

Servicio social y terapia familiar

- Los asistentes sociales deberían tener una base en su formación profesional que les permita, con posteriores cursos de perfeccionamiento, adquirir las destrezas para llegar a ser excelentes terapeutas familiares.

INTRODUCCION.

La terapia familiar es una forma de tratamiento para una familia que sufre uno o más problemas que le impiden funcionar normalmente. Como todo tratamiento, para ser bien aplicado requiere de un conocimiento previo del diagnóstico y de la aplicación de las técnicas adecuadas para llevarlo a cabo.

La terapia familiar puede ser aplicada por profesionales que tengan como base una amplia formación, ya sea en servicio social, sociología, psicología o psiquiatría, y que dispongan de un adecuado entrenamiento previo que les permita diagnosticar los problemas que afectan a la familia. Además, deben saber manejar debidamente las relaciones dentro del grupo, a fin de que los propios miembros sean capaces de buscar la o las soluciones a sus problemas. La terapia familiar no es un tratamiento que puedan realizar algunos profesionales con exclusión de otros; es una herramienta más para

María de la Luz Alvares M.

Socióloga, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile.

Amanda Calderón G.

Myriam Fuentes F.

Cecilia Goldzweig E.

Gemy Herrera A.

Vilma Mercado P.

Beatriz Retamal P.

y Rosanna Troncoso.

Asistentes Sociales del Instituto Profesional de Santiago.

Arturo Roizblatt.

Terapeuta Familiar, Psiquiatra, Universidad de Chile.

ayudar a la familia a salir adelante e impedir que se desintegre (1-7).

Muestra de esto es que, entre los terapeutas familiares más connotados están V. Satir, quien, como profesión de base, es trabajadora social (8,9), y S. Minuchin, sociólogo (10).

Lo importante de este planteamiento es que cada profesión tiene sus límites. El campo que puede abarcar un trabajador social no es necesario que lo toque un psicólogo y, a su vez, lo que un psicólogo puede tratar, no necesariamente puede abordarlo un trabajador social. Del mismo modo, el campo del psiquiatra no lo puede tocar ninguno de los profesionales anteriormente mencionados.

Estas consideraciones merecen ser analizadas para evitar celos entre profesionales y para lograr que existan muchos más especialistas en terapia familiar, a fin de poder ayudar a un número mayor de familias que cada día lo necesitan más.

El objetivo de esta presentación es mostrar que

los trabajadores sociales de este país son capaces de ser terapeutas familiares, con una debida preparación; que pueden lograr cambios y adecuaciones positivas en familias del más bajo nivel socioeconómico, al que otros profesionales no llegan.

METODOLOGIA.

El diseño del estudio fue pre y post test, en el cual cada grupo familiar fue control de sí mismo. La muestra estuvo formada por 4 familias provenientes de distintos sectores de Santiago, teniendo en común ser conflictivas y de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio de los padres fue de 37 años los hombres, y 34,2 años las mujeres. El promedio de hijos fue de 3, cuyas edades fluctuaron entre 14 años como máximo y 2 como mínimo, con un promedio de 10,1 años.

Los problemas básicos por los cuales estas familias resultaron seleccionadas para ser tratadas, fueron: alcoholismo de la madre (caso 1); alcoholismo del padre (caso 2); familia producto de un incesto, con deficientes relaciones interpersonales (caso 3); y muy deficientes relaciones madre-hijos (caso 4).

Técnicas Aplicadas

1) Entrevista Estructurada: para medir el nivel socioeconómico (11) y para diagnosticar a la familia (12). Esta entrevista se aplicó a la pareja, a la madre cuando estaba sola y al hijo mayor. Se optó por este último, pues no se tenía antecedentes de que hubiera un hijo conflictivo. La entrevista permitió conocer las áreas dañadas en el grupo familiar (estructura de poder, motivos de desacuerdos, frecuencia de discusiones que terminan en peleas, forma de contar las cosas importantes a su pareja e hijos, satisfacción en la vida familiar, frecuencia de embriaguez, relaciones sexuales y

«Hay que dejar en claro que el campo que abarca el asistente social no es, muchas veces, tocado por otros profesionales, en especial cuando se trata de familias de la pobreza, por lo que no habría por qué temer a una competencia».

su satisfacción, comunicación, manifestaciones de cariño, actividades compartidas por la familia, comprensión de los padres hacia los hijos, etc.)

