculizado por la tendencia de la profesión de separar lo individual de lo social. Así, la profesión se ha polarizado en los extremos según los momentos históricos y se plantea la dicotomía entre lo externo/interno, lo micro/ lo macro, entre lo individual y lo social.

Una tercera hipótesis dice relación con la “práctica del Trabajo Social ”que organizada y clasificada en términos de “campos” profesionales y “métodos profesionales”, ha obstaculizado el trabajo con la familia (Hartmann 1985).

Es así como los campos profesionales, menores, salud, educación, vivienda, trabajo etc., si bien son una ventaja desde la especialización, constituyen una desventaja desde el punto de vista de la intervención con familia, ya que lleva a la división de las problemáticas sociales.

También el uso de los métodos de Trabajo Social crea en este sentido una desventaja ya que aluden al “tamaño del cliente”. El caso social es igual a individuo. El grupo es igual a una interacción de los individuos y la comunidad es igual a grupos en un territorio determinado. Esto nos hace preguntarnos si trabajar con la familia es ¿Caso, Grupo y/o Comunidad?

Siguiendo con esta reseña histórica del Trabajo Social con familias, en la época del '40, Gordon Hamilton señala que “el Trabajo Social de Casos se ha ocupado siempre de la familia, como la unidad social primaria dentro de la que se forman los conceptos que, en nuestra cultura, tienen un sentido profundo”³⁵. Hamilton incorpora a la familia en su contexto más amplio en el cual está inserta, vinculando al individuo, a la familia y a la comunidad con los aspectos relacionados con la cultura, el medio económico y la influencia de las condiciones sociopolíticas.

Hamilton considera a la familia como unidad de trabajo y en términos de intervención plantea el uso del tratamiento grupal. Ella utiliza el método de grupo en la vida familiar el cual logra varias cosas: ubica y clarifica el problema a través de la discusión, permite expresar opiniones, disipa la ansiedad, etc.

En la década del '60, las Escuelas de Servicio Social de Chile y Latinoamérica y grupos de Asistentes Sociales se adhieren al movimiento de reconceptualización del Trabajo Social. Estos movimientos fortalecen la acción política planteada a un nivel macrosocial y de esta manera la intervención en el ámbito individual, familiar y de grupo pequeño, aparece como altamente ineficaz. Así, el foco del Trabajo Social vuelve a tener un cambio y pasa desde lo individual a lo macrosocial. Sin embargo esta intervención era muy difícil, ya que la población atendida en las instituciones, seguían demandando la atención individual y especialmente la atención de lo familiar.

En la década del '70 hay una nueva evolución del Trabajo Social, hacia el trabajo con familias. Hay un proceso de búsqueda en el marco de la Teoría General de Sistemas aplicada a la familia, cuyos conceptos fundamentales son asimilados por el Trabajo Social. Esta teoría nos señala que la atención del grupo familiar debe hacerse comprendiendo las relaciones que se desarrollan entre todos los miembros de la familia, no sólo entre algunos. No hay que olvidar que los problemas de las familias pertenecen a todo el grupo familiar, el que tiende a declarar un “chivo expiatorio” o “paciente identificado” a quien se le depositan y señalan todos los problemas. Al tratar a la familia como una totalidad, no queda lugar para la fragmentación de la ciencia, debiendo trabajar de la mano Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psiquiatras, etc.

Se constata la influencia de Trabajadoras Sociales que se especializan en Terapia Familiar, tales como Virginia Satir, Olga Silverstein, Peggy Papp, etc. Ellas aclaran que todos, como individuos, estamos profundamente inmersos en nuestros sistemas familiares. Dichas autoras señalan que es imposible ignorar a la familia y que cuando ésto se hace, los problemas en vez de solucionarse se profundizan. Se revalora así a la familia, se crea la necesidad de una especialización y surgen desde la Terapia Familiar diversos enfoques para trabajar con ella; enfoques que los Trabajadores Sociales no siempre pueden utilizar en sus

intervenciones porque los desconocen, o los consideran adecuados solamente para “Terapeutas de Familia”.

De esta manera, se plantea como fundamental que los Trabajadores Sociales que trabajan con familias adquieran una formación específica en el área y tomen en cuenta una serie de principios para desarrollar una mejor intervención familiar.

CRONOGRAMA		
Autor(a)/Época	Año	Foco
Mary Richmond	1917	"Diagnóstico Social" Foco centrado en el individuo en relación a su contexto.
Depresión económica	1930	Consideración del contexto ambiental.
Surgimiento del psicoanálisis	1930	Influencias hacia el Trabajo Social en las escuelas, métodos y el trabajo cotidiano de los Trabajadores Sociales. Transformación del foco hacia el futuro.
Gordon Hamilton	1940	Valorización de la familia como unidad de trabajo y planteamiento de un trabajo grupal.
Reconceptualización	1960	Transformación del foco hacia lo macro social.
Terapia Familiar	1970	Transformación del foco hacia la familia. Retorno a lo familiar.

4.7. La Terapia Familiar

La palabra terapia proviene del griego *therapéia* que significa curación. Por psicoterapia se entiende un conjunto de técnicas o procedimientos que posibilitan la “curación” del alma y/o espíritu ³⁶. Desde esta definición se podría decir que terapia familiar es “curar y/o ayudar a una familia o pareja a resolver las dificultades que los aquejan”. En el fondo es “curar a muchos o al menos a más de dos” en sus relaciones. En terapia familiar existen diversos enfoques y autores, como por ejemplo el estratégico, estructural, con orientación dinámica, etc.

Esta es una forma de tratamiento para una familia que sufre uno o más problemas que le impiden funcionar adecuadamente. Puede ser aplicada por profesionales que tengan como base una amplia formación, ya sea en servicio social, sociología, psicología, psiquiatría y que dispongan de un adecuado entrenamiento previo que les permita diagnosticar y tratar los problemas que afectan a las familias. La terapia familiar no es un tratamiento que puedan realizar algunos profesionales con exclusión de otros; es una herramienta más para ayudar a las familias a salir adelante, pero, que como todo enfoque, requiere de un entrenamiento especializado. Entre los terapeutas familiares más connotados se encuentran V. Satir, O. Silverstein, P. Papp, quienes como profesión de base son Trabajadores Sociales, y Salvador Minuchin que es médico y sociólogo.

A juicio de Mónica Jiménez la “terapia familiar no es sinónimo de tratamiento de familia como el caso social individual familiar, ni de enfoque familiar; se diferencia del tratamiento individual y del grupal en que en el tratamiento individual la comunicación ocurre principalmente en un marco diádico (cliente/Trabajador Social) y las intervenciones del Trabajador Social, son usualmente verbales y con intervenciones en el entorno. El centro de atención es la vida intrasíquica del cliente y su principal objetivo es el crecimiento del individuo”³⁷. (Antigua concepción del Casework, actualmente se trata al individuo en su contexto).

La terapia familiar por su parte, es significativamente distinta en todos los aspectos. La comunicación es transaccional y el sistema familiar es el centro de la atención. El primer objetivo es lograr un cambio en el sistema relacional de la familia, antes que en la conducta de sus miembros individuales. Así, la terapia familiar implica el tratamiento de un sistema natural en sí y no el de unos o más de sus componentes, o de una parte del sistema. El objetivo de modificar la interacción del sistema familiar, es el rasgo más distintivo de este modo de intervención.

Los autores Anna María Campanini y Francesco Luppi destacan que “se hace importante aclarar la diferencia entre la intervención de asesoramiento del Trabajador Social y la de psicoterapia efectuada por otros profesionales (psicólogo, psiquiatra, terapeuta familiar). En tanto que la primera se propone reactivar y facilitar la reorganización de los recursos de un sistema familiar en crisis de transición, la segunda tiene por finalidad la superación de bloqueos evolutivos y la transformación de modelos rígidos de interacción que pueden ser fuente de patologías graves”³⁸.

No siempre se observa o hay claridad en las diferencias entre terapia familiar, Trabajo Social Individual Familiar o la intervención con familias. Hay técnicas, procesos metodológicos e intervenciones que son comunes en este tipo de atenciones. En la mirada hacia la globalidad hay muchas semejanzas y puntos de encuentro entre ellas, pero también muchas diferencias.

Sin embargo, como hemos señalado, la terapia familiar no es el único método para intervenir con familias, ni siempre el más adecuado para todas ellas. Tampoco es el método que está al alcance de todos los profesionales para ayudar a las familias con dificultades.

V. MARCO DE REFERENCIA

5.1. Los autores revisados

5.1.1 Ralph E. Anderson e Irl Carter

Bibliografía revisada:

“La conducta humana en el medio social. Enfoque Sistémico de la sociedad”.

Como se señaló en la metodología, a este texto no se le aplicó la matriz de análisis, solamente se presenta el marco teórico.

EL ENFOQUE SOCIAL SISTÉMICO

Woward Polsky caracterizó la teoría sistémica como una metateoría, es decir, una teorización acerca de las teorías, y como un modelo aplicable a cualquier actividad dinámica y pautada (Hearn, 1969). Joe Bailey afirmó: la “teoría sistémica es realmente un nombre inapropiado. En realidad es una complicada y elaborada metáfora para describir lo que parece ser un modo de pensar inevitable”³⁹. De hecho el enfoque social sistémico, es en su esencia, un modo de pensar.

Gordon Hearn estableció que un enfoque sistémico resulta particularmente adecuado para la profesión del Trabajo Social, como lo ejemplifica en el siguiente párrafo:

“Los individuos, los pequeños grupos –incluidas las familias y las organizaciones– y otras organizaciones humanas complejas tales como los barrios y las comunidades –en resumen, las entidades con las cuales se relaciona por lo general el Trabajo Social– pueden ser considerados como sistemas, con algunas propiedades comunes. Si no más, ésto al menos debería proporcionar a la educación sobre el Trabajo Social un medio para organizar los aspectos del curriculum, relativos a la conducta humana y el medio social. Pero más allá de ésto, si el enfoque sistémico pudiera ser usado para ordenar el conocimiento de las entidades con las cuales trabajamos, quizá también serviría como medio para desarrollar una concepción fundamental del proceso mismo del Trabajo Social”⁴⁰.

El enfoque social sistémico centra principalmente su estudio o su atención en los sistemas sociales, su organización y desarrollo. Entiende los sistemas sociales como: “un modelo de organización social que posee una unidad total distintiva más allá de las partes que lo componen, que se distingue de su medio por límites claramente definidos y cuyas subunidades están al menos parcialmente interrelacionadas dentro de pautas de orden social relativamente estables”⁴¹.

Se intenta especificar, además, cuál es la “unidad básica” de los sistemas sociales. Los macrofuncionalistas como Talcott Parsons tendían a considerar al sistema totalizante, la sociedad, como el foco primario y a considerar la conducta del sistema y de sus componentes como determinados por las necesidades y metas del sistema total, es decir, el todo determinaría la acción de las partes.

Las personas están determinadas por la sociedad.

En el opuesto se sitúan los Conductistas Sociales y los interaccionistas sociales como Max Weber, Mead y Blumer. Ellos focalizarían en la unidad menor del sistema, la conducta de la persona individual como la unidad básica de los sistemas.

Las personas determinan la sociedad.

Frente a estas dos posturas, los autores proponen un pensamiento **holonista** de la realidad, el cual supone, la comprensión de la naturaleza de los sistemas sociales como parte/todo. El enfoque social sistémico basa sus proposiciones en la “Holonogía”, la cual se refiere a un pensamiento que plantea una visión de los sistemas sociales que considera las partes, el todo y la interdependencia e interacción entre ambos. Aunque no es posible considerar todos estos aspectos simultáneamente, cuando pensamos en una organización, grupo o familia, sí es posible tenerlos en cuenta y la percepción de cada uno de ellos altera la percepción de los otros. El término Holón, es acuñado por Arthur Koestler quien planteaba que, tal cual el Dios Jano, mira en dos direcciones a la vez: para dentro hacia sus propias partes y para fuera hacia el sistema del que forma parte, así también funcionan los sistemas sociales.

Esta mirada globalista, contextual de la realidad, también requiere el establecimiento de un sistema focal, que es el sistema que recibiría la atención primaria. De este modo el holón, le exige al observador que preste atención a las partes componentes (los subsistemas) de ese sistema focal y simultáneamente al medio significante (los suprasistemas) del cual el sistema focal es una parte o con el cual está relacionado.

EJEMPLO: Una familia puede ser vista como un holón y se debe considerar tanto a sus miembros como su medio significante.

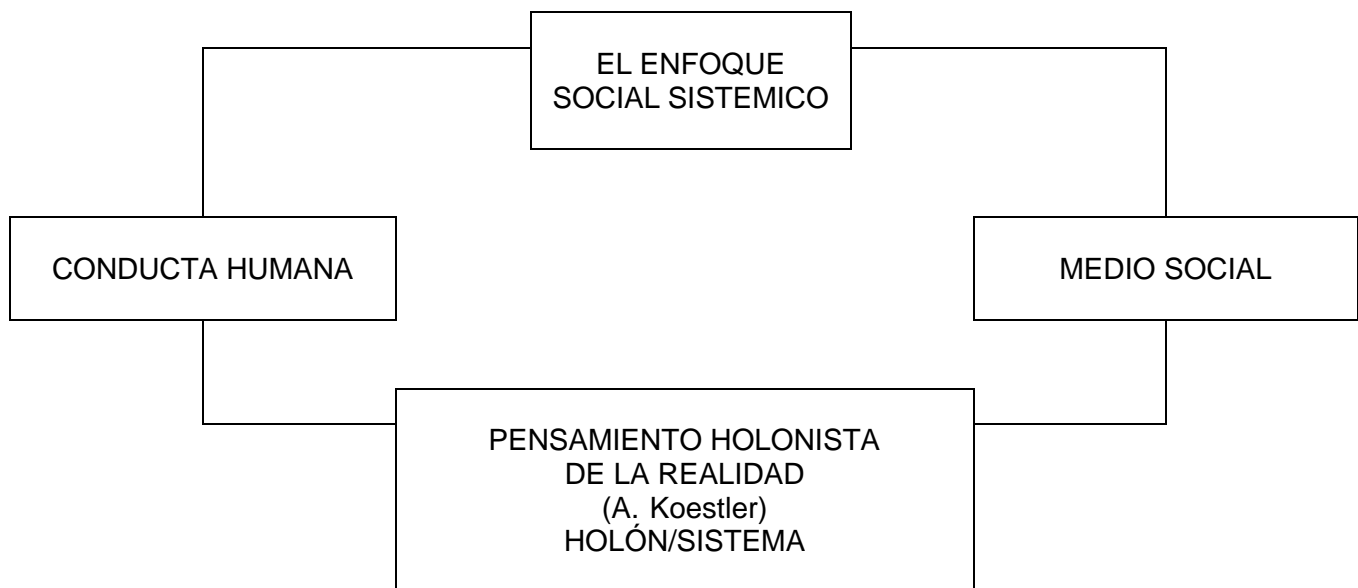
De esta manera el enfoque social sistémico propone una perspectiva para entender los sistemas sociales, contextual, interaccional, pluralista o perspectivista ⁴². Esto último, implica que la causalidad o la significación de un evento, es relativa al foco que el observador dispone en el momento de decidir. Que la interpretación que este tiene de los eventos depende de dónde está el observador y de quién es y de la perspectiva que tiene del sistema focal.

Así pues, la visión que adoptamos cuando se plantea la visión holonista, es una que requiere:

- La especificación del sistema focal.
- La especificación de las unidades o componentes que constituyen ese holón.
- Especificación de los sistemas de medios que resultan significantes para ese holón.

A esto se le denomina **MAPEO**, el cual permite al observador alcanzar una descripción más contextual del sistema social y para alcanzar una más objetiva se debe establecer también la propia posición relativa del observador respecto del sistema focal, por ej. terapeuta familiar, enfermera del paciente, organizador de la comunidad, etc.

Destacamos al enfoque social sistémico, como adecuado a la intervención con familias desde el Trabajo Social.



5.1.2. Anna María Campanini y Francesco Luppi

Anna María Campanini: Asistente Social y Terapeuta Familiar italiana. Profesora de Metodología de Servicio Social en la Universidad de Parma.

Francesco Luppi: Psicólogo y Terapeuta Familiar italiano. Desempeña actividades clínicas y de investigación en la ciudad de Módena.

Bibliografía revisada:

“ Servicio Social y Modelo Sistémico. Una perspectiva para la práctica cotidiana.”

1. Marco teórico o supuestos teóricos:

Su base teórica es la teoría de sistemas. Los autores destacan que su propuesta, no pretende llevar al servicio social técnicas y estrategias propias del marco terapéutico, sin evaluar las diferencias de ambos medios y de las funciones que les son propias. El esfuerzo está destinado a hacer una síntesis entre la teoría de sistemas y los fundamentos del Trabajo Social para brindar a los Trabajadores Sociales un soporte operativo dentro del proceso metodológico.

En el marco de construcción de un modelo, los autores parten evaluando si hay compatibilidad entre la teoría que se examina y los principios y valores del servicio social. A partir del valor central del servicio social “ el respeto de la persona humana en su dignidad y libertad, que se traduce en actitudes como la aceptación, la autodeterminación”, se constata que “al aplicar la óptica sistémica se deja espacio al sujeto y sus relaciones, se refuerza la capacidad del Asistente Social para leer la necesidad, no limitándose a lo que el usuario le pide explícitamente, o peor aún, seleccionando la pregunta a partir de la respuesta que el servicio puede dar”⁴³.

Desde el marco sistémico se destacan los siguientes elementos que sirven de base para las intervenciones:

- Un enfoque global, la importancia que la óptica sistémica atribuye al contexto en que nace el problema, facilitan este enfoque tanto en la dimensión individual como comunitaria.
- La conciencia de la interacción de varias causas y sistemas para determinar el problema, estimula la integración y la interdisciplinariedad entre los distintos Asistentes Sociales que puedan intervenir para afrontarlo.
- La disponibilidad al cambio se ve fortalecida por las premisas sistémicas y el concepto de cambio.
- El concepto de contradicción que tiende a poner en evidencia que en toda situación hay aspectos positivos y negativos según la puntuación.
- El concepto de interdependencia que se refiere al hecho de que todo cambio que se produzca en una parte, debido al principio de totalidad, modificará al sistema en su conjunto.
- El concepto de equilibrio dinámico, se inspira en el principio de la autorregulación. La información lleva tanto al cambio o a reforzar el equilibrio. Estos dos procesos son complementarios y necesarios para la vida del sistema.

Por último, otro supuesto importante de destacar para estos autores, es que ellos trabajan desde la siguiente hipótesis: “las conductas psicopatológicas son conductas comunicativas, adecuadas y coherentes con las modalidades interactivas que son específicas del contexto relacional en el cual se manifiestan”.

2. Rol del terapeuta / Trabajador Social Familiar:

Respecto a este punto los autores no especifican un rol determinado para el profesional que trabaja con familias, sino que plantean que en el proceso de ayuda, un Trabajador Social, dependiendo del tipo de solicitud, puede establecer con la familia, varios contextos relacionales: informativo, asistencial, de asesoramiento, de control, de evaluación.

- *Contexto informativo*: presupone una demanda informativa, pero no de noticias, puede ser un enganche para iniciar una relación de ayuda siempre que el profesional,

reconozca que esta solicitud de información ha sido un modo para iniciar una relación con el servicio.

- *Contexto de asesoramiento:* se caracteriza por una solicitud libre y autónoma, dirigida al servicio social con expectativas de colaboración para la solución de un problema, malestar o síntoma. El sistema es incapaz de restablecer el equilibrio. Se presenta así la oportunidad de iniciar una relación de tipo colaborador. Ej. divorcios, tenencia de hijos, etc.
- *Contexto asistencial:* la solicitud se presenta a raíz de un problema o malestar estrictamente más material. Puede servir de base a una dificultad relacional o encubrirla, pueden ser familias crónicas, que hacen que entren en el juego varios servicios o que presentan una disponibilidad para cambios aparentes únicamente: (cambiar todo, para no cambiar nada).
- *Contexto de control:* es aquel en que la solicitud parte de otra entidad o sistema, escuela, tribunales, etc. En este caso se tropiezan con dificultades de distinto orden: la solicitud no proviene del usuario, es imposible no intervenir, hay que hacer una análisis de las relaciones del servicio y de las organizaciones implicadas.
- *Contexto evaluativo:* se da este nombre cuando el objetivo del Trabajo Social, es proporcionar a otra entidad una evaluación sobre la situación. Ej. adopciones.

El rol del profesional estaría determinado por estos contextos.

3. Metodología:

La metodología para el trabajo con personas y familias que plantean los autores, se encuentra dividida principalmente en las siguientes fases:

a. Análisis de la situación.

El proceso de ayuda a la persona tiene tres fases:

- Fase social
- Fase referida al problema
- Fase conclusiva

b. La evaluación y el proyecto de intervención.

c. El contrato, la realización del proyecto y la conclusión de la acción.

a) Análisis de la situación:

Para poder iniciar un análisis de una situación problema o motivo de consulta, los autores plantean la necesidad de recoger una serie de informaciones que se refieren a los distintos sistemas implicados en el problema y sus relaciones. Esta información la dividen en tres niveles:

- el ambiente social
- la institución

- el usuario

Para efectos de esta investigación, se profundizará en el nivel del usuario.

El Usuario:

El análisis de la situación o de la persona o familia que consulta se basa, además, como es natural, en las informaciones que se puedan obtener del usuario desde el momento en que éste presenta su solicitud o desde que el Asistente Social se pone en contacto con él por primera vez.

Se presta preferente atención al momento presente y a las relaciones que el usuario está experimentando dentro de su sistema o con otros sistemas significativos. El pasado es entendido como crónica, no es una información importante de por sí, pero en la historia de todo individuo o sistema se consideran significativos los hechos que han introducido una diferencia. *Lo más importante o indicativo no es el hecho en sí, sino las realimentaciones que el sistema ha puesto en marcha y cómo se ha reorganizado consiguientemente.* Las informaciones, pues, no deberán referirse sólo al usuario y “su” problema, sino que deberán abrirse e incluir las relaciones entre el sujeto y su ambiente. Se podrá observar al individuo en la familia, a la familia en la red familiar o en el contexto social, y, además, al Asistente Social en el servicio, al servicio en la institución o en el contexto social e incluso al Asistente Social y a la familia como sistema relacionado con el servicio y con el contexto social, y así sucesivamente.

Puede ser conveniente, en el primer contacto entre Asistente Social y usuario, seguir un trazado en la obtención de las informaciones. Algunas áreas a examinar son las siguientes:

- los datos correspondientes al solicitante o a la situación señalada,
- quién envió al usuario o señaló la situación al servicio,
- los datos sobre la composición del núcleo familiar o las características del grupo o de la comunidad
- la naturaleza del problema,
- en qué momento se manifestó el problema y qué fue lo que determinó la solicitud o la urgencia,
- qué se hizo para resolverlo y quién lo hizo,
- cuáles son los sistemas significativos implicados en el problema o qué se pueden utilizar como recursos,
- otros problemas eventuales que el usuario haya afrontado en el pasado, especificando si fueron superados y cómo, y,
- las expectativas existentes con respecto a la entidad y al Asistente Social.

Estas informaciones ya pueden permitir en un primer contacto, determinar si la situación o la solicitud que se presenta es de competencia o no del servicio, delinear una hipótesis general y contribuir a que el Asistente Social desempeñe un papel activo.

El proceso de ayuda a la persona

¿Cómo se construye un supersistema Asistente Social-Usuario?

Tanto el usuario o la familia, como el servicio contribuyen a estructurar este supersistema con sus propias reglas, historias del pasado y modelos de procesos interactivos, experimentados y aprendidos en otros contextos y en otros tiempos y transferidos al aquí y al ahora. El sistema que se está formando será pues el resultante de acuerdos relacionales a los que ambos sistemas llegan tras una serie de definiciones continuas y recíprocas de las relaciones.

Los autores dividen el primer contacto en tres fases:

- Fase social
- Fase referida al problema
- Fase conclusiva

– La primera, que podemos definir como social, comprende comunicaciones no verbales, espaciadas por la presentación recíproca, por una eventual explicación del usuario con respecto a su solicitud y por el acopio motivado de datos que hace el Asistente Social.

– En la segunda fase, mientras se explica el problema, se verifican en los contenidos las impresiones recíprocas inferidas de los prejuicios y de los mensajes de tipo analógico. Cuando se entra en lo vivo del problema, se definen explícitamente las modalidades de relación entre usuario y Asistente Social y entre cada uno de ellos y el problema. Toda la información que recoge el Asistente Social, se hace con miras a la elaboración de una *hipótesis sistémica* que incluya a todos los miembros del sistema y permita hacer una suposición plausible sobre el funcionamiento global.

– En la fase conclusiva desempeñan un papel decisivo las reglas implícitas que se ha fijado el supersistema Asistente Social – usuario. En la propuesta que el Asistente Social haga al usuario, deberá tener en cuenta, no sólo de qué modo es posible intervenir con respecto a la situación examinada, sino también con respecto a la relación que se ha entablado.

La obtención de información tiene, pues, la finalidad de comprender esa determinada situación, “como plantean los autores no hay que hacer nada (pagar cuentas, buscar trabajo, hablar con los profesores, etc.) si no hemos comprendido antes la naturaleza de la crisis que la familia está atravesando. Esto significa captar la especificidad del modo en que ese núcleo está viviendo situaciones difíciles, comunes también a otros núcleos”.

Más que en los hechos reales (noticias), nos centraremos entonces en los relacionales (informaciones), es decir, en los hechos que han provocado en el sistema diferencias y realimentaciones significativas.

Las áreas significativas en las que se situarán las primeras informaciones obtenidas son:

- el estado civil y demás datos personales del solicitante y de su núcleo familiar,
- los elementos relacionados con su contexto ambiental y social,
- el remitente, entendiéndose por tal a la persona o entidad que lo envió al servicio,
- las informaciones relacionadas con el problema, y
- el análisis de la solicitud.

Estas áreas a considerar, permitirían tener un análisis de la situación problema.

b) La evaluación y el proyecto de intervención:

El Asistente Social no trata de comprender la situación en función de sí mismo, sino en función del objetivo que persigue en su condición de profesional en el seno de una institución y del mandato que se le ha otorgado. No es un juicio sobre la situación o la persona, sino una correlación de informaciones sobre aspectos específicos y pormenorizados de esa realidad observada y analizada.

Según la óptica sistémica, la evaluación se deberá hacer vinculando de manera circular las informaciones recogidas, poniendo de manifiesto las influencias recíprocas entre los sistemas implicados en el problema. Será necesario considerar atentamente la complejidad de los problemas y situaciones, recordando siempre que su origen nunca está en los factores individuales ligados por una relación lineal de causa-efecto.

El resultado de la evaluación es, en general, la elaboración de un proyecto de intervención o de una relación sobre cuya base otros profesionales u organismos institucionales podrán tomar una decisión.

Mediante el análisis de la situación, el Asistente Social podrá imaginar cuáles son los sistemas significativamente implicados en el problema y, durante la etapa de evaluación, seleccionar cuáles son los que deberán entrar en el proyecto y definir su papel como sistemas de acción u objetivos de intervención.

Una vez definidos los objetivos que se pretende alcanzar respecto de cada sistema-blanco especificado, será conveniente precisar las estrategias, las herramientas y las técnicas, teniendo presente que deberá ser coherente con el modelo teórico adoptado.

Destacan que se hace importante coordinar bien las acciones entre las distintas Instituciones y colegas que intervengan, quienes harán, lo que Fruggeri y Matteini (1986) definen como una “ proyección ecológica de los servicios” perfilando un modelo de intervención compleja en la que el Asistente Social de cada servicio, adquiere un componente de complementariedad con respecto a todos los demás.

Esta etapa demanda las siguientes acciones al profesional:

- estipular objetivos para la intervención,
- vincular la información obtenida de manera circular,
- identificar los sistemas implicados en el problema y señalar cuál va a ser su rol en el proceso de intervención,
- especificar las estrategias, herramientas y técnicas que se utilizarán, y
- coordinar con otros Asistentes Sociales (si es necesario) la intervención.

c) El contrato, la realización del proyecto y la conclusión de la acción:

El contrato es una herramienta mediante la cual se pueden definir con precisión y conocimiento los compromisos recíprocos que asume el usuario y el Asistente Social para llevar a cabo el proyecto de intervención. Este permite definir las reglas de la relación profesional y el tipo de interacción entre el usuario y el Asistente Social. Hay que tener presente que también hay otro sistema que entra en esta relación contractual: la institución a la que pertenece el Asistente Social. El contrato debe ser, entonces, el fruto de una relación equilibrada dentro de la triada institución / Asistente Social /usuario sin que se verifiquen desequilibrios, salvo que sean temporales y estratégicos. En el contrato se prevé, aunque esto sea negociable, la duración total de la intervención.

En la fase de realización del proyecto se efectuarán las actividades previstas y definidas en el contrato en los distintos niveles del sistema, considerados como blanco de la acción. Es importante ir conociendo las retroalimentaciones de los distintos sistemas con respecto a la intervención. De este modo se hace necesario:

- almacenar las nuevas informaciones,
- asociarlas a las anteriores y de ser necesario, formular una nueva hipótesis,
- verificar la intervención a la luz de la evaluación hecha.

Al realizar esta operación hay que tener en cuenta, además, que también él o los servicios se deben considerar parte del análisis, por cuanto han formado con el usuario un supersistema, cuyas interacciones influyen en las relaciones y en las posibilidades de cambio dentro de ambos.

Hay veces en que es necesario una reelaboración del proyecto de intervención y la renegociación del contrato.

En este proceso metodológico, los autores destacan algunas intervenciones del Servicio Social para el trabajo con familias:

Visita Domiciliaria: Se trata de una herramienta bastante típica del Servicio Social, utilizada en algunos tipos de servicios. Por lo general se la define como una entrevista efectuada en el domicilio del usuario para profundizar la comprensión del diagnóstico y como estudio y observación del ambiente familiar.

Siempre es importante que cuando el Asistente Social haga una visita domiciliaria, este defina:

- Cuál es el contexto relacional respecto del usuario (apoyo, control) y cuáles son los objetivos que persigue con la entrevista a domicilio.
- Cuál es la hipótesis de la situación.
- Cuáles son las áreas a examinar para obtener informaciones significativas.

El Subsidio: Entre los recursos de que dispone el Asistente Social para el tratamiento del caso social individual, ocupan un lugar muy relevante los fondos que la entidad destina a la asistencia económica. Existen dos tipos:

- intervenciones para cubrir el mínimo vital, (subsídios o sueldos mínimos) e,
- intervenciones económicas extraordinarias.

La ayuda domiciliaria: En este tipo de intervención prevalece tanto el elemento asistencial como el elemento educativo. El objetivo general de esta intervención, consiste en favorecer y/o tolerar la permanencia en la familia, o en el propio contexto ambiental, de ancianos, minusválidos, enfermos mentales, o menores, mediante la intervención a domicilio del personal del servicio. Existen dos tipos:

- Asistencia domiciliaria.
- Apoyo domiciliario con finalidades educativas.

El asesoramiento psicosocial: Se caracteriza como el nivel de intervención en el que los recursos que el profesional pone en juego en el proceso de ayuda a los usuarios se concretan, casi exclusivamente, en la capacidad del Asistente Social para utilizar la herramienta de la relación y la comunicación. Es pues, un trabajo de esclarecimiento, de apoyo que apunta al logro de un nuevo equilibrio en el sistema usuario.

Los autores plantean que el Trabajo Social ha ido cambiando su rol a lo largo de la historia, lo que hace que surjan otros contextos de intervención, como el de asesoramiento. “ Así pues, el Servicio Social tiene que enfrentarse a los problemas relacionales de la pareja, de la separación y el divorcio, etc. En estas situaciones, la intervención del Asistente Social, la prestación a efectuar, no se reduce a recursos materiales, sino que consiste en desarrollar con eficacia la relación de ayuda como herramienta para introducir un cambio y facilitar la evolución del sistema”⁴⁴.

Este tipo de intervención define como principal herramienta para el trabajo con personas y familias la relación de ayuda que establece el Asistente Social y el sistema atendido. Este tipo de intervención puede atender problemáticas psicosociales, tales como: dirimir y aclarar los núcleos problemáticos existentes en la situación, respaldar a la familia en los procesos de redefinición de las reglas o de las distancias entre los distintos subsistemas (abuelos, padres, hijos), favorecer el cumplimiento de los deberes existenciales por los componentes de la familia, facilitar la activación de los recursos internos del sistema y la utilización de los externos. “El asesoramiento psicosocial es una tarea específica del Asistente Social de un territorio, no se la debe considerar como tarea de los servicios especializados o de segundo nivel, ni tampoco es una responsabilidad que se pueda delegar en otro personal especializado (psicólogo, psiquiatra, médico) o que sólo se deba asumir junto a ellos”⁴⁵.

4. Técnicas :

Para el trabajo con personas y familias, el Asistente Social cuenta con varias técnicas, las cuales se constituyen en sus herramientas. Estas son:

- informe
- entrevista
- reunión
- documentación
- asistencia domiciliaria
- asistencia educativa
- subsidios
- visita domiciliaria
- hipótesis sistémicas
- circularidad
- neutralidad

Estas herramientas constituyen un recurso muy importante, son un apoyo para lograr objetivos de cambio, pero no son el fin último de la intervención.

5. Problema:

El problema, no se puede entender como “propiedad” o atributo de un solo usuario (sea una persona, grupo o comunidad), y no se podrá prescindir jamás de la consideración del contexto como elemento significativo, tanto para facilitar la comprensión como para adoptar las posibles estrategias de intervención.

5.1.3. Amaya Ituarte Tellaeché

<p>Amaya Ituarte Tellaeché: Trabajadora Social española, docente y supervisora de Trabajadores Sociales. Ha publicado “ Trabajo Social y Servicios Sociales: aportes para una clarificación necesaria”.</p>
--

Bibliografía revisada:

“Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico”.

