

TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA

- El trabajador social debe ser capaz de atender las complejas situaciones que enfrenta la familia de hoy, afectada seriamente por el impacto constante de los cambios que ocurren en la sociedad. Para ello, es necesario que trabaje en forma científica y que valide sus tratamientos.

La orientación fundamental del Trabajo Social ha sido la familia. Por este motivo, las Escuelas que forman asistentes sociales han tenido que adecuar lentamente su currícula de acuerdo a

los avances de las Ciencias Sociales, a fin de ir entregando a la sociedad profesionales capaces de atender las complejas situaciones que enfrenta la familia de hoy.

No hay que olvidar que la familia está sufriendo el impacto constante de los cambios que ocurren en la sociedad, y que no cuenta con un modelo de referencia para aprender, como sucede con el uso de una máquina nueva, que viene con las instrucciones por escrito.

La familia necesita, como nunca, ser atendida, porque el desarrollo social no ha ido aparejado con el desarrollo tecnológico, y son estos cambios los que la han desequilibrado.

La sociedad no ha avanzado tan rápido como para crear las instancias que ayuden a solucionar los problemas que crea la integración de la mujer en el trabajo, por ejemplo: horarios escolares de media jornada, escasez de guarderías y/o jardines infantiles, falta de asistencia para las personas ancianas, llámese hogares, ayuda domiciliaria u otros.

María de la Luz Alvarez.
Instituto de Nutrición y Tecnología
de Alimentos, Universidad de Chile.

Ante esta realidad, existen numerosas familias dentro de nuestra sociedad que pueden ser tratadas por los asistentes sociales, los cuales podrían aplicarles una serie de técnicas que ya han

aplicado en otro tipo de trabajos.

Las familias a que me refiero, son aquéllas más desfavorecidas de la sociedad, aquéllas cuyo aislamiento les impide acercarse a los centros donde pudiera existir una atención de terapia familiar o tratamiento psicológico.

Estas familias, en su mayoría, son clientes de los asistentes sociales por una u otra razón y, generalmente, se las trata por un problema puntual y en forma individual, desconociendo que pertenecen a un grupo.

Pero ese problema puntual es sólo una parte de los problemas y, a veces, ni siquiera es el fundamental; lo que está generando el conflicto es otro problema, comúnmente asociado a las relaciones familiares.

Para descubrir estas situaciones y llegar al grano, se requiere contar con instrumentos que permitan diagnosticar en forma rápida y eficiente; distinguir lo que es secundario de lo principal; diferenciar lo que podría tener una solución a corto plazo y aquello que necesita tiempo; dar las posibilida-

des de que ellos busquen sus soluciones y, a la vez, mostrar los caminos por los cuales van a tener éxito para que, poco a poco, adquieran confianza en sí mismos.

Todo esto lo pueden hacer los asistentes sociales, si comienzan a trabajar en forma más científica y validan sus tratamientos. No es posible seguir oyendo las quejas de los asistentes sociales que dicen no ser considerados por otros profesionales y que el status es tan bajo. A mi juicio, esa es una disculpa para no encarar de frente lo que la sociedad les está pidiendo. El prestigio se gana con esfuerzo y con obras que demuestren lo realizado.

Por esta razón, quisiera aportar un grano de arena respecto a lo que nosotros hemos hecho con egresados de Trabajo Social y con asistentes sociales, para ayudar a las familias más necesitadas, no sólo del punto de vista socioeconómico, sino también de aquéllas que están sufriendo otras carencias. Esto podría ser enseñado perfectamente en las Escuelas de Trabajo Social. Así, las nuevas generaciones de profesionales podrían contar con instrumentos que les permitan medir el trabajo que realizan y mostrar los logros alcanzados.

INSTRUMENTOS

La primera inquietud que se nos presentó, junto al Dr. Arturo Roizblat, terapeuta familiar, fue crear un instrumento que permitiera diagnosticar a la familia chilena, para así evitar adaptar pruebas que son válidas para otras sociedades, por lo general, de países desarrollados. De esta manera, uno podría saber qué área de la vida familiar estaba alterada y cuál podría ser positiva o negativa para llevar a cabo el tratamiento.

Así fue como el instrumento de **diagnóstico familiar** (1) nació de una serie de estudios que habíamos realizado con las familias que presentaban un

lactante desnutrido, en las cuales habíamos investigado muchos aspectos de las relaciones familiares, pero no con el fin de tener un diagnóstico.

