



UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
MINISTERIO DE EDUCACION



EL SOCIODIAGNOSTICO

MARIO QUIROZ

IVAN PEÑA

1998



VICERRECTORIA ACADEMICA
DIRECCION DE DOCENCIA

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

EL SOCIODIAGNÓSTICO

MARIO QUIROZ

IVÁN PEÑA

1998

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE DOCENCIA
Proyectos de Desarrollo de la Docencia**

Prof: Mario Hernán Quiroz Neira

*Asistente social, Terapeuta Familiar y de Pareja, Diplomado en Psicoterapia General Gestalt Integrativa, Universidad de Concepción, Profesor Asistente Departamento de Servicio Social
Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Concepción.*

Prof: Iván Peña Ovalle

*Asistente Social, Master of Teaching Social Work, The Catholic University of America, Profesor Asociado, Departamento de Servicio Social,
Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Concepción.*

Registro Propiedad Intelectual N°98381
I.S.B.N. 956-7796-00-9
Primera Edición, 1996.
Segunda Edición, marzo de 1998.

Impreso en los Talleres de
Impresos Andalién
Rozas 1591, Fono 228773
Concepción – Chile

IMPRESO EN CHILE/PRINTED IN CHILE

Indice

Contenidos	Pág.
Indice	3
Presentación	4
Capítulo I	
En Busca de un Sustento Epistemológico.....	6
Capítulo II	
Escuelas filosóficas del Trabajo Social Clínico.....	14
Capítulo III	
Diagnóstico Social: Desde Hellen Keller Hasta el Muchacho de la Galería de los Cuadros de Escher.....	25
Capítulo IV	
El Sociodiagnóstico: Un Modelo Metodológico para la Intervención Social Familiar.....	48
Capítulo V	
El Informe Social del Niño: Fundamentos para su Elaboración	70
Capítulo VI	
Protocolo de Alteraciones Conductuales de Niños y el Adolescente.....	84

PRESENTACIÓN

El presente texto corresponde a un trabajo de investigación iniciado en el año 1990, como resultado de la experiencia clínica en el área de la Infancia y la Familia. Tuvo su origen a partir de la necesidad de contar con un cuerpo de fundamentos teóricos que sirvieran de apoyo a la docencia de Pre-Grado en esta área y específicamente en la enseñanza práctica de la atención social individualizada en Trabajo Social.

Su título pretende sintetizar en un concepto los fundamentos y la operacionalización práctica de la Función Diagnóstica en Trabajo Social. Todos sabemos que el Diagnóstico Social como término fue por primera vez por Mary Ellen Richmond en el año 1917. Desde entonces han pasado hasta ahora casi 79 años. El planteamiento dual de Richmond fue la base del enfoque psicosocial formulado por Gordon Hamilton en 1951 y elaborado por Florence Hollis en 1964. Ahora, en el año 1996, retomando sus lineamientos, iniciamos y actualizamos su validez y plena vigencia en el Trabajo Social Clínico.

A partir del Paradigma Psicodinámico que influyó fuertemente el Trabajo Social Clínico en sus inicios, damos un salto epistemológico a lo que hoy en día parece ser el Modelo Teórico más influyente en Trabajo Social, tal es el Enfoque Sistémico Cibernético.

El texto está estructurado desde lo general a lo específico. Se inicia con una reflexión sobre el quehacer epistemológico en Trabajo Social, donde más que respuestas, entregamos una serie de interrogantes sobre el tema. Posteriormente hacemos un nuevo ordenamiento de las Escuelas Filosóficas que han influenciado el Trabajo Social Clínico. En el capítulo tercero desarrollamos el Concepto de Diagnóstico Social desde Mary Richmond hasta nuestros días. Se destaca en este apartado el diseño esquemático del modelo Richmoniano con el cual se inició en Trabajo Social de Caso.

Finalmente, en los capítulos siguientes, se presenta el Modelo del Sociodiagnóstico, el cual incluye un sustento teórico sus objetivos y operacionalización. En lo específico, los dos últimos capítulos se refieren al informe Social del niño y a la presentación de un Instrumento de evaluación de las Alteraciones Conductuales que estimamos son de utilidad en el Trabajo Social de Casos en la Actualidad.

Los autores

Capítulo I.

EN BUSCA DE UN SUSTENTO EPISTEMOLÓGICO

**Mario Hernán Quiroz Neira
Iván Peña Ovalle**

Normalmente antes de ejecutar una acción, pensamos ¿Para qué? Y ¿Por qué la vamos a realizar?, de lo contrario nuestro actuar sería un mero pragmatismo carente de sentido y orientación. Esto es precisamente lo que queremos reflexionar sobre el Trabajo Social, es decir antes de proponernos buscar la respuesta a las cosas que queremos lograr, es más urgente ponernos a meditar en estas dos grandes preguntas ¿Por qué? y ¿Para qué?, por lo tanto lo que queremos rescatar son las orientaciones filosóficas que deben guiar nuestro accionar profesional.