1. Marco teórico o supuestos teóricos:

El término clínico, aparece en el contexto del Trabajo Social en la década de los sesenta, surgiendo como una respuesta a la desvalorización que existía en ese tiempo del Casework. También este término se utilizaba para denominar lo que algunos Asistentes Sociales conocían como *Trabajo Social Directo*, que aplicaba esta terminología a la intervención que el Trabajador Social realizaba a nivel directo con personas, familias, grupos con la finalidad de *capacitarles* para resolver sus problemas psicosociales y para lograr su plena integración a la sociedad. Dicha intervención era realizada por medio de técnicas individuales o grupales y esta concepción implicaba un planteamiento de tipo “educativo”.

En el planteamiento educativo, el Trabajador Social se coloca en la posición de “el que sabe” y consecuentemente trata de enseñar, por el contrario en la posición terapéutica, se coloca ante el cliente en posición de “escucha”, de aprendizaje. Los autores plantean que sólo escuchando y comprendiendo al cliente, podrá ayudarlo a ver qué es lo que le sucede y de qué manera puede tratar de encontrar respuestas a sus dificultades.

El Trabajo Social Clínico presenta varias definiciones, las cuales poseen una serie de puntos o aspectos en común, como por ejemplo:

- Es una práctica profesional que precisa una formación y calificación adecuada.
- Va dirigida a individuos, familias y pequeños grupos, con una variedad de problemas de relación a situaciones de estrés psicológico y/o social.
- La intervención del Trabajador Social implica tanto el diagnóstico y el tratamiento (en el ámbito familiar, individual o grupal) de las personas que demandan la ayuda, como la adopción de medidas preventivas, que puedan evitar o, por lo menos, minimizar los efectos de la aparición de otras posibles, situaciones de estrés psicosocial.
- La intervención del Trabajador Social puede darse tanto en el ámbito de las personas que solicitan su ayuda, como al nivel más amplio del contexto social.

Definición de Trabajo Social Clínico:

“El Trabajo Social Clínico, es una forma especializada del Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y que por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a las personas, familias o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflictos, manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones, tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social”⁴⁶.

– *el Trabajo Social Clínico es una forma especializada del Trabajo Social*, en efecto no todo el Trabajo Social es clínico, hay otras formas que no operan desde este contexto, las cuales son tan válidas pero diferentes.

– *que por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a las personas, familias o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflictos manifestadas por problemas psicosociales*. El proceso psicoterapéutico se da en una forma especial de relación, en la que sentimientos y emociones pueden ser expresados, comprendidos y tratados a través de la palabra.

– *a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales*. Tiene que ver con el desarrollo del auto-conocimiento, auto-percepción y con el desarrollo de su capacidad de comunicación, interacción, etc.

– *en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones, tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro*. Conlleva una actuación de tipo preventivo ante nuevas situaciones problemáticas que puedan presentarse; quien ha podido tolerar y enfrentar una situación estresante sin graves descompensaciones se encuentra mejor y más preparado para enfrentar otras que se puedan presentar.

– *tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración*. Es importante que en la medida que uno se conoce a sí mismo y comprende su entorno, se pueden encontrar mecanismos, desconocidos hasta esos momentos, que permitan ver las cosas desde un punto de vista constructivo, en vez de destructivo.

– *así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social*. Si la persona se conoce bien, podrá hacer un mejor uso de sus recursos sociales y podrá ver qué hace y cómo y cuándo necesita realmente ayuda.

El Trabajo Social Clínico es, simultáneamente, una disciplina científica, una modalidad especializada del Trabajo Social y una modalidad específica de psicoterapia. Se le denomina como una modalidad de psicoterapia por ubicarse *en y dentro* del contexto del Trabajo Social y, este define el objeto del conocimiento para el Trabajo Social como “la persona en su situación”. Esto quiere decir que el Trabajo Social Clínico no es una pseudo-psiquiatría, ni una pseudo psicología, sino la especialidad clínica de una disciplina científica.

2. Rol del profesional / terapeuta

Consiste en una intervención y un rol de apoyo, comprensión y educativo encaminado a permitir la expresión de sentimientos y emociones que genera una determinada situación de conflicto en la persona. Esta intervención es fundamentalmente a través de la palabra.

3. Metodología / etapas

El procedimiento en Trabajo Social Clínico, se divide en las siguientes etapas:

a. La demanda

- b. Estudio/investigación
- c. Diagnóstico
- d. Tratamiento
- e. Evaluación

a) La demanda:

El proceso se inicia cuando una persona acude a un Trabajador Social con una demanda. La demanda es una solicitud que el cliente hace a un Trabajador Social y su significación es que esa persona encuentra alguna laguna o vacío en algún aspecto de su existencia, que espera poder “llenar” con la respuesta a “su” demanda. Puede ser que a veces la demanda aparezca como una demanda individual, pero a veces puede ser redefinida como familiar o grupal. Esta petición, puede ser de manera explícita y concreta o puede ser más inespecífica o ambigua, por ejemplo “me siento mal”.

Por ser el primer elemento de información con que cuenta el Trabajador Social, esta nos da información acerca de los siguientes aspectos:

1. Lo que la persona demandante considera que es problema para ella o para su entorno más inmediato.
2. La manera que esa persona encara sus dificultades.
3. Las expectativas que esa persona tiene respecto a la resolución de sus dificultades y el papel que deben cumplir los distintos actores sociales frente a la tarea, tanto ella misma, como los recursos y servicios que ofrece el medio social.
4. De la forma como cree ella que puede ser ayudada por el Trabajador Social.

b) Estudio / investigación:

Esta etapa es de gran utilidad, ya que para comprender la demanda, es necesario conocer qué y cuánto debe conocer el Trabajador Social clínico de su cliente y su situación.

Las técnicas que serán de mayor utilidad en esta etapa son la observación y la escucha. Ambas, son técnicas con altos contenidos de significados afectivos y emocionales.

c) Diagnóstico:

A diferencia de la Medicina, en donde el diagnóstico trata de identificar enfermedad o incapacidad, en Trabajo Social el diagnóstico trata de lograr una comprensión de la realidad, de la persona y de los problemas que presenta, teniendo en cuenta que dicha realidad, viene dada por el hecho de ser persona humana, un ser biológico, psicológico y social, en permanente interacción con su medio.

Por esta razón, el diagnóstico debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La persona en sí misma.
- El medio o el contexto social.
- El análisis del o los problemas psicosociales que enfrenta.

Otra característica importante del diagnóstico en Trabajo Social es que es multifactorial y complejo. No es posible establecer categorías diagnósticas exactas, puesto que siempre se debe atender una serie de factores y la importancia relativa de cada uno de ellos. Su peso en el conjunto de la situación y las posibilidades terapéuticas que cada uno de los aspectos analizados ofrece, varía no sólo en cada caso, sino que en los distintos momentos del proceso de ayuda a una determinada persona.

Al pensar en el diagnóstico familiar, este no es la suma de los diagnósticos individuales de sus miembros, sino que apunta a la forma cómo la familia interactúa internamente (límites, roles, comunicaciones, etc) y externamente, cómo se desenvuelve la familia como unidad ante el medio que le rodea.

La autora plantea que para el caso del Trabajador Social clínico, este debe poner en conocimiento del paciente los hallazgos diagnósticos que ha realizado, lógicamente en términos comprensibles por la persona.

d) Tratamiento:

La acción terapéutica en Trabajo Social Clínico se produce en la relación entre Trabajador Social–cliente, y a través del contenido de dicha relación. Es importante destacar la capacidad educativa de este proceso terapéutico.

Este enfoque considera al ser humano como un ser biopsicosocial y plantea que cualquier modificación y/o intervención en los factores externos o internos de una familia, repercute en todos los miembros de la familia y en ambos contextos. El contexto o medio social es *traído* a la relación terapéutica (interacciones y comunicaciones que se establece con la familia extensa, vecindario, grupos etc.), para el logro de ciertos objetivos. Este es un proceso que se desarrolla en el tiempo.

El fin del tratamiento se produce porque se han alcanzado los objetivos, de manera total o parcial.

e) Evaluación:

Para evaluar este proceso, se deben considerar los siguientes aspectos:

1. Análisis de los objetivos propuestos.
2. Análisis de cada una de las fases del procedimiento.
3. Análisis del proceso clínico en cuanto tal, incluyendo tanto la participación del cliente como la del Trabajador Social.

Para llevar a cabo dicha evaluación, se hace necesario el registro de la información obtenida en todo el proceso, la descripción del mismo en una ficha y una historia clínica de la persona o familia.

4. Técnicas:

La autora plantea que el Trabajador Social tiene a su disposición todas las herramientas del conocimiento obtenida en su pre-grado, tales como psicología, antropología, etc. Sin embargo, es importante subrayar que las técnicas que más destaca esta autora son la: **la observación y la escucha.**

Observar significa no sólo mirar, sino que admirar, es decir, sorprenderse por lo que se ve, implica una actitud exenta de juicios.

Escuchar, significa por otra parte, tratar de entender el significado que las palabras tienen para el interlocutor .

Todo este escuchar y observar se encuentra inmerso en una relación, en la que ambas partes se comunican unas con otras. Es en el contenido de esta relación, que se produce la acción terapéutica.

La autora señala también algunas técnicas planteadas por Northen que son las siguientes:

Apoyo : Llamado también soporte o sostén. Esta técnica se utiliza principalmente al principio del tratamiento por los frecuentes estados de ansiedad, duda e incertidumbre de los clientes. El apoyo del profesional tiende a mantener la ansiedad dentro de límites tolerables.

Ventilación : Las personas necesitan apoyo en sus esfuerzos para expresar sus sentimientos. Lo relevante de esta técnica es que una vez que la persona ha logrado expresar sus sentimientos estos están abiertos al examen y a la clarificación. El profesional debe decidir hasta qué punto debe animar al cliente a expresar emociones y experiencias y cuándo debe oponerse a que sigan siendo expresadas.

Clarificación: abarca una serie de técnicas que tratan de promover la comprensión por el cliente de sí mismo. La clarificación está directamente relacionada con el desarrollo de la capacidad de *insigth* que implica una nueva percepción de las relaciones entre conocimiento, emoción y experiencia. Uno de los más importantes fundamentos teóricos de la clarificación es que, sintiéndose y percibiéndose uno mismo en forma diferente y sintiendo y percibiendo en forma diferente a los demás, pueden modificarse actitudes, relaciones y comportamientos.

Confrontación: la confrontación es una forma de afirmación que enfrenta a la persona con la realidad de un sentimiento, conducta o situación. Su finalidad es interrumpir o invertir el curso del pensamiento o la acción. Desafía habitualmente las defensas de los clientes, tales como la negación, la racionalización o el desplazamiento, o desafía comportamientos inaceptables.

5. Problema

El Trabajador Social clínico se encuentra siempre ante personas en conflicto, independientemente de que la persona, experimente este conflicto más en el plano interno o lo exteriorice en sus relaciones con los demás. Las personas o familias enfrentan problemas psicosociales los cuales generan un estado de estrés psicosocial. A veces este estrés repercute con mayor o menor grado de patología en la persona o familia.

5.1.4. Joseph Perez

Joseph Perez: Trabajador Social, Psicólogo clínico y Terapeuta Familiar estadounidense.
--

Bibliografía revisada:

“Terapia Familiar en el Trabajo Social, teoría y práctica”.

1. Marco teórico o supuestos teóricos:

El autor describe a la Terapia Familiar como una modalidad para la intervención con familias. Define a la Terapia Familiar como “el proceso interactivo que busca ayudar a la familia a recobrar la homeostasis, con la cual todos su miembros se sientan a gusto”⁴⁷.

Para este proceso, el Terapeuta Familiar opera sobre algunas presuposiciones básicas:

1. El síntoma de un miembro de la familia no proviene de él, sino de sus interacciones con uno o más miembros de la familia.
2. El paciente identificado no es el único miembro que tiene problemas.
3. Cuando la familia se interesa y no falta a la terapia hay que tomarlo como una muestra de interés para lograr una homeostasis emocional fructífera.
4. La relación de los padres, influye a todos los demás miembros de la familia.

El autor también señala algunas metas para este proceso, indicando que éstas deben ser evaluadas junto con la familia y fijadas de manera muy específica. Esto hace que la orientación desde esta modalidad de intervención, esté puesta en el resultado y en los logros de dicho proceso.

Metas Generales de la Terapia Familiar:

1. Ayudar a los miembros de la familia a darse cuenta y apreciar emocionalmente que la dinámica familiar entreteje a todos los miembros de la familia.
2. Ayudar a los miembros de la familia a estar consciente de que, si un miembro de la familia tiene problemas, es debido a las interacciones entre ellos.
3. Perseverar en la terapia hasta que se alcance una homeostasis, que propicie el desarrollo y crecimiento como personas de todos los miembros de la familia.
4. Desarrollar una valoración completa del impacto de la relación de los padres, sobre los demás miembros de la familia.

Metas específicas de la Terapia Familiar:

1. Fomentar la tolerancia de cada miembro respecto a la idiosincrasia de cada uno de ellos.
2. Aumentar en cada miembro su tolerancia a la frustración por pérdidas, conflictos y desalientos que se originen dentro y fuera de la familia.
3. Aumentar la motivación en cada miembro para que apoye y enaltezca a cada uno de los demás.
4. Lograr que los padres tengan una percepción realista y congruente, con la percepción que de ellos tienen los demás miembros de la familia.

Un aspecto muy importante que destaca el autor para este proceso, es la variable de la comunicación efectiva entre los miembros de la familia, como un requisito indispensable para la terapia. Hill plantea que la esencia de la terapia, es “enseñar” habilidades para la comunicación efectiva de la familia. De esta manera, es función esencial del terapeuta, alentar una buena comunicación entre los miembros de la familia para que puedan llenar con mayor efectividad las necesidades psicológicas de todos y de cada uno de ellos.

La principal modalidad que plantea el autor, es la Terapia Familiar y desde esta postura desarrolla su enfoque de intervención.

2. Rol del profesional/terapeuta:

El autor destaca principalmente las habilidades y características que debe poseer un terapeuta familiar y señala al respecto que el profesional que intervenga en esta modalidad, necesita funcionar tanto como miembro de la familia y como terapeuta profesional de la misma. Se espera que éste, opere constantemente en estos dos niveles, en el cognitivo y emocional. A su vez, debe estar atento a que su inevitable reacción emocional, por tener que verse involucrado como miembro de la familia, interfiera o impida su función como terapeuta.

El nivel cognitivo, le permite funcionar en su nivel de terapeuta, y el emocional como miembro de la familia que está atendiendo. Como terapeuta observa, analiza e interpreta para sí mismo y para la familia cuándo es conveniente. Como miembro de la familia necesariamente se ve sumergido en la dinámica familiar y, por consiguiente, corre el riesgo de verse seducido por la dinámica intrafamiliar neurótica.

Se plantea desde este enfoque que el terapeuta se ve acosado frecuentemente por dos objetivos:

1. Proteger y fortalecer la integridad personal de cada miembro de la familia.
2. Promover la solidaridad familiar en general.

Menne, llevó a cabo un estudio muy amplio sobre lo que los propios terapeutas identifican como las cualidades más importantes de un terapeuta familiar. Estas son las siguientes:

1. La ética profesional.
2. El sentido de autoconciencia, particularmente con relación a cuestiones tales como competencias o incompetencia, valores, actitudes y preferencias.
3. Las características personales, dentro de ellas se incluyen la flexibilidad, el respeto a los demás, la madurez y la intuición.
4. La habilidad para escuchar y comunicarse.

Haley manifiesta al respecto otras características importantes de destacar, como la flexibilidad del terapeuta, quien debe ser una persona abierta al cambio y deseosa de cambiar su propia idea de cómo y del por qué se enferman las personas.

También se señala que el terapeuta debe ser una persona que encuentre gran gratificación en dar y ayudar a los demás y a la vez en ser ayudado y aprender de los otros.

Por otra parte en un estudio de casos del tema se destaca que mientras no se realicen mayores investigaciones respecto a las habilidades que debe de tener un terapeuta, la respuesta aún es especulativa. A pesar de ello se reconocen además de las anteriores, las siguientes habilidades del terapeuta, tales como habilidad de sentir y de mostrar un interés positivo hacia el cliente sumado con la habilidad para crear una atmósfera de afecto, de aceptación y de seguridad. Capacidad de ser creativo y de encontrar en el momento preciso caminos para que la familia llegue a comprenderse a sí misma.

Para el logro de estas competencias en el trabajo con familias el Trabajador Social, necesita desarrollar ciertas características:

1. Habilidad intelectual
2. Autoestima saludable
3. Congruencia
4. Motivación
5. Capacidad de obtener significado en toda sesión con la familia.

Por dichas habilidades el autor entiende lo siguiente:

1. *Habilidad intelectual*: desarrollo del lenguaje verbal y no verbal el cual favorece las sesiones y la comunicación en las sesiones, además de la incorporación de toda las teorías adquiridas en su formación.
2. *Autoestima saludable*: el terapeuta familiar se debe sentir bien consigo mismo como persona y como terapeuta, flexible, sabe cuándo se equivoca y acepta sus propias fallas.

3. *Congruencia*: a tono consigo mismo, su congruencia emocional lo lleva a servir y enaltecer a los demás y eso a la vez lo hace enriquecerse.
4. *Motivación*: motivado a cambiar su estilo si es necesario, también a continuar sus estudios en una búsqueda desinteresada para mejorar la calidad de vida del otro.
5. *Capacidad de obtener significado en toda sesión con la familia*: con esto se refieren a que en cada sesión se está constantemente aprendiendo, de los errores y de los aciertos, dado que hay sesiones más difíciles que otras.

En resumen, en relación al rol del terapeuta familiar o del Trabajador Social, el autor señala que al trabajar desde esta modalidad, el profesional tiene un doble papel, de director del proceso (como terapeuta) y actor del mismo (como miembro de la familia). También tiene que deambular en dos dimensiones constantemente, tanto en el plano emocional como en el cognitivo.

3. Metodología - Etapas:

Etapas del tratamiento

1. Desarrollo de una buena relación entre el terapeuta y la familia.
2. Desarrollo de una apreciación emocional de las relaciones interfamiliares, de su dinámica y de sus problemas.
3. Formación de metas alternativas de comportamiento que sean gratificantes, o por lo menos no sean amenazadoras para la familia.
4. Aplicación de metas alternativas a través de la práctica, tanto durante la terapia como en el hogar.

4. Técnicas:

El autor describe varias técnicas para utilizar en el transcurso de la terapia familiar. Señala las siguientes: ⁴⁸

- Acuerdos mutuos con la familia
- Escultura
- Intercambio de roles o papeles
- Manejo efectivo de los silencios
- Confrontación
- La enseñanza a través de las preguntas
- Escuchar
- Recapitulación
- Recapitulación a través del resumen
- La clarificación y la reflexión del afecto
- Clarificación
- Videocinta

5. Problema:

El problema que identifica este autor como posible generador de una demanda de terapia familiar, es que la enfermedad mental en la familia es un fenómeno interpersonal, la salud emocional de cada miembro afecta directamente la salud de cada uno de los demás miembros de la familia. Una familia entonces solicita ayuda, cuando está pagando un precio demasiado alto por su equilibrio homeostático.

5.1.5 Peggy Papp

Peggy Papp: Trabajadora Social y Terapeuta Familiar estadounidense. Ha desempeñado tareas docentes en la Clínica de Orientación Infantil de Philadelphia, supervisora y coordinadora del proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman de Terapia Familiar. Coautora del libro "Red Invisible" por lo cual recibió junto a las otras autoras el premio Afta.
--

Bibliografía revisada :
"El Proceso de cambio".

1. Marco teórico o supuestos teóricos:

Los conceptos claves del pensamiento de sistemas están relacionados con la integridad, la organización y la regulación. Los hechos se estudian dentro del contexto en el que están ocurriendo y se presta fundamental atención a las conexiones y relaciones, más que a las características individuales.

Lo principal tiene que ver con conectar un comportamiento y su función con otro comportamiento aislado y su función para efectos de preservar el equilibrio de la familia. En el pensamiento de sistemas no hay términos absolutos ni certidumbres, la realidad y la verdad son circulares.

La familia puede producir un síntoma por factores externos (cesantía, depresión económica, problemas laborales, etc.) o internos a ésta (la muerte de un abuelo, el alejamiento del hogar de uno de los hijos, etc.). Cualquiera de estos hechos puede producir un cambio en los patrones de control de la familia y es posible que se desarrolle un síntoma como medio de establecer otro patrón diferente.

El cambio impone y plantea el interrogante de cuáles serán las repercusiones para el resto del sistema. No tomar en cuenta estas repercusiones significa obrar a partir de lo que Bradford Keeney (1983) denomina "ignorancia ecológica".

El profesional debe partir de ciertos supuestos básicos acerca de la relación entre síntoma y sistema. Para este enfoque, esos supuestos son los siguientes:

1. La aparición de un síntoma por lo general coincide con algún cambio efectivo o previsto en la familia, que amenaza alterar el equilibrio (salida de un miembro de la casa, matrimonio, divorcio, etc.).
2. La ansiedad en torno a este cambio activa conflictos que han estado latentes y éstos en lugar de resolverse, se expresan a través de un síntoma.

3. El síntoma puede ser un medio de evitar este cambio amenazador o de suministrar un modo de que se produzca.

Al desarrollar una hipótesis, la información se recoge y se integra en tres niveles diferentes: conductual, emocional e ideacional (lo que las personas hacen, sienten, y piensan). Para comprender los patrones de una familia, es importante ver cómo se conectan y se influyen entre sí estos tres niveles.

Conductual: Para obtener este tipo de información, el profesional debe ser perseverante en el seguimiento de una secuencia conductual dada: deberá preguntar qué acciones específicas siguen a otras acciones específicas y cuál es la respuesta específica de otras personas.

Emocional : El terapeuta debe centrarse en la función de los sentimientos y en la forma en que ellos se expresan.

Ideacional : Este se relaciona con el sistema de creencias y el profesional prestará atención a las metáforas y a las afirmaciones que revelen actitudes, tales como “ los hombres aman a las mujeres, aman a sus hijos”. Estas afirmaciones muchas veces contienen reglas familiares secretas que mantienen el síntoma.

Clasificación de las intervenciones:

- *Intervenciones directas o basadas en el cumplimiento:* consejo, explicaciones, sugerencias, interpretaciones o tareas para ser tomadas literalmente y seguidas según las indicaciones correspondientes. Apuntan directamente a cambiar las reglas y los roles de la familia.
- *Intervenciones paradójicas o basadas en la oposición:* intervenciones paradójales. Para idear una paradoja sistémica, el terapeuta relaciona el síntoma con la función que este cumple en el sistema. Se enumeran las consecuencias de la eliminación del síntoma y el profesional recomienda que la familia continúe resolviendo su dilema a través del síntoma.

2. Rol del profesional / terapeuta:

El terapeuta se debe centrar en la fluctuación del patrón del que deriva su significado. Se considera que ninguna persona tiene un control unilateral sobre ninguna otra.

La tarea del profesional es encontrar cuál es el patrón que se relaciona con el síntoma y encontrar un modo de cambiarlo. Siempre bajo la existencia de un síntoma significa que la familia está utilizándolo para alguna transacción en curso. El modo en que se recoge la información tiene suma importancia, para eso usa conexiones.

Al recoger la información el terapeuta debe adoptar una posición neutral y no tratar de formarse juicios morales ni de tomar partido por alguna facción de la familia. Para mantener la neutralidad no se centrará en ninguna persona con exclusión de las demás durante un período prolongado, ya que ésto le daría un status especial a dicha persona.

3. Metodología:

- a) Formulación de una hipótesis sistémica.
- b) Acuerdo terapéutico.
- c) Construcción de un problema que sea tratable.

Al conocimiento de estas creencias y de los temas que derivan de ellas, no se llega mediante el interrogatorio directo, sino por medio de la deducción. Esta deducción se basa en la exploración del lenguaje metafórico, el rastreo de secuencias conductuales y el registro de afirmaciones claves reveladoras de la actitud, ej.: “yo le conocía todas estas cosas cuando me casé con él, pero pensé que el amor de una buena mujer lo curaría”.

Formulación de una hipótesis. El primer paso, en cualquier enfoque terapéutico, consiste en la formulación de una hipótesis, sin la cual el profesional no podría obtener ni organizar la información necesaria. Una hipótesis según el diccionario internacional de Webster es “un punto de partida para una investigación”.

No es necesario esperar a contar con una hipótesis definitiva para intervenir, ya que con frecuencia sólo las intervenciones permiten descubrir una información crucial.

Al recoger la información, es conveniente tener presentes las siguientes preguntas:

- 1. Qué función cumple el síntoma como estabilizador de la familia.
- 2. Cómo funciona la familia en cuanto a estabilizar el síntoma.
- 3. Cuál es el tema central en torno al cual se organiza el problema.
- 4. Cuáles serán las consecuencias del cambio.
- 5. Cuál es el dilema terapéutico.

Para llegar a una cabal comprensión de este nivel, es conveniente que el profesional recolecte información acerca de la familia de origen de cada uno de los progenitores. Es allí donde se originaron las actitudes, percepciones y creencias. Una perspectiva histórica de la familia extensa suele arrojar luz sobre las transacciones actuales. Si bien no es necesario que la familia entienda las conexiones entre el pasado y el presente, el contexto de las tres generaciones le brinda al profesional una Gestalt más amplia, a partir de la cual podrá formular una hipótesis y efectuar intervenciones.

Para recoger información histórica, el terapeuta rastrea los temas familiares y si le parece que cierto tema tiene una relación directa con el problema presentado, se lo incorpora a las intervenciones.

4. Técnicas:

El equipo de Milán ha desarrollado una técnica especialmente útil para recoger información, llamada Cuestionamiento Circular, por la cual se le pregunta a cada miembro de la familia cómo ve la relación entre otros dos miembros de la familia. Este es un modo eficaz de conseguir información acerca de diferencias y cambios en la familia.

El Proyecto de Terapia Breve recoge información histórica durante la primera sesión y luego analizan si la utilizarán terapéuticamente.

5. Problema:

Generalmente, cuando una familia acude a una terapia, ya han desconectado el síntoma y piden que éste sea modificado sin cambiar el sistema. El profesional conecta el síntoma y el sistema para mostrar que no se puede cambiar uno sin cambiar el otro, y enfrenta a la familia con su propio dilema. Este dilema del cambio pasa a ser el punto central dentro de la terapia. Se trata de convertir un problema en un “problema tratable”.

5.1.5. Olga Silverstein

Olga Silverstein: Trabajadora Social y Terapeuta Familiar estadounidense. Se ha desempeñado como terapeuta del proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman de Terapia Familiar. Coautora del libro “Red Invisible” por lo cual recibió junto a las otras autoras el premio Afta.

Bibliografía revisada:

“La voz terapéutica de Olga Silverstein”.

1. Marco teórico o supuestos teóricos:

La autora señala, dentro de su marco teórico, que para analizar la práctica y la teoría sistémica necesitamos trabajar con descripciones respecto a la situación que se está observando y se hace necesario también conocer las diferencias que las atañen. Una forma para ello es darse cuenta cómo las descripciones forman parte de distintos dominios de observación.

En el contexto de la terapia sistémica, las descripciones aparecen asociadas a las observaciones que se realizan:

- a través del espejo unidireccional.
- conversación que mantienen terapeuta y cliente.

La diferencia entre ambas descripciones se basa en que una surge de la conversación terapéutica y la otra es acerca de la conversación terapéutica. La primera tiene más que ver con un participante en la conversación y la segunda tiene más que ver con un observador que está fuera de ella.

En el contexto de la terapia sistémica, se ha vinculado estos distintos dominios con las siguientes posiciones observacionales respecto del sistema de los terapeutas: ⁴⁹

DOMINIO OBSERVACIONAL	POSICIÓN OBSERVACIONAL EN LA TERAPIA SISTÉMICA
Participante en la conversación.	Terapeuta que habla con el cliente.
Observador de la conversación.	Consultor o miembro del equipo que se encuentra detrás del espejo.
Participante que observa su participación una conversación.	Terapeuta que advierte su propio comportamiento mientras se halla en la situación terapéutica.
Observador que participa en su observación de una conversación.	Consultor que envía un mensaje al terapeuta.

En síntesis, el dominio de “participante en una conversación “ alude a la opinión de esa persona, el dominio siguiente “observador de la conversación”, alude a la opinión de un metaobservador. Cuando el participante pasa a metaobservar su propia situación, o cuando el metaobservador pasa a participar más plenamente en las observaciones, tiene lugar una *recursión*, por ende, siempre pueden construirse dominios observacionales de orden superior ⁵⁰.

Keeney y Ross (1985) señalan que la distinción fundamental en lo tocante a los contextos de descripción dentro de un dominio observacional cualquiera, es la diferencia entre un marco de referencia “semántico” y un marco de referencia “político”. Entenderemos por:

- *marco de referencia “semántico”*: como un dominio descriptivo dedicado primordialmente a la construcción de significado⁵¹.
- *marco de referencia “político”* procuran especificar la organización social de la conducta problema, quién hace - qué - a - quién - cuándo y cómo, mientras que los semánticos aclaran el significado de esa conducta.

La autora señala que en terapia sistémica, los terapeutas pueden verse enfrentados a una gran gama de marcos de referencia semánticos y políticos. Cuando se habla de la importancia de atender al contenido de la terapia (y a veces a no atender a ese contenido) generalmente se refiere a la amplia gama de marcos semánticos que le están ofreciendo los clientes. También existe una variedad de marcos de referencia políticos, los cuales están destinados a construir una concepción de la organización secuencial de la conducta problema.

La distinción entre estos marcos de referencia se traduce en la distinción que se establece entre “el contenido y la relación” (Keeney y Ross 1985). Los marcos de referencia semántico

y político contextualizan las descripciones emanadas de cualquier dominio observacional. En nuestro carácter de observadores de una conversación terapéutica, podemos apreciar de qué manera la terapia pasa del abordaje del marco de referencia semántico al político, es decir, cómo se categorizan o contextualizan las descripciones construidas en el curso de la terapia por el profesional y el cliente. Existen también, tres clases diferentes de dominios epistemológicos:

1. Dominios intencionales (especificados en función de la comprensión formal y a la estrategia práctica).
2. Dominios descriptivos (especificados en función de los marcos de referencia semánticos y políticos).
3. Dominios observacionales (especificados en función del observador y del participante)⁵².

La concepción general de Silverstein acerca de la política de la organización familiar, responde a una singular hipótesis política que ella desarrolla junto con Peggy Papp (autora también revisada en esta investigación)¹⁹⁸³. Sostiene que todo problema presentado se vincula con cada miembro de la familia de un modo tal, que le trae consecuencias tanto positivas como negativas, más concretamente puede apreciarse que el síntoma o conducta problema de un individuo establece ventajas y desventajas sociales para cada uno de los restantes miembros de su familia. Ejemplo: “el asma grave de una niña no sólo depara una experiencia molesta para ella misma y su madre, sino que, además, brinda a ambas una manera de conectarse entre sí a través del cuidado”.

Cuando se construye un relato o explicación hipotética, que permite entramar estrechamente entre sí las múltiples ventajas y desventajas en un sistema interconectado, se experimenta una realidad sistémica de orden incluso superior, entonces, el relato que conecta pasa a ser la realidad terapéutica sistémica que calibra todas las subsiguientes comunicaciones en la terapia. En esta etapa final, se reencuadran los marcos semánticos y políticos y se los utiliza como prueba y en apoyo ulterior del relato, hipótesis o explicación sistémicos. Cuando el terapeuta y el sistema familiar han tejido la trama compacta de este orden de realidad terapéutica, ya puede dar de alta a la familia. Si en el futuro esta acudiera nuevamente al profesional por algún otro problema (marco semántico), éste retomaría la realidad terapéutica construida originalmente y la incorporaría al nuevo encuadre de la familia. Visto de esta manera, puede decirse que la familia nunca deja realmente la terapia. El relato construido por el profesional y por la familia, continúa presente, organizando y calibrando sus comunicaciones futuras.

Otra manera de analizar la estrategia terapéutica de Silverstein, consiste en describir las diversas pautas de realimentación implícitas en sus distintos estadios de desarrollo. Se define la *realimentación* como “la utilización de los resultados de las propias comunicaciones para contribuir a plasmar las comunicaciones subsiguientes” ⁵³.

En el estadio inicial de desarrollo de su terapia sistémica, Silverstein construye una realimentación entre los marcos de referencia semántico y político de orden simple. En particular, un marco semántico brindado por un miembro de la familia precipitará con frecuencia una pregunta de Silverstein vinculada con el marco político que, según ella presume, es contextualizado por aquél ⁵⁴.

En los hechos, el marco semántico introducido por un miembro de la familia, encamina las preguntas del profesional referidas a un marco político. Luego, la respuesta de la familia es utilizada por el profesional, sea para suprimir, modificar o perfeccionar su línea de indagación de ese momento. De esta manera se establece la realimentación ⁵⁵.

Este esquema indica las cuatro categorías generales de marco político que Silverstein habitualmente aborda en su trabajo:

p1= Organización secuencial de la conducta.

p2= Conducta de resolución del problema que incluye la participación de los contextos de referencia.

p3= Coaliciones sociales.

p4= Concepciones pasadas y futuras de la política familiar.

La presentación de un marco semántico determinado por un miembro de la familia dirige a Silverstein, hacia alguna de estas clases de marco político. La respuesta posterior de la familia determina el marco que abordará a continuación. De esta manera, la etapa inicial de su estrategia terapéutica implica establecer una relación de realimentación entre los marcos semántico y político de orden simple ⁵⁶.

En la siguiente etapa de la terapia, se pasa a un orden de realimentación diferente, aquí el profesional empieza a conectar la información política extraída de la familia con su hipótesis sobre la política familiar. Recuérdese que, en el caso de la autora, esta hipótesis política incluye siempre la misma estructura básica: “la conducta problemática está vinculada con ventajas y desventajas sociales para todos los integrantes de la familia” ⁵⁷.

En esta etapa, la realimentación organiza las preguntas acerca de la política familiar que contribuyen a plasmar respuestas que, a su vez, contribuyen a construir una concepción capaz de conectar políticamente a todos los miembros de la familia.