2) Terapia Familiar: fue llevada a cabo por las asistentes sociales, quienes actuaron de terapeuta y co-terapeuta en cada grupo familiar, durante 5 sesiones en promedio. La terapia fue dirigida por el Dr. Roizblatt, terapeuta familiar, quien, a través de una hora de supervisión y guía semanal, daba los lineamientos básicos para cada sesión, los que se complementaban con lectura adicional. La terapia comenzó una vez que la familia fue diagnosticada con los instrumentos previamente mencionados.

Los resultados se analizaron comparando el diagnóstico inicial con el diagnóstico final, realizado después de 3 meses de concluidas las sesiones de terapia familiar.

Se aplicó el test z, a fin de calcular la proporción en que se modificaron las distintas variables después de aplicada la terapia familiar.

PRESENTACION DE UNA SESION

A fin de ilustrar cómo se realizó el tratamiento familiar, se reproducirá el relato de una sesión:

Tercera Sesión: (Caso 3, madre de 2 hijos, producto de un incesto con su padre. Ella fue impulsada al incesto por su madre desde los 11 hasta los 19 años, con lo cual impidió que la madre provocara una nueva relación incestuosa con la otra hija menor).

Objetivos:

1) Mejorar la comunicación madre-hijo y entre hermanos; 2) dar nociones básicas sobre adolescencia para lograr una adecuada comprensión de la madre hacia su hijo (éste tiene 14 años).

La familia llegó puntualmente después de haber postergado esta sesión dos veces. En ella, la conversación estuvo centrada en los hijos. La madre se quejó mucho del hijo, aduciendo que le estaba yendo muy mal en la escuela. Había decidido no mandarlo a clases el próximo año, a pesar de saber que su mayor anhelo era estudiar en una escuela industrial.

La terapia se centró en la actitud del hijo. Para esto, se realizó un rol-playing en el cual el propio adolescente jugó el rol de niño. Así, él manifestó: «yo tengo amigos que se portan mal en el colegio y para que ellos no me dejen de lado, les sigo la corriente. No quiero dejar de estudiar; sé que si me lo propongo, puedo hacerlo».

Las terapeutas entregaron nociones básicas sobre el período de la adolescencia. Se enfatizó la necesidad del niño de ir adquiriendo mayor independencia, pero a su vez, se señaló que ésta debe ir aparejada de mayores responsabilidades.

Se resaltó también la relación hermana-hermano, a fin de que la primera sirviera de apoyo al segundo. Esto se trató con un rol-playing en el cual la niña manifestó su interés por ayudar a su hermano: «yo no tengo ningún problema en hacerlo, pero él me tiene que dejar que lo haga».

Esto fue hecho con el fin de romper la alianza madre-hija y fomentar la mayor cercanía entre los hermanos.

Hubo participación de los tres en el desarrollo de la sesión, sobre todo en los rol-playing, lo cual permitió una mayor internalización de la situación. Incluso ellos mismos fueron planteando las soluciones. El adolescente prometió esforzarse por mejorar las notas y se comprometió a elaborar un horario de sus actividades, en el que incluiría quehaceres concretos de la casa, como hacer algunas compras y el aseo.

«La terapia familiar puede ser realizada por diferentes profesionales, que, obviamente, estén capacitados para ello, pese a lo cual en nuestro país quiere circunscribírsele a un pequeño grupo de profesionales.»

RESULTADOS

El análisis del diagnóstico inicial y final de cada familia mostró que experimentaron cambios positivos, siendo de mayor importancia en las familias 1, 2 y 4.

Los cambios ocurridos se refieren a la mejoría en:

- Las relaciones de pareja, incluyendo la estructura de poder ($p < .001$), las peleas terminaron sin quiebre ($p < .001$), aumenta la comunicación ($p < .001$) y las manifestaciones afectivas ($p < .05$), y comparten más entre ellos ($p < .001$).
- El aumento de la satisfacción familiar de las madres ($p < .001$) y de los hijos ($p < .05$).