La profesora Sela Sierra (1) señala que cuando nos vemos obligados a explicar o explicitar las razones últimas o los motivos más profundos de nuestras acciones y comportamientos tenemos que remitirnos necesariamente a aquella concepción general básica que constituye la fundamentación filosófica de los mismos. Para Sierra, sin esta fundamentación filosófica, no podrá comprenderse la razón de nuestros actos, su esencia, su significado, su justificación, su “Por qué” y su “Para qué”, es decir el sentido y la proyección de nuestra conducta.

En este contexto, es válida la pregunta si existe una o varias filosofías de sustento del Trabajo Social?. Además es lógico preguntarse si esta base filosófica se ha mantenido constante a través de la historia del Trabajo Social. Creemos que la respuesta a ambas interrogantes es categóricamente no.

Al respecto S.C. Kohs (2), nos dice que al suponer que un punto de vista filosófico referido a uno solo de los modelos de acción pudiera servir adecuadamente como estructura básica para toda la práctica del Servicio Social, tenderíamos a distorsionar y aún a malograr el problema en cuestión. Bisno (2) al referirse al Trabajo Social Norteamericano reconoce que no se puede sostener una filosofía única como fundamento de la profesión.

En el mismo sentido Herbert H. Aptekar (3) en su libro "*Dynamics of Case Work and Counselling*", reconocer dos grandes enfoques del Trabajo Social de Casos, tales son el Enfoque Dinámico y el Enfoque Funcional. Sin embargo para Aptekar, estas diferencias condujeron a los Trabajadores Sociales a un punto en el que no se reconoce ninguna comunidad de intereses sosteniéndose la necesidad que no puede haber dos profesiones dentro del Trabajo Social.

I.- LAS PREGUNTAS QUE NOS ACECHAN

El tema de las Bases de Sustento del Trabajo Social ha motivado muchas reflexiones, planteamientos y preguntas aún no resueltas en la profesión. En este contexto María de la Gloria Celia Morrón (4) plantea una serie de interrogantes sobre la teoría de la intervención en Trabajo Social tales como: ¿Tiene el Trabajo Social una teoría de intervención propia? ¿En qué consiste dicha teoría? ¿Qué influencia ha recibido a lo largo de su desarrollo? ¿Qué factores intervienen en la elaboración de una teoría de intervención en Trabajo Social?, y por último ¿Son éstos susceptibles de ser controlados por el Asistente Social?.

La misma autora dice que la historia de la profesión nos muestra cómo en el proceso de formación de la teoría del Trabajo Social se registran una serie de reportes, sobre todo de las Ciencias Sociales, que se fueron incorporando sin seguir un procedimiento lógico alguno. Como consecuencia de esta situación nos enfrentamos hoy con el problema de manejar una teoría fragmentada, basada en distintos marcos teóricos, con conceptos extraídos de diversas disciplinas y utilizados fuera de sus marcos originales, abstraídos y reunidos en un

cuerpo de ideas yuxtapuestas y sin un marco de referencia propio para el Trabajo Social.

Greenwood (4) señala que por lo común el Trabajador Social se fija objetivos provenientes de un determinado marco teórico, utiliza la metodología de otro y el instrumental de un tercero para abordar un problema, se trazan objetivos y se utilizan medios incompatibles con estos objetivos; por último llama la atención de que por esta deformación la práctica es desarrollada en forma intuitiva y subjetiva.

Estrictamente en el plano filosófico Kohs (2) ya en el año 1966 nos invita a ejercitar en todo actuar profesional la búsqueda de tres elementos: La Base Filosófica, El Principio y por último, El Método en forma coherente y unitaria. Por lo tanto es preciso conocer el contexto filosófico para apreciar plenamente los principios y los métodos.

Dentro de los métodos clásicos del Trabajo Social tal vez sea el Caso Social individual quien más profundamente haya sufrido variaciones en sus énfasis y orientaciones a lo largo de su historia por la influencia de diversos modelos teóricos. Al respecto Marta Chescheir (5) se plantea tres preguntas básicas sobre la práctica del Servicio Social: ¿Qué hace los Trabajadores Sociales Clínicos?, ¿Qué necesitan saber para desempeñar ese trabajo?, ¿Qué teorías de la personalidad o sistemas sociales serían de mayor utilidad para aquellas personas involucradas en la práctica directa?. La autora reitera lo antes dicho por otros estudiosos del tema, que en comparación con otras profesiones que proporcionaban asistencia, los Trabajadores Sociales no han establecido claramente los parámetros de su práctica. El campo de su práctica parece expandirse y contraerse según los dictados de la agencia o instituciones en que están empleados.