En la etapa final de construcción de su realidad terapéutica se elabora un relato, hipótesis o explicación sistémicos que engloba los marcos semánticos de la familia y el profesional, como manera de articular la hipótesis política de este último. El relato emergente se construye mediante la conexión de realimentación entre dicha hipótesis política y los diversos marcos semánticos, que han sido previamente construidos por el profesional y la familia respecto de la política familiar. “Puede considerarse que estos marcos semánticos son metáforas relativas a “arcos de círculo parciales” de la política familiar (véase Keeney y Ross, 1985). En la etapa final de este enfoque terapéutico, la hipótesis del arco parcial es

conectada de un modo tal, que conduce a una hipótesis sistémica bien elaborada, o sea, una hipótesis que incluye la participación de todos los miembros pertinentes de la ecología social”⁵⁸.

La construcción de las intervenciones terapéuticas.

Las intervenciones terapéuticas sistémicas de Olga Silverstein, se dirigen a tres aspectos generales: la estabilidad, el cambio y una fuente de ruido significativo: (Estabilidad/Cambio)¹ Ruido significativo.

Estabilidad ————— Cambio ————— Ruido Significativo

En esta expresión, el miembro de la izquierda define la organización cibernética de un sistema: un sistema cibernético alcanza la estabilidad mediante procesos de cambio. Es decir, el proceso que vive la familia y el profesional debe ir encontrando un equilibrio entre la estabilidad y el cambio. Si un profesional sólo demanda estabilidad a la familia, ésta demandará que sus necesidades de cambio no están siendo atendidas, si por el contrario el terapeuta sólo trabaja por el cambio, seguramente aparecerá lo tan bien conocido en trabajo con familias: *“la resistencia”*.

“En suma, puede describirse el cambio terapéutico como la transformación del procedimiento de un sistema para alcanzar la estabilidad a través del cambio:

(Estabilidad/Cambio)¹ Transformación (Estabilidad/Cambio)²”⁵⁹.

Para encontrar dicha transformación, el sistema debe encontrar una fuente de “ruido significativo”, lo cual indica que el sistema no sólo topa con alguna fuente de aleatoriedad (“ruido”) sino que, además, dispone de algún proceso de selección capaz de operar sobre esta aleatoriedad (un observador que construye significado). Estos dos componentes –una fuente de aleatoriedad y un proceso de selección– son los ingredientes de un proceso estocástico, así pues, el ruido significativo designa los ingredientes del proceso estocástico que están a la base de todo cambio y aprendizaje adaptativos.

“A partir de esta idea puede formularse una especificación más completa del cambio terapéutico:

(Estabilidad / Cambio)¹ Ruido significativo-----/ Estabilidad /Cambio)²”⁶⁰.

Es decir, el arte de la intervención terapéutica requiere prescribir el cambio, la estabilidad y una fuente de ruido significativo. Dentro de la estrategia de Silverstein:

- las consecuencias sociales positivas de una conducta problema suministran la base racional para prescribir la estabilidad.
- las negativas pueden vincularse con la prescripción del cambio.

- el ruido significativo se refiere a la perturbación del profesional.

2. Rol del profesional / terapeuta:

El rol del terapeuta es ayudar a la familia a entender y modificar su visión de orden simple del problema a una visión de orden superior, con el fin de encontrar en conjunto resoluciones para todos y cada uno de los miembros de la familia. Este es un rol esencialmente terapéutico.

3. Metodología - Etapas:

La construcción de una realidad terapéutica sistémica: La terapia sistémica implica considerar los marcos semánticos presentados por los clientes y el terapeuta, como metáfora acerca de la política de la situación problemática. A su vez, los marcos políticos, se consideran acoplados a sistemas de significados, por ende el arte de esta terapia reside en utilizar ambos marcos de referencia como elementos básicos para la construcción de realidades alternativas que conduzcan a un cambio más adaptativo (entendemos por cambio adaptativo aquel que establece un mejor ajuste entre un sistema y su ambiente; Bateson 1979). El terapeuta debe partir de los marcos semánticos y políticos que le presentan los clientes: ellos son los ingredientes básicos de la realidad experimentada por estos. La tarea de la terapia radica en organizar esos mismos elementos básicos de un modo distinto y el resultado que se busca es que los clientes construyan significados y pautas políticas más adaptativos.

Esta perspectiva, basada en la epistemología cibernética de Bateson, considera que las realidades de la experiencia son construidas a través de una dialéctica de proceso y de forma más concretamente, son construidas dentro del dominio de la descripción siguiendo una vía dialéctica entre las descripciones del proceso y las categorizaciones de la forma. Estos términos son bastante análogos a los marcos de referencia políticos y semánticos, respectivamente. Los marcos políticos se refieren a las descripciones del proceso, habitualmente especificadas desde el punto de vista de una acción simple y de la interacción. El significado de una acción simple o de una interacción (marco semántico) se elabora a través de la rotulación o categorización de un marco político. La índole dialéctica de esta relación entre semántica y política es tal, que la rotulación de un marco político lleva, subsiguientemente, a adoptar una concepción de las pautas políticas de orden superior.

Por lo tanto, puede considerarse que la terapia sistémica abarca una serie de etapas, cada una de las cuales corresponde a un salto en la escala dialéctica entre la semántica y la política.

Primera etapa:

Implica reunir datos referentes a los marcos semánticos y políticos de orden simple. Se organizará esta información, de manera tal de poner el énfasis de su examen sólo en

aquellos elementos que le ofrecen una manera de construir una concepción de orden superior. A partir de dichos marcos de orden simple, el terapeuta sistémico comenzará a desplazarse hacia la etapa intermedia de la terapia, donde intentará construir una concepción de las pautas y los significados de interacción y trabajar con ella.

Segunda etapa:

En esta etapa considerará asociadas y conectadas entre sí las distintas acciones de las personas y en particular pondrán el acento en la conexión existente entre la conducta problemática con otras pautas de interacción más abarcadoras. Cuando esté bien establecida esta concepción de orden superior, se pasará a la etapa final de la terapia.

Tercera etapa:

En esta última etapa, el terapeuta vinculará entre sí diversas pautas de interacción, de modo de destacar la coreografía social de una ecología social general.

Para entender la construcción de una realidad terapéutica sistémica, se hace necesario pensar que la mayoría de los sistemas de clientes acuden a la terapia porque están estancados en una visión de orden simple sobre sus respectivas situaciones; el terapeuta aceptará estos marcos de orden simple y conducirá a la familia a realidades de orden superior, en la que su conducta es experimentada como si estuviera organizada de un modo tal que conectase a cada uno de sus miembros como parte integrante de un sistema íntegro más abarcador.

4. Técnicas:

En terapia sistémica pareciera ser que el cambio terapéutico exige que los clientes alcancen alguna forma de “**introvisión (insigth) sistémica**”, u otra manera de ver las cosas, es decir, que el terapeuta necesita esa introvisión sistémica para ser de utilidad frente a una situación perturbada. Estas visiones de orden superior son siempre sólo hipótesis que sugieren otras maneras de intervenir de orden superior.

5. Problema:

Desde esta perspectiva, la situación problema se genera debido a que las familias, al enfrentarse a un problema, se encuentran estancadas solamente en una visión de orden simple, sin una capacidad de observar la realidad desde una perspectiva superior. Es decir, las familias acuden con su propia visión de los hechos y su propia explicación, de orden simple.

5.1.7. Virginia Satir

<p>Virginia Satir: Trabajadora Social, Terapeuta Familiar estadounidense. Se desempeñó como terapeuta privada, docente y supervisora. Paralelamente publicó varios libros que abordan el tema de la comunicación familiar, las relaciones familiares y la autoestima. Uno de los aportes más importantes que realiza al trabajo con familias, fue el modelo de “Validación Humana”.</p>
--

Bibliografía revisada:

“Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo Familiar”

“Ejercicios para la Comunicación Humana”

“Terapia Familiar Paso a Paso”

“Psicoterapia Familiar Conjunta”

“Helping Families to Change”

1. Marco teórico o supuestos teóricos:

La revisión bibliográfica que se presenta a continuación, es una sistematización de las teorías de Virginia Satir y de su modelo “ Proceso de Validación Humana”. Dicho modelo, está diseñado para trabajar con sistemas individuales y familiares, centrándose en la salud de los individuos y en sus recursos.

Este modelo presenta cuatro suposiciones, que son:

1. Arraigada fé en que las personas están capacitadas para crecer y cambiar, y en su capacidad de transformación.
2. Todos los seres humanos tienen recursos.
3. La familia es concebida como un sistema.
4. La persona y las concepciones del terapeuta son los elementos más importantes a su disposición⁶¹, durante el proceso de intervención.

La primera suposición, está basada en una arraigada **fé** en que las personas están capacitadas para *crecer y cambiar*, y son capaces de toda clase de transformación. En consecuencia, Virginia Satir considera que un síntoma es un indicador de la comunicación disfuncional o del cómo las reglas de la familia entorpecen la libertad de crecimiento de uno o más de sus miembros. Estas reglas proporcionan el contexto dentro del cual crecen los hijos y desarrollan su autoestima. La autoestima de los miembros, tiene un profundo efecto en el sistema familiar y la ayuda para que los integrantes individuales se sientan mejor consigo mismos, es un enfoque fundamental en la terapia familiar y en el cambio.

La segunda suposición, es que todos los seres humanos llevan consigo *todos los recursos* que necesitan para desarrollarse. El proceso terapéutico o el cambio, consiste sólo en ayudar a las personas a tener acceso y aprender a utilizar sus recursos, lo que les brinda nuevas habilidades para enfrentar diversas situaciones. En este contexto, el síntoma es nada más que un punto de partida, una explicación de cómo los individuos resuelven sus conflictos en un determinado momento. El Asistente Social debe comprender el síntoma, debido a que

contiene las claves para el mal funcionamiento de la persona o familia, aunque el foco de la terapia se encuentra en el proceso mismo que provocó el mal funcionamiento.

La tercera suposición, es que la familia es un *sistema* donde todos influyen en los demás y todos reciben influencias. La labor del terapeuta, es lograr que este concepto fundamental de sistemas cobre vida para toda la familia.

La cuarta suposición, dice que *la persona* y las concepciones del terapeuta son los elementos más importantes a su disposición.

De este modo la autora plantea que, para trabajar desde este modelo, se hace necesario que el terapeuta comparta estos cuatro supuestos. “También debe modelar la congruencia entre los miembros de la familia, pues es necesaria para todo cambio. Su capacidad para responder a los mensajes subyacentes de lo que comunican y la calidad no crítica de sus respuestas, son fundamentales: proporcionan nuevos modelos para la familia. La humanidad del terapeuta es más importante que su experiencia”⁶².

Asimismo, la autora destaca algunos compromisos que el profesional debe realizar para trabajar desde este enfoque y que guían la intervención.

“El primer compromiso es el *aprecio a la vida* en todas sus manifestaciones y la fé en que, en condiciones adecuadas, toda vida está dirigida hacia el crecimiento”⁶³.

“El segundo compromiso es la suposición de que las personas, poseen *semillas de crecimiento personal*, el paciente es responsable de sí mismo en todo momento y los interventores deben renunciar a ser salvadores de los intervenidos.

“El tercer compromiso es el aprecio a los *procesos familiares*, en sus luchas y posibilidades”⁶⁵. Este aprecio no es necesariamente amor, sino una actitud que no enjuicia dichos procesos. El profesional analiza cualquier acontecimiento desde una perspectiva multicausal, que excluye la culpa.

El cuarto compromiso “es mantenerse abierto y dispuesto a utilizar su *humanidad como herramienta terapéutica*”⁶⁶. Hay que continuar el desarrollo de la humanidad y madurez del terapeuta, quien es una persona que trabaja con personas y necesita al mismo tiempo la capacidad de comprender y amar, de mirar y escuchar.

Desde el punto de vista de Virginia Satir, para ayudar a una persona a cambiar y crecer, la reconstrucción de esa persona pasa por tres áreas:

- la comunicación.
- la confianza y autoestima.
- el uso de los sentidos.

También señala que cuando iniciamos un trabajo con una familia, tenemos que considerar algunos puntos: primero que nada que la familia no sabe cómo hacer algo distinto de lo que han estado haciendo hasta ahora. Segundo, que el terapeuta es un extraño para ellos y ellos extraños para él. Tercero, que ellos esperan del terapeuta lo que han estado recibiendo de

muchas otras personas en sus vidas anteriormente y cuarto, que las familias esperan que el terapeuta haga milagros.

Virginia Satir propone para este modelo una modalidad de evaluación del sistema familiar basado en cuatro dimensiones llamados factores claves, que son:

- Autoestima.
- Comunicación.
- Normas o reglas.
- Enlace con la sociedad.

Este esquema está orientado a la definición de familias nutricias o familias perturbadas/conflictivas. Para esta autora, cualquier familia puede ser ubicada en cualquier punto de esta escala que va desde una familia muy nutricia hasta una muy perturbada. Se pretende entonces que el profesional que trabaja con familias, pueda ubicar a la familia en cualquier punto del continuo, de modo tal de ayudar a las familias a tomar conciencia de algunas dificultades en su funcionamiento y de su posible superación. Para practicar esta evaluación, la autora se formula las siguientes preguntas:

Cada persona tiene una valoración de sí misma positiva o negativa. La cuestión es, ¿qué tipo de valoración tiene cada persona de la familia?

Cada persona se comunica. La cuestión es, ¿cómo y cuál es el resultado?

Cada persona sigue reglas. La cuestión es, ¿qué clase de reglas y cómo funcionan para cada persona?

Cada persona tiene enlace con la sociedad. La cuestión es, ¿cuáles y cómo son los resultados?

Este esquema señala lo siguiente, respecto a los tipos de familia que identifica:

“En las familias nutricias las personas tienen:

- Autoestima alta.
- Comunicación directa, clara, específica y sincera.
- Normas flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambios.
- Enlaces con la sociedad abiertos y confiados.

En las familias conflictivas las personas tienen:

- Autoestima baja.
- Comunicación indirecta, vaga y poco sincera.
- Normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables.
- Enlace temeroso, aplacante y acusador con la sociedad”⁶⁷.

Se entiende por estos factores claves lo siguiente:

1. Autoestima:

Cada persona desarrolla un sentimiento de autovaloración positivo o negativo. El sentimiento de ser valioso es esencial para la salud mental, como también lo es para el funcionamiento eficaz y para la felicidad personal. La autoestima implica autoexploración, autoconocimiento y la elaboración de una imagen positiva o concepto bueno de uno mismo.

La autora señala que la autoestima se gesta principalmente, a través de los mensajes recibidos en la infancia, en los primeros años de vida, estando directamente vinculada a la manera cómo es tratado el niño por sus padres o adultos referentes que atendieron su crianza. También depende de cómo fue tratado el niño por otros grupos de referencia importante, como compañeros, grupos de amigos, etc.

Es importante comprender que la autoestima no está concebida en este modelo como una auto-adoración o auto-veneración, ni tampoco la autoestima alta significa un estado de éxito total y constante, por el contrario, la autoestima alta también implica reconocer las limitaciones y debilidades propias y experimentar la necesidad de la complementariedad con la otra persona (Rizo 1990).

Virginia Satir termina señalando respecto al tema que:

- Cuando una persona se quiere a sí misma no lastimará, devaluará, humillará, destruirá a otros o a sí misma.
- Cuando una persona se siente bien consigo misma y se agrada, hay magníficas posibilidades que pueda enfrentar la vida desde una postura digna, sincera, de amor y fortaleza.

También señala que la autoestima puede ser remodelada a cualquier edad, el primer paso es descubrir la subestimación propia y reconocerla, luego viene la disposición para el cambio. El desarrollo de la autoimagen requiere tiempo, paciencia y el valor para afrontar cosas nuevas.

2. Comunicación:

Virginia Satir plantea que existen cinco modelos de comunicación que son utilizados por las personas y familias. Los cuatro primeros serían disfuncionales o maneras negativas de comunicarse. Estos modelos, se presentan cuando una persona responde a la tensión y a situaciones de estrés y al mismo tiempo siente que ha disminuido su autoestima. El quinto modelo o modelo nivelador, se da cuando la persona es íntegra, verdadera, en contacto con su mente, cuerpo y sentimientos. Una persona que se exprese desde este modelo tiene integridad, compromisos, sinceridad, intimidad, competencia, creatividad y la capacidad para resolver problemas verdaderos de una manera real. Estos patrones de comunicación poseen

una manifestación verbal y corporal-sonora y las discrepancias entre ambas manifestaciones producen dobles mensajes. Estos modelos son:

1. “Aplacador (minusválido): aplacar, calmar, sosegar, para que la otra persona no se enfade.
2. Culpador (agresivo): para que la otra persona lo considere fuerte.
3. Superazonable (racional): calcular, para enfrentar la amenaza como si fuera inocua, y la autoestima personal se oculta detrás de impresionantes palabras y conceptos intelectuales.
4. Irrelevante (distractor): distraer, para ignorar la amenaza actuando como si no existiera.
5. Niveladora o fluida (abierta y funcional): permite expresar opiniones y sentimientos”⁶⁸.

La autora considera estas cuatro formas de comunicación, como los medios que aprendimos durante nuestro crecimiento para sobrevivir física y emocionalmente. Estas formas merecen respeto, dice la autora, pero son formas que limitan el uso de los recursos humanos y la capacidad para construir con otras personas, son formas que incrementan la cantidad de miedo y llegan incluso a afectar la salud física de las personas.

Al analizar la comunicación en un sistema familiar, hay que estar atento a que el terapeuta también tiene un modelo de comunicación, que puede corresponder a algunos de los estilos anteriormente mencionados. También es importante destacar que los modelos, en cualquier familia, pueden presentarse intercalados, estos no siempre son puros o se dan de manera excluyente de los otros.

3. Reglas que rigen la vida familiar:

Las reglas son fuerzas vitales, dinámicas y muy influyentes en la vida familiar. Es importante analizarlas en el seno familiar, discutir las y realizar los cambios pertinentes que va requiriendo cada familia. La autora plantea que es importante tener conciencia de cuáles son las reglas que rigen nuestra vida familiar. Dichas reglas pueden ser rígidas, inhumanas, fijas, inmutables e injustas. También hay reglas que son evidentes y otras más difíciles de percibir.

Para analizar este factor clave es importante, sugiere la autora, responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las reglas de mi familia?
- ¿Qué se logra con ellas?
- ¿Qué consecuencias positivas o negativas tienen?
- ¿Qué entrabamientos y dificultades producen?
- ¿Qué cambios se pueden realizar?
- ¿Qué reglas deben desecharse?
- ¿Qué reglas nuevas se tienen que adoptar para facilitar el funcionamiento de la familia?⁶⁹.

4. Enlace con la sociedad:

La manera cómo los miembros de la familia se relacionan con otras personas e instituciones ajenas a la familia, es denominada por la autora enlace con la sociedad.

En las familias conflictivas este enlace es temeroso, desconfiado, aplacante o de culpabilización a otros fuera de la familia.

En las familias sanas o nutricias este enlace es abierto, confiado y fundamentado en las elecciones de cada quien. Los miembros de las familias nutricias participan en el afuera y comparten en el adentro.

Las familias conflictivas temen los enlaces con los grupos externos de la sociedad, son cerradas a estas experiencias o bien algunos de sus miembros son abiertos y confiados hacia fuera, pero por múltiples razones no las comparten hacia dentro del ambiente familiar.

La autora manifiesta su convencimiento de que una familia conflictiva puede convertirse en nutricia.

¿Cómo lograrlo?

1. Es necesario que los miembros reconozcan que en ocasiones la familia es conflictiva.
2. Las personas pueden darse la oportunidad para cambiar, con la conciencia que las cosas pueden ser distintas.
3. Las personas pueden tomar la determinación de cambiar algunas situaciones.
4. Las personas pueden adoptar alguna medida para iniciar el proceso de cambio ⁷⁰.

2. Rol del profesional / terapeuta:

Virginia Satir, identifica la intervención con familias como un proceso educativo, no terapéutico. De esta manera visualiza el rol del Trabajador Social como un “educador”, quien enseña y demuestra cómo aprender a percibir, responder y actuar de manera más satisfactoria. La labor terapéutica consiste en redefinir y transformar en útil la energía cautiva de la patología demostrada en un individuo o grupo familiar.

El terapeuta o el profesional es el director del proceso, lo que significa que con su experiencia ayudará a las personas a tomar decisiones sobre sus vidas y a no tomarlas por ellas.

La autora, visualiza diversas características que debe tener el profesional que interviene con familias desde este modelo. Estas son :

- Congruencia.
- Objetividad.
- Control de manifestaciones internas.
- Apoyo a los canales sensoriales.
- Capacidad de modelaje.

Habilidades terapéuticas humanas:

1. *Congruencia*: una persona congruente se encuentra en contacto con sus emociones sin importarle cuáles sean, no las juzga, no las critica, sólo las considera como un termómetro de su estado interno.

2. *Objetividad*: saber cuándo la pierde y en consecuencia también, cuándo pierde el control y el equilibrio.

3. *Capacidad para controlar sus manifestaciones internas*, postura corporal.

4. *Apoyo en sus canales sensoriales*, capacidad para ver, oír, olfatear, observar, es decir, que el terapeuta cuente con sentidos muy desarrollados.

5. *Capacidad de modelaje*, el proceso de modelaje más importante del terapeuta es el de correr el riesgo de manifestar sus sentimientos sin saber qué significan y qué respuesta recibirá de la familia. Así podrá modelar en la familia, el hecho que las emociones no son destructivas y que hay una apertura del sistema.

Debe estar atento a su capacidad de concentración, su capacidad para tomar la dirección del proceso y su intervención activa cuando se percate de fuerzas negativas en la operación.

En esencia el terapeuta debe estar dispuesto a vivir con la ambigüedad de un sistema muy dinámico y cuyas variables pueden estallar en cualquier momento.

“Primero la *humanidad* de no saber lo que es mejor para la familia. Segundo la *humildad* de aceptar las limitaciones que existen cuando debe confiar en sus propias percepciones internas”⁷¹.

3. Metodología - Etapas:

El Proceso de Validación Humana puede dividirse en tres etapas metodológicas. Estas etapas se entrecruzan, aunque cuentan con características distintas. Cada fase se manifiesta en toda la sesión y la duración de las mismas puede variar. Sin embargo, éstas caracterizan el movimiento general de la terapia.

Etapas metodológicas:

1. Establecer contacto y establecer un contrato de trabajo informal.

2. El caos, donde el terapeuta suele intervenir en el sistema familiar para modificar el “statu quo”.

3. La nueva integración.

1. Primera Etapa: Hacer contacto y establecer un contrato de trabajo informal:

La primera etapa se inicia cuando el terapeuta se reúne con la familia y termina cuando considera que ha recopilado suficiente información y establecido la confianza necesaria para proseguir con la siguiente fase.

Las familias llegan a la terapia sobre la base de algo negativo, experimentan dolor e impotencia ante uno o varios problemas y a menudo tienen sentimientos de vergüenza. Suelen mostrarse angustiados ante lo que podría ocurrir.

La primera tarea en esta etapa, consiste en lograr que los miembros de la familia se sientan cómodos y crear un sentimiento de confianza y esperanza, lo que permitirá en el largo plazo que los miembros de la familia corran los riesgos necesarios para el cambio. En esta etapa, el terapeuta realiza un papel activo en la dirección y entorno de la terapia. Demuestra así que sabe y da confianza, dirige y a la vez señala su capacidad para manejar cualquier situación peligrosa.

Se establece así una conexión humana y la autora brinda especial relevancia al tacto con las personas y familias atendidas, un apretón de mano, un beso y especial atención a cada individuo con el que se relaciona.

Durante este proceso de apertura informal, mientras se desarrolla la confianza, se reúne la información esencial para desarrollar la sesión. Aunque tal vez no se conozca aún el motivo por el cual la familia solicita ayuda, se está logrando la comprensión inicial del sistema familiar y desarrollando algunas hipótesis de cómo enfrentar la situación problema. Por la forma cómo hablan de sí, sabe qué sienten hacia ellos mismos, por la forma cómo hablan de los demás sabe si tienden a brindarse apoyo o a denigrar la autoestima de los demás y descubre la clase de problemas de comunicación que tiene la familia.

Es decir, esta etapa se caracteriza por la construcción de la aceptación y confianza entre terapeuta y familia y por la recogida de información en busca de la construcción del motivo de consulta. Virginia Satir planteaba que primero se construye un *setting* de confianza y luego se procede a conocer y clarificar la información. Esto refleja su gran hincapié de hacer de éste un encuentro principalmente humano.

Existen dos aspectos que destaca también la autora y que son variables importantes a considerar en su modelo: la comunicación y la autoestima de los miembros de la familia. Al concentrarse en estos temas, establece y explora el nivel de habilidades, de supervivencia o defensas que utiliza cada uno de los integrantes para proteger su autoestima. Necesita esta información para ayudar a cada uno de los miembros en su crecimiento y cambio.

Después de haber establecido el contacto vuelca la atención sobre el motivo de consulta. Formula preguntas sobre esperanzas, cambios o expectativas más que sobre "problemas" (como ¿cuál es el problema?, o ¿qué problemas encuentras?). Ella consultaba:

- ¿Qué esperas?
- ¿Qué es lo que quieres?

- ¿Qué te gustaría que pasara después de esta entrevista?

“El principal objetivo terapéutico de estas intervenciones, es poner de manifiesto frente a los miembros de la familia lo que ha observado, y hace explícito lo que los integrantes del grupo conocen de manera implícita”⁷² sin emitir juicios, diciendo que “es así como él ve las cosas”.

Las intervenciones de esta primera etapa, también hace que los miembros de la familia se den cuenta de que distintas personas pueden tener visiones distintas de una misma situación. Esta conciencia es importante para que puedan entender su sistema y dinámica familiar.

A veces, es esta etapa, Virginia Satir usa la técnica de la *escultura*, haciendo que los integrantes de la familia “esculpan” o participen de manera experimental en la situación, aunque esta técnica no es exclusiva de la primera etapa, proporciona abundante información diagnóstica sobre la familia. El uso de la escultura hace que varios o todos los miembros de la familia participen y ayuda a esclarecer la situación. El proceso de esculpido es dinámico, proporciona nueva información o conciencia y a menudo resulta divertido. Para Virginia Satir esta técnica era muy útil, además, porque ella valoraba mucho el humor como parte importante del proceso terapéutico y la capacidad de la familia para reír es un logro terapéutico importante.

También en esta etapa el terapeuta valora los límites de cada miembro de la familia con el fin de determinar qué riesgos puede correr durante la segunda etapa, el terapeuta debe tomar en cuenta los temores y necesidades de cada uno de los integrantes.

Finalmente se realiza un contrato de trabajo con la familia, acordando número de sesiones, monto, duración, etc. Virginia Satir, negocia el contrato cuando le parece más adecuado, dándole flexibilidad al proceso ya que a menudo en esta fase, no sabe adónde la conducirá el trabajo con la familia. Establece un contrato informal, sobre la base de la confianza, con la cual comunica a los miembros de la familia que ellos tienen el control de decidir los riesgos que deseen correr y que no se les obligará a cruzar los límites que no estén dispuestos a trascender.

2. Segunda Etapa: El Caos.

Tal como su nombre lo dice, esta segunda etapa se destaca por una confusión y desorden general. Esta etapa “se caracteriza por la disposición de uno o más miembros a entrar en un territorio desconocido”⁷³, es decir, de realizar acciones o pautas relacionales que antes no habían realizado, por ejemplo decir lo que nunca habían dicho, hacer lo que no habían hecho, etc. El logro de esta etapa, no estriba en el contenido de lo que dice la persona, sino en el “hecho de que estuvo dispuesto y pudo compartir algo que antes no podía”. El permitir analizar áreas vulnerables en la familia, anuncia la disposición de esta a realizar cambios fundamentales.

Para que algún miembro esté dispuesto a atravesar por esta experiencia, el terapeuta lo ayuda y acompaña a ir hacia aquellas áreas más protegidas y defendidas. Recordemos la insistencia de Virginia Satir de construir previamente la aceptación y confianza con cada miembro de la familia. De esta manera, la o las personas pueden expresar su dolor, rabia, ira, impotencia, etc. Al manifestar estos sentimientos, se crea un gran cantidad de angustia en las personas, que a su vez, es condición indispensable para forjar la intimidad y un ambiente de apoyo en la familia.

“El terapeuta debe ser claro, firme y decidido a ayudar a la persona a pasar este trance”⁷⁴. Manifiesta su firmeza luego de haber hecho la alianza terapéutica, en este momento hay que armonizar con los riesgos de las personas y brindar el apoyo necesario para superar el trance. Además de apoyar a la persona con quien se trabaja, el terapeuta tiene que conservar el contacto con los restantes miembros de la familia y respaldarlos y volver su atención a cualquier elemento nuevo que surja; si el terapeuta ignora esto o no está atento, continúa como si no hubiera escuchado y la familia podría suponer que no pudo resolver la situación.

“Otro elemento importante en la etapa de caos, es conservar al paciente enfocado en el presente”⁷⁵. Las personas en esta fase entran en contacto con una verdadera tormenta interior, más que con la realidad que los rodea y sus temores son reforzados por los recuerdos del pasado o la incertidumbre del futuro. La labor del terapeuta es devolverlo al presente, ayudarlo a utilizar los sentidos y prestar atención más a lo real que a lo imaginario. Este es un elemento que Virginia Satir enfatiza bastante como técnica de trabajo, centrar el análisis en el aquí y ahora.

En esta etapa también, el terapeuta tiene que tener un equilibrio perfecto entre la empatía y la firmeza, tener la paciencia infinita para encontrar otro canal y otro puente de salida al conflicto. En esta etapa además el profesional experimenta una sensación de inseguridad que puede ser muy intensa, por ello debe tener perfecto dominio de sus habilidades, pues no sabe a cuáles tendrá que recurrir, tomar decisiones rápidas y aceptar la ambigüedad de no saber hacia adónde va dirigido el proceso terapéutico.

Esta segunda etapa se caracteriza por sentimientos de desesperanza, estancamiento y a veces una incapacidad para avanzar o retroceder.

3. Tercera Etapa: Nueva Integración.

Esta tercera etapa sucede cuando se ha cerrado el tema que creó el caos de la etapa anterior. Hay una sensación de esperanza y disposición para hacer las cosas de una manera distinta y nueva. Tiene una duración variable y genera un descanso emocional en la familia, permitiéndole trabajar con el terapeuta un aspecto determinado.

La integración puede señalar el final de una sesión o servir como una pausa para iniciar un nuevo ciclo. Lo más importante de esta etapa, es la integración del tema que generó el caos anterior, es decir, la comprensión y mejoría de una situación conflictiva puntual. Esta etapa puede demarcar la necesidad de revisión de otro tema o el fin de la terapia.

Es importante destacar que la autora señala que las etapas se superponen y en la práctica no están tan bien delimitadas, a la vez no todos los miembros de la familia atraviesan por la misma etapa en un mismo momento. Es esencial que el terapeuta sepa en cuál etapa está cada uno, ya que la sesión no debe concluir antes que la familia haya tenido la posibilidad de vivir e integrar lo sucedido durante la etapa del caos. El terapeuta tiene que ver el tiempo que dispone, para decidir si pasar o no a la etapa del caos.

“El arte de la terapia se basa en conservar el equilibrio entre la dirección general de la terapia y los nuevos temas que surgen durante la misma” ⁷⁶.

Satir compara la terapia con un tejido, tomar hebras que al principio parecen sueltas y que luego adoptan un diseño lógico. “Así, un pensamiento o una hebra expresada por un miembro de la familia, es expandido al utilizar los aportes de los miembros restantes, una hebra suelta puede retomarse después, la aparente inconexión a la larga se manifiesta en un nuevo diseño” ⁷⁷.

Pasos para el proceso terapéutico:

1. El primer paso es la experiencia de la confianza, desarrollar la confianza.
2. El segundo paso es la capacidad de indagar en los temas conflictivos. Con este paso se introduce un nuevo entendimiento.
3. El tercer paso consiste en la aplicación de este nuevo entendimiento.
4. En el último paso sólo resta la oportunidad de practicar estos nuevos comportamientos.

4. Técnicas

En su modelo la autora enuncia y describe numerosas técnicas de gran utilidad. Ella define el término técnica como “una forma de realizar una actividad específica para satisfacer una necesidad emergente en una persona o grupo en ese momento” ⁷⁸. La ventaja de utilizar técnicas y ejercicios, es que las actividades experimentales maximizan al aprendizaje de los participantes y su capacidad para utilizar este aprendizaje en el proceso de cambio. Para que las técnicas tengan significación deben ser hechas en la medida de la situación, de lo contrario, no se pueden utilizar. Hay que ser flexible con el uso de ellas, igualmente “hay que ser flexible hacia el resultado, que a menudo, es imprevisible, cualquiera sea el objetivo al iniciar el tratamiento, es necesario que el terapeuta esté preparado para cualquiera que sea el resultado de su intervención” ⁷⁹.

En esta matriz, sólo se enunciarán las técnicas: ⁸⁰

- Escultura.
- Rol playing.
- Proporcionando alternativas positivas.
- Resignificando comportamientos y percepciones.
- Acción.
- Asociación, disociación.
- Expresividad.
- Humor.
- Cambio referencial.
- Amplificando sentimientos y comportamientos positivos e interrumpiendo comunicación destructiva.
- Identificando creencias limitantes y desafiándolas.
- Postulado conversacional.
- Patrones específicos para ayudar al cambio de las personas: presuposiciones, señalar comandos (mandatos), acoplar, uso de generalidades, cambio de predicado temporal, distinciones entre la percepción y la realidad.

5. Problema:

Para Virginia Satir, sin importar cuál es el problema que condujo a la familia a consultar, o su incapacidad para resolver conflictos, existen cuatro factores claves que son imprescindibles de revisar. Estos son:

- La autoestima.
- La comunicación.
- Las reglas familiares, y
- El enlace con la sociedad.

Su revisión cobra importancia, debido a que la autora plantea que, habitualmente, las familias perturbadas presentan problemas en todos estos cuatro factores. Se plantea, además, que las familias aprenden a desarrollar estas áreas. Gran parte del trabajo que realizaba Virginia Satir con las familias, se centraba en estos aspectos claves.