Estos antecedentes nos permitieron estructurar un conjunto de preguntas que apuntaran a una serie de áreas de la vida familiar:

a) A nivel de la pareja: estructura de poder, motivos de desacuerdos, discusiones que terminan en peleas, forma cómo terminan éstas, frecuencia de

embriaguez, satisfacción en la vida familiar, formas de comunicar los asuntos importantes, frecuencia de comunicación, manifestaciones de cariño, frecuencia de relaciones sexuales, satisfacción en ellas, discusiones que terminan en peleas entre padres-hijos, comunicación con los hijos y actividades compartidas.

b) A nivel de hijo-padres: comprensión, prohibición en amistades, reacción de los padres por atraso en

los horarios, discusiones que terminan en peleas, forma cómo terminan, satisfacción en la vida familiar, forma de contar a los padres las cosas importantes, frecuencia de comunicación, manifestaciones de cariño, comunicación y actividades compartidas.

Aunque este diagnóstico se hace a nivel de días, se logra determinar las áreas más dañadas y se puede tener una visión del grupo familiar. No hay que olvidar que lo fundamental en la familia son los padres y que cuando los hijos presentan problemas, éstos no son más que el reflejo de lo que les está sucediendo a los padres. Por eso es que, diagnosticando a los padres y al hijo de 10 años o más que pueda ser problema, se obtiene una visión bastante amplia de la situación familiar. La aplicación de este instrumento en forma individual no demora más de 10 minutos si está sin pareja y de 20, si está con pareja. Este es un primer diagnóstico para comprender lo que está sucediendo en el presente.

Junto a él, hemos diseñado otro instrumento que

«No es posible seguir oyendo las quejas de los asistentes sociales que dicen no ser considerados por otros profesionales y que el status es tan bajo; es una disculpa para no encarar de frente lo que la sociedad les está pidiendo».

permite conocer la vida pasada de la pareja. Este instrumento busca identificar los **modelos parentales** (2) que tuvo cada padre, a fin de saber qué aspectos positivos son posibles de reproducir, qué aspectos negativos podrían impedir el tratamiento, qué conductas de los padres son imitadas y cuáles son rechazadas, pero a su vez, imitadas. Este instrumento permite recordar lo vivido por los padres hasta la adolescencia y el momento en que formaron su propia familia.

Se comienza por conocer la estructura familiar desde el nacimiento hasta los 15 años y más, dividido en períodos de tres años. Se conocen las causas de la ausencia de uno o de los dos padres, si en la actualidad mantienen algún contacto con ellos, el lugar que ocupaban en el grupo familiar, si vivieron de allegados, la edad en que formaron su propia familia, qué recuerdos tienen del padre o de la madre o de la persona que los sustituyó. Al recordar la imagen que tienen de sus padres, se puede calificar como totalmente positiva hasta totalmente negativa, pasando por una gradación de cinco puntos.

Luego, se pide que nombren cinco cualidades que tenían los padres; muchas veces no son capaces de recordar ninguna o, simplemente, dicen que no tuvieron cualidades.

Más adelante, se busca saber si se sintieron queridos en esa época de la vida, por quiénes y de qué manera se lo demostraron. Igualmente, se pregunta si se sintieron rechazados. Todo esto se traduce en subíndices e índices hasta llegar a formar un **índice de la vida pasada**

Cuando uno sabe cómo han sido los modelos de padre y madre, el afecto o rechazo recibido en la infancia y adolescencia, se pueden explicar muchas de las conductas presentes. Este conocimiento sirve para que los padres tomen conciencia de sus propias conductas y de que muchas veces están repitiendo el mismo modelo que rechazan.

A nuestro juicio, es vital tener estos antecedentes para poder enfrentar un tratamiento social en profundidad y lograr que los propios padres tomen sus decisiones respecto a las conductas que deben modificar. Esto no es un problema socioeconómico; es simplemente reconocer la fuerza que tienen los modelos parentales que nos afectan a todos.

Cuesta modificar las conductas, especialmente cuando han sido internalizadas a temprana edad. A modo de ejemplo, el abandono de padre es una conducta que se repite de generación en generación; la mujer golpeada, generalmente, es aquella que vio a su madre ser golpeada por su padre; y algo parecido sucede con los menores maltratados. Sin ir a los extremos, nosotros mismos, ¿cuán-

tos alimentos no consumimos, porque en nuestras casas tampoco los consumían y nos han producido hasta ahora un cierto rechazo?