En este contexto Lima B.A. (6) sostienen que el Trabajo Social Tradicional reflejaba un vacío epistemológico en el poco interés por esforzarse en la conceptualización de los principios, de los objetivos que orientaban el quehacer profesional, de los elementos teóricos a utilizar y por lo tanto, de la metodología a instrumentar para hacer frente a la problemática social. Este autor pone de manifiesto la influencia decisiva

del positivismo sobre la profesión. Para él, el demostrar esta influencia resulta fácil al hacer un examen de la experiencia práctica del Trabajo Social, así como también de la apreciación crítica de los caminos metodológicos frecuentados por la profesión. Destaca que el Trabajo Social como profesión ha estado marcado desde sus inicios por las concepciones positivistas en todas sus manifestaciones y particularidades. La profesión se ha reducido a la manipulación de teorías y concepciones sobre los hechos sociales generados en otras instancias. Su tarea no ha trascendido de generalizar al plano concreto las “verdades” descubiertas por la Sociología, la Economía, la Medicina, etc.

Para Lima, en términos generales el Trabajo Social no ha formulado políticas, ocupándose exclusivamente de su operacionalización, no ha fijado metas para el desarrollo social, pero ciegamente ha tratado de conseguirla utilizando múltiples mecanismos y procedimientos. Su formulación teórica y los propósitos conscientes de su trabajo no han trascendido de la tarea particular del momento.

Este autor insiste en el hecho de que por ser el Trabajo Social obra de la concepción positivista del conocimiento y de la ciencia, se ha limitado a aceptar pasiva y acriticamente los postulados y las teorías que lo han orientado. Como “técnica” social, adoptó y admitió como estático y acabado el conjunto de conocimientos teóricos que forman su bagaje cultural y científico que alimentan su marco teórico y explican los fenómenos de la sociedad.

A nuestro juicio el pragmatismo no nos ha abandonado totalmente; basta ver las cosas que están haciendo los Asistentes Sociales de terreno, la escasa sistematización de sus experiencias y la casi nula productividad teórica de las escuelas de formación del país, sin embargo, desde hace unos tres años estamos experimentando lo que llamamos un renacimiento epistemológico dado por una fructífera reflexión en torno al binomio sujeto-objeto del Trabajo Social, redefinición de sus principios y bases filosóficas de sustento entre las cuales destaca la “Epistemología” de Humberto Maturana. En este mismo contexto es relevante la reflexión que estamos haciendo en

torno a la formación profesional para la obtención del grado de Licenciado en Trabajo Social.

II. EL PARADIGMA DE BASE DEL TRABAJO SOCIAL

Hay una pregunta muy recurrente en Trabajo Social: ¿Qué es lo propio de la profesión? Las respuestas a esta interrogante han sido muy variadas a lo largo de la historia del Trabajo Social. Entre ellas, se ha dicho que lo propio de la disciplina son sus métodos, sus técnicas y su objeto de análisis.

Cuando hablamos de lo propio de la disciplina del Trabajo Social estamos hablando precisamente del Paradigma de Base de la profesión.

Al respecto, Sela B. Sierra (1) ya en el año 1967 reconocía que el Trabajo Social tiene una base teórica Propia, un conjunto de principios generales constitutivos y normativos y los procesos reales y las actividades concretas en que aquellos se traducen o aplican.

Por lo que tenemos conocimiento el concepto de Paradigma de Base habría sido acuñado por Rafael Echeverría (8). Este autor también se refiere a él como: “*Matriz Fundamental*” y recurre a Thomas S. Kuhn para ilustrarnos sobre el concepto de paradigma; Kuhn lo define como al núcleo central de definiciones y reglas al interior de una disciplina, a través del cual se configuran no sólo el objeto de análisis e intervención, sino también las preguntas pertinentes y las formas acertadas de responder a ellas. Lo que es válido al interior de una disciplina, como en el caso del Trabajo Social, remite, a su vez, a un núcleo todavía más fundamental del que la propia disciplina es tributaria, tal es el caso de las Ciencias Sociales y Humanas.

Por lo tanto para nosotros, el paradigma de base de la profesión está constituido por el objeto de análisis del Trabajo Social, sus objetivos, funciones, dimensiones, y la metodología de acción. Sin embargo el operar específico de la profesión, no se desarrolla en el aire, sino que responde a una determinada base filosófica que le da su sustento.