5.1.8. Vesna Tomic

Vesna Tomic O.: Trabajadora Social y Terapeuta Familiar Chilena. Docente de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es importante destacar que esta docente fue incluida junto a las otras autoras extranjeras estudiadas por el gran aporte que realiza en el artículo revisado.

Artículo revisado:

“Consideraciones generales acerca de intervención familiar en Trabajo Social”, artículo en Revista de la Asociación Nacional de Asistentes Sociales del Poder Judicial. 70 años del Trabajo Social en Chile e Iberoamérica 1925-1975.

1. Marco teórico o supuestos teóricos :

La autora en su artículo “Consideraciones generales acerca de intervención familiar en Trabajo Social”, realiza algunas reflexiones en torno al tema y plantea un modelo de trabajo para la intervención con familias. Destacamos a esta Trabajadora Social chilena, como una de las pocas profesionales que han sistematizado respecto al tema.

Se describe al objeto de intervención familiar, como la relación que existe al surgir una necesidad entre los sujetos sociales/Instituciones sociales (portadores de recursos satisfactorios) y los sujetos sociales/ Instituciones sociales (portadores de necesidades o carencias). Desde este enfoque, se sitúa al Trabajador Social como un intermediario entre estos dos espacios. El carácter de intermediario, va a depender de algunas consideraciones:

- El problema que motiva cada intervención.
- Los objetivos específicos que pretende lograr con relación al problema.
- El espacio social en que se desarrolla la intervención.

Si se sitúa en el espacio social de la familia, se podría definir lo siguiente:

- **El problema que motiva la intervención** puede ser interno a la familia (procesual/estructural) y/o externo (dificultad en el vínculo con las redes sociales).
- **Los objetivos específicos** podrían ser intermediar en la relación de ayuda en el ámbito interno, dentro del sistema familiar cliente, donde los sujetos portadores de recursos son los mismos, y a nivel externo, donde los sujetos portadores de recursos pueden ser otros sujetos o instituciones que integran la red social. Estos objetivos dan origen a lo que la autora denomina metodología de Trabajo Social Directo e Indirecto.

Es importante tener en cuenta que generalmente el Trabajador Social trabaja conjuntamente e integralmente con los dos tipos de objetivos.

La autora destaca que “los dos pilares centrales de la intervención del Trabajo Social con familias, son la modificación de las interacciones familiares y la mediación con las redes sociales de apoyo” ⁸¹.

Se destaca que en la intervención familiar se dan dos ciclos importantes de considerar:

Procesual: desarrollado por el sistema cliente y compuesto por cuatro etapas que éste vive

:

1. Conocimiento del problema.
2. Reflexión.
3. Decisión del cambio.
4. Acción para el cambio.

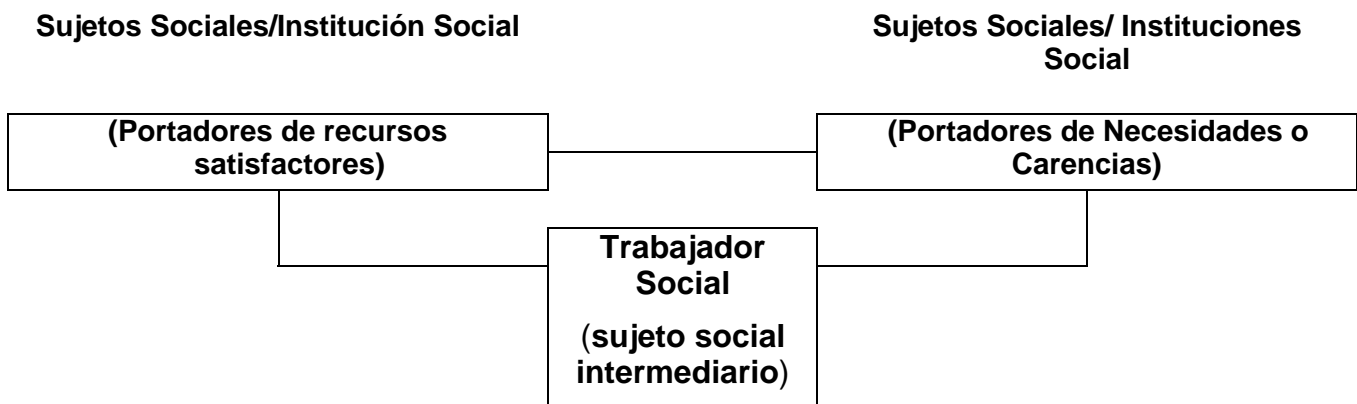
Metodológico: desarrollado por el sistema profesional y consta a su vez de cuatro etapas:

1. Estudio o diagnóstico de la situación.
2. Interpretación del problema frente al marco de referencia.
3. Intervención planificada.
4. Evaluación.

Las etapas de ambos ciclos no se confunden, el ciclo metodológico se repite varias veces en cada etapa del ciclo procesual.

2. Rol del profesional / terapeuta

La autora destaca el rol del Trabajador Social como intermediario, dada su ubicación y nexo entre dos instancias fundamentales, que son:



3. Metodología - Etapas:

Como ya se había señalado anteriormente, la autora señala que el Trabajador Social interviene en dos niveles: uno interno, que tiende a modificar las pautas familiares que originan el problema y uno externo, provocando el establecimiento de un vínculo adecuado entre la familia y su entorno, es decir, una conexión fluida entre la familia y las redes sociales.

Intervenciones Directas: en que actúa sobre problemas y dificultades internas del sistema cliente.

Intervenciones Indirectas: en que actúa sobre problemas o situaciones externas al sistema cliente.

Identifica las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, como las etapas que atraviesan dichas intervenciones.

Otro aspecto importante que se destaca en este artículo, es que la autora plantea que “la naturalidad de estas interacciones surge en el ambiente cotidiano de la familia, vale decir en su propia casa”⁸², refiriéndose a la idea que si se desea realizar una efectiva y permanente intervención, debería hacerlo en el ambiente más natural de la familia. En ese sentido se reconoce al Trabajador Social como un profesional, que se encuentra en una posición más ventajosa que otros, por su posibilidad de entrar en el ambiente más natural de la familia: su casa, a través de la Visita Domiciliaria.

Se destaca como elemento importante a considerar, que el profesional tiene que alcanzar su objetivo, propuesto en la intervención, a través de un “*cambio planificado*”. Dicho cambio tiene las siguientes etapas:

- a) Desarrollo de conciencia y deseo de cambio que surge en el sistema cliente.
- b) Establecimiento de una relación de cambio entre Trabajador Social y cliente.
- c) El movimiento de dirección de cambio. En esta fase el Trabajador Social:
 - Clarifica o diagnostica al sistema cliente para que él también lo haga.
 - Apoya al sistema cliente para que examine los caminos.
 - Refuerza este sistema para que haga efectivamente un cambio.
- d) El Trabajador Social realiza acciones para la estabilización del cambio planteado.
- e) El Trabajador Social realiza acciones para concluir la relación de ayuda.

El cambio planificado se realiza a través de modelos de intervención, que utilizan determinadas técnicas”⁸³.

Modelo de intervención:

El modelo de intervención que desarrolla, plantea como requisito el establecimiento de un vínculo con la familia y la mantención de una mirada global de su realidad, lo que se traduce en mirar a cada uno de sus miembros en su individualidad y la interrelación que mantienen entre ellos y el entorno.

Para esto se trabaja con:

- Fuerzas y recursos internos de la familia.
- Fuerzas y recursos externos de la familia.

3. Metodología - Etapas:

1. *Pre-diagnóstico*: Consiste en seleccionar y organizar la información disponible para efectuar un diagnóstico familiar más acertado. Esto se realiza a través de la revisión de fichas de las distintas Instituciones que han tenido contacto con el caso.

2. *Primera entrevista*: En esta etapa se realiza un diagnóstico propiamente tal de la familia, y se relaciona la percepción familiar sobre el problema, las hipótesis profesionales del problema y el prediagnóstico. Esto se realiza con todos los miembros de la familia y se estipula el plazo de tratamiento. Para la primera entrevista, la autora sugiere las siguientes etapas basadas en Haley:

- Fase social.
- Fase de reformulación del problema.
- Fase de cierre.

3. *Sesiones de tratamiento de la problemática familiar*: Estas sesiones se realizan por medio de entrevistas preferentemente en el hogar de la familia. Se trabaja en un problema o tema detectado, a través de la profundización del análisis de los miembros de la familia y definiendo tareas para enfrentarlo. También se esboza el tema de la próxima sesión. Se sugiere trabajar un problema a la vez y llevar el registro de la sesión.

4. *Fase de cierre*: En esta fase se trata de realizar una evaluación con la familia de los cambios logrados y de los beneficios de éstos sobre la solución del síntoma. Se propone seguimiento si se requiere.

4. Técnicas:

La autora define las técnicas como herramientas conducentes a un fin determinado. En el artículo, se describen diversas técnicas para el trabajo con familias, sólo se enuncian las técnicas que la autora recopila del Terapeuta Familiar Salvador Minuchin ⁸⁴.

Técnicas para abordar el sistema:

- Coparticipación
- Conformación o connotación positiva
- Rastreo
- Posición de especialista

Técnicas para la etapa de tratamiento:

a. Reencuadramiento

- Escenificación
- Enfoque

- Intensidad
- Repetición del mensaje
- Repetición de interacciones isomórficas
- Modificación del tiempo
- Cambio de la distancia
- Resistencias a la presión familiar

b. Reestructuración

- Fijación de fronteras
- Desequilibramiento
- Complementariedad

c. Realidades

- Constructos cognitivos
- Lados fuertes o aportes de la familia

5. Problema:

La autora plantea que desde este enfoque se podrían suscitar dos tipos de problemas generadores de intervención en el ámbito familiar, problemas internos de la familia a nivel de sus interacciones y problemas externos a la familia, en el ámbito de sus redes y contexto social.

5.1.9 Marianne Walters

Marianne Walters: Trabajadora Social y Terapeuta Familiar estadounidense. Supervisora. Coautora del libro “ Red Invisible “ por lo cual recibió junto a las otras autoras el premio Afta, en 1986. Es importante destacar que esta autora fue incluida dado el gran aporte que realiza a la Terapia Familiar desde la perspectiva del género.

Bibliografía revisada

“La Red Invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares”

1. Marco teórico o supuestos teóricos:

Un concepto esencial para la organización familiar patriarcal es el de “complementariedad de los roles” en donde las tareas instrumentales, como las de ganar dinero a través del trabajo, corresponden a los hombres y las tareas emocionales como fomentar, crear y mantener las relaciones, y criar a los hijos, a las mujeres. En este modelo la organización del poder está basado en la jerarquía masculina. Las autoras, frente a este modelo, postulan un modelo feminista de la familia, caracterizado por la “*simetría de los roles*”⁸⁵, en donde ambos padres desempeñan tareas tanto instrumentales como expresivas, en lo laboral y en lo afectivo. Este modelo refleja un criterio igualitario del poder entre el varón y la mujer y un enfoque más democrático y consensual de la crianza de los hijos.

Para mantener esta actitud más neutral se han creado algunos principios que son los siguientes:

1. No centrar el tratamiento en el individuo distante.
2. Siempre intervenir primero con el sobrefuncionador o el hiperresponsable.
3. La relación intrincada debe ser resuelta antes de que el individuo distante pueda participar.
4. Comenzar siempre con el individuo más accesible al cambio”⁸⁶.

De esta manera se pretende atender a la idea de no caer o intervenir enjuiciado por las características asociadas al género. El problema no lo constituyen las técnicas que promueven ésto, sino el paradigma sexista al cual responden.

2. Rol del terapeuta:

La esencia del trabajo clínico feminista radica en las actitudes del terapeuta hacia el género y en su sensibilidad a la repercusión diferencial de todas las intervenciones. El buen trabajo clínico debe incluir el reconocimiento del factor fundamental que es la socialización basada en el género del paciente.

3. Metodología:

a. Primera fase: definición de un marco de referencia feminista.

b. Segunda fase: Examen de la teoría de sistemas y de cómo se la utiliza para poner en desventaja a las mujeres.

Conceptos básicos de Terapia Familiar necesarios para analizar el modelo patriarcal:

- Fusión y distancia
- Reciprocidad
- Complementariedad
- Jerarquía
- Fronteras
- Triángulos
- Función del síntoma

c. Tercera fase: Diseño de intervenciones feministas.

Esta tercera fase consiste en corregir y adaptar las intervenciones sistémicas tradicionales de modo de tomar en cuenta el género. El trabajo correspondiente se centra en:

- articular formulaciones y técnicas feministas
- proponer adaptaciones y correcciones feministas para las intervenciones tradicionales.

La base de una intervención feminista es una conceptualización feminista del problema ⁸⁷.

1. Identificación del mensaje y las construcciones sociales basadas en el género que condicionan la conducta y los roles según el sexo.
2. Reconocimiento de las limitaciones reales del acceso femenino a los recursos sociales y económicos.
3. Apercibimiento de un modo de pensar sexista que restringe las opciones de las mujeres de dirigir sus propias vidas.
4. Reconocimiento de que las mujeres han sido socializadas para asumir la responsabilidad primordial por las relaciones familiares.
5. Reconocimiento de los dilemas y conflictos de tener y criar hijos en nuestra sociedad.
6. Apercibimiento de ciertos patrones que dividen a las mujeres en las familias, en tanto buscan adquirir poder a través de las relaciones con los hombres.
7. Afirmación de los valores y conductas característicos de las mujeres, como la vinculación, la afectuosidad y la emotividad.
8. Reconocimiento y aprobación de las posibilidades para las mujeres fuera del matrimonio y la familia.
9. Reconocimiento del principio básico de que ninguna intervención es prescindente del género y que toda intervención tendrá un significado diferente y especial para cada sexo.

4. Técnicas:

– Cuestionamiento Circular

5. Problema:

El problema se centra en que la Teoría General de Sistemas ha sido concebida desde una visión patriarcal, no considerando la visión matriarcal de las relaciones familiares.

5.2. El Trabajo Social con Familias chileno: lo que dijeron los Trabajadores Sociales entrevistados y aportes de la mesa de discusión.

Como ya se señaló en la metodología, se entrevistó a trece profesionales que están vinculados al Trabajo Social con familias, ya sea por ser docentes de las Universidades, por estar interviniendo en el ámbito del Trabajo Social Familiar, o por ser terapeutas familiares. No todos los profesionales se refirieron a todos los temas generadores de análisis. Algunos no los consideraron; o dieron mayor énfasis a otros e incluso desarrollaron nuevos temas. Con la información recopilada en las entrevistas y las opiniones vertidas en la mesa de discusión, se elaboraron cuadros con los temas tratados, sin individualizar cada caso, con respuestas textuales y el vocabulario técnico habitual que manejan estos profesionales.

Cuadro N°1

¿Cuál es la diferencia entre el Trabajo Social Familiar y la terapia familiar?
La diferencia lo da el "feeling" el conocimiento y la técnica que faltan y que no se tiene.
Son epistemologías diferentes. Lo propio del Trabajo Social es el Caso Social individual familiar, barnizado con la epistemología sistémica.
El Caso Social era familiar y luego con el tratamiento se perdió y se enfocó sólo en el individuo.
La demanda es la que hace que trabajes en Terapia Familiar o en Trabajo Social Familiar. Si esta demanda es relacional es Terapia Familiar.
El Trabajo Social Familiar siempre considera el contexto y la cotidianeidad.
Nosotros somos los expertos en familia, tradicionalmente lo hemos sido.
La diferencia principal está en que el Trabajo Social no puede separarse, en términos de la intervención con familias, de algo que es la construcción de la realidad, mirando simultáneamente la realidad interna del sujeto y familia y su realidad externa.
Caso Social pasa a ser Terapia Familiar si se le pone una mirada sistémica.

A la luz de este cuadro se puede señalar, en primer lugar, que no todos los entrevistados dan una respuesta a esta pregunta. Dos profesionales coinciden en que hay que incorporarle una mirada sistémica al Caso Social Individual Familiar. Otro de los entrevistados enfatiza diciendo que en la práctica se da la diferencia y, por lo tanto, se plantea la necesidad de capacitarse y perfeccionarse para trabajar en terapia familiar. Se señala igualmente, una diferencia que si se considera la cotidianeidad y el contexto, además de los aspectos relacionales, sería un Trabajo Social Familiar. La diferencia estaría determinada en que la terapia familiar sólo se refiere a los aspectos de la relación y en cambio el Trabajo Social Familiar abarcaría los aspectos de la vida cotidiana.

Por último, se señala y se reafirma que los Trabajadores Sociales han sido desde siempre los expertos en familia, relacionándolo con la evolución histórica de la profesión y del método de Trabajo Social Individual Familiar.

Cuadro Nº2

¿Con qué modelo se trabaja o se debería trabajar en Trabajo Social Familiar?
Modelo ecológico. Yo entiendo el Trabajo Social con familia desde una perspectiva ecológica; una perspectiva en que incluyes a la persona y a la familia dentro de diferentes contextos, desde lo micro hasta lo macro, en que no solamente está incluida como una escala, sino como un todo.
El modelo estructural, pero con cierta flexibilidad.
Interviniendo desde las Políticas Sociales. Si es Trabajo Social y es terapéutico, pero además está metido dentro de las políticas sociales en programas sociales que se hace terapia.
Considerando los lenguajes propios de las familias. Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y de significado. En cada familia la comunicación define la organización. Así, hay que conocer el sistema lingüístico de la familia.
Me formé en el modelo psicodinámico, en la clínica psiquiátrica universitaria de la Universidad de Chile, luego incorporé lo sistémico.
El modelo Psicosocial. Me he definido como un Trabajador Social psicosocial.
El modelo del ciclo vital, teniendo presente las crisis normativas y no normativas.
Los factores residentes, es decir, no quedarnos con la concepción de que la familia está en crisis, sino que ¿qué factores a esas u otras familias les permite salir de esas crisis. ¿Cuáles son los gradientes en el fondo, que tiene estas familias para regenerarse y reconstruirse?.
La intervención en el entorno, donde el Trabajador Social se mueve como "dueño y conecedor" de un territorio, área o comunidad determinada.
Intervención en red, dando a conocer, creando nuevas redes, educando para el uso de las redes sociales.
El modelo Sistémico de Trabajo Social Individual Familiar, sin descuidar el enfoque sociológico de la familia y su comportamiento sociogeográfico.
El modelo de Virginia Satir, incorporándole la Visita Domiciliaria.

En este cuadro se puede apreciar que hay una gran diversidad en el uso de los modelos por parte de los entrevistados. Algunos utilizaban dos o más modelos, dependiendo de la demanda de las familias, del contexto institucional en que se encontraban y de su propia formación. En general, expresaban su opinión diciendo que habían pasado por momentos diferentes durante su ejercicio profesional que los habían llevado a aplicar diferentes modelos, en distintos momentos históricos y en diferentes instituciones en que habían trabajado.

Cada uno utilizaba su propio modelo adaptado o combinado de varias teorías y técnicas.

Esta disparidad en el uso de los modelos implica, por un lado, una apertura a experimentar y conocer nuevas formas de intervención y, por otro lado, podría significar una tendencia a utilizar el modelo o los modelos bajo los cuales se formaron los entrevistados.

Cuadro N°3

¿Qué técnicas se están usando en Trabajo Social Familiar?
La Visita Domiciliaria.
Las entrevistas familiares e individuales.
Todas las técnicas de Minuchin (que se señalaron en los marcos teóricos de los autores).
El seguimiento, que incluye en algunos casos las llamadas telefónicas, como un control y para mantenerse en contacto en el período de cierre.
La familia simulada (técnica de Virginia Satir).
Los genogramas
Las fotografías familiares.
Las técnicas de Virginia Satir, más la Visita Domiciliaria.

Igualmente, en el uso de las técnicas nos encontramos con una gran diversidad por parte de los entrevistados. Destacan en las entrevistas que cualquier técnica que se use en el trabajo con familias debe ser bien conocida por el profesional, debe sentirse cómodo con ella, y que toda técnica está relacionada directamente con el objetivo de la intervención. Uno de los entrevistados señala el uso de la técnica del seguimiento en la fase final del proceso metodológico. El resto de los entrevistados no hace mención a las fases metodológicas.

Hay que volver a señalar que no todos los entrevistados estaban directamente trabajando con familias. Algunos sólo estaban dedicados a la docencia de cátedras o práctica, pero provenían del campo de la intervención.

Cuadro N°4

¿Rol del Trabajador Social en el trabajo con familias?
Mediador que genera opciones para nuevos acuerdos.
Capacitador para poder volver a enfrentar las problemáticas en forma autónoma.
No está definido, es una eterna historia.
Coordinador y gestor de relaciones.
Depende del área problema.
El rol está dado por el contexto del trabajo.
Entregado por los usuarios, por la familia.
Definido por la relación con el contexto y la situación geográfica.
Definido por los criterios económicos, de eficiencia que prevalecen y el trabajo con familias que se desarrolla. Este tipo de variables impiden profundizar en un trabajo con mayor detención, con mayor secuencialidad, como se requeriría en un trabajo con familias más profundo.
El rol es una paradoja entre lo que queremos formar y lo que nos exigen afuera que es

solucionar.
Derivación de acuerdo a la demanda que se hace, por otro lado con el miedo a intervenir
Acogida, hay mucha gente trabajando en ese rol.

Respecto del rol del Trabajador Social en el trabajo con familias se puede señalar que hay gran diversidad de opiniones. Se sostiene que éste no está definido. Tal indefinición se relaciona directamente con la duda tradicional e histórica acerca del rol del Trabajador Social.

Es importante señalar que varios entrevistados dicen que el rol está dado por el contexto, refiriéndose a la institución empleadora; por los usuarios; por la relación con el contexto, en este sentido cómo se mueve en un territorio geográfico, cómo se “adueña” de un sector determinado un Trabajador Social. Se podría deducir que el rol estaría asociado a factores personales del profesional. Básicamente, el rol lo ha ido definiendo la familia, dice otro de los entrevistados, porque es a los Trabajadores Sociales a quienes se acercan las familias y la comunidad en general. Se vincula con que el Trabajador Social es un profesional de choque, de primera línea, con quien es fácil contactarse o acudir.

En la mayoría de estas respuestas se observa que el rol está determinado por terceros ajenos al profesional: las instituciones, el contexto, los clientes. Históricamente nos han entregado un rol de benefactor, coordinador, gestor de recursos. Por otro lado está la propuesta del Trabajo Social para alcanzar otros niveles de intervención, como es la terapia familiar. Frente a esto, se presenta la paradoja de lo solicitado por los usuarios y la formación de Trabajo Social en la Universidad, que presenta un rol promocional y nos solicitan un rol asistencial.

Cuadro N°5

¿Qué habilidades se requieren o se emplean en el Trabajo Social Familiar?
Para meterse en las necesidades de las personas.
Una actitud exenta de juicio.
Flexibilidad, muy espontáneo y muy suelto.
Capacidad para moverse en diferentes espacios...para desplazarse por el territorio.
Habilidades cognitivas, con una capacidad intelectual que le permita enfrentar situaciones problemáticas que le signifiquen pensar y pensar adecuadamente en cómo resolverlas, porque con eso es lo que trabajamos, no con computadores.
Habilidades afectivas.
Saber potencializar a la familia como recurso.
Habilidad para haber trabajado su propia historia personal, para ver que cuando una familia le trae un dolor, cómo le duele, para sentir todas las carencias, si las ha superado, etc.
Relacionar lo que está viendo y ocurriendo con la teoría, con lo que ha leído, con lo que se ha discutido en el equipo.
Habilidad para distinguir en qué momento hay que abordar un problema como familia y en qué momento no hay que abordarlo como familia.
Habilidad para conocerse. Saber cuánto de mi familia estoy poniendo en el otro.
Entender el significado desde el lenguaje de los otros.

Se comprende que las habilidades cognitivas y afectivas se van desarrollando y, tanto la práctica profesional, como la formación teórica contribuyen al desarrollo de ellas. Se destaca en este cuadro que hay habilidades interpersonales y habilidades cognitivas básicas que debería tener un Trabajador Social para intervenir con familias, como son el autoconocimiento y haber trabajado su propia realidad familiar.

Hay supuestos en la definición de estas habilidades, como el estar integrado a un equipo de trabajo. Esto vincula directamente el trabajo con familias con un equipo profesional. Le resta individualidad y vela así por la mejor calidad de la atención de las familias.

Cuadro N°6

¿Qué formación se requiere para el Trabajo Social Familiar?
En el ámbito ético: conocer y aplicar los principios del Trabajo Social. Es imposible no vincular lo ético con el trabajo con familias.
Supervisión permanente, como proceso de formación tanto directa como indirecta.
Trabajo en equipo. Ser capaz de integrarse a un equipo multidisciplinario donde se va a validar la posibilidad de intervenir o de delegar en algunas áreas al Trabajador Social.
Cambio epistemológico desde lo lineal a lo sistémico, que nos haga mirar a la familia desde la óptica sistémica.
Intensificación de la Teoría de Sistemas.
Conocer y trabajar su propia realidad familiar. Cómo resuelvo mis crisis, mis problemas. Cuando uno no logra ponerse en el mismo nivel de la familia y no logras conocer cómo tu propia historia está influyendo en los diagnósticos y en la intervención que uno hace.
Depende de lo que signifique trabajar con familias ¿Es para hacer qué? ¿Para intervenir en qué? Tiene que ver básicamente con nuestra intervención social. Nosotros somos interventores. Además yo le agregaría una cosa. Es hoy trabajar con familias y mañana, con qué familia, o sea, la formación tiene que estar en permanente evolución. Hay que definir muy bien cuál es el perfil a intervenir, con quién.
Una especialización permanente.

Hay un consenso entre los entrevistados que, para el Trabajo Social Familiar se requiere una formación adicional a la que se entrega en el pregrado en las Universidades e Institutos.

Se destaca la trascendencia de la ética, la importancia de haber trabajado la propia realidad familiar, ya que al trabajar con familias se remueven en el profesional numerosos procesos de su propia experiencia. Lo anterior puede provocar dificultades a los profesionales que no han resuelto sus conflictos en relación a sus propias familias de origen, o que pueden tener expectativas irreales acerca del funcionamiento de las familias. Así, es importante que pueda

conocer sus propios sentimientos y experiencias en relación a su familia y pueda separarlos de los de las familias que atiende.

Se plantea la necesidad de una especialización y formación permanente. Igualmente hay que tener en cuenta la evolución de los tipos de familias, las nuevas realidades familiares y los cambios que en ellas ocurren.

Se menciona la necesidad de intensificar la teoría de sistemas, como importante para la formación. Esto llevaría a un cambio del pensamiento lineal al sistémico.

Definir que la familia hoy es una, y mañana va a ser diferente. Está en permanente cambio y esto requiere apertura.

Cuadro N°7

¿La supervisión?
Es la metodología de crecimiento y de desarrollo. Se ha ido perdiendo dentro de la profesión.
En la supervisión yo tengo que ser capaz de recibir la crítica, de hacerme una autocrítica, de que interrumpan por citófono, que me sugieran, que me hagan darme cuenta cómo estoy poniendo a mi familia o mi conflicto en mi intervención.
Conocerse a sí mismo y elaborarse por medio de la supervisión, es instrumentalizarse.
Es el espacio para poder trabajar las situaciones en las relaciones profesionales.
Se requiere una supervisión permanente.
La supervisión está vinculada con la ética.
Sirve para trabajar la relación de ayuda.

Se destaca la supervisión como una herramienta de formación por un lado y, por otro, como indispensable y permanente para la metodología del Trabajo Social Familiar. Es una doble herramienta. Una herramienta de crecimiento y desarrollo personal y al mismo tiempo un espacio para el “autocuidado” cuando se trabaja en la relación de ayuda y en las relaciones profesionales.

También se sostiene que es una práctica que se ha ido perdiendo en el Trabajo Social, por razones de índole económica, como justificar su alto costo, o por no destinar horarios dentro de la jornada de trabajo para la supervisión.

Otro entrevistado la destacó por su vinculación permanente con la ética.

No todos los entrevistados contaban con supervisor en forma individual o en el equipo de trabajo. Algunos docentes eran supervisores de práctica.

VI. MODELO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

6.1. Introducción

Para el Trabajo Social, la familia es una de las áreas principales de intervención, constituyéndose como se ha dicho, en la modalidad de intervención más antigua del Trabajo Social y siendo esta una intervención en un sistema natural.

La familia es una institución cuya universalidad es transcultural, y ha sufrido innumerables cambios a través de la historia, sin embargo, es un testimonio de fortaleza y vitalidad. Ha sido afectada tanto en su estructura, como en sus funciones. En relación a su estructura, hoy coexisten distintos tipos de familia; desde la nuclear, donde padre y madre se hacen cargo de la crianza de los hijos, la monoparental, familia de un progenitor, familia simultánea o mixta, familia institucional donde un grupo de adultos se hacen cargo de niños, como es el caso de los funcionarios de hogares de menores, hasta las familias de los abuelos que viven con sus nietos, etc. En la actualidad las familias tienen múltiples configuraciones.

Estos distintos tipos de ser familia, están sometidos a grandes presiones y demandas, mayores que en casi toda la historia. Además de sus funciones de reproducción y de socialización, aún tiene que seguir jugando un papel económico fundamental. Aparte de ser un espacio de amor, de afecto, hoy día es, quizás, el espacio más importante de pertenencia real del ser humano en donde se vive la intimidad.

Estas múltiples exigencias a la familia, se traducen en situaciones de riesgo o conflicto familiar, y es aquí donde se visualiza la intervención del Trabajo Social. Este puede desarrollar una gran cantidad de acciones, que se traducen en intervenciones de promoción, prevención y tratamiento de problemas relacionados, tanto con la vida al interior y exterior de las familias.

Las intervenciones orientadas a la promoción y prevención pretenden generalmente promover estilos de vida que permitan el desarrollo adecuado de cada uno de los miembros de una familia y de la familia en su totalidad, de manera previa a la aparición de un problema o patología. Las acciones orientadas al tratamiento de una familia, una vez que ya ha aparecido el problema o patología, pretenden generar al interior de ellos, estilos de relaciones más armónicas y hacia el exterior, la búsqueda y conformación de redes sociales de apoyo.

Los problemas anteriormente enunciados se traducen en los motivos de consulta social por los cuales llegan los “usuarios”, “beneficiarios” o “familias” a consultar al Trabajador Social. Estos se presentan como problemas de relaciones entre la pareja, problemas de relaciones entre un padre y su hija, sintomatología por el duelo de un pariente, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, dificultades en el manejo de un pre-escolar o un adolescente, embarazo precoz, drogodependencia en uno o más miembros de la familia o problemas relacionados

con el contexto de la familia, pobreza, marginalidad, cesantía, problemas educacionales, de participación, etc.

No siempre que una familia llega a consultar viene por su propia iniciativa. De este modo encontramos aproximadamente tres tipos de familias que acuden al Trabajador Social:

a) *Familia que demanda ayuda*: Una familia que acude a consultar motivada por la percepción y conciencia que posee una situación problema con el interés de cambiarla.

b) *Familia a la que se propone ayuda*: A diferencia de la anterior, el Trabajador Social se enfrenta a familias que acuden generalmente planteando situaciones diversas y con una débil o difusa conciencia de una situación problema. A este tipo de familias generalmente se les ofrece ayuda.

c) *Familia a la que se exige un cambio*: En este caso, se le exige a la familia que mejore sus condiciones de vida y especialmente la de los hijos. En este caso el contexto de intervención es diferente, el Trabajador Social se sitúa principalmente en un contexto de control, de lo contrario, si la familia no modifica ciertas condiciones, se adoptan, por ejemplo, medidas de protección para los niños inhabilitando temporalmente a los padres en su función parental, proporcionándoles tratamiento para mejorar esta función.

El modelo que a continuación se presenta, pretende contribuir y sistematizar una metodología de trabajo para el primer tipo de familia, *la familia que demanda ayuda, para atender desde el Trabajo Social aquellos problemas que surgen al interior de las familias, principalmente los problemas en torno a las relaciones familiares*. Este modelo, al centrar la mirada específica en esta área de intervención, no deja de considerar el contexto social o macro social que rodea a la familia, por el contrario, el Trabajador Social siempre interviene en estas dos dimensiones.

La ausencia de bibliografía y sistematizaciones en torno al tema de la intervención del Trabajo Social en las relaciones familiares, genera la necesidad de proponer y sistematizar un modelo de intervención propio del y para el Trabajo Social.

6.2. Supuestos teóricos que orientan el modelo

6.2.1 Primer supuesto: Dialéctica individuo-sociedad

El primer supuesto se basa en la idea que el objeto principal de intervención del Trabajo Social es el ser humano, quien crece y se desarrolla en dos dimensiones; la **individual**, como un ser que vive procesos de individuación a lo largo de su ciclo vital y la **social**, como ser que necesita un medio y un contexto con el cual relacionarse. Estas dos dimensiones se encuentran al interior de la familia, en ella los miembros demandan y requieren transformarse en individuos adultos y autónomos, y al mismo tiempo, se van creando las habilidades interpersonales y sociales que se requieren para una relación y convivencia con el medio más amplio que rodea a la familia, los grupos de pares, la escuela, los vecinos, la comunidad.

De este modo, si centramos la atención en la familia y en los problemas que la aquejan, tendremos dos dimensiones que considerar: **una dimensión o contexto familiar interno**, que proviene del individuo y sus relaciones individuales y familiares y **una dimensión o contexto familiar externo**, que proviene de la relación que establece el individuo y la familia, con su contexto macro social.

Estas dos dimensiones han dado origen a lo que en Trabajo Social se denomina **Trabajo Social Directo**, el que se centra en la persona o familia que demanda la atención y consiste en que, por medio de la relación de ayuda, se desarrolle en la familia una comprensión de la situación problema, y el **Trabajo Social Indirecto**, centrado en el ambiente exterior de la familia que opera mediante la modificación del medio.

De este modo al intervenir con familias, existirían siempre dos contextos posibles de intervención, el directo y el indirecto.