- El aumento de las relaciones sexuales en los casos con pareja ($p < .01$).

- En las relaciones padres-hijos, disminuyen las discusiones que terminan en peleas ($p < .001$), aumenta la comunicación ($p < .01$) y las manifestaciones afectivas, especialmente de las madres solas ($p < .001$).

- Compartir más con la familia, es decir, pasan más tiempo juntos en diversas actividades ($p < .01$).

- El cumplimiento exitoso del tratamiento antialcohólico en ambos casos ($p < .001$).

- En las relaciones hijos-padres, ellos se sienten más comprendidos por sus padres ($p < .001$), disminuyen las discusiones que terminan en peleas ($p < .001$) y éstas son sin quiebre ($p < .001$). Aumenta la comunicación con el padre alcohólico ($p < .01$), y con la madre incestuosa ($p < .01$), aumentan las manifestaciones de cariño de ellos hacia la madre alcohólica ($p < .001$) y hacia la madre incestuosa ($p < .001$).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Es un hecho conocido que la terapia familiar es y puede ser realizada por diferentes profesionales, que obviamente

estén capacitados para ella. Sin embargo, en nuestro país quiere dejársela circunscrita a un pequeño grupo de profesionales, lo que no da pie a la preparación de otros cuya base no sea la psicología. Es por esto que este estudio presenta una experiencia realizada por asistentes sociales, guiadas por un terapeuta familiar, a fin de mostrar que la terapia puede ser aplicada por otros profesionales cuya base no sea fundamentalmente la psicología. En lo principal, hay que dejar en claro que el campo que abarca el asistente social muchas veces no es tocado por otros profesionales, especialmente en las familias de la pobreza. Por lo tanto, no habría por qué temer a una competencia, ya que estas familias no estarían en condiciones de pagar dicha atención.

Los resultados de este estudio señalan que, después de la intervención, hubo modificaciones en la vida familiar y que las relaciones entre los miembros mejoraron.

Por ejemplo, destacan los cambios observados en las dos familias con alcohólicos (casos 1 y 2), cambios que fueron percibidos tanto por la pareja, como por el hijo mayor. El hecho de que la mujer del marido alcohólico haya permitido la participación de éste en la toma de decisiones, es un logro extraordinario, pues parte del éxito en la recuperación de un alcohólico es darle el lugar que debe ocupar en su familia. Esto se logra modificando las estructuras existentes que lo habían excluido, porque no era considerado y se lo despreciaba. En este caso, no se hace referencia a las conductas de los alcohólicos respecto al período seco y mojado (12).

El caso de la madre incestuosa presentó algunos cambios, pese a que no cumplió todo el período de la terapia programada; se siguió tratando mientras la madre lo aceptó. Dada la complejidad y profundidad de los problemas maternos, el psiquiatra-guía consideró que este conflicto era propio de

su especialidad. Cuando se tomó este caso, no se sabía que era tan complejo, pero se lo trató como una forma de conocer los límites que puede tener el asistente social, tal como se dijo en la introducción. Esta experiencia mostró claramente hasta dónde puede llegar este profesional, el que una vez que conoce su limitación, debe derivar a la familia hacia el especialista.

El otro caso de madre con hijos experimentó cambios que mejoraron las relaciones entre ambos. Sin embargo, esta familia habría requerido un período mayor de terapia, lo que no se pudo concretar por razones de tiempo. Esta limitante no estaría presente si se trabajara en un servicio destinado a la recuperación de familias.

Finalmente, este estudio señala que hay casos que efectivamente pueden ser tratados por asistentes sociales, como otros que habrían requerido de un profesional con formación psiquiátrica. Esta experiencia muestra que la terapia familiar es una técnica más que podría usar el asistente social para ejercer su profesión en forma más adecuada y tratar los problemas de las familias, especialmente de aquellas que viven en la pobreza.