En este contexto siguiendo a Kohs la filosofía se traduce en la práctica de muchas maneras, tales son los principios y los métodos. Es decir, el paradigma de base del Trabajo Social, además contempla los valores y principios filosóficos, éticos, operacionales, básicos y/o fundamentales de la profesión. Por consiguiente, de lo que estamos hablando es precisamente del modelo tradicional diseñado por sus interlocutores más clásicos.

Al hablar de Paradigma de Base significa formularse ciertas preguntas tales como: ¿Para qué existimos? ¿Cuál es el proyecto de profesión que tenemos? ¿Cuál es nuestra especificidad en el contexto de las otras disciplinas que también trabajan con el hombre, los problemas y lo social?.

El concepto de: “Paradigma de Base del Trabajo Social” aquí presentado corresponde a una recopilación de lo tradicional de la disciplina, estamos conscientes que la profesión en su proceso ha experimentado profundas transformaciones, a nivel de las teorías de sustento, metodologías y técnicas, conforme con la evolución de la sociedad y los problemas humanos. En la actualidad, el Trabajo Social ha alcanzado un alto nivel de perfeccionamiento en sus métodos inspirados en nuevas corrientes epistemológicas que serán objeto de una posterior publicación.

Para nosotros el Paradigma de Base de la profesión está constituido por el Marco Doctrinario de la Disciplina en el cual se incluyen los valores y principios que nos han formulado nuestros antecesores, el objeto de análisis del Trabajo Social, sus objetivos, funciones, dimensiones y la metodología de acción de la Profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Sierra, B. Sela** “*Introducción a la Asistencia Social*”, Cuadernos de Asistencia Social N°1, 3° edición, 1967 página N° 28, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.
- 2.- **Kohs, S.C.** “*Las Raíces del Trabajo Social*”, Buenos Aires, Paidós 1969.
- 3.- **Aptekar, Herbert H.** “*The Dynamics of Casework and Counselling*”. Boston, Houghton Mifflin Co. 1955.
- 4.- **Celia Morrón M. de G** “*Teoría de la Intervención en Trabajo Social*”. Revista de Trabajo Social N°22, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1977.
- 5.- **Chescheir, Martha** “*Información Básica para la Práctica del Trabajo Social Clínico*”. Revista de Trabajo Social N°43, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1984.
- 6.- **Lima, A. Boris** “*Contribución Epistemológica del Trabajo Social*”, Editorial Humanitas Buenos Aires, 1983.
- 7.- **Catalán Hilda** “*Servicio Social: Conceptos Fundamentales*”. Editorial Universitaria, Santiago, Chile, 1971.
- 8.- **Echeverría Rafael** “*El Búho de Minerva*”, Editorial Dolmen Estudio, 1993.
- 9.- **Friedlander; Walter A.** “*Conceptos y Métodos de Servicio Social*”, Editorial Kapelusz, Buenos Aires, Argentina, 1969.
- 10.- **Biestek, Félix P.** “*Las Relaciones del Casework*”, Editorial Aguilar, Madrid, España, 1966.
- 11.- **Kisnerman, N & de Gómez M** “*Teoría y Práctica del Trabajo Social*”, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1982.
- 12.- **Fink, Arthur E.**: “*Campos de Aplicación del Servicio Social*”, Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1972.

- 13.- **Grazziosi, Laura** “*Códigos de Ética del Servicio Social*”, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina 1978.
- 14.- **Kisnerman, Natalio.**: “*Servicio Social Pueblo*” Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina 1972.
- 15.- **Revistas** Trabajo Social N° 9 – 10, Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 1974.
- 16.- **Quiroz N. Mario H. & Peña O. Iván** “*El Sociodiagnóstico*”, Departamento de Servicio Social Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Concepción, Chile 1994.
- 17.- **Richmond M. Ellen.** “*Caso Social Individual*” Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires, Argentina 1962.
- 18.- **Asociación Chilena de Escuela de Servicio Social.** “*Vocabulario de Servicio Social*”.
- 19.- **Maidagan de U. Valentina,** “*Manual de Servicio Social*” Editorial Andrés Bello, Sexta Edición, Santiago de Chile 1979.
- 20.- **Aylwin N. & Jiménez M. & Quezada M.** “*Un Enfoque Operativo de la Metodología de Trabajo Social*”, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina, 1982.
- 21.- **Brandt, Gustav A.** “*Psicología y Trabajo Social*”, Editorial Herder Barcelona, España 1983.
- 22.- **Campanini A. & Luppi F.** “*Servicio Social y Modelo Sistémico: una Nueva Presentación para la Práctica Cotidiana*”, Editorial Paidós Buenos Aires Argentina 1991.
- 23.- **De Paula Faleiros V.** “*Trabajo Social e instituciones*”, editorial Humanitas Buenos Aires, Argentina, 1992.
- 24.- **Ayalon N. & COI.** “*ABC del Trabajo Social Latinoamericano*”, Editorial Ecro, Buenos Aires, Argentina, 1971.