6.2.2. Segundo supuesto: Teoría General de Sistemas

El segundo supuesto apunta a destacar a la **Teoría General de Sistemas** como una teoría útil (entre otras) para el análisis y práctica del Trabajo Social. Esta idea se fundamenta en el hecho que, al trabajar con familias desde el Trabajo Social, siempre se tienen que considerar todos los sistemas que se encuentran relacionados con la familia que está siendo atendida, es decir, los subsistemas, sistemas y suprasistemas significativos respecto a la situación problema.

La Teoría General de Sistemas, con su aporte teórico que promueve una manera de entender la sociedad y el funcionamiento familiar desde una óptica de causación circular, relacional e interaccional, proporciona un marco teórico que brinda al Trabajador Social una mirada más globalizadora, necesaria para la consideración de los dos contextos anteriormente descritos y de la multifactorialidad de los problemas que aquejan a las familias beneficiarias de los Servicios Sociales. La Teoría General de Sistemas “propone la hipótesis de una circularidad de la influencia entre los elementos del complejo sistema en el cual el individuo o el grupo se sitúa como ‘uno’ de los elementos. El Asistente Social no entra en relación con un individuo, sino con un sistema más o menos complejo, más o menos articulado en subsistemas, y se convierte en uno de los elementos que interactúan con los demás”⁸⁸.

La Teoría General de Sistemas sería una teoría útil para el análisis y práctica del Trabajo Social Familiar.

6.2.3. Tercer supuesto: La generalidad y especificidad necesaria en Trabajo Social.

La formación del Trabajador Social es una formación generalista, dado que revisa y prepara a los alumnos en la mayoría de las Ciencias Sociales, tales como: Psicología, Sociología, Antropología, Economía, etc. Esta formación es una ventaja al enfrentar la diversidad de problemas que afectan a las familias, especialmente aquellas familias de escasos recursos de nuestro país, las cuales acuden principalmente al Trabajador Social –a la visitadora– y demandan que el profesional pueda atender varias temáticas relacionadas con la situación problema y al mismo tiempo pueda utilizar adecuadamente las redes sociales existentes. Para algunas áreas del Trabajo Social, se requiere esta capacidad, esta formación que entrega esta mirada holística de la realidad.

Al mismo tiempo, el Trabajo Social es una profesión que atiende a una parte de los sectores más dañados psicosocialmente de la población, en cuanto a problemas de pobreza, marginación, disfunciones familiares leves y severas, problemáticas sociales como drogodependencia, violencia intrafamiliar, delincuencia, etc. Estas problemáticas, si bien requieren esta generalidad mencionada anteriormente, también requieren especificidad en el abordaje y en la intervención. Es decir, para poder abordar problemáticas tan complejas, muchas veces con mínimos recursos, se requiere también un manejo del tema tal, que permita al profesional conocer las mejores estrategias de intervención en esa problemática puntual.

De esta manera el Trabajador Social para trabajar con familias, requiere siempre la mirada generalista y, para algunas problemáticas, requiere la especificidad y especialización.

6.2.4. Cuarto supuesto: La ética como pilar fundamental que guía el trabajo con familias.

Para trabajar con familias se requiere considerar dos fundamentos éticos, que al tenerlos presente puede evitarle al profesional, caer en situaciones de falta de ética. Estos son:

a) La consideración de todos los principios profesionales que guían y orientan nuestra profesión (señalados anteriormente y enunciados por Biesteck: individuación, respeto al valor y dignidad de la persona humana, autodeterminación, aceptación, interrelación, desarrollo y progreso, justicia social). Especialmente la consideración del principio de autodeterminación, que vela por el protagonismo de la familia y no por el protagonismo del profesional.

b) Que el Trabajador Social se reconozca como un ser con historia familiar. Al trabajar con familias, es de suma relevancia y ético, que el profesional se reconozca como un ser que posee una historia familiar, lo cual determinará en gran medida su práctica con familias. Esta idea se sustenta en el hecho que las historias familiares de cada persona hacen que existan lealtades familiares, puntos ciegos o áreas que todo ser humano tiene vedada, negada, etc. Si el profesional no está atento a su propia historia, a las fortalezas y debilidades de su vida familiar, al trabajar con familias tenderá a diagnosticar y tratar altamente influido por su propia historia familiar, es decir, verá lo que quiera ver, escuchará sólo lo que quiere escuchar, será sensible sólo a aquellos temas en que puede serlo y cuando se enfrente a temas que evoquen su propia historia, lo más probable es que este profesional se afecte. El trabajo con familias requiere un mínimo de conocimiento y reconocimiento de nuestra propia historia y estar atento a cómo ésta nos determina al intervenir con familias.

La ética, al trabajar con familias, no tan sólo demanda la aplicación de los principios profesionales, sino también requiere estar atento a no contaminar la atención de una familia con la propia historia familiar.

6.2.5 Quinto Supuesto: La persona y las concepciones del Trabajador Social son los elementos más importantes a su disposición.

Este es uno de los supuestos planteados por Virginia Satir, el cual señala que la persona en sí del Trabajador Social o del terapeuta que trabaja con familias y su manera de concebir la realidad, serían las herramientas más importantes que éste tendría para trabajar con familias. Este principio promueve la valoración del profesional y de sus habilidades personales y profesionales como la técnica más importante en el momento de trabajar con una familia, su estilo de comunicación, su empatía, su manera de relacionarse, de enfrentar los conflictos, su creatividad, humor, etc.

Bajo este principio, el cambio se promueve y sustenta principalmente a través del Trabajador Social, es él mismo la herramienta más valiosa para sustentar una transformación familiar.

Respaldao esta afirmación, sería apropiado citar a Harold Goolishian, quien señala la importancia del lenguaje en el trabajo con personas y familias. Destaca que: “la terapia es un acontecimiento lingüístico que tiene lugar en lo que llamamos conversación terapéutica. Dicha conversación terapéutica supone una búsqueda y exploración a través del diálogo, un intercambio y cruce de ideas, en el que se están desarrollando continuamente nuevos significados orientados hacia la resolución de problemas y por lo tanto hacia la resolución del sistema de terapia o del sistema organizador y desintegrador del problema. Así, el cambio equivale al desarrollo de un nuevo significado a través del diálogo. El rol del terapeuta es el propio de un artista experto de la conversación –un arquitecto del diálogo– cuya finalidad es la de crear un espacio facilitador de conversación (dialógico). El terapeuta es tanto un observador participante como un participante organizador de la conversación terapéutica. El rol del terapeuta consiste en tomar parte de los procesos de creación de lenguaje y significado sobre el problema que tiene el sistema, así como fomentar un diálogo orientado a la resolución del problema y por consiguiente a la disolución del propio sistema”⁸⁹.

La persona y las concepciones del Trabajador Social son los elementos más importantes a su disposición.

6.3. Definición de Trabajo Social Familiar:

El Trabajo Social Familiar es una forma especializada de Trabajo Social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, considerando el contexto en el cual ella está inserta. A través de éste se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y las redes sociales. (María de la Paz Donoso /Paulina Saldías)

Explicación de la definición:

- *Forma especializada de Trabajo Social:* requiere de una formación adicional a la entregada a través de las metodologías tradicionales; Trabajo Social Individual familiar, Trabajo Social con grupos, metodología de organización y desarrollo de la comunidad.
- *Unidad de trabajo la familia:* hemos dicho que hay una pluralidad de definiciones de familia, las cuales se caracterizan por señalar quiénes se incluyen o excluyen. Este Modelo postula que lo que se entenderá por familia estará supeditado a dos concepciones: la primera es la concepción de los profesionales y la segunda es la concepción que realiza la propia familia. Respecto a la primera, se entenderá por familia **“a un grupo de personas que viven juntas, que pueden o no estar unidos por lazos de consanguinidad, que se afectan mutuamente y que en sus relaciones generan obligaciones y roles”**. Es importante destacar que generalmente la familia que acude al Trabajador Social es aquella que está unida por algún vínculo de consanguinidad. Respecto a la segunda, se entenderá por familia aquellos sistemas que la propia familia identifique como significativos para la resolución de una situación problema. Considerando ambas definiciones, se evita el riesgo, por un lado, de excluir tipos de familias que nunca calzan con la definición de familia “tipo” y se evita, también, considerar solamente la definición que trae la familia, que si bien es muy significativa, puede ser que excluya sistemas relevantes y necesarios de considerar.
- *Relaciones familiares:* La familia puede ser abordada desde muchas perspectivas, sin embargo este Modelo pretende centrar su foco de atención en las relaciones familiares, considerando el contexto en el cual se inserta la familia. Esta aclaración es de suma importancia; desde este Modelo se abordarán, principalmente, problemáticas relacionadas con esa área.
- *Considerando el contexto en el cual está inserta la familia:* Se pretende abordar las problemáticas generadas al interior de la familia y si bien siempre se considera el contexto externo para el análisis y comprensión de los fenómenos familiares, sólo se intervendrá en él, si éste se constituye en un obstaculizador o facilitador para la resolución de la situación problema.
- *Problemas psicosociales que afectan al grupo familiar:* Se entenderá por problemas psicosociales aquellas situaciones de conflicto que viven las familias en su dinámica psicológica interna, la cual abarca la interacción familiar y las crisis normativas y no normativas que viven como personas y familias. La otra dimensión social relacionada con el entorno y el contexto extrafamiliar (pobreza, ámbito laboral, barrio, etc.) sólo demandará una intervención en la medida que afecte a la primera.

- *A través de un proceso de relación de ayuda:* El proceso de relación de ayuda que plantea este Modelo, es entendido desde la visión de Carl Rogers, quien plantea que al menos una de las partes intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de una manera más adecuada. Se pretende que en este proceso, la familia atendida pueda ir descubriendo nuevas vías de resolución de conflictos con el fin de resolver la situación problema que origina la demanda, pero al mismo tiempo internalizar vías más funcionales de relacionarse. El proceso de relación de ayuda que se promueve es de tipo educativo, que además puede tener consecuencias terapéuticas.
- *Que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, como los de la familia en general y de las redes sociales:* Entendiendo por recurso los medios disponibles humanos, técnicos, materiales, financieros de los que dispone un sistema. Principalmente es un Modelo que invita a centrar la mirada en las potencialidades y habilidades de las personas y familias, como los de su medio social o entorno, por sobre sus debilidades y carencias.

6.4. Metodología:

La metodología que propone este Modelo se encuentra basada en cuatro etapas básicas, las cuales no difieren mayormente del esquema clásico utilizado en los métodos de Trabajo Social que son diagnóstico, programación, ejecución y evaluación. No obstante, el Modelo pretende, a través de estas cuatro etapas metodológicas, describir y aplicar dicha metodología especializada al Trabajo Social Familiar, en una perspectiva diferente de los métodos tradicionales de Caso, Grupo y Comunidad teniendo como foco la unidad familia.

Se hace necesario recordar que en cuanto a la metodología, actualmente se presentan dos tendencias. Una que promueve la búsqueda de una metodología única llamada aproximación global, metodología genérica, integrada o método único⁹⁰. La otra tendencia propone mantener las metodologías tradicionales y buscar especializaciones. En ambas corrientes se pretende ir construyendo esquemas metodológicos que permitan una mejor aplicación a la práctica social.

Se presenta a continuación la descripción de cada una de las etapas del proceso metodológico, recordando que en la práctica estas etapas son mucho más dinámicas que en el ámbito descriptivo y que éstas se van superponiendo unas con otras.

Anna María Campanini señala “con respecto al proceso metodológico, “podemos observar que la subdivisión en fases, aunque representable linealmente cuando se la analiza desde un perfil lógico, responde en realidad a una estructura invadida por nexos de causalidad circular, con configuraciones en espiral”⁹¹.

La atención a la familia empieza cuando el Trabajador Social establece la primera relación con ésta y con la situación con la que deberá trabajar. El proceso se inicia en el punto en que se encuentra la familia, involucrándola en la identificación de sus dificultades y de sus recursos.

Se contempla a la familia en su globalidad. En ocasiones esta intervención se realiza directamente con un solo miembro de la unidad familiar, ante la imposibilidad, por diversos motivos muchas veces, de hacerlo con todos, pero nunca se pierde de referencia al sistema familiar y la visión de todo él. Esto le da libertad y flexibilidad al Trabajador Social para invitar al trabajo a todo el sistema familiar, a algún subsistema, o a los miembros en forma individual. La atención puede ser en la oficina del Trabajador Social, en el domicilio de la familia, el lugar de trabajo, escuela, etc.

Al iniciar un proceso de intervención familiar, es importante tener presente lo que señala Vesna Tomic, quien plantea que en la intervención familiar se dan dos ciclos:

Ciclo Procesual: el cual desarrolla el sistema cliente y está compuesto por cuatro etapas:

1. Conocimiento del problema.
2. Reflexión.
3. Decisión del cambio.
4. Acción para el cambio.

Ciclo Metodológico: el cual desarrolla el sistema profesional y está compuesto por cuatro etapas:

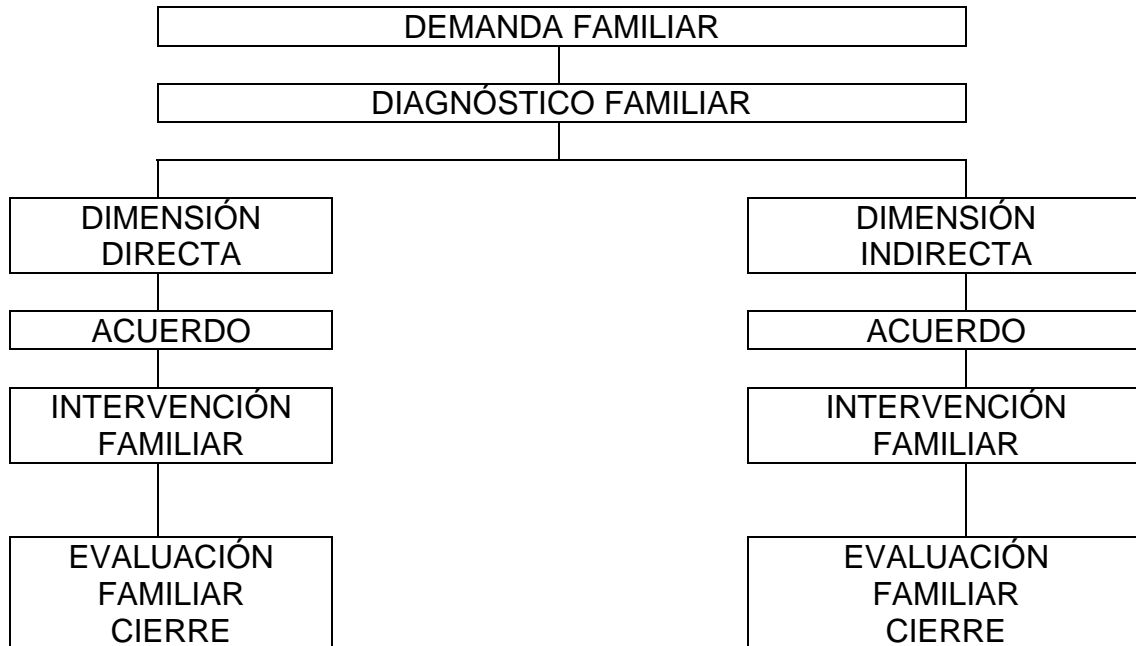
1. Estudio o diagnóstico de la situación.
2. Interpretación del problema frente al marco de referencia.
3. Intervención planificada.
4. Evaluación.

Las etapas de ambos ciclos no se confunden y el ciclo metodológico se repite varias veces en cada etapa del ciclo procesual” ⁹². Es importante destacar que ambos ciclos se van desarrollando paralelamente.

ETAPAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">a. Diagnóstico familiarb. Acuerdoc. Intervención familiard. Evaluación familiar y cierre. |
|--|

Esquema del proceso metodológico



La demanda familiar:

La demanda familiar antecede al proceso metodológico y es importante contextualizarla en el ámbito familiar. Este se inicia cuando una persona o familia acude al Trabajador Social con una demanda o petición. “La demanda es la solicitud que el cliente o familia realiza al Trabajador Social, y su significación genérica es que esa persona o familia encuentra alguna laguna o vacío, en algún aspecto de su existencia que espera llenar con la respuesta a ‘su’ demanda”⁹³. A veces la demanda aparece como individual, pero usualmente puede ser definida como familiar o grupal.

Es necesario tener en cuenta que la demanda, generalmente es el primer contacto de la familia con el Trabajador Social, donde el cliente o familia están en una situación de stress presentando además temor a ser juzgados, sentimientos de hostilidad y cansancio frente a la burocracia de los sistemas.

La demanda puede adoptar múltiples formas, puede ser explícita y concreta, (por ejemplo una información, un recurso) o inespecífica y ambigua, (estoy muy mal, tengo muchos problemas, quiero que me ayuden), material (préstamo para pagar deudas, materiales de construcción), inmaterial (necesito hablar con alguien, que me escuchen, que me aconsejen), en términos individuales (algo que me pasa a mí) o familiares (mis padres están enfermos, el problema que tenemos en mi familia).

La demanda es el primer elemento de información con que contamos y nos da orientación acerca de:

1. Lo que la persona demandante considera que es problemático para ella, su familia o para su entorno inmediato.
2. La manera cómo esa persona encara sus dificultades, como algo propio y que está en relación consigo misma; o como algo que le es ajeno, que le es dado.
3. De las expectativas que tiene esa persona en la resolución de sus dificultades y del papel que, a su juicio, tienen que cumplir tanto ella, como la institución, el Trabajador Social, los recursos.
4. Finalmente, de la forma cómo cree que puede ser ayudada por el Trabajador Social ⁹⁴.

Sin embargo, como destaca Amaya Ituarte, la demanda cumple a menudo otra función, que es ser la “llave” para acudir a un especialista o para solicitar ayuda. Muchas veces las personas o familias en situaciones de mucha tensión o sufrimiento, no se atreven a pedir ayuda. En ese sentido, a veces, la demanda enmascara el auténtico problema, en otras ocasiones esta demanda, no es más que “la punta de la madeja” de otra serie de problemas mucho más profundos y encubiertos.

Además de considerar la demanda como una fuente de información, es importante evaluar si la persona o familia acuden por propia iniciativa o por una derivación de otro profesional o institución. En el caso de una consulta espontánea la motivación al cambio, teóricamente, podría ser diferente, podría significar una mayor conciencia de su situación problema; en el caso de una derivación, podría ser la situación inversa, es decir, acude al Trabajador Social porque otros se lo han indicado y no siempre es percibido por la persona o familia como una fuente de preocupación.

En síntesis podemos decir que la “demanda por sí sola” nos da una información incompleta y sesgada. Por otro lado “es la primera fuente de información con que contamos para poder decidir si podemos intervenir profesionalmente y, en tal caso, qué tipo de intervención es la más adecuada” ⁹⁵. Para que la intervención profesional responda realmente a la necesidad del cliente o familia, esta demanda debe ser analizada y contextualizada en los términos de la persona demandante (en su ámbito vital, personal, familiar, cultural, etc.)

a. Diagnóstico Familiar:

La palabra diagnóstico proviene del griego *diagnostikos* formado por el prefijo *dia* que significa “**a través**” y *gnosis* que se traduce como “conocimiento” o “apto para conocer”. “El término indica el análisis que se realiza para determinar cuál es una situación y cuáles son las tendencias de la misma. Esta determinación se realiza sobre la base de informaciones, datos y hechos, recogidos y ordenados sistemáticamente” ⁹⁶.

En Trabajo Social Familiar, al realizar un proceso de diagnóstico con una familia; este no puede ser realizado desde una sola caracterización. Si se fragmenta a la familia y se analiza solamente algunas áreas, no se podrá comprender su efecto siempre dinámico. El desafío es una mirada holística de la familia, en donde se incluyan todas las dimensiones que la componen. El diagnóstico familiar es así, mucho más que la suma de los diagnósticos individuales de cada integrante de la familia.

Algunos diagnósticos difieren entre sí dependiendo de la perspectiva desde la cual cada teórico ve a la familia y del aspecto que es considerado sobresaliente y colocado en el centro del lente para realizar el proceso de análisis. (Por ejemplo: Minuchin, su eje es la estructura; Virginia Satir la comunicación, etc.).

Objetivo del diagnóstico: Conocer las problemáticas sentidas y no sentidas de la familia, sus recursos y habilidades tanto en la dimensión directa como en la indirecta.

Procedimientos a realizar en esta etapa:

Actividades :

- Contactos telefónicos o personales con él o los derivantes.
- Revisión de fichas sociales o clínicas de la familia a atender.
- Visita Domiciliaria.
- Reunión clínica / técnica.
- Coordinación institucional.
- Registro de las intervenciones.

Técnicas:

- Entrevista
- Observación.
- Genograma.
- Ecomapa.
- Fotografías familiares.
- Hipótesis sistémica.

El proceso de *diagnóstico* termina una vez recopilada toda la información significativa que se necesita para la comprensión de una determinada situación familiar. Este proceso se traduce finalmente en la elaboración de una o más **hipótesis sistémicas**⁹⁷ las cuales expliquen y orienten la intervención familiar.

Peggy Papp señala que la hipótesis inicial es necesariamente especulativa y se la utiliza como base para recoger información adicional que habrá de confirmarla o bien refutarla. El Trabajador Social puede modificar la formulación muchas veces, a medida que obtiene nueva información de la familia. No es necesario esperar a contar con una hipótesis definitiva para intervenir, ya que con frecuencia sólo las intervenciones permiten descubrir una información crucial. El propósito fundamental de la hipótesis es establecer conexiones. El modo en que se recoge la información tiene suma importancia, por ello, al recoger la información, el Trabajador Social debe adoptar una posición neutral y no tratar de formarse juicios morales, ni tomar partido por algún miembro de la familia.

Para elaborar el diagnóstico familiar cada profesional puede poner énfasis en el elemento que considere necesario o adecuado, para realizar el análisis. La selección de estas variables se hace en función de la institución donde trabaja el profesional, de los recursos, del problema presentado. No siempre hay suficiente tiempo para estudiar en detalle, o en forma exhaustiva cada una de las categorías. Este diagnóstico familiar se puede elaborar con la información entregada por un miembro de la familia, o con la pareja y cuando es posible, con todos los miembros de la familia en una entrevista familiar. Si este diagnóstico se realiza en entrevista separada a los miembros del grupo familiar, hay que tener presente y no perder de vista que la unidad familia es el sujeto de intervención.

Para efectos de este modelo, se presentarán dos pautas de diagnóstico familiar ⁹⁸ las cuales pretenden abordar la dimensión del Trabajo Social Directo y el Indirecto. Se considerarán los aportes de cuatro autores que son Hartman y Laird, Anna María Campagnini, Peggy Papp y Virginia Satir ⁹⁹.

En la pauta de diagnóstico para la “*dimensión directa*” de la familia se consideran los siguientes elementos:

1. Antecedentes y datos básicos sobre la familia que consulta.
2. Antecedentes de la demanda o motivo de consulta.
3. Antecedentes de la estructura familiar.
4. Antecedentes de la situación problema.
5. Antecedentes de las fuerzas familiares para la estabilidad y el cambio.
6. Fuerzas o factores claves de evaluación de Virginia Satir.

1. Antecedentes y datos básicos sobre la familia que consulta.

En este punto se espera recoger la información mínima para iniciar un trabajo de aproximación a la familia.

2. Antecedentes de la demanda o motivo de consulta.

Cuando se realiza una consulta social, se hace necesario considerar el cómo y el porqué la familia está consultando en ese momento. No siempre que una familia consulta, se debe a su propia motivación, en muchas ocasiones el “cliente” no es la familia, sino otra persona quien por alguna razón está interesada en modificar una situación determinada de esa familia. Estas informaciones aunque parecen mínimas, permiten clarificar si el servicio donde se ubica el Trabajador Social es el que corresponde para atender el tipo de problema que presenta la familia.

3. Antecedentes de la estructura familiar.

En esta dimensión se propone utilizar algunas preguntas que el profesional debe formularse para conocer la estructura de una familia. Para ello se propone lo señalado por Hartman y Laird en los ámbitos de: límites internos, triángulos, roles, poder y autoridad.

4. Antecedentes de la situación problema.

Al elaborar un proceso de diagnóstico familiar, si bien es importante tener una mirada holística de la familia, también es necesario una revisión profunda de algunas áreas que determinarán el proceso de intervención. Una de estas áreas es específicamente “ *la situación problema*” que hace que la familia consulte espontáneamente o sea derivada al Servicio Social. Cuando pensamos en la situación problema, nos abocamos a los ámbitos señalados por Peggy Papp y Virginia Satir en cuanto a funciones del síntoma al interior de la familia y cómo ve la familia el problema.

Se trata de que las preguntas permitan poner de manera explícita ideas, pensamientos y emociones que la familia trae de manera implícita. También es útil para detectar cuál es la definición “problema” con la cual llega la familia, que puede ser o no coincidente con la del Trabajador Social. Lo más probable es que la familia llegue con una definición en donde el problema esté absolutamente relacionado con el paciente índice. La intervención parte cuando se comienza a modificar en la familia la manera de concebir el problema. Si una madre entiende cómo ella se “implica” en el consumo de drogas de su hijo y cómo este consumo aporta beneficios a la familia, la definición de problema que elabora esa madre, después de éste reencuadre, será diferente y la intervención tendrá más posibilidades, dado que la responsabilidad del cambio no recaerá exclusivamente en el paciente identificado, sino, también en ella.

5. Antecedentes de las fuerzas familiares para la estabilidad y el cambio.

Se hace necesario considerar siempre que el cambio en la familia está mediado por dos fuerzas que son las ***morfoestáticas***, las cuales trabajan por la estabilidad del sistema y le dan a éste su continuidad y coherencia. Estas fuerzas se traducen en las reglas familiares, los significados compartidos, los valores, las expectativas de la familia, etc. Por otra parte las fuerzas ***morfogénicas*** se refieren a los procesos de autodirección que permiten el cambio, el crecimiento, la innovación y la intensificación de la viabilidad del sistema. El balance entre estas dos fuerzas señala cómo un sistema puede mantener su integridad y hasta dónde el cambio será tolerado.

6. Fuerzas o factores claves de evaluación de Virginia Satir¹⁰⁰

Este esquema está orientado hacia la definición de familias nutricias y familias perturbadas o conflictivas. Para esta autora, cualquier familia puede ser ubicada en cualquier punto de una escala que va desde una familia muy nutricia hasta una familia muy perturbada. Esta escala permitiría al Trabajador Social, sin constituir un modelo altamente sistematizado, la oportunidad de ubicar a la familia en cualquier punto del continuo y ayudar a las familias a tomar conciencia de algunos estancamientos en su funcionamiento y en su posible superación. La autora parte de la base y tiene mucha fe en que una familia conflictiva puede convertirse en una nutricia.

En las familias *nutricias* las personas tienen:

1. Autoestima alta.
2. Comunicación directa, clara específica y sincera.
3. Normas flexibles, humanas, apropiadas y sujetas a cambios.
4. Enlaces con la sociedad abiertos y confiados (ver en la dimensión indirecta).

En las familias *conflictivas* las personas tienen:

1. Autoestima baja.
2. Comunicación indirecta, vaga y poco sincera.
3. Normas rígidas, inhumanas, fijas e inmutables.
4. Enlace temeroso, aplacante y acusador con la sociedad (ver en la dimensión indirecta).

La autora define cada fuerza o factor, y el análisis de cada uno lleva a determinar qué tipo de familia es:

1. Autoestima: Cada persona desarrolla un sentimiento de autovaloración positivo o negativo o de insignificancia, el sentimiento de ser valioso es esencial para la salud mental, para el funcionamiento eficaz de una persona y para la felicidad personal. La autoestima implica autoexploración y autoconocimiento y la elaboración de una imagen positiva o concepto bueno de uno mismo. La autoestima se fundamenta principalmente en los mensajes recibidos en nuestra primera infancia, en los primeros años de vida, y está directamente vinculada a la manera cómo la persona fue tratada por sus padres o los adultos referentes que atendieron su crianza. La familia, si bien tiene una cuota muy importante en la autoestima, no es el único grupo que influye en su formación, también se destacan aquí los grupos de pares, amigos, compañeros, etc. La autoestima puede ser modificada a cualquier edad, el primer paso es descubrir la subestimación propia y reconocerla, luego viene la disposición para cambiar.

2. Comunicación: Como se señaló en el marco teórico, la autora plantea que existen cinco modelos de comunicación, de los cuales cuatro serían disfuncionales o maneras negativas de comunicarse y un quinto modelo integral. Estos son aplacadores (minusválido), culpador (agresivo), superazonable (racional), irrelevante (distractor), niveladora o fluida, (abierta y funcional). Las cuatro primeras formas limitan el uso de los recursos humanos y las capacidades de las personas. Existe una naturaleza mortífera y limitante en estos modelos negativos. Las formas de comunicación se internalizan durante nuestro crecimiento para sobrevivir física y emocionalmente. Estas formas no se dan de manera única, se pueden ir dando alternativamente en una persona.

3. Reglas que rigen la vida familiar: Al trabajar con familias se hace necesario considerar las reglas que rigen la vida familiar. Estas se conciben como fuerzas vitales, dinámicas y muy influyentes en la vida familiar. Es necesario identificar con las familias cuáles son las reglas implícitas que rigen la vida familiar, a lo mejor éstas pueden ser rígidas, flexibles, limitantes, etc.

4. Enlace con la sociedad: Este factor se considerará en la pauta de diagnóstico para la dimensión indirecta. Se considerarán los siguientes elementos:

1. Enlace con la sociedad.
2. Redes sociales.
3. Ecomapa como técnica complementaria.

La *dimensión indirecta* son todas aquellas acciones realizadas con los múltiples elementos del medio social: Instituciones, recursos, etc., que se constituyen en un complemento fundamental para el Trabajador Social. Esta requiere de parte del profesional habilidades adicionales referidas a conocer y usar los recursos provenientes de las políticas sociales.

Para el Trabajo Social Familiar, la dimensión indirecta adquiere una gran importancia, especialmente cuando es una situación del contexto extra familiar la que está produciendo o manteniendo una situación problema. En este caso, el Trabajador Social asume un rol *de activador de recursos* que pone a disposición de la familia.

Virginia Satir entiende por *enlace con la sociedad*, la manera cómo los miembros de la familia se relacionan con otras personas e instituciones ajenas a la familia. En las familias conflictivas habitualmente este enlace es temeroso, desconfiado, aplacante o de culpabilización a otros fuera de la familia. Estas no se abren al intercambio con el medio. En las familias sanas o nutricias este enlace es abierto, confiado y fundamentado en las elecciones de cada miembro. Estos en las familias nutricias, participan en el exterior y comparten en el interior.

Como *red social* se puede entender el grupo de personas al que pertenece el individuo, en primer lugar a su familia inmediata, también la familia extensa y todas aquellas relaciones que constituyen apoyo de alguna importancia, tales como vecinos, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Habitualmente este tipo de intervención en el ámbito externo se denomina *Intervención en Red* concebida como un proceso de movilización de las redes operantes destinado a resolver situaciones de quiebre al interior de la familia. Esta estrategia de intervención puede estar orientada a ampliar las redes, gestar nuevas redes, o reconstruir las redes de las personas y familias, en función de los problemas y necesidades de esa unidad. Esta intervención se traduce en todas aquellas acciones de coordinación y activación de recursos que realiza el profesional con un objetivo determinado. El objetivo de una intervención en red, es transformar una red focal en una red operante y una red social abierta, en una red efectiva de apoyo.

El profesional que trabaja con familias debe conocer las redes sociales ya existentes en un territorio determinado y estar dispuesto a crear contextos favorables para la emergencia de nuevas redes sociales. Asimismo, debe tener presente que no puede transformarse en una red social sustituta para las personas o familias, haciéndolas muy dependientes de él o del servicio al cual pertenece.

Puede complementar este diagnóstico con la aplicación de un ecomapa.

b. Acuerdo:

Previo a desarrollar la intervención propiamente tal, el modelo propone la realización de un *Acuerdo* explícito, escrito u oral, entre el Trabajador Social y la familia.

Objetivo del acuerdo: Se espera que se pueda manifestar a través de un ritual, las intenciones de cambio manifestadas por la familia al acudir a un proceso de intervención familiar.

Dicho acuerdo debiera considerar los siguientes puntos:

- Fechas y horarios de atención.
- Lugar en que se realizarán las atenciones (institución y/o domicilio de la familia).
- Duración aproximada del proceso de intervención familiar (tiempo y frecuencia de las sesiones).
- Definición del problema.
- Derechos atribuibles al profesional (citación de otras personas significativas, entrevistas individuales con algún miembro, etc.)
- Derechos atribuibles a la familia (solicitudes especiales, etc.)
- Arancel (cuando corresponde)

En relación a la definición del problema, se espera que una vez que el Trabajador Social en conjunto con la familia han realizado el proceso de diagnóstico, exista una devolución hacia la familia respecto a *la situación problema*. Como se ha mencionado anteriormente, cuando una familia consulta, viene con su propia definición de problema. Si el Trabajador Social acepta esta definición, limitará la posibilidad de un cambio más profundo en la familia, ya que su definición entenderá probablemente que el conflicto es causado por un solo miembro de la familia, “el paciente identificado”. **Por esta razón, se espera que al iniciar una intervención familiar, se realice un acuerdo que también incluya un consenso respecto a la definición de la situación problema, entre el Trabajador Social y la familia.** Si bien lograr ésto, es a veces solamente posible con posterioridad a la intervención, por lo menos se debe velar para que toda la familia se sienta mínimamente implicada en el problema y así la responsabilidad no recaiga exclusivamente en el paciente identificado. El acuerdo es principalmente un *acuerdo comunicativo*.

Procedimientos a realizar en esta etapa:

Actividades:

Consulta Social especializada.

Técnicas:

Redacción de un contrato, si éste es escrito.

c. Intervención Familiar

Basándonos en la definición enunciada por Dall M^a Ponticelli, la intervención familiar en el Servicio Social se puede definir como *un proceso de ayuda* realizado por un profesional ubicado en un contexto de un sistema organizado de servicios, dirigido a personas y familias, tendientes a activar un “cambio”. A través de esta intervención se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, como los de la familia en general y los de las redes sociales.