El acceso que podría tener una familia de estos niveles a una terapia familiar, proporcionada por psicólogos o psiquiatras, es casi inalcanzable. En primer lugar, porque no existen suficientes servicios que ofrezcan este tratamiento y en segundo, porque

económicamente una familia no puede desplazarse con todos sus miembros al lugar donde atiende el profesional. En este sentido, el asistente social presenta una extraordinaria ventaja, ya que es el profesional que puede acercarse a la familia en su propio hogar; por principio tiene la libertad para hacerlo y es bien recibido. La terapia familiar la puede realizar, por lo tanto, en el propio medio donde se desenvuelve la familia. Esta realidad propia del asistente social es impensable en un

«Gran parte de las familias con que trabajan los asistentes sociales son susceptibles de ser tratadas por ellos, y la minoría podría ser derivada a un psicólogo o a un psiquiatra terapeutas familiares».

«Ayudar a la estabilidad familiar significa invertir en el futuro y ahorrar otros gastos que la sociedad debe enfrentar para paliar los desórdenes familiares»

psicólogo o un psiquiatra: si lo pudieran hacer, su costo sería impagable y, además, significaría un cambio radical en la forma de enfrentar los problemas de las familias más desfavorecidas de la sociedad. En cambio, este enfrentamiento de la realidad que viven las familias de la pobreza es la forma habitual de trabajo del asistente social, en cualquier servicio que se desempeñe.

Es por esto que se insiste en que los asistentes sociales deberían tener una base en su formación profesional que les permita, con posteriores cursos de perfeccionamiento, adquirir las destrezas para llegar a ser excelentes terapeutas familiares. Gran parte de las familias con que los asistentes sociales trabajan, son susceptibles de ser tratadas por ellos y la minoría podría ser derivada a un psicólogo o a un psiquiatra terapeutas familiares.

Si se llegara a contar con una estructura a nivel comunal o de Consultorios de Salud que tuvieran psicólogos y psiquiatras terapeutas familiares, estos profesionales recibirían a las familias que realmente requieren su ayuda, las cuáles serían derivadas por los asistentes sociales. De esta manera, cada profesional estaría rindiendo al máximo dentro de sus capacidades y las familias podrían ser

recuperadas por el profesional que le corresponde, en forma eficiente y oportuna. Así, evitaríamos familias quebradas con sus consecuencia de niños abandonados, adolescentes embarazadas, niños y jóvenes drogadictos y/o alcohólicos, entre otras. Ayudar a la estabilidad familiar significa invertir en el futuro y ahorrar otros gastos sociales que la sociedad debe enfrentar para paliar los desórdenes familiares.

REFERENCIAS

- 1.- Schneider, J.P. Rebuilding the Marriage During Recovery from Compulsive Sexual Behavior. *Family Relations* 38 (3): 288-294, 1989.
- 2.- Shapiro, J. Stress, Depression, and Support Group Participation in Mothers of Developmentally Delayed Children. *Family Relations*, 38 (2): 169-173, 1989.
- 3.- Whiteside, M.F. Family Rituals as a Key to Kinship Connections in Remarried Families. *Family Relations* 38 (1): 34-39, 1989.
- 4.- Baydar, N. Effects of Parental Separation and Reentry into Union on the Emotional Well-being of Children. *Journal of Marriage and the Family*, 50 (4): 967-981, 1988.
- 5.- Nock, S.L. The Family and Hierarchy. *Journal of Marriage and the Family* 50 (4): 957-966, 1988.
- 6.- Risman, B.J. and Park, K. Just the Two of Us: Parent-child Relationships in Single-parent Homes. *Journal of Marriage and the Family*, 50 (4): 1049-1062, 1988.
- 7.- Satir, V. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Ed. Pax, México, 1981.
- 8.- Satir, V. Psicoterapia Familiar Conjunta: Guía teórica y práctica. Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1982.
- 9.- Minuchin, S. Un Modelo Familiar en Familias y Terapia Familiar. Colección Psicoteca Mayor, Ed. Gedisa, Barcelona, 1977.
- 10.- Alvarez, M.L. La Familia en Riesgo: Un instrumento de diagnóstico. Ed. Universitaria, Santiago, 1988.
- 11.- Liepman, M.R., Silvia, L.Y., and Nirenberg, T.D. The use of Family Behavior Loop Mapping for Substance Abuse. *Family Relations* 38 (3): 282-287, 1989.