Capítulo II

ESCUELAS FILOSÓFICAS DEL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

**Mario Hernán Quiroz Neira
Iván Peña Ovalle**

Presentación

No hay pleno acuerdo sobre las escuelas o modelos filosóficos del Servicio Social de Caso. No obstante varios autores (1) (2) coinciden en que, por lo menos el Servicio Social Norteamericano se ha desarrollado bajo el alero de dos escuelas: La Escuela Diagnóstica y la Escuela Funcional. En este mismo contexto, Vicente de Paula Faleiros (3), reconoce dos tendencias del Servicio Social Norteamericano: el modelo y la ideología de la práctica liberal filantrópica y el modelo de la práctica liberal tecnocrática.

S.C. Kohs (4), aparte de los Modelos Diagnóstico y Funcional, citados por Aptekar y Campanini (1-2) reconoce un tercer grupo basado en la Escuela de la “Psicología Analítica” de C.G. Jung que hace hincapié en una libido asexuada, tipos de personalidad “Inconsciente Colectivo”, misticismo y conceptos divinos. Pero Kohs va mucho más allá señalando que también es posible imaginar que aun otro grupo de Trabajadores Sociales puedan desarrollar otra Escuela con nuevas hipótesis de trabajo, otros procedimientos terapéuticos y asesoramientos, fundados en la actual filosofía existencialista y el Psicoanálisis Existencial, que de allí se deriva. Según Kohs, este modelo podrá tratar casos de inadaptación humana, ya que los consideraría “Normales” y Posibles de “ajuste” sin pretender de ellos cambios radicales.

Gustav Brandt, desarma el esquema introduciendo una postura intermedia entre la Escuela Diagnóstica y Funcional, originalmente asignada a Harris Helen Perlman. Sin embargo el vocabulario de Servicio Social, publicado por la asociación nacional de Escuelas de Servicio Social, probablemente en la década del sesenta, distingue tres escuelas o corrientes filosóficas que han determinado diferentes enfoques en los procesos del método de Servicio Social de Casos, tales son: La Escuela Diagnóstica, la Funcional y la Organísmica o Ecléctica.

Alayon y col. (5), ordenan las escuelas en tres: Escuela Sociológica, Escuela Psicológica y Escuela Ecléctica. Dentro del tercer modelo, incluye la Escuela Diagnóstica y Escuela Funcional.

Por nuestra parte nosotros organizamos la información bibliográfica recopilada en cuatro modelos: El Modelo Diagnóstico, El Modelo Funcional, El Modelo Intermedio y el modelo Organísmico o Ecléctico. Es dable, reconocer, que no todos los modelos están suficientemente desarrollados, sobre todo el modelo intermedio, donde la información obtenida es francamente escasa.

ESCUELAS FILOSÓFICAS DEL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO
Cuadro Sinóptico

AUTORES	ESCUELAS
APTEKAR, HERBERTH H. CAMPANINI, A LUPPI F. KISNERMAN, NATALIO	Escuela Diagnóstica Escuela Funcional
DE PAULA, FALEIROS V.	Modelo de la ideología de la Práctica Liberal Filantrópica Modelo de la práctica Liberal Tecnocrática
KOHLS, S.C.	Escuela Diagnóstica Escuela Funcional Escuela de la Psicología Analítica de C.G. Jung. Escuela de la Filosofía Existencialista y Psicoanálisis Existencial.
BRANDT, GUSTA A.	Escuela Diagnóstica Modelo Intermedio Modelo Funcional
ASOCIACION CHILENA DE ESCUELAS DE SERVICIO SOCIAL	Escuela Diagnóstica Escuela Funcional Escuela Organísmica o Ecléctica
ALAYON NOLBERTO Y COL	Escuela Sociológica Escuela Psicológica: Escuela Diagnóstica Escuela Funcional
QUIROZ N. M. H. PEÑA, O.I.	Modelo Diagnóstico Modelo Funcional Modelo Intermedio Modelo Ecléctico

I.- EL MODELO DIAGNÓSTICO O RICHMONIANO.

La Escuela Diagnóstica representada por la obra de la pionera Srta. Mary Ellen Richmond, inauguró un modelo en el que se advertía claramente la influencia de las ideas Freudianas (1). El mismo Gustav Brandt (6) dice que el desarrollo ulterior de la profesión durante la década del veinte estuvo muy influido por los conceptos del Psicoanálisis que se aplicaron de forma poco crítica al tratamiento de casos. Más adelante se comprendería que el *casework* no era lo mismo que el Psicoanálisis. Siguiendo a Campanini y Luppi (2) el elemento central de esta escuela lo constituía el diagnóstico psicológico de la personalidad como fundamento de la intervención del Servicio Social.