La aplicación de este instrumento no demora más 10 a 15 minutos; puede que se demore más, en caso de quiebre de la persona cuando recuerda su pasado.

Además, nosotros trabajamos con otro instrumento que nos permite ver cuáles son los problemas actuales que presenta la familia y lo

«Cuesta modificar las conductas, especialmente cuando han sido internalizadas a temprana edad; el abandono del padre, por ejemplo, se repite de generación en generación».

llamamos **código de problemas**.

Este código está formado por un grupo de variables en cuyo interior tiene un número de indicadores, cada uno identificado con un número. De esta manera, cuando aparece el problema sólo se escribe el número en una hoja de registro, la cual está diseñada para hacer el diagnóstico y, paralelamente, anotar el tratamiento realizado.

Es decir, si se han diagnosticado los problemas 24, 7, 34, 57, 83, se anota en la parte tratamiento qué problemas fueron abordados en el día en que se hizo una gestión, una entrevista, una reunión grupal con la familia u otro. En este pliego de papel queda todo escrito, pero en forma de código, pues se identifica en el costado izquierdo la fecha, luego los problemas detectados escritos con su

número de código y la acción (entrevista, gestión, informe, visita domiciliaria, etc.) sólo con una X bajo el rubro correspondiente. Al frente, y paralelamente a la fecha, se anota el problema tratado y cuál fue la acción realizada como en el caso anterior.

De esta forma, uno va cotejando cómo va evolucionando la familia, qué nuevos problemas aparecen durante el tratamiento, cuáles se han ido solucionando, cuáles persisten y qué racionalidad ha aplicado el Asistente Social para tratar a la familia.

Este sistema sirve para chequear cuánto esfuerzo se invierte en un problema cuyo diagnóstico indica que no es posible solucionar, dejando de lado otros que sí podrían ser solucionados. Además, este instrumento permite evaluar la acción realizada: si se compara el diagnóstico

que se hizo al inicio del tratamiento de la familia con aquél que se realiza, por ejemplo, a los cuatro u ocho meses de iniciado, se pueden ver los cambios ocurridos.

El uso diario de este Código hace que uno memorice cada indicador con su número y se vacíe la información en no más de cinco minutos. En caso que uno deba hacer un informe, traduce todos los problemas del Código en palabras.

Una de las fallas de los asistentes sociales, es que no miden los cambios logrados a través de sus tratamientos y sólo señalan las acciones realizadas, tales como 50 visitas domiciliarias, N cantidad de entrevistas, etc. Pero mientras estas acciones no reflejen la solución de algunos o de todos los problemas de la familia, no tienen ningún sentido. Se podría tener éxito, a lo mejor, con cinco visitas domiciliarias bien organizadas, en las cuales se trabaje con todo el grupo familiar en un período de 40 días y se logre corregir las deficientes relaciones familiares y, por ende, se solucionen otros problemas tales como el de trabajo (3).

El **Código de Problemas** ha sido aplicado por los asistentes sociales del Ministerio de Obras Públicas durante un año. Allí, evaluaron la labor que

realizaba Servicio Social a nivel de país y me parece que ése es un ejemplo digno de destacar.

Hay que reconocer que las jefaturas muchas veces se oponen a los cambios y este hecho es el escollo mayor que tienen los asistentes sociales creativos. Ellos se ven limitados por las exigencias de la burocracia y la incapacidad de modificar lo existente, porque los colegas se adaptan con mucho más facilidad a la rutina que al cambio del sistema de trabajo (4, 5).

Lo que propongo aquí es un cambio total a la forma cómo un asistente social debería enfrentar el problema de la familia para lograr un diagnóstico rápido, eficiente y medible.

RESULTADOS

Presentaré un estudio que estamos realizando con fa-

milias de menores en situación irregular que están internados. Nuestro objetivo es rehabilitar la familia para poder egresar el menor a su hogar.

La base del tratamiento está dada por la información obtenida en los instrumentos recién mencionados, además de una encuesta socio-económica validada por nosotros (6).