Para el Trabajo Social Familiar el **objetivo de esta etapa es:** modificar en la familia pautas disfuncionales de relaciones, tanto en su dimensión interna como externa. El principal sustento de esta intervención, es la *Relación de Ayuda* que establece el Trabajador Social y la familia.

Para el Trabajo Social Familiar que plantea este modelo, existirían, como se ha mencionado anteriormente, dos dimensiones; una directa y una indirecta. Ambas intervenciones pueden ser simultáneas o en forma separada, pudiendo ser aplicadas tanto en la institución, en el hogar de la familia y/o en la localidad donde ésta vive.

Se destaca que la dimensión directa es el principal foco de intervención de este modelo y que la dimensión indirecta, pese a que siempre es considerada, solamente será intervenida cuando se encuentre afectando la dimensión directa de la familia.

En relación a los problemas que ameritan una intervención familiar en las relaciones familiares desde la práctica del Trabajo Social, dos autoras, Peggy Papp y Anna María Campanini, han sistematizado al respecto.

Peggy Papp plantea que cuando existen síntomas al interior de una familia, estos cumplen distintas funciones en distintas situaciones y que algunos, son menos esenciales que otros respecto del equilibrio de la familia. Cuando el síntoma es primordialmente una respuesta a una crisis o a un hecho transitorio, no es necesario que el profesional se preocupe por las consecuencias del cambio, ya que lo más probable es que la familia las absorba rápidamente. En tales casos, corresponde emplear un *enfoque directo*, en que el terapeuta o profesional se limita a definir el problema y a aconsejar a la familia qué hacer al respecto. Si en cambio el síntoma está siendo usado como un arma, o si se mantiene en un ciclo de interacción repetitivo, es muy probable que se frustre cualquier intento de aliviarlo. El terapeuta se encontrará entonces en una posición paradójica, pues la familia le pedirá que elimine un síntoma que ella misma está empeñada en mantener pero que no puede reconocer abiertamente. En estos casos, lo más conveniente es utilizar un *enfoque indirecto o paradójico*, que se centra en las consecuencias de desbaratar ese empeño.

De acuerdo a esto, la autora identifica dos tipos de intervenciones:

Las intervenciones directas (basadas en el cumplimiento) como consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones o tareas para ser seguidas según las indicaciones correspondientes, apuntan directamente a cambiar las reglas y los roles de la familia. Entre ellas se incluyen por ejemplo: instruir a los padres sobre cómo controlar a sus hijos, redistribuir las tareas entre los miembros de la familia, establecer reglas disciplinarias, regular la intimidad, establecer las prioridades por edad y brindar información que la familia carece, así como fomentar la comunicación franca, dar una realimentación personal a la familia y comentar directamente los patrones interactivos de la misma. **Este tipo de intervención puede ser realizada por todo Trabajador Social.**

Las intervenciones paradójicas (o basadas en la oposición) son especialmente apropiadas para los casos en que prevalecen patrones de interacción encubiertos, prolongados y repetitivos, que no responden a las explicaciones lógicas ni a las indicaciones racionales. Si la familia persiste en no responder a las intervenciones directas, esto es señal de que ciertos proyectos secretos o transacciones ocultas están bloqueando el cambio y que el síntoma está siendo utilizado en la resolución de otra relación. Para ello se utilizan las intervenciones paradójicas, las cuales tienen un doble mensaje dirigido a la familia, por un lado se les comunica que sería bueno para ellos cambiar, y por otro lado, se les comunica que no sería bueno. Ambos mensajes son transmitidos en forma simultánea. El terapeuta está convencido de que los dos mensajes son “verdaderos”, por lo que puede transmitirlos con absoluta convicción y sinceridad. Para idear una paradoja sistémica, el terapeuta relaciona el síntoma con la función que éste cumple en el sistema. Se enumeran las consecuencias de la eliminación del síntoma y el terapeuta recomienda que la familia continúe resolviendo su dilema a través del síntoma. Este tipo de intervenciones requiere una formación adicional, que no es adquirida por el Trabajador Social en su formación de pre-grado.

Se pueden efectuar en forma alternada intervenciones directas y paradójicas, usando las directas para comprobar la disposición al cambio de la familia y las paradójicas para continuar definiendo las transacciones encubiertas que están obstaculizando el cambio. Esto en el entendido que el Trabajador Social se ha entrenado y capacitado en este tipo de intervención.

Anna María Campanini, destaca otro tipo de intervención desde el Trabajo Social que denomina *Asesoramiento Psicosocial*, el cual se define “como el nivel de intervención en el que los recursos que el profesional pone en juego en el proceso de ayuda a los usuarios se concretan, casi exclusivamente, en la capacidad del Asistente Social para utilizar la herramienta de la relación y la comunicación. Es pues un trabajo de esclarecimiento, de apoyo que apunta al logro de un nuevo equilibrio en el sistema usuario” ¹⁰¹.

Asimismo, Dal Pra Ponticelli (1987) afirma que el Servicio Social aplica el asesoramiento psicosocial “con el objeto de afrontar problemas inherentes a las dificultades del usuario o de toda la familia para hacer frente a situaciones ligadas a la asunción de nuevos e imprevistos roles sociales o deberes existenciales (jubilación, adolescencia, embarazo, emigración, pérdida del trabajo, excarcelación, enfermedad) o en situaciones en las que un individuo debe cambiar su actitud con respecto a la sociedad y sus normas (asistencia familiar a prueba en el Servicio Social) o también en situaciones en las que existan dificultades en el nivel de las relaciones interpersonales en la familia o con instituciones sociales (relación déficit entre jóvenes y viejos, inadaptación escolar, etc.) o en situaciones crónicas que pueden llevar o al desgaste o al empeoramiento de la capacidad individual de afrontar los problemas o las relaciones interpersonales (familias con ancianos, con enfermedades crónicas, familias de minusválidos, etc.)”¹⁰².

En estas situaciones la intervención del Asistente Social, la prestación a efectuar, no se reduce a recursos materiales, sino que consiste en desarrollar con eficacia la relación de ayuda como herramienta para introducir un cambio y facilitar la evolución del sistema.

De acuerdo a lo anteriormente descrito, las autoras identifican intervenciones directas y de asesoramiento psicosocial, como formas de intervención en donde el Trabajador Social no es visto como un activador de recursos a nivel comunitario, sino que, se lo visualiza como un profesional que establece una relación de ayuda con una familia que se encuentra estancada en su proceso evolutivo y en donde la esencia del cambio frente a esta situación problema está única y exclusivamente centrada en dicha relación.

A. Dimensión Directa.

Procedimientos a realizar en esta etapa:

Actividades:

- Consulta Social.
- Consulta Social Especializada.
- Visita Domiciliaria.
- Registro de las intervenciones.

Técnicas:

- Tareas.
- Escultura.
- Intercambio de papeles.
- Manejo efectivo de los silencios.
- Confrontación.
- La enseñanza a través de las preguntas.
- Escuchar.
- Recapitulación.

- Recapitulación a través del resumen.
- Clarificación.
- Vídeocinta.
- Alternativas positivas.
- Rol-Playing.
- Resignificando comportamientos y percepciones.
- Acción.
- Asociación/ disociación.
- Expresividad.
- Humor.
- Amplificando sentimientos y comportamientos positivos e interrumpiendo comunicación destructiva.
- Identificando creencias limitantes y desafiándolas.
- Señalar comandos (mandatos).
- Enlace.
- Cambio de temporalidad.
- Distinciones entre la percepción y la realidad.
- Co-participación.
- Conformación o connotación positiva.
- Rastreo.
- Posición de especialista.
- Reencuadramiento.
- Escenificación.
- Enfoque.
- Intensidad.
- Repetición del mensaje.
- Repetición de interacciones isomórficas.
- Modificación del tiempo.
- Cambio de la distancia.
- Resistencias a la presión familiar.
- Reestructuración.
- Fijación de límites.
- Distancia psicológica entre los miembros de la familia.
- Duración de la interacción.
- Desequilibramiento.
- Complementariedad.

- Cuestionamiento del problema.
- Cuestionamiento del control lineal.
- Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.
- Constructos cognoscitivos.
- Utilización de símbolos universales.
- Verdades familiares.
- Consejo especializado.

B. Dimensión Indirecta

Procedimientos a realizar en esta etapa:

Actividades:

- Consulta de orientación social.
- Acciones de carácter administrativo.
- Reuniones Técnicas.
- Coordinación con otros organismos.
- Visitas Domiciliarias.
- Registro de las intervenciones.
- Revisión de catastros de redes o servicios.
- Gestión de red.
- Contactos.
- Encuestas, informes.

Técnicas:

- Ecomapa.
- Entrevistas en el domicilio.
- Observación.

d. Evaluación Familiar y Cierre:

El concepto de evaluación se entiende como el proceso de “hacer una valoración o medir algo (objeto, situación, proceso)” ¹⁰³.

Objetivo de la evaluación familiar: es conocer en qué medida la intervención realizada contribuyó a mejorar una situación problema.

La evaluación debe realizarse igualmente cuando no se han producido cambios, o solamente cuando la intervención ha sido para evitar un mayor deterioro. Es importante tratar de extraer conclusiones acerca del por qué no hubo cambio.

En la dimensión indirecta, se presenta una mayor facilidad para realizar este proceso ya que la intervención se realiza sobre la idea de activación o creación de redes/recursos para atender una carencia puntual de la familia.

En la dimensión directa, la medición de los logros obtenidos después de una intervención familiar, presenta mayor dificultad. “La eficacia de la intervención se podría valorar más con el aumento de la capacidad del grupo familiar para hacerse cargo y superar nuevas dificultades, que con la resolución concreta y específica de la demanda que le ha llevado a acudir al Trabajador Social” ¹⁰⁴.

Las dificultades en esta etapa se producen entre otras razones porque los cambios en el ámbito familiar requieren un tiempo para su implementación, las personas no cambian de manera rápida, por el contrario y aún menos las familias, que requieren un tiempo, que es variable, para implementar y afiatar el cambio. Por ende cuando se evalúa, el tiempo es un factor importante de considerar, ya que se puede evaluar en un momento de ajuste necesario para la familia y no de cambio consolidado.

Otro factor importante de señalar es que, si la evaluación la hace el mismo profesional que realizó la intervención, ésta podría resultar sesgada, ya que para la familia sería difícil manifestarle a él mismo cambios no realizados o retrocesos en la situación problema. Si es otra persona distinta al interventor, quien realiza la evaluación, la familia podría estar más libre para expresarse.

Por último, otro factor que dificulta el proceso de evaluación, tiene relación con el hecho que lo que se está evaluando en la dimensión directa es un cambio cualitativo en la relación familiar, lo cual es un evento difícil de medir por la subjetividad que esto implica. Un cambio puede ser significativo para una persona de la familia y puede no serlo para otros.

A pesar de estas dificultades, el Modelo propone considerar para la evaluación de un proceso familiar los siguiente indicadores:

Dimensión directa:

- Objetivos planteados.
- Motivo de consulta inicial o situación problema.
- Situación actual de la familia respecto a la situación problema.
- Identificación de áreas o temas resueltos.
- Identificación de áreas o temas no resueltos o pendientes.
- Participación de los miembros de la familia en la intervención.
- Opinión de cada uno de los miembros de la familia respecto a la intervención y sus logros, incluso de aquellos que no participaron en el proceso.

Dimensión Indirecta:

- Objetivos planteados.
- Motivo de consulta inicial o situación problema.
- Situación actual de la familia respecto a la situación problema.
- Identificación de recursos no obtenidos y pendientes.
- Identificación de recursos obtenidos.
- Identificación de las redes primarias y secundarias activadas y no activadas para la familia.

Una manera útil de realizar esta evaluación es a través de cuestionarios Pre y Post Test, donde se miden algunos elementos de la familia previos y posteriores a la intervención. Los cambios significativos entre ambos momentos indicarían logros obtenidos con la intervención.

La evaluación también la realiza el profesional con respecto a sí mismo: si sus objetivos de intervención eran reales y posibles o estaban mal formulados, si sus intervenciones fueron pertinentes, si fueron adecuados los medios que utilizó. Esta evaluación será profundizada en el análisis de la supervisión.

Una vez finalizada la atención con una familia, procede la fase de **Cierre**, donde hay que explicitar el término del proceso de intervención. Es importante consignar en la ficha social, el por qué de este cierre, si hubo término de la intervención, si fue por común acuerdo, tareas pendientes, derivación, etc.

Habitualmente es aconsejable que se mantenga un sistema de seguimiento o control con la familia, el cual puede ser a través de una visita domiciliaria o contactos telefónicos. Se pueden señalar fechas, a los dos, seis meses, para realizar el seguimiento. El objetivo de esta etapa es conocer si los cambios generados se mantienen, si han surgido nuevas conductas problemáticas y cómo la familia las ha enfrentado. Es importante evaluar la autonomía de la familia y constatar que no hay una dependencia del profesional.

Es importante dejar abierta la puerta a la familia y hacerles sentir que pueden volver a consultar en el futuro.

Procedimientos a realizar en esta etapa:

Actividades:

- Consulta Social Especializada.
- Visitas Domiciliarias.
- Reuniones Técnicas.
- Revisión del contrato.
- Registro de las intervenciones.

Técnicas:

- Entrevistas.
- Cuestionario de Pre y Post Test.
- Grabación individual.
- Cartas de evaluación.
- Escala de evaluación.

6.5. Técnicas para el trabajo con familias:

Las **técnicas** se definen como “un conjunto de acciones (actos técnicos) realizados conforme a reglas empíricas que se utilizan para hacer algo o para obtener un resultado determinado”¹⁰⁵.

El uso de las distintas técnicas que el Trabajador Social tiene a su disposición son diversas y algunas, las más complejas, requieren de mayor adiestramiento para su uso. La intervención familiar demanda que el profesional se encuentre capacitado y adiestrado en una amplia gama de técnicas para propiciar el cambio.

El uso de una técnica u otra depende de varios factores. Entre ellos se destacan:

- Estilo del profesional.
- Entrenamiento del profesional.
- Tipo de familia que se está interviniendo.
- Motivo de consulta.
- Fase en que está el proceso de intervención.

Toda técnica que se emplee para el trabajar con familias, debe ser conocida por el profesional y éste debe sentirse cómodo con ella. El Trabajador Social no debe utilizar alguna de estas herramientas si no está convencido de su utilidad. Es importante recordar lo que plantea Virginia Satir en relación a las técnicas, quien utiliza el término técnica como “una forma de realizar una actividad específica para satisfacer una necesidad emergente en una persona o grupo en ese momento”¹⁰⁶. La ventaja de utilizar técnicas y ejercicios, es que las actividades experimentales maximizan el aprendizaje de los participantes y su capacidad para utilizar este aprendizaje en el proceso de cambio. Para que las técnicas tengan significación deben ser hechas a la medida de la situación, de lo contrario, no se pueden utilizar. Hay que ser flexible con el uso de ellas, igualmente “hay que ser flexible hacia el resultado, que a menudo, es imprevisible, cualquiera sea el objetivo al iniciar el tratamiento, es necesario que esté preparado para cualquiera que sea el resultado de su intervención”¹⁰⁷.

Para revisar las técnicas que el Trabajador Social tiene a su disposición, se tipificarán de acuerdo a las etapas metodológicas anteriormente descritas. Como se ha dicho, las definiciones de las técnicas se presentan en el **Anexo X**. Una misma técnica por ejemplo, se puede utilizar tanto en la fase de diagnóstico como en el cierre.

Cuadro resumen de actividades y técnicas

FASE	ACTIVIDADES		TÉCNICAS	
Diagnóstico Familiar	Contactos telefónicos o personales con derivantes. Revisión de fichas sociales o clínicas de la familia a atender. Reunión clínica/técnica Coordinación institucional Registro de las intervenciones		Entrevista en la Institución a la familia. Entrevista en el domicilio de la familia. Observación Genograma Ecomapa Fotografías familiares Hipótesis sistémica	
	Dimensión directa		Dimensión indirecta	
	ACTIVIDAD	TÉCNICAS	ACTIVIDAD	TÉCNICAS
ACUERDO	Consulta Social especializada.	Redacción del contrato, si este es escrito.	Consulta Social especializada.	Redacción del contacto, si este es escrito.
Intervención Familiar	Consulta Social Consulta Social Especializada Visita Domiciliaria Registro de las intervenciones	Tareas Escritura Intercambio de papeles Manejo efectivo de los silencios Confrontación Enseñanza a través de las preguntas Escuchar Recapitulación Clarificación Videocinta Alternativas positivas Rol - Playing Resignificar Acción Asociación disociación Expresividad Humor Amplificando Identificando Creencias Comandos Enlace Cambio de temporalidad Distinciones		

		Co-participación Connotación Positiva Rastreo de Posición de especialista Reencuadre Escenificación Enfoque Intensidad Repetición de mensajes-isomórficas Modificación del Tiempo Cambio de la distancia Resistencia presión familiar Reestructuración Fronteras Distancia psicológica Interacción Desequilibramiento Complementariedad Cuestionamientos Constructos Símbolos Verdades Consejo Especializado		
Evaluación Cierre	Consulta Social Especializada Visitas Domiciliarias Reuniones Técnicas Revisión del Contrato Registro de las intervenciones		Entrevistas Cuestionario de Pre y Post Test Grabación individual Cartas Escala de evaluación	

6.6. Rol del Trabajador Social en el Trabajo Social Familiar

El concepto del **rol**, proviene del inglés “rol”, del francés “rôle”, y del latín tardío “rotulus”, “rodaja”, hoja de papel arrollada que lleva un escrito y, luego, lo que debe recitar un actor en una pieza de teatro ¹⁰⁸.

El Trabajador Social ha desempeñado a lo largo de la historia, diversos roles, los cuales han ido variando de acuerdo a las tendencias vigentes y al contexto en que esté involucrado. Exequiel Ander-Egg, describe los siguientes roles que ha desempeñado, entre otros, el Trabajador Social: ¹⁰⁹

- Consultor-asesor-orientador-consejero.
- Proveedor de servicios.
- Informador-agente de remisión.
- Gestor-intermediario.
- Investigador.
- Planificador.
- Administrador.
- Ejecutor de programas, proyectos y/o actividades.
- Evaluador.
- Reformador de las instituciones-activista social.
- Identificador de situaciones.
- Educador social informal.
- Animador-facilitador-movilizador-concientizador.
- Movilizador de recursos humanos.

El trabajo con familias en general, demanda al Trabajador Social la capacidad de desenvolverse en muchos de estos roles, por la diversidad y complejidad de las problemáticas familiares que éstos atienden.

Anna María Campanini plantea que en el Trabajo Social Familiar, el profesional se puede enfrentar al trabajo con familias desde distintos contextos, los cuales enuncia:

- informativo
- asistencial
- de asesoramiento
- de control
- evaluativo

Estos serían algunos de los factores que influirían en el momento de determinar qué rol utilizar.

Otro factor que puede determinar el rol, es *el motivo de consulta* de la familia o la situación problema. Si una familia demanda una medida asistencial específica, el rol del Trabajador Social será principalmente, asistencial.

También influirá *el estilo del Trabajador Social*. Por ejemplo, hay profesionales que evitan, por principios, ocupar un rol asistencial y tienden a tener uno más educativo, otros evitan el educativo y utilizan más uno de asesoramiento. El cómo se sienta el profesional frente a una situación determinada y su postura de abordaje, determinará en gran medida su rol.

La *formación del Trabajador Social* también será determinante para el ejercicio del rol. Si este tiene una mayor formación en una línea de trabajo, ya sea educativa, de control, de asesoramiento, éste tenderá a utilizar mayoritariamente ese tipo de rol. Si éste tiene una formación más amplia en el trabajo con familias, dispondrá de una mayor experiencia para utilizar una diversidad de roles para su intervención.

Para el Trabajo Social Familiar que propone este modelo, el que apunta a destacar y validar al Trabajador Social como un profesional competente para intervenir en las relaciones familiares, es importante destacar que el “rol se construye, en primer lugar, *en y en torno* a la relación de ayuda” ¹⁰⁷. Esta relación es central para definir el rol o identidad de los Trabajadores Sociales. Así, teniendo presente esta relación de ayuda, se visualizan dos grandes roles para este tipo de intervención. Estos son los siguientes:

- 1. Rol Educativo**, para la dimensión del *Trabajo Social Directo* con la familia. La nominación educativo no se encuentra relacionada con la idea de situar al profesional en una posición de quien enseña “algo” a alguien, sino educativo en el sentido de construir en conjunto con la familia procesos de aprendizaje que les permita enfrentar de mejor manera la o las situaciones problemas, y a descubrir y potenciar los recursos con que cuentan.
- 2. Rol de movilizador de recursos**, para la dimensión del *Trabajo Social Indirecto* con la familia. Este rol no implica que sea el profesional el único encargado de la activación de recursos de las redes primarias y secundarias de la familia, sino que también, como en el caso anterior, se espera en esta dimensión, que el Trabajador Social identifique y construya en conjunto con la familia, redes sociales de apoyo necesarias para la resolución de situaciones problema.

6.7. Habilidades

Para el Trabajo Social en general, se requieren ciertas habilidades necesarias para la intervención principalmente con personas, grupos y comunidades. Muchos autores han descrito estas habilidades, encontrándose la mayoría enunciadas en los principios profesionales que guían al Trabajo Social, a saber: mantener una actitud exenta de juicio, respetar la autodeterminación de las personas, ser empático, crear confianza con las personas atendidas, etc.

Para el Trabajo Social Familiar y puntualmente para este modelo, el cual postula y utiliza como principal herramienta de trabajo la relación de ayuda que establecen el Trabajador Social y la familia, se requieren además de éstas, algunas otras habilidades, tanto en el plano profesional, como en el plano personal.

Habilidades profesionales:

- Aplicación de los principios profesionales, especialmente los de:
Actitud exenta de juicio y la autodeterminación de las personas.
- Aplicación de los conocimientos de las Ciencias Sociales a los cuales accede el Trabajador Social en su formación profesional.
- Habilidades cognitivas para interpretar la realidad desde la(s) teoría(s) aprendidas.
- Habilidades para trabajar en equipos multidisciplinarios.
- Habilidades para el trabajo y gestión de red.
- Habilidades para identificar y centrar el foco en los recursos de la familia y no en las debilidades y carencias.
- Habilidades para insertarse y formar parte de los sistemas de lenguaje de las familias.

Habilidades personales:

- Espontaneidad, para enfrentar situaciones muy diversas, difíciles y tensionantes.
- Creatividad, para enfrentar situaciones familiares muy complejas, las cuales requieren del profesional imaginar resoluciones creativas e innovadoras.
- Flexibilidad, para enfrentar el trabajo con familias, por ejemplo para modificar la estrategia de intervención si esta no está proporcionando los resultados planeados.
- Disposición para escuchar al otro, es decir, para atender y entender lo que la otra persona desde su mundo de significados, está transmitiendo y vivenciando.
- Afectivas, es decir el uso de todas aquellas habilidades que proporcionan los afectos, como calidez, expresión de sentimientos de manera verbal y no verbal, etc.
- Habilidad para experimentar la intervención familiar, desde una posición neutral y secundaria al proceso de la familia. Esta habilidad demanda que el profesional sea capaz de entender a lo largo de todo el proceso, que el foco principal está centrado en la familia y no en las vivencias y experiencias del Trabajador Social. Esto no quiere decir que este actor no sea relevante para el proceso, por el contrario, este es muy importante, pero no el principal.

- Habilidades de autoconocimiento. Como ya se señaló en uno de los supuestos de este modelo, es necesario para el trabajo con familias que el profesional conozca su propia historia familiar y reconozca en ella sus recursos y debilidades. Un profesional que se conozca y se reconozca como un ser con historia familiar, se ubica en una posición distinta a la del profesional que no ha mirado ni entendido su propia historia.
- De responsabilidad y compromiso con la familia y sus miembros a lo largo del proceso de ayuda.

6.8. Supervisión

La **supervisión** “en Trabajo Social constituye un proceso mediante el cual un Trabajador Social, o un estudiante que realiza una práctica, recibe individualmente y/o grupalmente la orientación y guía de otro profesional designado a tal fin, de modo que puede aprovechar lo mejor posible sus conocimientos y habilidades y perfeccionar sus aptitudes, para que realicen sus tareas de la manera más eficiente posible” ¹¹¹.

Históricamente, la supervisión surge como un modo de entrenamiento del personal que trabajaba en las organizaciones de caridad y que debía aprender los principios y métodos de ese trabajo.

El marco teórico referencial de la supervisión está dado por tres disciplinas: la pedagogía de la supervisión, la concepción que se tiene del método del Trabajo Social y la interpretación de las situaciones contextuales en que se realiza la labor.

La supervisión no es un trabajo correctivo, sino un intercambio de creencias ya que cada persona supervisa desde sus creencias, sus valores y su modelo de intervención.

En Trabajo Social Familiar, la técnica de supervisión se utiliza durante todo el proceso y apunta a transformar la experiencia de las personas en un conocimiento para actuar. La base principal de la supervisión es la confianza en que el otro es capaz y puede desempeñar el trabajo y tener una actitud abierta a recibir críticas.

Una de las autoras revisadas, Amaya Ituarte, se detiene en la supervisión definiéndola como una actividad profesional, cuyo objetivo último es lograr una mejor calidad en la práctica profesional. Para ello un profesional calificado (supervisor) analiza con el otro profesional, que lo reconoce como tal, su trabajo en cuanto a proceso, y la idea es permitirle una reflexión profunda sobre su propia práctica. Lo más importante de un supervisor, no es lo que el supervisor pueda enseñar, sino su capacidad de cuestionar, de aportar otra mirada y plantear dudas a los profesionales a quienes supervisa. La supervisión no es un proceso terapéutico. En la medida en que ayuda al Trabajador Social a tomar conciencia de lo que sucede en su trabajo y a comprender a su cliente y a comprenderse a él mismo en esa relación, es probable que pueda sentirse más seguro, menos angustiado y pueda tener un efecto terapéutico. Pero si lo cuestiona como profesional, la angustia puede aumentar. Es responsabilidad de un supervisor evaluar hasta qué punto un nivel de angustia puede ser negativo o positivo para el logro de los objetivos de la supervisión, lo importante es centrarse en analizar y comprender sus dificultades en cuanto al tratamiento de las familias.

Para el Modelo de Trabajo Social Familiar, se consideran dos tipos de supervisión mayoritariamente usados:

- **Supervisión directa:** la cual se realiza en el momento de la atención de la familia, a través de un espejo unidireccional, video o como observador participante en la sesión. Habitualmente se encuentra un profesional o dos trabajando con la familia y un supervisor que a veces se encuentra acompañado de un equipo, el cual va supervisando y guiando el trabajo que se está realizando. Este rol de supervisor puede ser rotativo entre los profesionales del equipo.
- **Supervisión indirecta:** la cual consiste en un relato de la atención a una familia, desde el primer contacto hasta la última atención que se ha brindado, a un supervisor el cual puede o no estar acompañado por un equipo. Para efectuar este tipo de supervisión, igualmente se puede utilizar la técnica de la familia simulada, en donde se representa a través de un rol – playing una sesión o un par de sesiones con el fin de presentar más fidedignamente a la familia y la intervención al supervisor.

Cuando en los equipos no existen personas más capacitadas que otras para supervisar la intervención con familias, se puede contratar los servicios de un supervisor experimentado para realizar este trabajo. Sin embargo, esta posibilidad escapa muchas veces a las capacidades de los Servicios Sociales, los cuales tienen presupuestos muy reducidos, gestiones muy burocráticas o políticas que no consideran la supervisión. A esto también se suman otros factores limitantes de la práctica del Trabajo Social, por ejemplo:

- la alta demanda de trabajo que tienen los Trabajadores Sociales,
- el tipo de problemáticas que atienden, difíciles y altamente estresantes,
- el tipo de personas que atienden, altamente carenciadas en todo sentido, y
- la ubicación laboral que mayoritariamente no incluye la participación en equipos de trabajo, pues, habitualmente el Trabajador Social se encuentra trabajando solo.

De acuerdo a lo descrito, se pretende que en Trabajo Social Familiar los Trabajadores Sociales, a pesar de los escasos recursos económicos existentes, tiendan a generar espacios de supervisión aunque se reconoce que estos son inexistentes. Si bien la mayoría de las veces no se podrá contar con un supervisor directo o indirecto, es importante reconocer como un recurso a los equipos multidisciplinarios, los cuales pueden ser el recurso de supervisión más significativo para el profesional.

6.9. Formación para el Trabajo Social Familiar:

La formación en Trabajo Social, demanda un adecuado entrenamiento teórico y la necesidad de desarrollar ciertas habilidades y técnicas. La formación deberá ser permanente, durante toda la vida profesional, principalmente mediante el estudio y la supervisión específica de y en Trabajo Social. Como señala Amaya Ituarte, “ser un Trabajador Social Clínico implica ante todo ser un Trabajador Social” ¹¹².

En Chile existen treinta y tres Escuelas de Trabajo Social o Servicio Social, las cuales entregan, en aproximadamente cinco años, la formación de pre-grado. Ya se ha descrito anteriormente esta formación, la cual se caracteriza por ser amplia, generalista y desarrollada principalmente a través de las tres metodologías clásicas de Caso, Grupo y Comunidad. De este modo, los alumnos aprenden a “hacer” Trabajo Social en esos tres niveles de intervención y no así en la unidad familia.

Dicha área es abordada mayoritariamente a través de la metodología de Caso, denominándose a veces como Trabajo Social Individual Familiar, teniendo esta cátedra, hoy día, un alto contenido de la temática familia. Algunas Escuelas también ofrecen menciones en familia y otras ofrecen una formación de post-grado en el área. Todos y cada uno de estos esfuerzos son muy importantes y sin duda reflejan preocupación por dicha formación.

Esta investigación parte del supuesto de que la mayoría de los problemas que enfrentan los Trabajadores Sociales, en la práctica, están relacionados con problemas familiares que demandan al profesional una capacitación teórica y práctica en el tema familiar. La paradoja se genera en el hecho que la formación de pre-grado que se entrega en las Escuelas, está centrada en otras unidades de trabajo que son caso, grupo y comunidad, y no en la familia. Si bien todas estas incluyen a la familia como una unidad; aprender metodología de caso, grupo y comunidad, no es lo mismo que aprender a intervenir con familias.

Si tomamos esta idea como cierta, surge entonces un problema académico y relacionado con la formación, que es: se prepara a los alumnos de Trabajo Social o Servicio Social para intervenir en unidades de trabajo que no son las que mayoritariamente consultan al Trabajador Social y no lo preparan adecuadamente para intervenir en la unidad familia, que creemos que es la que más consulta al Trabajador Social.

Un ejemplo claro de esta situación, es el hecho que los alumnos realizan prácticas de Caso, Grupo y Comunidad; en todos estos niveles se enfrentan de una u otra manera a la familia, pero cuando necesitan intervenir en esta unidad de trabajo, gran parte de ellos las derivan a otros profesionales, supuestamente más habilitados para intervenir en ella. Esta situación se debe en parte, a que los alumnos sí se sienten habilitados para atender un caso, un grupo o una comunidad y no así para intervenir en una familia. Paradojalmente también, las familias, especialmente las de escasos recursos, acuden prioritariamente al Trabajador Social antes que a otros profesionales, frente a una situación problema. En conclusión, los alumnos terminan su educación de pre-grado, capacitados en intervención de caso, grupo y comunidad y al insertarse laboralmente, lo que más atenderán, serán consultas y problemas de familia que finalmente terminarán derivando.

Con este planteamiento no quisiéramos dejar la impresión de que la metodología de caso, grupo y comunidad no tienen la misma importancia que el trabajo con familias, al contrario, estas son fundamentales para la formación de un Trabajador Social. Sin embargo, el problema enunciado no se resuelve con señalar esta aclaración. La formación en Trabajo Social, hoy día, debe pronunciarse frente a este dilema: ¿es necesario crear en las Escuelas una metodología para la familia, anexándola a las metodologías clásicas de caso, grupo y comunidad? o ¿la formación de familia seguirá siendo entregada a través de la metodología de caso?.

Sin pretender dar una respuesta acabada a este dilema y más bien pretendiendo contribuir a la discusión del tema, quisiéramos mencionar algunas ideas y consideraciones que nos parecen importantes al pensar en la formación que se requiere para el Trabajo Social Familiar.

1. Ubicación de la formación: La familia debe ser abordada teórica y prácticamente en la formación de pre-grado de Trabajo Social, ya sea en la creación de una modalidad metodológica nueva o en una mención de familia. Esta idea se sustenta entre otras razones en el hecho que la formación de post-grado en familia para el Trabajador Social se encuentra limitada. Por ejemplo, en Chile, los Trabajadores Sociales no son aceptados en instancias de formación en Terapia Familiar.

2. Ubicación de las prácticas profesionales: Si este espacio teórico es habilitado, entonces es necesario también habilitar espacios prácticos en familia. Es decir, la inserción de los alumnos en prácticas profesionales en Instituciones que trabajen de manera directa o indirecta con la familia y que fortalezcan el aprendizaje a través del trabajo de equipo.

3. Marco Teórico: Es importante también fortalecer la formación en la Teoría General de Sistemas e implementarla como un marco de referencia básico para el Trabajador Social. Esta idea no es posible de realizar a través de la revisión de esta teoría en una o más cátedras, sino incorporarla como un contenido transversal a lo largo de toda la formación del Trabajador Social.

4. La ética y las cátedras: Es de suma importancia que los alumnos reciban una formación ética para trabajar con familias. Esta formación, como se señaló en el supuesto, considera dos áreas:

- la aplicación de los principios profesionales, y
- reconocimiento del profesional como un ser con historia familiar.

Para lograr esta formación, es también necesario implementar espacios formativos que conduzcan a revisar en una forma profesional la historia familiar de los alumnos. Este espacio no es concebido como un espacio terapéutico, sino como un espacio de aprendizaje.