Herbert H. Aptekar (1) nos dice que el Enfoque Diagnóstico proviene del *New York School of Social Works* y que fundamenta sus principios y procedimientos operativos en las ideas de Mary Ellen Richmond. El modelo procura obtener una gran cantidad de información acerca del cliente y de sus problemas antes de iniciar un tratamiento intensivo. Aptekar insiste en que este modelo sigue la ideología ortodoxa de Sigmund Freud.

La propia Mary Ellen Richmond define el Servicio Social de casos individuales como el conjunto de métodos que desarrollará la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre en su medio social (6).

Para Mary Ellen Richmond, el objetivo del Servicio Social era mejorar las condiciones del individuo y de las masas, sin embargo en la práctica la mayoría de los Trabajadores Sociales se dedicaron al Trabajo Individual. Es decir según este modelo el objetivo del Trabajo Social era responder a las necesidades de las personas con una dificultad dada, cambiando a los individuos socialmente útiles o aprovechables y adaptándolos a las situaciones. Citado por Vicente de Paula Faleiros (3).

Tal vez uno de los más actuales análisis críticos a la Escuela Diagnóstica sea el realizado por Vicente de Paula Faleiros (3) en el año

1992. Este autor crítica el modelo Richmoniano de práctica del Servicio Social señalando que se trata de una concepción atomista que aísla al individuo de la sociedad como la suma de los muchos individuos. El tipo de causalidad que indaga este modelo es una causalidad de tipo lineal que relaciona dos o tres datos y que llega a conclusiones apresuradas. Para ejemplificar esta causalidad Vicente de Paula Falerios recurre a la propia Mary Richmond señalando: “... *Tal inferencia se da porque la familia está en condiciones difíciles o porque no se está haciendo ningún esfuerzo para arreglar su vivienda...*”

A juicio del autor que estamos siguiendo, este tipo de causalidad corresponde al nivel de constatación y no de la explicación. Sostiene que con esta óptica nos quedamos en el nivel de cosas hechas, de la pre-noción, de la ideología del Trabajo Social que sólo se guía por el buen sentido y por el conocimiento común.

Para de Paula Faleiros, las dos nociones sobre las cuales se basa la acción profesional en el Modelo Diagnóstico son: “... *la noción de ayuda y la noción de ajuste...*” ambas basan su actuación profesional en la experiencia común. Señala que son muy generales o muy particulares.

En este contexto estamos de acuerdo con el autor cuando señala que la noción de “ayuda” es muy ambigua y muy inespecífica; sobre todo cuando se trata de una acción profesional, ya que puede significar al mismo tiempo “*una visita, una buena palabra, un consejo, dinero, recursos...*”. Por otro lado la noción de ajuste y adaptación son también nociones muy imprecisas refiriéndose al ajuste individual a una sociedad considerada buena.

La noción de “problema” estará dado por el desajuste a una sociedad establecida. Por lo tanto las inferencias para interpretar la situación problema debería encontrarse en la historia personal del individuo, en sus relaciones con otros miembros de su familia o con las instituciones de la comunidad. Dice de Paula Faleiros que a pesar de los discursos sobre la rehabilitación y la prevención el método del Caso

Social Individual era puramente clínico, pero con la ambición de aplicar los “*métodos de la ciencia*” a los problemas sociales de forma neutral.

Otra crítica esta dada por la consideración del individuo como centro de la sociedad y que a su vez separa al individuo de la misma. Los individuos son abstraídos de la sociedad. Este modelo se sitúa dentro de una concepción estática de la sociedad, la que sería “... *esencialmente buena...*”, y a la cual hay que adaptar a los más débiles. Para lograr este objetivo hay que tomar cada situación particular, porque cada caso es un caso especial, cada situación es diferente de cualquier otra. Lo anterior corresponde a lo que de Paula Faleiros llama la perspectiva de la particularidad de la situación y de las características personales. Ya hemos dicho que esta perspectiva se desarrolló incluso en el período Freudiano, donde el fortalecimiento del Yo se definió como la tarea esencial o principal de la acción profesional. Según de Paula Faleiros, desde el punto de vista epistemológico, esto puede ser caracterizado como empirismo.

Principal Exponente: Mary Ellen Richmond.

Base del Sustento: Sigmund Freud / Teoría del Psicoanálisis.

II.- EL MODELO FUNCIONAL.

La Escuela Funcional estaba basada en la psicología de Otto Rank que se desarrolló en la década de 1930, como consecuencia de la grave crisis económica, y en cierto sentido como contraposición al determinismo Freudiano.