Aquí se presentará a 37 familias. El trabajo se realizó entre dos asistentes sociales jornada completa y uno con media jornada. Estas familias serán evaluadas después de cuatro meses de terminado el tratamiento, a fin de conocer la evolución de la familia una vez que queda sola. En este momento ya se han evaluado 14 familias, utilizando el Diagnóstico Familiar y el Ecomapa. Este último, no lo mencioné anteriormente, porque no ha sido creado por nosotros (sino por la trabajadora social norteamericana Ann Hartman) y está bastante difundido entre los asistentes sociales. Además, está el **Código de Problemas**, que se aplica como otro instrumento de evaluación, al inicio del tratamiento y al momento de dejar la familia. Los problemas detectados por el Código de Problemas fueron:

Relaciones Familiares (40.1%), Vivienda (16%), Trabajo (13%), Formación y/o Socialización y Sa-

«Una de las fallas de los asistentes sociales, es que no miden los cambios logrados a través de sus tratamientos y sólo señalan las acciones realizadas».

lud (9.4%). El resto, en menor medida (Relaciones Extrafamiliares, Educación, Económicos).

Los indicadores más frecuentes mencionados en estos problemas fueron: Baja Autoestima (48.6%), Malos Tratos (24.3%) y Menor Rechazado (13.5%). En los problemas de Relaciones Familiares; el vivir de allegados y la vivienda en mal estado (32.4%), en el problema relativo a Vivienda; la cesantía (37.8%), respecto al Trabajo, y las Relaciones Sexuales Precoces (10.8%), en cuanto a la Formación y/o Socialización.

El Diagnóstico Familiar se aplicó sólo a diez padres, de los cuales cinco eran legítimos, pero hay un cierto número de preguntas que los padres solos podían responder.

La estructura del poder se observó polarizada (50%), la frecuencia de desacuerdos entre la pareja fue baja, según lo manifiesta el padre, no así cuando responde la madre (20% padre y 70% madre). Un 30% de las madres consideró bebedor excesivo al marido. El 60% de los padres, y sólo un 30% de las madres, consideró tener una baja comunicación con su pareja. Esta diferente visualización de la comunicación origina un 60% de discrepancia entre ambos padres. En relación a las manifestaciones de cariño, el 50% de los padres y el 40% de las madres dice tenerlas con su pareja.

La satisfacción que presentan los padres en su vida familiar es significativamente distinta entre los padres y las madres. El 69,2% de los padres se consideró satisfecho en su vida familiar, en cambio sólo el 29.8% de las madres ($p < .01$) lo estimó así.

Respecto a los Modelos Parentales, es importante conocer la estabilidad familiar en que se desarrollaron los padres de estos menores. El 84.6% de ellos tuvo a su padre presente entre los 0-3 años, lo cual va disminuyendo en la medida que crecen y a los 15 años, sólo el 46.2% cuenta con su padre en el hogar. En cambio, la presencia de la madre es mayor. El 100% vivió con ella entre los 0-3 años y a los 15 años y más, disminuye a 61.5%.

El 81.8% de las madres de estos menores tuvo al padre presente entre los 0-3 años y el 90.9%, a sus madres. La presencia de ambos padres va disminuyendo como en el caso anterior, hasta llegar a los 15 años y más a 30.3% de los padres y 48.5% de las madres.

La causa de la ausencia de los padres se debió al abandono del padre (23.1% padre y 24.2% madre) y a la separación de ellos (23.1% padre y 24.2% madre).

Luego, a la muerte del padre (15.4% padre y 15.2% madre) y de la madre (15.2% madre) y al hecho de que los padres del menor internado debieron salir a trabajar fuera a una temprana edad. La edad promedio en la cual los padres del menor se independizaron de su familia es de 15.4 años el padre y de 16.54 la madre, con una desviación standard de 7.37 años en el padre y de 5.46 años en la madre.

Existe una imagen parental negativa en el 46.1% de los padres y en un 57.5% de las madres. Se sintieron queridos en su infancia y adolescencia sólo el 23.1% de los padres y el 21.3% de las madres. De ellos, fueron queridos por el padre o la madre sustituto (53.8% y 76.9%, respectivamente, en el caso del padre y 76.9% y 66.7% en el de la madre). Se lo manifestaron en forma afectiva al 61.5% de los padres y al 57.5% de las madres.

Se sintieron rechazados el 53.8% de los padres y el 57.5% de las madres. Lo fueron por el padre (38.5% padre y 23.5% madre) y por la madre (36.4% padre y 23.5% madre). Presentaron un índice de rechazo familiar el 53.8% de los padres y el 51.5% de las madres. Todos estos antecedentes permiten reducir todo en el Índice de Vida Pasada, el cual fue negativo en el 61.5% de los padres y el 66.6% de las madres.