Respecto a las cátedras que se deberían implementar, esta va a depender de la opción que realiza cada Escuela. Si una Escuela opta por formar en el área de familia a través de una mención, ésta tendrá una mayor posibilidad para implementar teórica y prácticamente la formación. Los autores revisados proponen que se debería apuntar a formar profesionales que se encuentren capacitados para atender problemas familiares que, se generan principalmente por una crisis o un hecho transitorio y que requieren de la definición del problema y una co-construcción de la resolución con la familia. No se espera de esta formación que los alumnos aprendan a intervenir en situaciones familiares de mayor complejidad. Esto último lo podrían hacer a través de una formación de post-grado.

Si una Escuela no opta por la mención, los alumnos reducen su posibilidad y limitan la formación, a no ser que optaran por la creación de una metodología nueva en el área de la familia.

VII. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

De esta investigación surge, una primera conclusión relacionada con que la mayoría de los autores revisados enfocan sus modelos de trabajo con familias desde la Teoría General de Sistemas. Sin duda hoy en día, la comprensión e interpretación de la dinámica familiar se encuentra altamente influida por esta epistemología.

Relacionado con lo anterior, otra conclusión, se refiere a la teoría y práctica de la disciplina del Trabajo Social. A pesar de la revisión de nueve destacados Trabajadores Sociales reconocidos internacionalmente, aún no existe la suficiente claridad respecto a qué es y cómo se hace la intervención con familias desde el Trabajo Social.

Si bien esta investigación logra sistematizar diversas propuestas de trabajo y de este modo identificar orientaciones y metodologías reveladoras, aún quedan muchas interrogantes. Las propuestas revisadas en su mayoría surgen desde la práctica de la terapia familiar y no desde la práctica del Trabajo Social. Es decir, los autores, desde su identidad de Trabajadores Sociales han evolucionado hacia la terapia familiar como una forma más específica de formación e intervención, quedándose en esta modalidad y desde allí han emanado sus propuestas. Sólo dos autores de los nueve, Vesna Tomic y Anna María Campanini, elaboran sus propuestas desde la identidad de Trabajadores Sociales. Lo que se encuentra mayoritariamente escrito está relacionado con la terapia familiar y no con el Trabajo Social Familiar.

Es importante, también, destacar que asociado a estas dificultades e interrogantes, se encuentran otras variables que también influyen en la situación actual del tema. El mercado por ejemplo, es una de esas variables, ya que ubica a la profesión del Trabajo Social dentro de aquellas poco rentables y de escaso status, más bien asociada a prácticas que demandan mucho gasto social, poca inversión y el trabajo con un sector considerable de la población el cual tampoco es de gran rentabilidad. De esta manera, el Trabajador Social se ubica en Instituciones, la mayoría de beneficencia, recibiendo sueldos mínimos y atendiendo a un gran número de personas. También, la mayoría de las veces, se espera de este profesional, que atienda a personas y familias desde una práctica social más bien asistencialista que promocional. Claramente, el Trabajo Social Familiar sería una práctica de mayor costo en cuanto a recursos humanos y tiempo, que además se enfrenta a la dificultad para demostrar los logros cualitativos de esta intervención. De esta manera, la introducción del Trabajo Social Familiar no tan sólo depende de que se forme a los futuros Trabajadores Sociales en esta forma especializada, sino que también depende de la habilidad de nuestra profesión para demostrar que esta modalidad de trabajo tiene mayores ventajas respecto a sus logros, que las prácticas asistenciales.

Existe un cierto consenso que para trabajar con familias se requieren ciertas habilidades, tanto personales como profesionales. Sin embargo, aún no existe la suficiente claridad y acuerdo para determinar en qué momento se espera que el alumno en formación y futuro Trabajador Social, desarrolle dichas habilidades. Quizás este desconocimiento está relacionado con el hecho, como se ha dicho, que la formación del Trabajo Social está centrada en tres unidades de trabajo que no es la familia, sino el caso, el grupo y la comunidad. De este modo, la formación de familia queda formalmente en territorio indefinido. ¿Corresponderá esta formación a la instancia del pre-grado o a la instancia del post-grado?.

Es importante señalar que la mayoría de los autores destacan la importancia de que la formación en familia también incluya un espacio de reflexión personal para el Trabajador Social, de su propia familia de origen. Es decir, para trabajar en este tema se concluye que no basta la formación teórica y práctica, también se requiere un trabajo personal. Se destaca el tema de la ética como un tema fundamental al trabajar con familias. Estas afirmaciones asimismo fueron propuestas por los Trabajadores Sociales chilenos que participaron en los grupos de discusión.

La mayoría de los autores revisados coinciden en la metodología para abordar un sistema familiar. Si bien algunos señalan modificaciones o focalizan más en una etapa que en otra, la mayoría utiliza la metodología clásica que orienta la práctica del Trabajo Social, que es diagnóstico, programación, intervención y evaluación.

Sería de gran importancia, que se realizara una investigación para detectar en la práctica misma, cuáles son las principales intervenciones que realiza el Trabajador Social en el área de familia. Generalmente se habla o especula de lo que hace o no hace el Trabajador Social, sin embargo no existen muchos estudios que den cuenta de esta práctica. De este modo, sería un gran aporte poder identificar y tipificar las acciones concretas que realizan a modo de complementar y contribuir al Trabajo Social Familiar.

Por último, consideramos de suma importancia que exista una instancia de organización profesional que se encargue de velar por la construcción de un Trabajo Social Familiar chileno, tanto en un nivel académico como en la práctica social. Se esperaría que esta instancia pudiese generar una mayor claridad respecto a las interrogantes que aún persisten frente al tema del Trabajo Social Familiar. Igualmente, se considera necesario que esta instancia pueda construir un espacio para que en Chile no se prohíba a los Trabajadores Sociales capacitarse e intervenir en las relaciones familiares. Si la profesión del Trabajo Social no vela por este espacio, claramente persistirán estas dificultades y no se podrá despejar muchas de las interrogantes que han inspirado esta investigación.

VIII. ANEXOS

Anexo I

Matriz bibliográfica descriptiva-comparativa

1. Marco teórico o supuestos teóricos. Concepciones teóricas que orientan y guían el conocimiento y explicación de la realidad.
2. Rol del profesional/terapeuta. Función que cumple el profesional.
3. Metodología-Etapas. Proceso para desarrollar una intervención.
4. Técnicas. Herramientas con las que cuenta el profesional para desarrollar el proceso metodológico.
5. Problema: Concepciones de la situación problema descrita por cada uno de los autores.

Anexo II

Nómina de profesionales entrevistados

1. Lucy Gómez.

Asistente Social, 4º Juzgado de Menores San Miguel. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

2. Julia Cerda.

Asistente Social. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

3. Ornella Flores.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana.

4. María Eliana Morales.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente de Facultad de Medicina Sede Sur. Universidad de Chile.

5. Mario Hernán Quiroz.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Departamento de Trabajo Social. Universidad de Concepción.

6. María Olga Solar.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Escuela de Trabajo Social. Universidad Católica de Chile.

7. Nydia Aylwin.

Asistente Social. Master en Trabajo Social. Docente Escuela de Trabajo Social. Universidad Católica de Chile.

8. Vesna Tomic.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Escuela de Trabajo Social. Universidad Católica de Chile.

9. Marcelo Wettling.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente de Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Ejercicio libre de la profesión.

10. Edmundo Covarrubias.

Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar.

11. Clarisa Ahumada.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente de Facultad de Medicina Sede Sur Universidad de Chile.

12. Rosa María Pinchetti.
Asistente Social. Consejera Familiar Consultora independiente.

13. Nene Barreiro.
Asistente Social Hogar de Cristo. Consejera Familiar.

Anexo III

Temas generadores para la entrevista en profundidad

1. Conocer su perspectiva frente al Trabajo Social con familias.
2. Qué funciones y qué roles visualiza en el trabajo con familias.
3. Características diferenciales del Trabajo Social con familias (idiosincrasia).
4. Conocer la perspectiva o enfoque que utiliza en su centro de enseñanza o en su práctica cotidiana.
5. Qué bibliografía del tema conoce o recomienda para aportar a esta investigación.

Anexo IV

Matriz para análisis de entrevistas en profundidad

Supuestos teóricos	
Definición del TSF	
Metodología	
Diagnóstico Familiar	
Acuerdo	
Intervención Familiar	
Cierre/Evaluación familiar	
Técnicas	
Habilidades	
Rol del T. Social	
Supervisión	
Formación	
Otras	

Anexo V

Nómina de participantes en la mesa de discusión

1. Isabel Saavedra.

Asistente Social. Docente Area familia Escuela de Trabajo Social. Universidad Católica de Valparaíso.

2. Lucy Gómez.

Asistente Social, 4º Juzgado de Menores San Miguel. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

3. Ornella Flores.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana.

4. María Eliana Morales.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente de Facultad de Medicina Sede Sur. Universidad de Chile.

5. Mario Hernán Quiroz.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Departamento de Trabajo Social. Universidad de Concepción.

6. Marcelo Wettling.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente de Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Ejercicio libre de la profesión.

7. Clarisa Ahumada.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente de Facultad de Medicina Sede Sur. Universidad de Chile.

8. Hilda Chiang.

Asistente Social. Jefe Departamento de Trabajo Social Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez (antes Blas Cañas).

9. Daniela Thumala.

Psicóloga Centro de Estudios y Acción Familiar (CEAF) Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

10. Devorah Levit.

Psicóloga Centro de Estudios y Acción Familiar (CEAF) Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

11. Paulina Saldías.

Asistente Social. Centro de Estudios y Acción Familiar (CEAF) Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

12. María Paz Donoso.

Asistente Social. Centro de Estudios y Acción Familiar (CEAF) Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

Anexo VI.

Pauta de preguntas para la mesa de discusión

1. ¿Qué habilidades personales y profesionales consideras que debería tener un Trabajador Social para trabajar con familias?
2. ¿Cuál crees que es el campo de acción del Trabajador Social con Familias? ¿Dónde se insertan mayoritariamente hoy día en la prevención, en la derivación, en la intervención directa-indirecta?
3. ¿Qué formación consideras que necesita el Trabajador Social para trabajar con familias? ¿Será suficiente la formación actual de pre-grado que se brinda en las Escuelas de Trabajo Social del país?
4. ¿Cuando un Trabajador Social interviene en las relaciones humanas de la familia, crees que éste la aborda desde un enfoque teórico y metodológico consensuado por el Trabajo Social o su intervención será una combinación de técnicas extraídas desde distintas teorías?
5. ¿Qué diferencia ves en la intervención entre un Psicólogo, un Trabajador Social con mención en familia y un Terapeuta Familiar?
6. ¿Será la intervención en las relaciones familiares un campo que requiere especialización para el Trabajador Social?
7. ¿Consideras que debería existir una organización social que agrupara a Trabajadores Sociales interesados en el tema de la familia, en su capacitación y ejercicio profesional? ¿A quién crees que le correspondería generar este movimiento?
8. ¿Pensando en las Instituciones que conoces, que realizan intervenciones a nivel familiar, en qué nivel de intervención, consideras que se ubica mayoritariamente el Trabajador Social?
9. Cuando un Trabajador Social habla de intervención en familia, ¿a qué se está refiriendo?, ¿qué concepto de familia consideras que se usa mayoritariamente?.
10. ¿Quién crees que define al Trabajador Social cuando trabaja con familias, quién define su rol?

11. ¿Qué expectativas tienen los equipos multidisciplinarios del Trabajador Social que trabaja con familias, cuál es el rol que le asignan?
12. ¿Qué diferencia al Trabajo Social Individual Familiar del Trabajo Social con familias?.
13. ¿Qué principios éticos consideras importante tener presentes para trabajar con familias?
14. ¿Conoces algún modelo o enfoque propio del Trabajo Social chileno para el Trabajo con Familias en las relaciones familiares?
15. ¿Cómo concibes la supervisión para el Trabajador Social que interviene en esta área?

Anexo VII

Nómina de asistentes en la exposición de la pre-propuesta

1. Lucy Gómez.
Asistente Social, 4º Juzgado de Menores San Miguel. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
2. Ornella Flores.
Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Escuela de Trabajo Social Universidad Tecnológica Metropolitana.
3. María Eliana Morales.
Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Facultad de Medicina Sede Sur. Universidad de Chile.
4. Mario Hernán Quiroz.
Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Departamento de Trabajo Social. Universidad de Concepción.
5. Clarisa Ahumada.
Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente de Facultad de Medicina Sede Sur. Universidad de Chile.
6. Daniela Sánchez.
Asistente Social. Docente Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
7. Devorah Levit.
Psicóloga Centro de Estudios y Acción Familiar (CEAF) Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

8. Ruth Lizana.

Asistente Social. Jefe de Carrera Trabajo Social Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

9. Victoria Rippes.

Asistente Social. Docente Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

10. Marta Mizguier.

Asistente Social. Ejercicio libre de la profesión, colaboradora Hogar de Cristo.

11. Susana Arancibia.

Asistente Social. Docente área de familia Universidad del Pacífico.

12. Wendy Godoy.

Asistente Social. Docente Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

13. Paulette Landon.

Asistente Social. Docente Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

14. Sara Llona.

Asistente Social. Terapeuta Familiar. Docente Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

Anexo VIII

CUADRO COMPARATIVO DE LOS MODELOS

	MODELO SISTÉMICO	MODELO PSICOSOCIAL	MODELO CENTRAL EN TAREAS
INTERVENCIÓN SOCIAL	Se realiza con la familia, se co-construye. La intervención empieza desde el primer contacto, se implanta una relación que introduce información al sistema y modifica las relaciones familiares.	Siempre deben ser considerados los procesos biopsicosociales, el hombre es influenciado tanto por factores internos como externos. Se establecen relaciones personales.	Ayudar a los cliente resolver los proble que los afectan. Proporcionar una bu experiencia en resolución, de mar de aumentar capacidad para ha frente a las dificultades
PROBLEMA	Síntoma y no problema no existe un solo protagonista sino que en la interrelación de los diferentes subsistemas está la base de la situación problema. "paciente Identificado" (P.I) Virginia Satir lo define como: es el miembro de la familia a quien se le ha etiquetado como enfermo.	El problema puede radicar en el individuo, en el medio, o en la interacción entre ambos.	El problema esclarecido y explor entre trabajador soci cliente, se llega a acuerdo explícito se los problemas que ahondaran. Se ce en categorías defin de problemas y en causas subyacentes.
TÉCNICAS	De asociación y acomodación. Técnicas de reestructuración. Técnicas de reencuadramiento Entrevista Sistémica (ej. circularidad, hipotetizar, neutralidad). Técnicas de apoyo, ecomapa, genograma.	Técnicas básicas: sostén y orientación; comprensión, ventilación exploración y reflexión. Técnicas de apoyo: observación, visita domiciliaria, ecomapa, familiagrama, técnicas de documentación y sistematización de datos. (para diagnóstico),	Planteamiento de tarea; Establecimi de incentivos racionalidad. Análisis y resolución los obstácu simulación y prác guiada revisión de tarea; término.
CAMBIO	Dirigido a la familia en su totalidad y a la estructura relacional. Implican cambios en la estructura y la relación del sistema. Desde el primer contacto se introduce nueva	Fortalecimiento de las capacidades internas del individuo, objetivos a corto y largo plazo. Hacia el aspecto psicológico de la persona, por una parte y	Hace incapié en desarrollo de tai prácticas, que resuelve problemas específi los proble emocionales se ali mediante la realiza

	información al sistema que lleva al cambio.	por otro lado a los cambios del medio social.	exitosa de la tarea.
--	---	---	----------------------

Anexo IX

Pautas para diagnóstico familiar

1. Pauta de diagnóstico para la dimensión directa de la familia

Basada principalmente en los aportes de cuatro autores que son Hartman y Laird, Anna María Campanini, Peggy Papp y Virginia Satir.

Elementos a considerar:

1. Antecedentes y datos básicos sobre la familia que consulta.
2. Antecedentes de la demanda o motivo de consulta.
3. Antecedentes de la estructura familiar.
4. Antecedentes de la situación problema.
5. Antecedentes de las fuerzas familiares para la estabilidad y el cambio.
6. Factores Claves de evaluación de Virginia Satir.

1. *Antecedentes y datos básicos sobre la familia que consulta:*

- Número de integrantes de la familia (incluidos embarazos no concebidos).
- Nombres y apellidos de los integrantes de la familia.
- Domicilio.
- Edades.
- Actividades (escolares y/o laborales).
- Ingresos individuales y familiar.
- Sistemas previsionales.
- Tipo y pertenencia de la vivienda que habitan.
- Enfermedades de salud existente en algún miembro de la familia.

2. *Antecedentes de la demanda o motivo de consulta.*

- Quién deriva a la familia y cuál es el motivo de la derivación (Institución y profesional / otros).
- Motivo de consulta de la familia.
- En qué momento se manifestó el problema y qué fue lo que determinó la solicitud de ayuda en este momento.

- Para qué miembro de la familia y de qué manera la “situación problema” enunciada, es un problema.
- Qué se ha hecho para resolverlo y quién lo ha hecho.
- Cuáles son los sistemas significativos implicados en el problema y que pueden ser utilizados como recursos.
- Otros problemas eventuales que la familia haya afrontado en el pasado, especificando si fueron superados y de qué manera.
- Las expectativas existentes con respecto a la Institución, al Asistente Social y al proceso.

Estas informaciones aunque parecen mínimas, permiten clarificar si el servicio donde se ubica el Trabajador Social, es el que corresponde para atender el tipo de problema que presenta la familia.

3. Antecedentes de la estructura familiar.

Límites internos:

- ¿Cómo está organizado el sistema familiar?
- ¿Cómo son las relaciones entre los subsistemas?
- ¿Hay un límite claro entre el subsistema de la pareja y el de los hijos?
- ¿Tienen los adultos y los niños claramente demarcados el tiempo y espacio para ellos ?
- ¿Es el subsistema parental accesible a los hijos?
- ¿Los esposos se ofrecen uno a otro ayuda mutua y apoyo?
- ¿Está el subsistema de los hermanos caracterizado por ayuda mutua o competencia y rivalidad?

Triángulos:

- ¿Cuáles son los triángulos centrales en la familia y a qué propósitos están sirviendo ?
- ¿Qué papel están jugando los triángulos en las conductas problemáticas?

Roles:

- ¿Son los roles de los miembros de la familia claros y consistentes?
- ¿Son complementarios o simétricos?
- ¿Los miembros poseen las destrezas y competencias para desempeñar los roles familiares y sociales?
- ¿Hay rigidez o flexibilidad en los roles asignados?
- ¿Hay conflicto?
- ¿Cómo están los roles influenciados por la herencia sociocultural de la familia?
- ¿Está la estructura de roles contribuyendo a problemas o disfunciones?
- ¿Está la solución familiar al problema de roles contribuyendo a problemas nuevos o adicionales?
- ¿Cuál es el rol de los abuelos u otros miembros de la familia extensa ?

Poder y autoridad :

- ¿Cuál es la jerarquía, distribución de la autoridad y el poder en la familia?, ¿dónde está el asiento del poder?
- ¿Cómo son reforzadas las reglas familiares?
- ¿Qué sucede cuando una regla es desafiada?
- ¿Qué parte juega el poder en el juego familiar?

4. Antecedentes de la situación problema.

- ¿Qué función cumple el síntoma (o la situación problema) en cuanto a estabilizar a la familia?
- ¿Cómo funciona la familia en cuanto a estabilizar el síntoma?
- ¿Cuál es el tema o los temas centrales en torno al cual se organiza el problema?
- ¿Cuáles serán las consecuencias del cambio para la familia?
- ¿Cuál es el dilema terapéutico para esta familia?

5. Antecedentes de las fuerzas familiares para la estabilidad y el cambio.

- ¿Cómo ha enfrentado la familia anteriormente alguna situación problema?
- ¿Qué recursos propios han empleado?
- ¿Qué fuerzas homeostáticas-morfostáticas están ayudando a mantener la estabilidad?
- ¿Cuál es la capacidad familiar para recibir nuevas entradas de intercambio e información?
- ¿Qué fuerzas de desarrollo y transición están operando actualmente?
- ¿Cómo está adaptándose la familia y procesando estas transiciones?

6. Cuatro fuerzas o factores claves de evaluación de Virginia Satir

Cuatro fuerzas o factores claves :

- Autoestima
- Comunicación
- Reglas familiares
- Enlace con la sociedad

1. Autoestima:

Cada persona tiene una valoración de sí misma positiva o negativa.
¿Qué valoración de sí mismos tienen los miembros de la familia?

2. Comunicación:

Cada persona se comunica ¿el punto es cómo y cuál es el resultado de la comunicación?

3. Reglas que rigen la vida familiar:

- ¿Cuáles son las reglas de la familia?
- ¿Qué se logra con ellas?
- ¿Qué consecuencias positivas o negativas tienen?
- ¿Qué entramientos y dificultades producen?
- ¿Qué cambios se pueden realizar?
- ¿Qué reglas deben desecharse?
- ¿Qué reglas nuevas se tienen que adoptar para facilitar el funcionamiento de la familia?

Cada persona sigue reglas. ¿La cuestión es, qué clase de reglas y cómo funcionan para esa familia?

4. Enlace con la sociedad:

Cada persona tiene enlaces con la sociedad. ¿La cuestión es, cuáles y cómo son los resultados ?

2. Pauta de diagnóstico para la dimensión indirecta de la familia

Hartman y Laird proponen algunos puntos a considerar al querer diagnosticar esta dimensión :

- ¿Es el ingreso suficiente para las necesidades básicas?
- ¿Tiene la familia alimento y alojamiento adecuado?
- ¿Es la vecindad segura y un lugar razonablemente agradable para vivir?
- ¿Tiene la familia acceso a cuidado preventivo de salud o buenos recursos médicos?
- ¿Pueden sus miembros tener acceso a esos recursos o no, por razones de ubicación, falta de transporte o teléfono?
- ¿Tiene la familia conexiones sociales significativas con vecinos, amigos, organizaciones de la comunidad?
- ¿Es parte de una red familiar extensa?
- ¿Los miembros pertenecen o participan en alguna actividad grupal?
- ¿Tiene la familia oportunidad de compartir significados o valores culturales con otros?

- ¿Son sus valores congruentes o están en conflicto con el ambiente a su alrededor?
- ¿Es la experiencia educativa positiva para los niños? ¿Tienen ellos y los otros miembros de la familia acceso a oportunidades vocacionales o culturales enriquecedoras?

ANEXO X

Definición de las Técnicas revisadas en la bibliografía

1. Definición de las técnicas utilizadas en la etapa de Diagnóstico Familiar:

Entrevista: término que deriva del inglés interview. Esta técnica puede ser utilizada para diversos fines, como para informar, educar, orientar, motivar, depende del propósito profesional que se persigue. Según dicho propósito, la entrevista puede cumplir diferentes funciones: obtener información de individuos y grupos, facilitar información, influir sobre ciertos aspectos de la conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos), ejercer un efecto terapéutico. Existen diversos tipos de entrevistas, como la estructurada, no estructurada, focalizada, clínica y no dirigida. Para efectos de esta investigación, revisaremos la entrevista en la Institución a la familia y la entrevista en el domicilio de la familia ¹¹³.

La primera alude a la entrevista que se realiza a la familia en la **Institución**. Generalmente corresponde a la entrevista inicial que se realiza con la familia o el miembro de la familia que consulta. Lo que caracteriza a esta técnica, es que se realiza en un contexto que no es el contexto natural de la familia y su objetivo va a depender de la etapa que se encuentre la familia.

La segunda se refiere a la entrevista que se realiza en el **domicilio** de la familia. Generalmente se realiza cuando ya se ha establecido algún grado o vínculo con la familia. Lo que caracteriza a esta técnica, es que se realiza en el contexto más natural de la familia, en su hábitat familiar. Esta técnica proporciona una gran cantidad de información que no es factible de obtener a través de la entrevista en la Institución.

Observación: es uno de los procedimientos para la recogida de datos; la observación consiste en utilizar los propios sentidos del investigador para observar los hechos y realidades sociales presentes, y a la gente en el contexto real donde desarrolla normalmente sus actividades ¹¹⁴.

Genograma: Es un formato para dibujar un árbol familiar en el que se recoge información acerca de los miembros de la familia y sus relaciones y que implica al menos tres generaciones. Es decir, es una técnica para representar gráficamente las interrelaciones entre las partes significantes de una situación. Utiliza símbolos convencionales ¹¹⁵.

Ecomapa: es una descripción gráfica de las relaciones de la familia con el entorno. Para su representación se utilizan una serie de símbolos convencionales. La familia está representada por un círculo central y, a su alrededor, también encerrados en un círculo, los otros sistemas en los que la familia está envuelta (colegio, trabajo, amigos, etc.), utilizando, para describir las conexiones de la familia con los otros sistemas de su entorno, líneas como en el caso de los familiogramas (trazo grueso, conexión fuerte e importante; discontinuo, conexión débil, etc.)¹¹⁶.

Fotografías familiares: esta técnica ha sido poco utilizada y no existe mucho registro al respecto. Consiste principalmente en observar en conjunto con la familia, fotografías familiares obtenidas a lo largo de toda la historia de la familia. Lo destacable de esta técnica es que permite observar los siguientes aspectos de una familia: diadas, triadas, climas emocionales, tendencias de la familia, personajes significativos, el estilo de la familia, etc. En general esta técnica tiene muy buena aceptación por parte de la familia.

Hipótesis sistémica: la estructura verbal de la palabra, hipótesis es una explicación supuesta, lo que se supone, lo que está por debajo de ciertos hechos. En el ámbito de la investigación científica, la hipótesis es una proposición o enunciado que, como tentativa de explicación provisional, anticipa la naturaleza de las relaciones entre dos o más fenómenos.

Al desarrollar una hipótesis sistémica de trabajo, se espera que se construya una explicación circular de la situación problema que refleje la causación circular del circuito que fomenta y mantiene el problema familiar y que incluya a todos los miembros de la familia. La información se recoge e integra en tres niveles diferentes: conductual, emocional e ideacional (lo que las personas hacen, sienten, y piensan). Para comprender los patrones de una familia, es importante ver cómo se conectan y se influyen entre sí estos tres niveles.

2. Definición de técnicas utilizadas en la etapa de Acuerdo:

Redacción de un contrato: esto consiste en acordar con la familia ciertos puntos a convenir, para luego redactarlos por escrito. Posteriormente se puede entregar una copia a la familia y otra para el profesional. La relevancia de esta técnica, consiste en ritualizar con la familia el inicio del proceso de intervención familiar.

3. Definición de técnicas utilizadas en la etapa de Intervención Familiar:

Dimensión Directa:

Tareas: puede ser factible que el profesional asigne tareas, las cuales pueden ser realizadas individualmente, grupalmente, en el domicilio u otro contexto. Estas tareas deben ser acordadas en conjunto con las personas, y asignadas de una manera real y concreta. Es importante señalar que cuando se ha dejado una tarea, esta debe ser revisada en la sesión siguiente.

Autor: **Joseph Perez**

Escultura: la técnica de la escultura permite a cada miembro de la familia revelar a los demás miembros, y a veces inclusive a sí mismo, sus percepciones de las relaciones intrafamiliares. Esta técnica permite hacerlo sin la angustia que generalmente causa verbalizar nuestras emociones y sentimientos. Se utiliza la escultura para sacar el conflicto del patrón verbal. La belleza de esta técnica radica en que cada uno tiene la oportunidad de ver a toda la familia a través de los ojos de cada miembro. Y también el Trabajador Social. Generalmente se ha observado que los niños y los adultos pasivos, se benefician mucho con esta técnica. En general todos están dispuestos a participar, generalmente el que pidió la entrevista está más deseoso de probarla. El trabajo de escultura era una de las maneras favoritas de Virginia Satir de transformar las palabras en acción. Le permitía a la familia verse con más facilidad. Este trabajo de escultura permite observar el soporte, inclusión, exclusión, distancia y cercanía, el poder y las relaciones de contacto en la familia. En general, la escultura se transformaba en una escultura danzante la cual demostraba una secuencia de interacción entre los miembros de la familia. Esta técnica podría traer a las personas un cierto insight de sus interacciones.

Intercambio de papeles: el intercambio de papeles consiste en dar a cada miembro de la familia la posibilidad de probarse en otro papel. Muchos individuos se sienten amenazados, aburridos e incapacitados del papel que juegan, es frecuente que se sientan incapaces de cambiar de papel, el rol-playing los libera de estos sentimientos de condena, dado que invariablemente cuando se cambia de papel, cambia también la comunicación que usa la familia y facilita la inducción al cambio. Esta técnica también permite a cada miembro de la familia, percibir el mundo como lo ve el otro, incluso, sacude emocionalmente a las familias. Sólo hay un requisito para esta técnica, y es que el actor de turno debe tratar de sentir y actuar de la manera como él piensa que lo hace la persona que la encarna.

Manejo efectivo de los silencios: cuando una familia viene a terapia, muchas veces guarda silencio. Por lo general es producto de algunas de estas emociones: vergüenza, timidez, temor o angustia generalizada. De esta manera la técnica consiste en que el terapeuta, simplemente se queda sentado, toma la idea de la familia y guarda silencio. El permanecer sentado y en silencio puede servirle para que desarrollen un sentimiento de confianza hacia él, así irónicamente, el silencio puede constituir el vehículo por el cual se gane la aceptación de la familia.

Confrontación: poner frente a frente, carear. Para usar la técnica de confrontación, el terapeuta debe creer en la validez de su raciocinio y sentirse a gusto con él, otras veces no va con su personalidad. Dicha técnica incluye las siguientes consideraciones: ¹¹⁷.

1. Habilidad para escoger el clima emocional apropiado.
2. Habilidad para discernir si es en verdad la técnica apropiada tanto para el individuo, como para la familia en cuestión.
3. La consonancia del afecto del terapeuta con sus palabras.

4. La habilidad para escoger palabras apropiadas, que no enajenen al individuo y su familia, pero que sirvan para aumentar la interacción familiar positiva.

La enseñanza a través de las preguntas: el terapeuta tiene la función legítima de enseñar y puede utilizar esta técnica con ese objetivo. Enseñar en terapia, dará como resultado el aprendizaje y cambios positivos subsecuentes, sólo cuando los miembros de la familia estén expuestos a sus respectivas comprensiones sin verse presionados. Es aconsejable usar esta técnica, pero no es apropiado atenerse exclusivamente a ella.

Ejemplos:

- ¿Veamos cómo están las cosas?
- ¿No siente que Ud. lo está haciendo bien?
- ¿Qué sucedió?, ¿De qué hablamos?
- ¿Suavemente, en qué no está de acuerdo conmigo?

Escuchar: la mayor parte de las familias que entran en terapia es porque los miembros son incapaces de escucharse o no se escuchan entre sí.

El escuchar incluye más que las simples funciones auditivas, tiene que ver con *el sintonizarse sensorialmente* con la familia en general. El éxito del terapeuta dependerá de la extensión en que se sintonice. El terapeuta que escucha, facilita el proceso de unirse a la familia y de esta manera se involucra más fácilmente con los momentos emocionales más íntimos de la terapia. Esta técnica es una actividad básica, que demuestra que el profesional es capaz de comunicarles a la familia que los escucha tanto cognoscitiva, como emocionalmente.

Técnicas para mejorar el acto de escuchar:

1. Postura: debe sentarse a igual distancia de cada miembro, mirar a todos por igual, estar ni demasiado relajado, ni demasiado tenso.
2. Privacidad: no interrumpirá, ni aceptará interrupciones telefónicas, etc.
3. Respuesta conductual: el movimiento del cuerpo es una función de la emoción.
4. Instrucciones internas: a veces los propios problemas son diversos y distraen, de este modo es necesario recurrir al proceso de supresión consciente como una manera evitar la distracción y escuchar atentamente.

Recapitulación: resumir, recordar sumariamente. Cuando el terapeuta recapitula, verbalmente edita el soliloquio desarticulado que el miembro de la familia está sosteniendo, en resumen, interpreta lo que está diciendo un miembro a otro y ayuda así al verbalizador a que enfoque, precise y delimite su pensamiento. Para usar esta técnica, el terapeuta primero escucha y luego retoma los puntos de mayor significación del discurso de uno de los miembros y lo recapitula. El efecto es comunicar a los miembros los aspectos más importantes del problema esencial ¹¹⁸.

Recapitulación a través del resumen: un corolario de la técnica de recapitulación es el resumen, en las sesiones hay veces que la mayoría de los miembros de la familia han hecho comentarios, dado opiniones etc., en situaciones como ésta, el terapeuta puede considerar valioso unir todos los comentarios para hacer un resumen de ellos. Puede ser al final de la sesión o en un momento que él encuentre adecuado.

Clarificación: consiste en clarificar, dirigir la atención al significado cognoscitivo de la verbalización, su interés radica en los sentimientos que yacen bajo las palabras que se dicen y en las conductas manifestadas, el foco de la reflexión no es sobre lo que alguien expresa, sino sobre lo que no se expresa, sobre el significado afectivo implicado.

Videocinta: Carl Rogers, observó, que el único aprendizaje que influencia significativamente en la conducta, es el aprendizaje que la misma persona descubre. La técnica de Videocinta consiste en repetir un video, para un entrenamiento puntual y/o para la familia. Esta técnica es especialmente importante porque generalmente muchas personas tienden a negar la conducta negativa, y cuando ocurre en vivo y la observan, puede favorecer el cambio positivo en una familia.

Autor: **Virginia Satir**

Alternativas positivas: proporcionando alternativas positivas. La mayoría de las personas intentan cambiar los comportamientos de los otros a través del castigo. Virginia Satir pensaba que si uno le enseñaba a las personas estilos de interacción satisfactorios, seguramente no querrían volver a estilos dolorosos y destructivos. Ella se preguntaba ¿qué podría agregarle a la vida de esta persona para que no quisiera volver a hacer el comportamiento problemático nuevamente?.

Rol-Playing: Joseph Perez denomina esta técnica como intercambio de papeles. Virginia Satir utilizaba mucho esta técnica como una manera que los miembros de la familia empatizaran con algún miembro en particular. Ella establecía una relación horizontal con la familia y también utilizaba esta técnica para demostrar que todos los participantes en el proceso terapéutico podían enseñar algo a los otros. También participaba en los Rol-Playing. Virginia Satir consideraba que cualquier problema, podría ser resuelto desde una base de experiencia y entendimiento común.