Brandt (6) dice que el Metodo Funcional (functional method) desarrollado bajo la influencia de Otto Rank, le daba menos importancia a los antecedentes individuales del cliente y le otorgaba más relevancia a la situación actual conflictiva. Además, en el plano de la intervención el Asistente Social tratante impulsaba al cliente a tomar una decisión voluntaria y adecuada para la solución de sus problemas

de acuerdo con los objetivos y funciones de la agencia o institución patrocinante.

Por su parte Aptekar (1) dice que la Escuela Funcional fundamenta sus principios y procedimientos operativos en la filosofía psicoanalítica de Rank. Aptekar caracteriza esta Escuela con los siguientes elementos:

- a-** Establecer límites de tiempo para las entrevistas y el plan de tratamiento.
- b-** El tratamiento del caso depende totalmente de la forma en que el cliente plantea su problema.
- c-** Toma en cuenta los conceptos de Otto Rank tales como “Trauma de Nacimiento”, “La voluntad”, “Contra-voluntad”, “Autoaceptación”, y “Parcelación”.

S.C. Kohs señala que este enfoque se llama, también “pasivo” o de “pasividad” ya que la iniciativa del proceso terapéutico parte del cliente.

Natalio Kisnerman (8) en 1982, señala que la Escuela Funcionalista estaba basada en el principio de la autodeterminación del cliente, la neutralidad valorativa y los servicios que puede proporcionar una institución o agencia. En sus comienzos este modelo se nutrió de los aportes de Virginia Robinson y Mary Follet.

Kisnerman señala que en esta orientación está implícito el que in individuo encara la realidad social, la que no puede afrontar solo y para lo cual requiere de ayuda. La investigación consiste en observar y describir la situación del cliente siendo el diagnóstico la evaluación de la habilidad del cliente para aprovechar los servicios de la institución.

Según el vocabulario de Servicio Social (9), la Escuela Funcional orienta las técnicas del Servicio Social concediendo importancia a la realidad actual del individuo y al tratamiento social inmediato.

Utiliza la entrevista como procedimiento básico de tratamiento social, poniendo énfasis en el apoyo y estímulo a través de la relación profesional. Tiende a proporcionar la asistencia en relación con la finalidad de la institución.

Principal Exponente: Mary Follet, Virginia Robinson.

Base del Sustento: Otto Rank, Filosofía psicoanalítica de Otto Rank.

III.- MODELO INTERMEDIO

Gustav A. Brandt (6) reconoce un tercer modelo identificando una postura intermedia adoptada por la *School of Social Service Administration* de Chicago, donde impartía clases, entre otros Harris Helen Perlman,

H. Lattke, señala que en los comienzos del *casework* se sobreevaluaban los factores psicológicos y se pasaban por alto los factores culturales, económicos y sociales. La gran crisis económica que afectó a los Estados Unidos, en la década de los años 30 obligó a dirigir la atención hacia los factores sociales.

Principal Exponente: Harris Helen Perlman.

IV.- MODELO ECLÉCTICO

La existencia de este modelo es reconocida por Nolberto Alayon (5) y la Asociación de Escuelas de Trabajo Social (9).

Según Alayon, esta Escuela surge de una síntesis de elementos filosóficos provenientes de la Escuela Sociológica y Psicológica.

El principal responsable es el Sacerdote Pbro. S. Bowers, quien según la investigación de Alayon "... se tomó el trabajo de recolectar,

ordenar, tabular y analizar todas las definiciones habidas hasta ese momento en Servicio Social (cerca de medio centenar) y terminó elaborando su propia definición, según la cual el Caso Social Individual (es decir el individuo vulnerado), debía ser el centro de atención...”

El Eclecticismo corresponde a la escuela filosófica que procura conciliar doctrinas que parecen mejores o más verosímiles, aunque procedan de diversos sistemas. En términos generales el eclecticismo es el modo de juzgar u obrar adoptando una posición intermedia, en vez de seguir soluciones extremas o bien definidas.

En este contexto la Escuela Ecléctica de Trabajo Social estuvo fuertemente psicologizada por las influencias de la época (Escuela Diagnóstica) y a la vez marcadamente sociologizada (Escuela Sociológica). Esta síntesis concebía al ser humano relacionado con el medio social que le era inseparable, pero se especificaba que lo decisivo para este modelo era el hombre considerado individualmente inmerso en un medio sociocultural. No obstante, no le atribuía efectos decisivos al medio sobre el bienestar de cada individuo concreto.