Finalmente, al cruzar la imagen parental con la vida pasada, se encontró una altísima asociación negativa entre ambos, tanto en el padre como en la madre ($p < .00001$).

TRATAMIENTO APLICADO

Sobre la base de los instrumentos aplicados, se pudo conocer la imagen de padre y madre que cada uno de los padres tuvo; en qué medida ellos fueron queridos o rechazados; y dónde estaban los puntos de quiebre en las relaciones de la pareja. Para esto, se usó la tabla de los puntos críticos del **Diagnóstico Familiar**, que permitió tener un perfil muy claro de cada situación familiar. Finalmente, el **Código de Problemas** permitió visualizar los otros problemas no incluidos en los otros instrumentos.

La encuesta socioeconómica permitió ubicar a la familia dentro de un rango que facilitó conocer cuáles eran los problemas de vivienda y otros de carácter urgente.

Con estos antecedentes, el tratamiento se enfocó de la siguiente manera:

-Buscando empatía con los padres, para lograr acuerdos y objetivos comunes, que permitieran reconocer los problemas detectados.

-Estando siempre alertas para educar en cada ocasión que se presentara. Por ejemplo, hacer uso de las propias críticas que ellos hicieron a sus padres y crearles conciencia de que ellos están haciendo lo mismo, de manera que busquen los caminos para cambiar de conducta.

-Siendo muy creativos con cada familia. Realizando reuniones con el grupo familiar cuando fuere necesario, entrevistando a cada miembro de la pareja por separado si fuere lo más recomendable y a los menores en la institución.

-La orientación de cada tratamiento estuvo sujeta al desarrollo de la capacidad de adquirir compromisos por parte del sujeto de atención. Esto significaba:

a) lograr un compromiso acerca de algo que lo motivara;

b) dejar una tarea específica sobre aquello;

c) proponer metas posibles de tener éxito; y

d) buscar la respuesta a la semana siguiente.

Este sistema permitió crear confianza en sí mismo y mejorar la autoestima, ya que motivó a la persona a buscar las soluciones por sí misma, a la vez que se mostró los recursos de la comunidad para que los utilizara.

-La confrontación con su propia realidad fue otra forma de abrir un camino hacia la toma de decisiones de cambios definitivos o importantes en la vida.

Estos tratamientos se han realizado con una aten-

ción semanal durante cuatro meses con cada familia, y cada asistente social atiende ocho familias repartidas por todo Santiago, los de jornada completa, y cuatro, la de media jornada. Hay que destacar que los asistentes sociales trabajan en forma bastante libre, pues están sujetos al horario disponible de las familias. Eso significa que a veces tienen que visitarlos los días sábados o domingos y fuera del horario normal (pasado las 6 pm. en semana). Tienen un día, si fuere necesario, de atención en la institución donde está internado el menor. Como resultado, hemos logrado egresar al 35.3% de los menores a su hogar. Podrían egresar el mismo porcentaje, si se soluciona el problema de vivienda, y el resto podría hacerlo a más largo plazo.

REFERENCIA

1. Alvarez, María de la Luz; Arancibia, M.; Cubillos, V.; González, M.A.; Sepúlveda, E. y Vásquez, L.: Evaluación del Trabajo Social a nivel comunitario: una experiencia metodológica. Trabajo Social 37: 40-46, 1982.
2. Alvarez, María de la Luz; Wurgaft, F. y Salazar, M.E.: Mediciones de nivel socioeconómico bajo urbano en familias con lactantes desnutridos. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 32 (3): 650-662, 1982.
3. Alvarez, María de la Luz; Evaluación en Trabajo Social: una experiencia metodológica. Trabajo Social 28: 29-35, 1979.
4. Alvarez, María de la Luz: La Familia en Crisis, un instrumento de diagnóstico. Ed. Universitaria, Santiago, 1988.
5. Corral, E. y Alvarez, María de la Luz; Evaluación del Plan Nacional del Ministerio de Obras Públicas MOP. Una experiencia metodológica. Trabajo Social 34: 120-126, 1981.
6. Alvarez, María de la Luz; Deprivación y Modelos Parentales. Ed. Universitaria, Santiago, 1986.