Resignificando comportamientos y percepciones: esta técnica consiste en cambiar el significado y la percepción de los comportamientos de las personas de manera que resulten sentimientos y comportamientos más positivos y constructivos. Se identifican dos tipos de resignificados:

Resignificado del contexto: significa situar un comportamiento problemático en un contexto distinto a través de validar un comportamiento en aquellos contextos útiles y luego buscar comportamientos alternativos en los contextos que el mismo comportamiento causa problema. Ella a veces describía ciertos comportamientos problemáticos como una respuesta a un pasado muy entendible, en donde una persona no tenía toda la información y comprensión requerida. Luego de establecer que a veces alguien, puede responder en función de un contexto anterior, Virginia Satir intentaba cambiar y agregar a la percepción y entendimiento de esa persona, respuestas positivas y útiles en su contexto actual.

Resignificando el significado: refiere a cambiar el significado de un comportamiento mientras se mantiene en el mismo contexto. Virginia Satir utilizaba distintas palabras para resignificar o reescribir un comportamiento problemático. La connotación terminaría provocando una percepción más positiva.

Acción: Virginia Satir entendía que las personas podían cambiar solamente si experimentaban los eventos. Frecuentemente apuntaba a que las personas tienden a quedarse o volver a comportamientos conocidos. La técnica consiste principalmente en hacer que las personas actúen el comportamiento nuevo, como una manera de hacerlo familiar. Un ejemplo de esta técnica es cuando una niña dice: “yo deseo estar más cerca de mi hermano”, Virginia Satir hubiese señalado: “entonces acércate y ve por ti misma lo que pasa”.

Asociación / Disociación: estas técnicas se refieren a que una persona puede relatar una situación problema de dos maneras. En la primera, puede utilizar una memoria asociada, en donde la persona revive completamente el evento, como si estuviese sucediendo en ese momento. La persona ve lo que está sucediendo nuevamente a través de sus propios ojos, y escucha y siente lo que sintió en ese momento. Por el contrario, en la segunda, una persona puede recordar desde una manera disociada, como si fuera un observador parcial viendo una película o un video de otra persona observando la experiencia de otro.

Desde la perspectiva disociada, la persona ve y escucha todo lo que sucede, pero sus sentimientos son más distantes frente a una situación. Experimentando una memoria asociativa de los problemas, evoca sentimientos desagradables, los cuales proveen una motivación poderosa para el cambio.

La asociación evoca sentimientos fuertes que proporcionan motivación para el cambio, mientras que la disociación provee sentimientos menos intensos, más información y mejor acceso a los recursos creativos que pueden ayudar en la resolución de los problemas. Virginia Satir utilizaba frecuentemente estas técnicas, de asociación y disociación, para construir la motivación y generar cambio.

Expresividad: esta técnica consiste en fomentar la expresividad de los miembros de la familia, respecto a sentimientos, percepciones, afirmaciones, especialmente aquellas de poca claridad. Para ello, el profesional debe estar atento a la comunicación de la familia y a su expresión tanto en el nivel verbal, como en el corporal. Virginia Satir, se centraba incluso más en el nivel corporal que en el verbal, y cuando este último no era claro ni congruente, ella interrumpía la comunicación en busca de lograr mayor claridad. Para clarificar contenidos comunicacionales, utilizaba la técnica del intercambio de papeles, para que los miembros de la familia entendieran lo difícil que era para el miembro que quedaba atrapado en una comunicación doble vincular.

Humor: Virginia Satir planteaba que esta técnica era importante por dos razones: es agradable e ilumina el estado de una persona. En un estado más luminoso, las personas son más flexibles y creativas, con más recursos personales para resolver problemas de la vida y las relaciones. Este elemento importante de considerar, adquiere importancia dado que proporciona otra manera de ver el problema, aunque este sea una manera no útil, pero quizás muestra que hay otros caminos para resolver los problemas.

Amplificando sentimientos y comportamientos positivos e interrumpiendo comunicación destructiva: consiste en la interrupción de cualquier comunicación que fuera destructiva para algún miembro de la familia. Virginia Satir utilizaba la frase de “espera un momento” para detener una interacción ofensiva entre uno o más miembros de la familia y luego transformaba esa comunicación disruptiva en una conexión positiva.

Identificando creencias limitantes y desafiándolas: Virginia Satir planteaba que habitualmente las personas se desarrollan con creencias y a veces éstas producen limitaciones y problemas. Esto se observa en las expresiones o afirmaciones de las personas. La técnica consiste en identificar alguna creencia, que genere algún conflicto y desafiarla a través de la confrontación. Para ello, tomaba alguna afirmación (que contenía una creencia) y la ubicaba en un nivel muy concreto. Enfrentar a la persona al absurdo de la creencia, produce el cambio.

Patrones específicos para ayudar el cambio de las personas:

Señalar comandos (mandatos): la hipnosis tradicional usa muchas direcciones tales como siéntete relajado, duerme profundamente. Estas se reconocen conscientemente y de este modo, las personas pueden conscientemente resistirse a responder a ellas. En contraste, Milton Erickson, usaba otro tipo de mandatos, los cuales se entregan a través de un cambio de una afirmación con un tono de voz distinta, un gesto, un gesto con la cabeza, etc. Por ejemplo, en vez de decir a una persona “siéntete relajado”, se señala “que gratificante es para una persona dormir profundamente y soñar sueños placenteros”. Estas frases o afirmaciones ayudan a inducir ciertos cambios o actitudes a un nivel no consciente, para así evitar la resistencia de la persona.

Enlace: para lograr una mayor aceptación por parte de las personas, Virginia Satir utilizaba esta técnica que consiste en establecer un enganche con las personas y solicitaba algunas acciones que encontraban muy simples y completamente aceptables, tales como: mírame, cierra tus ojos, acércate. Estas solicitudes iban incrementando, y les permitía experimentar nuevas percepciones y comportamientos.

Cambio de temporalidad: Virginia Satir se preocupaba especialmente de mantener un tiempo verbal centrado en el presente. A través de esta técnica, se facilita el cambio. Para ello intentaba constantemente que las personas se mantuvieran en un tiempo presente, como una manera de introducir nuevos comportamientos y afiatarlos. Si una persona se centra constantemente en el pasado, tenderá a continuar centrada en eventos ya pasados, si por el contrario se centra a la persona en el presente, la persona estará más capacitada para introducir nuevos cambios.

Distinciones entre la percepción y la realidad: Virginia Satir entendía que el foco más importante del cambio, eran las imágenes de percepción de mundo de las personas. Cuando las percepciones cambian, las creencias, las respuestas y comportamientos también cambian. Una vez que las percepciones y sentimientos son diferentes, es relativamente fácil enseñar maneras más efectivas de comunicación. Cuando las familias tienen problemas habitualmente es porque, creen que el mundo es de una determinada manera. Esta creencia no es útil porque presupone que es una realidad que puede cambiar. La distinción entre cómo las cosas son y cómo aparentan ser, o cómo alguien ve las cosas o piensa que son, es útil y artificial, pero abre las puertas a otras posibles maneras de ver los mismos eventos.

Autor: **Salvador Minuchin, citado por Vesna Tomic**

Co-participación: este tipo de técnica es la que permite al profesional, ingresar al sistema familiar para comenzar el proceso de cambio, dependiendo del grado de inclusión que quiera lograr el Trabajador Social. Dentro del sistema se dividen en :

Conformación o connotación positiva: consiste en validar la realidad de los holones familiares, buscando los aspectos positivos y empeñándose en reconocerlos y premiarlos; también detecta los aspectos de sufrimiento, de dificultad o de tensión, dando a entender que no se deben evitar, pero que se responderá a ellos con delicadeza. Así, el profesional al confirmar los aspectos positivos de las personas, se convierte en fuente de autoestima para los miembros, modificando el status del miembro, confirmado frente a los otros miembros. Esta técnica se usa en todo el proceso.

Rastreo: permite al profesional entrar a una familia en una posición intermedia y es un buen método para recopilar información o datos del sistema familiar y sintonizar el proceso familiar. Consiste en iniciar la interacción rescatando información a nivel de contenido, luego anexar esta situación a nivel de los procesos de fondo y finalmente tomar el control del sistema, reestructurando la intervención y haciendo surgir posibilidades de alternativas mediante tareas concretas.

Posición de especialista: permite al profesional entrar al sistema desde una posición distante. Consiste en que el profesional se apoya en su posición de especialista creando contextos de intervención en que los miembros de la familia perciben la competencia del profesional y mantienen las esperanzas de cambio. El Trabajador Social es el director de la secuencia. Recolecta la información de la dinámica familiar y dispone y promueve secuencias de interacción en los miembros, forzándolos a empeñarse en formas desacostumbradas de actuar.

Cada una de estas técnicas se utilizan dependiendo de la familia y situación específica a la cual se enfrenta, como también dependiendo de las características personales del profesional tratante.

Reencuadramiento: todas las familias presentan un encuadre de su realidad, es decir una forma de evaluar sus problemas, de sus lados fuertes y de sus posibilidades. Por otra parte, el profesional debe presentar a la familia otro encuadre de su realidad, ampliando su aspecto de análisis y posibilidades. El reencuadre se puede lograr a través de tres técnicas:

Escenificación: el profesional asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia con el propósito de vivenciar la realidad familiar como ellos la definen. En un segundo paso, reorganiza los datos, poniendo el acento en ciertos aspectos de la disfunción familiar, analizando frente a los miembros lo detectado. El tercer y último paso pretende cambiar el sentido de lo que ocurre, para lo cual el profesional introduce nuevos elementos e insinúa modos diferentes de interactuar para que se actualicen dentro del sistema de tratamiento.

Enfoque: el profesional decide centrarse en un aspecto o foco de la situación familiar para introducir el ámbito de la realidad de la familia. El Trabajador Social selecciona elementos pertinentes para el cambio y organiza los datos de las interacciones familiares en torno al foco seleccionado, lo cual les imparte un nuevo sentido.

Intensidad: el profesional refuerza continuamente el mensaje de tratamiento hacia lo que se desea modificar, destacando la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, las diversas modalidades que ella cobra y cuánto penetra esto, los diferentes holones. Esta técnica se utiliza a través de las siguientes acciones:

Repetición del mensaje: consiste en repetir un mismo mensaje o información, tanto sobre el aspecto del contenido, como sobre la estructura familiar; puede hacerse utilizando la misma frase durante toda la sesión o bien hacer una misma pregunta con diferentes palabras.

Repetición de interacciones isomórficas: consiste en repetir mensajes para señalar las interacciones o formas de relacionarse idénticas dentro de los distintos subsistemas del grupo familiar. Esto se realiza a través de la :

Modificación del tiempo: las interacciones de la familia tienen un tiempo asignado o una barrera que los miembros saben que no pueden traspasar, esta técnica consiste entonces en acortar o alargar las interacciones más allá de las barreras establecidas para provocar nuevas pautas de relación.

Cambio de la distancia: consiste en efectuar cambios en las distancias psicológicas y/o físicas de los miembros en modos inusuales.

Resistencias a la presión familiar: consiste en no hacer lo que la familia espera que haga, ya sea fijándose en una sola posición o no dejándose instrumentalizar por los miembros de la familia para caer nuevamente en la homeostasis familiar.

Reestructuración: consiste en cuestionar la estructura familiar a través de la diferenciación y delineamiento de las fronteras de los holones familiares, a fin de hacer sitio a la flexibilidad y crecimiento de los miembros. Pretende facilitar dentro del sistema de trabajo, la manifestación de funciones que los miembros de la familia desempeñan en cierto holón y generalizarlas a los demás. Existen tres técnicas para cuestionar la estructura: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.

Fijación de fronteras: el objetivo principal de este tipo de técnicas es regular la permeabilidad de los límites que separan a los holones entre sí. Existen básicamente dos tipos de técnicas tendientes a esto:

Distancia psicológica entre los miembros de la familia: para lograr la distancia psicológica entre los miembros de la familia, se pueden utilizar varias maniobras : indicadores cognitivos, incluir o excluir un miembro de las diadas o triadas que producen difusión, ampliar la definición del problema, creación de nuevos subsistemas, cambiar la proximidad física entre los miembros de la familia.

Duración de la interacción: consiste en extender o alargar un proceso que es un modo de incrementar su intensidad, puede también ser un recurso para demarcar subsistemas o separarlos.

Desequilibramiento: el objetivo de esta técnica es cambiar el círculo jerárquico entre los miembros de los subsistemas, consiste en cuestionar y modificar la distribución del poder dentro del seno familiar, co- participando, aliándose a un individuo o a un subsistema en contra de los demás. Se agrupan en las siguientes categorías:

- Aliarse con los miembros de la familia.
- Ignorar a los miembros de la familia.
- Coalición contra los miembros de la familia.

Complementariedad: esta técnica parte de la premisa de que existen en la familia roles complementarios, tales como bueno-malo, víctima-victimario, etc., produciéndose esta situación en forma inconsciente, a fin de mantener la homeostasis familiar. La función del terapeuta consiste en cuestionar lo anterior, poniendo en tela de juicio la epistemología habitual de los miembros de la familia. Para cumplir con esto puede utilizar las siguientes técnicas:

Cuestionamiento del problema: consiste en que la familia cambie su percepción del problema desde lo individual a lo familiar.

Cuestionamiento del control lineal: el profesional cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema, haciendo ver que cada persona es contexto de los demás.

Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos: se trata que los miembros de la familia puedan vislumbrar que cada uno es una parte funcional y diferenciada de un todo.

Constructos cognoscitivos: consiste en mostrarle a la familia que existen nuevas alternativas de interacción, además de sus modalidades predilectas, es decir, mostrarle a la familia otra concepción de mundo que no haga necesario el síntoma, es decir, una realidad más flexible y pluralista. Esto se puede realizar a través de tres modalidades:

- *Utilización de símbolos universales:* con esta técnica, el profesional presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasara el ámbito familiar, pareciendo que se refiere a una realidad objetiva, por ejemplo “todo el mundo sabe que los padres deben preocuparse por los hijos”. La fuerza de estos símbolos es que se refieren a cosas que todas las personas conocen. Son realidades compartidas.
- *Verdades familiares:* el profesional debe poner atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento. Es decir, el Trabajador Social se vale de la fuerza de la familia para propiciar una interacción diferente.
- *El consejo especializado:* el profesional presenta una ampliación diferente de la realidad de la familia basándose en su rol de experto, en su conocimiento, o sabiduría.

Dimensión Indirecta: (técnicas ya definidas anteriormente).

- Ecomapa
- Entrevistas en el domicilio
- Observación

4. Definición de técnicas utilizadas en la etapa de evaluación/cierre:

Entrevistas: (técnica ya definida anteriormente).

Cuestionario de Pre y Post Test: set de preguntas destinadas a evaluar algunas variables de la familia previa y posteriormente a la intervención.

Grabación individual: con posterioridad a la intervención, se puede dejar como tarea a los miembros de la familia, que de manera individual y a través de una breve grabación, realicen una evaluación del proceso que vivenciaron, señalando por ejemplo: las condiciones de la familia antes de la intervención, cambios ocurridos después de la intervención y lo aprendido a través del proceso.

Carta: En esta técnica se solicita lo mismo que en la grabación individual. Puede ser que algunas personas se sientan más cómodas escribiendo la evaluación de un proceso, que grabándola.

Escala de Evaluación: son escalas subjetivas para hacer que los clientes valoren diversos aspectos relacionados con el problema, asignando una nota a distintos indicadores antes y después de la intervención. Por ejemplo se le puede pedir a una persona que se ubique entre una escala del 1 al 7 para reflejar cómo llega a solicitar ayuda. Posteriormente, se le solicita una vez terminada la intervención, que se vuelva a ubicar en esta escala. También, se espera que la persona explique a qué atribuye estos cambios.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Agliati, M. Soledad; Rojas, Paz. "Trabajo Social con familias desde una perspectiva hermenéutica". Seminario para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social. Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez 1997.

Albert, Veronique. Bajoit, Guy y otros. Investigación "El Oficio de Asistente Social" (Análisis y pistas de acción) pág. 19. En *Revista Perspectivas. Notas sobre intervención y Acción Social*, Año 3, Nº 5, septiembre 1997. Universidad Católica Blas Cañas

Ander-Egg, Ezequiel. "Diccionario de Trabajo Social". Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina 1995.

Aylwin, Nidia. "El olvido de la Persona" en *Revista de Trabajo Social* Nº67. Pontificia Universidad Católica de Chile, 1996.

Aylwin, Nidia. "Una mirada al desarrollo histórico del Trabajo Social en Chile" en *Revista de Trabajo Social* Nº67 Pontificia Universidad Católica de Chile, 1996.

Bianchi, Elsa (compiladora) "El Servicio Social como proceso de ayuda". Paidós, 1ª Edición España, 1994.

Biesteck, Félix P. "Las relaciones de casework". Gráfica Minerva, Madrid, 1966.

Campanini, Anna María y Luppi, Francesco. "Servicio Social y Modelo Sistémico. Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana". Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1991.

- De Robertis, Cristina. "Metodología de la intervención en Trabajo Social". Editorial El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1988.
- Escartín Caparrós, María José. "Manual de Trabajo Social (modelos de práctica profesional)" Editorial Aguaclara. Colección Amalgama. Primera edición. España, 1992.
- Gallardo, Victoria. "Una propuesta de revisión del Método de Caso". En *Revista de Trabajo Social* N°61. Pontificia Universidad Católica de Chile, 1992.
- Goolishian, Harold "Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la Teoría Clínica y la Terapia Familiar". En *Revista de Psicoterapia*, Vol. II, N°6-7, 1988 (pág.41 artículo).
- Hamilton, Gordon. "Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos". La prensa Médica Mexicana. México, 1965.
- Ituarte, Tellaeché, Amaya "Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico" Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Siglo XXI editores. 1ª Edición. Madrid, 1992.
- Irl Carter, Ralph Anderson "La conducta humana en el medio social. Enfoque Sistémico de la sociedad". Editorial Gedisa, 1994.
- Jiménez de Barros, Mónica "Diferencia entre Terapia Familiar y Trabajo Social" en *Revista de Trabajo Social*. Pontificia Universidad Católica de Chile, 1981.
- Levit, Deborah. Reyes, Lucía. "Manual de resolución de problemas en el trabajo con familias". Universidad Católica Blas Cañas. Material de Apoyo a la Docencia, N°6, 1998.
- Mora Rojas, Ana Isabel. "Los cuatro factores clave de V. Satir". En *Revista Costarricense de Trabajo Social*. Diciembre 1994. N°4. Organó oficial del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- Mora Rojas, Ana Isabel. "Líneas generales para la evaluación familiar". Basado en Hartman y Laird "Family Centered Social Work" New York, 1990. en *Revista Costarricense de Trabajo Social*. Diciembre 1994, N°4. Organó oficial del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- Morales J. Francisco, Olza Miguel. "Psicología Social y Trabajo Social". McGraw Hill/Interamericana de España, S.A. Primera edición. Madrid, 1996.
- Papp, Peggy. "El proceso de cambio". Paidós, Terapia Familiar. 2ª reimpresión. Madrid, 1994.
- Payne, Malcom. "Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una mirada crítica". Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1995.

- Perlman, Helen Harris. "El Trabajo Social Individualizado". Ediciones Rialp. Barcelona, 1965.
- Pincus, Lily; Dare, Christopher. "Secretos en la Familia". Editorial Cuatro Vientos. 3ª edición, 1982.
- Perez, Joseph. "Terapia Familiar en el Trabajo Social. Teoría y práctica". Editorial Pax México. Primera reimposición. Junio, 1984.
- Quiroz, Mario. Peña, Iván. "El sociodiagnóstico". Universidad de Concepción. Proyecto de desarrollo de la docencia. Vicerrectoría Académica, 1994.
- Ramírez de Mingo, Isabel. "El Trabajo Social Familiar" en *Cuadernos de Trabajo Social: Alternativas*, Cap.1 "Estudios sobre la familia" N°1. Escuela Universitaria de Trabajo Social de Alicante, España 1993.
- Satir, Virginia. "Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo Familiar". Editorial Pax México. Sexta reimposición, 1991.
- Satir, Virginia. "Ejercicios para la Comunicación Humana". Editorial Pax México. Segunda reimposición, 1991.
- Satir, Virginia. "Terapia Familiar Paso a Paso". Editorial Pax. México. Primera edición, 1995.
- Satir, Virginia. "Psicoterapia Familiar Conjunta". La Prensa Médica Mexicana. 2ª Edición, 1988.
- Satir, Virginia. Stachowiak, James. "Helping Families to Change" Jason Aronson, Inc. New York. 3ª edición, 1977.
- Silverstein, Olga "La voz terapéutica de Olga Silverstein". Paidós, Impreso en Argentina. 1ª Edición, 1988.
- Solar, Mª Olga. "La Familia reenfocando nuestro actuar profesional". En *Revista de Trabajo Social* N°65. Pontificia Universidad Católica de Chile, 1995.
- Solar, Mª Olga. "Trabajo Social Familiar; un poco de historia y tres períodos importantes". En *Revista de Trabajo Social*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Tomic, Vesna. "Consideraciones generales acerca de la intervención familiar en Trabajo Social". En *Revista de la Asociación Nacional de Asistentes Sociales del poder judicial*. "70 años del Trabajo Social en Chile e Iberoamérica 1925-1995".
- Walters, Marianne, Carter, B. Papp, P. Silverstein. "La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares". Paidós Terapia Familiar. 1ª Edición, 1991.

SOBRE LAS AUTORAS

María de la Paz Donoso Díaz, casada, 6 hijos. Asistente Social de la Universidad de Chile 1971. Postítulo en “Estudios de la Familia” de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 1992. Se ha desempeñado laboralmente en el área de familia, educación, discapacitados y menores. Se desempeña actualmente como Asistente Social del Centro de Estudios y Acción Familiar, CEAF, de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez y como docente de la misma Universidad en la Escuela de Trabajo Social. Ha impartido las cátedras de Laboratorio, Práctica Profesional, Trabajo Social Individual Familiar y Taller de Trabajo Social con Familias.

Paulina Andrea Saldías Guerra, casada, Asistente Social del Instituto Profesional del Pacífico 1990. Postítulo en “Terapia Familiar y de Parejas” en el Instituto de Psiquiatría y Psicología de Santiago, 1995. Se ha desempeñado laboralmente en el área de familia, salud y menores. Actualmente se desempeña como Asistente Social en un equipo de tratamiento en maltrato infantil y abuso sexual en el Hospital Luis Calvo Mackenna y en el Centro de Estudios y Acción Familiar, CEAF, de la Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez. Paralelamente a esto, ejerce como docente en la Escuela de Trabajo Social, en las cátedras de Trabajo Social Individual Familiar, Taller de Trabajo Social con Familias, Relación de Pareja y Programas Psicosociales con Familias.

CITAS

- 1 Bianchi, Elisa (compiladora) “El Servicio Social como proceso de ayuda”. Pág.13, Paidós 1ª, Edición España, 1994.
- 2 Anexo I.
- 3 Anexo II.
- 4 Anexo III.
- 5 Anexo IV.
- 6 Anexo V.
- 7 Anexo VI.
- 8 Anexo VII.
- 9 Ver Anexo IV.
- 10 Morales J. Francisco, Olza Miguel. “Psicología Social y Trabajo Social” Pág. 302 McGraw Hill/Interamericana de España, S.A. Primera edición. Madrid 1996.
- 11 Solar, Mª Olga “La Familia: reenfocando nuestro actuar profesional” en Revista de Trabajo Social Nº65 Pontificia Universidad Católica de Chile, 1995.
- 12 Biesteck, Félix P. “Las relaciones de casework”. Pág 19. Gráfica Minerva. Madrid 1966.
- 13 Hamilton, Gordon. “Teoría y práctica del Trabajo Social de Casos”. Pág. 33. La prensa Médica Mexicana . México 1965.
- 14 Gallardo,V. “Una propuesta de revisión de Método de Caso”, en Revista de Trabajo Social Nº61. 1992. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 15 Op. Cit. Hamilton. Pág. 56.
- 16 Aylwin, Nidia. “Una mirada al desarrollo histórico del Trabajo Social en Chile” en Revista de Trabajo Social Nº67 Pontificia Universidad Católica de Chile, 1996.
- 17 Aylwin,Nidia. “Una mirada al desarrollo histórico del Trabajo Social en Chile” en Revista de Trabajo Social Nº67. Pontificia Universidad Católica de Chile, 1996.
- 18 Quiroz, Mario. “Entrevista para Investigación sobre la realidad del Trabajo Social Familiar Chileno”.1997.
- 19 Aylwin, Nidia. “El olvido de la persona” en Revista de Trabajo Social, P. Universidad Católica de Chile Nº67. 1996.
- 20 Agliati, María Soledad y Rojas, Paz Eugenia . Pág. 31 en “Seminario para optar al título profesional de Asistente Social y al grado académico de Licenciado en Trabajo Social”. Universidad Católica Blas Cañas. 1997.

- 21 Escartín Caparrós, María José. "Manual de Trabajo Social". Pág.125-127 (modelos de práctica profesional) Editorial Aguacilar.Colección Amalgama. Primera edición. España 1992.
- 22 Ver anexo VIII.
- 23 Basado en: Payne, Malcom. "Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una mirada crítica". Paidós.Buenos Aires 1995.
- 24 Op Cit. Payne, Malcom.
- 25 Op. Cit. Escartín, M^a José. Pág 26.
- 26 Op. Cit. Escartín, M^a José. Pág 25.
- 27 Op. Cit Bianchi, Elisa. Pág 23.
- 28 Op. Cit. Morales J. Francisco, Olza Miguel. Pág 44.
- 29 Op. Cit. Morales J. Francisco, Olza Miguel. Pág 43.
- 30 Ramírez de Mingo, Isabel " El Trabajo Social familiar" en Cuadernos de Trabajo Social: " Alternativas, Cap.1 "Estudios sobre la familia" Escuela Universitaria de Trabajo Social de Alicante, España 1993.
- 31 Levit, Deborah; Reyes, Lucía: definición de H. Hirsh. "Manual de resolución de problemas en el trabajo con familias". Universidad Católica Blas Cañas. Material de Apoyo a la Docencia N^o6, 1997. Pág 81-82.
- 32 Op.Cit. Escartín, M^a José . Pág 84.
- 33 Véase Solar, M^a Olga "Trabajo Social familiar: Un poco de historia y tres periodos importantes", en Revista de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 34 Véase Solar, M^a Olga Op.Cit. "La Familia: reenfocando nuestro actuar profesional"
- 35 Op. Cit. Solar M^a Olga "Trabajo Social familiar: Un poco de historia y tres períodos importantes".
- 36 Ander-Egg, Ezequiel "Diccionario de Trabajo Social". Pág 291. Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina 1995.
- 37 Jiménez de Barros, Mónica "Diferencias entre Terapia Familiar y Trabajo Social" en Revista de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1981.
- 38 Campanini, Anna María y Luppi, Francesco "Servicio Social y Modelo Sistémico". Pág 212. "Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana". Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina 1991.
- 39 Irl Carter, Ralph Anderson "La conducta humana en el medio social. Enfoque sistémico de la sociedad" Pág. 73.
- 40 Op.Cit .Irl Carter, Ralph Anderson. Pág. 20.
- 41 Op.Cit .Irl Carter, Ralph Anderson. Pág. 22.
- 42 Op.Cit .Irl Carter, Ralph Anderson. Pág.93
- 43 Op.Cit. Campanini, Anna María y Luppi, Francesco. Pág 101.
- 44 Op.Cit . Campanini, Anna María y Luppi, Francesco. Pág 211.
- 45 Op.Cit . Campanini, Anna María y Luppi, Francesco. Pág 211.
- 46 Ituarte Tellaeche, Amaya "Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico" Pág.11. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.Siglo XXI editores. 1^a Edición.Madrid 1992.
- 47 Perez, Joseph. "Terapia Familiar en el Trabajo Social.Teoría y práctica ". Pág 41 Editorial Pax México. Primera reimpresión. Junio 1984.
- 48 Ver anexo X.
- 49 Silverstein, Olga "La voz terapéutica de Olga Silverstein" Pág. 15. Paidós Impreso en Argentina.1^a Edición 1988.
- 50 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág. 16.
- 51 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág 16.
- 52 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág 21.
- 53 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág 31.
- 54 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág 31
- 55 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág 32
- 56 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág 32
- 57 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág 33
- 58 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág. 34
- 59 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág. 35.
- 60 Op.Cit. Silverstein, Olga. Pág. 36.
- 61 Satir, Virginia."Terapia Familiar paso a paso" Pág. 199/200 Editorial Pax. México 1995.
- 62 Op.Cit.Satir, Virginia .Pág 201.
- 63 Op.Cit.Satir, Virginia .Pág 218.

- 64 Op.Cit.Satir, Virginia .Pág 218.
- 65 Op.Cit.Satir, Virginia .Pág 219.
- 66 Op.Cit.Satir, Virginia .Pág 219.
- 67 Mora Rojas, Ana Isabel “Los cuatro factores claves de Virginia Satir”en Revista Costarricense de Trabajo Social. Diciembre 1994. N°4.Organo oficial del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- 68 Ver Cap.7 Satir, Virginia. “Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo Familiar” Editorial Pax México. Sexta reimpresión. 1991.
- 69 Mora Rojas,Ana Isabel “Los cuatro factores claves de Virginia Satir”en Revista Costarricense de Trabajo Social. Diciembre 1994. N°4.Organo oficial del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- 70 Op.Cit. Mora, Rojas; Ana Isabel.
- 71 Op. Cit. “Terapia Familiar paso a paso”. Pág. 221.
- 72 Op,Cit. “Terapia Familiar paso a paso”. Pág. 205.
- 73 Op,Cit. “Terapia Familiar paso a paso”. Pág. 208.
- 74 Op. Cit. “Terapia Familiar paso a paso”. Pág. 209.
- 75 Op. Cit. “Terapia Familiar paso a paso”. Pág. 210.
- 76 Op. Cit. “Terapia Familiar paso a paso”. Pág 214.
- 77 Op. Cit. “Terapia Familiar paso a paso”. Pág 214.
- 78 Op. Cit. “Terapia Familiar paso a paso” Pág. 232.
- 79 Op. Cit. “Terapia Familiar paso a paso” Pág. 233.
- 80 Ver Anexo X.
- 81 Tomic,Vesna. “Consideraciones generales acerca de intervención familiar en Trabajo Social” Pág 42, en Revista de la Asociación Nacional de Asistentes Sociales del poder judicial. “70 años del T. Social en Chile e Iberoamérica 1925-1995”.
- 82 Op.Cit. Vesna Tomic.
- 83 Op.Cit. Vesna Tomic. Pág. 43.
- 84 Ver Anexo X.
- 85 Walters, Marianne.Carter,B. Papp, P. Silverstein, “La red invisible.Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares” Pág 33. Paidos Terapia Familiar.1ª Edición,1991.
- 86 Op.Cit. M. Walters. Pág 34.
- 87 Op. Cit. M. Walters. Ver pág. 42-45.
- 88 Bianchi,Elsa.(compiladora) “El Servicio Social como proceso de ayuda”. Pág 27.
- 89 Goolishian H. “Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la Teoría Clínica y la Terapia Familiar”. Pág. 41, en Revista de Psicoterapia Vol II N°6-7, 1988.
- 90 Bianchi, Elsa (compiladora) “El Servicio Social como proceso de ayuda”. Pág 67.
- 91 Campanini y Luppi. Op.Cit. Pág 103.
- 92 Op. Cit. Vesna Tomic. Pág. 43.
- 93 Ituarte, Tellaeche, Amaya. Op.Cit. Pág 21.
- 94 Ituarte, Tellaeche, Amaya. Op.Cit. Pág 22.
- 95 Ituarte, Tellaeche, Amaya. Op.Cit. Pág 24.
- 96 Ander-Egg, Ezequiel “Diccionario de Trabajo Social” Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina 1995.
- 97 Ver anexo X.
- 98 ver Anexo IX
- 99 Mora Rojas, Ana Isabel .“ Líneas generales para la evaluación familiar”. Basado en Hartman y Laird “Family Centered Social Work” New York 1990, en Revista Costarricense de Trabajo Social, Diciembre 1994, N°4. Organo oficial del Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica.
- 100 Id. Cita 69.
- 101 Campanini . Op.Cit. Pág. 210.
- 102 Campanini Op.Cit. Pág 210.
- 103 Op. Cit Ander-Egg. “Diccionario del Trabajo Social”. Pág 122.
- 104 Ramírez de Mingo, Isabel “ El trabajo Social familiar” en Cuadernos de Trabajo Social: “ Alternativas, Cap.1 “Estudios sobre la familia” N°1. Escuela Universitaria de Trabajo Social de Alicante, España, 1993.
- 105 Ander-Egg.Op.Cit. Pág 285.
- 106 Op. Cit. V. Satir “Terapia Familiar paso a paso”. Pág 232.
- 107 Op. Cit. V. Satir “Terapia Familiar paso a paso”. Pág 233.

- 108 Ander-Egg. Op.Cit. Pág 258.
- 109 Ander-Egg. Op.Cit. Pág 259-262.
- 110 Albert, Veronique. Bajoit, Guy y otros. Investigación "El Oficio de Asistente Social" (Análisis y pistas de acción) pág 19, en Revista de Trabajo Social Perspectivas. Notas sobre Intervención y Acción Social . Año 3, N° 5, septiembre 1997. Universidad Católica Blas Cañas.
- 111 Op.Cit. Ander-Egg. Pág 283.
- 112 Op.Cit Ituarte, Amaya. Pág 58.
- 113 Op.Cit Ander-Egg. Pág 112.
- 114 Op.Cit Ander-Egg. Pág 208.
- 115 Op. Cit. Escartín M^a José "Manual de Trabajo Social" Pág 175.
- 116 Op. Cit. Escartín M^a José "Manual de Trabajo Social" Pág 176.
- 117 Dic. Larousse Moderno. Diccionario Enciclopédico Ilustrado 1991.
- 118 Op. Cit. Larousse.