LA CONCEPCIÓN DEL PROBLEMA SOCIAL

Según esta Escuela corresponde a algo así como “... *La suma de los malestares individuales de los componentes de la sociedad...*” o por el contrario, “... *El estado de bienestar general...*” surgiría como resultado de producir y sumar “... *bienestares individuales...*” por esta razón Bowers daba gran importancia al tratamiento de los problemas de cada individuo vulnerado en forma unitaria, es decir, de uno a uno. Lo anterior contribuyó al gran auge del Trabajo Social de Casos.

El análisis de Alayon parece ser bastante objetivo en el sentido de que no critica los planteamientos de Bowers, puesto que los sitúa precisamente en la época en que él los desarrolló, sostiene que dichos postulados son lógicos para el pensamiento de ese momento y los justifica.

La Escuela Ecléctica tuvo una relativa duración sin experimentar la reacción de otros estudiosos de la disciplina, principalmente de aquellos que pensaban que el individuo, por importante que sea en si mismo es fundamentalmente humano en la medida en que pertenece a grupos, a su vez, están en constante interrelación con otros grupos formando áreas funcionales denominadas comunidades. A juicio de Alayon, ningún tipo de acción social, y por ende el Servicio Social puede perder de vista en su accionar las dimensiones de grupo y comunidad. Como resultado frente a la tesis de la Escuela Ecléctica, surgen los métodos de Servicio Social de grupo y de comunidad en la década de 1940.

Además, la existencia de este modelo ecléctico es reconocido por la Asociación Chilena de Escuelas de Trabajo Social (9). Dicha Asociación atribuye la representación de esta Escuela a Leonor Kockerill, denominándola Escuela Organísmica o Ecléctica. Señalan que a semejanza del organismo humano en que las partes funcionan como un todo, esta escuela considera que el problema actual del cliente repercute en su situación global, y por lo tanto se debe tener presente la necesidad del tratamiento de la situación desde una perspectiva psicosocial.

La intervención se realiza a partir del Problema – Crisis planteado por el cliente, no obstante igualmente se preocupa, de relacionarlo con los demás problemas y sus causas. Intenta armonizar las diferentes teorías aplicándolas en forma equilibrada y realista, frente a los problemas en tratamiento.

Principal Exponente: Leonor Kockerill.

Base del Sustento: Modelo ecléctico Pbro. S. Bowers.

Escuelas Filosóficas del Trabajo Social de Casos

Escuela	Principal representante	Base teórica de sustento
Diagnóstica	Mary Ellen Richmond	Teoría del Psicoanálisis de Sigmund Freud
Funcional	Mary Follet Virginia Robinson	Filosofía psicoanalítica de Otto Rank
Intermedio	Harris Helen Perlman	Sin información
Ecléctico	Leonor Kockerill	Modelo ecléctico Pbro. S. Bowers.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Aptekar, Herbert H.** *"The Dynamics of Casework and Counselling"*. Boston, Houghton Mifflin Co. 1955.
- 2.- **Campanini A. & Luppi F.** *"Servicio Social y Modelo Sistémico: una Nueva Presentación para la Práctica Cotidiana"*, Editorial Paidós Buenos Aires Argentina 1991.
- 3.- **De Paula Faleiros V.** *"Trabajo Social e instituciones"*, editorial Humanitas Buenos Aires, Argentina, 1992.
- 4.- **Kohs, S.C.** *"Las Raíces del Trabajo Social"*, Buenos Aires, Paidós 1969.
- 5.- **Ayalon N. & COI.** *"ABC del Trabajo Social Latinoamericano"*, Editorial Ecro, Buenos Aires, Argentina, 1971.
- 6.- **Brandt, Gustav A.** *"Psicología y Trabajo Social"*, Editorial Herder Barcelona, España 1983.
- 7.- **Richmond M. Ellen.** *"Caso Social Individual"* Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires, Argentina 1962.
- 8.- **Kisnerman, Natalio.** *"Servicio Social Pueblo"* Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina 1972.
- 9.- **Asociación Chilena de Escuela de Servicio Social.** *"Vocabulario de Servicio Social"*.

Capítulo III.

“DIAGNÓSTICO SOCIAL: DESDE HELLEN KELLER HASTA EL MUCHACHO DE LA GALERÍA DE LOS CUADROS DE ESCHER”

Mario Hernán Quiroz Neira

EN TORNO AL CONCEPTO DE DIAGNÓSTICO:

La primera imagen del concepto de Diagnóstico proviene de la Medicina. El concepto griego “Diagnóstikos” proviene de la medicina. Etimológicamente equivale a “*conocer a través de*” (de “*Día*”: a través de; y “*Gnosis*”: conocer). Para la disciplina donde se acuño, corresponde a un juicio al que se llega después de “*conocer el conjunto de síntomas de una enfermedad*” (1), o “*el conjunto de signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad*” (2). El Diccionario Webster lo define como “el arte de reconocer una enfermedad” (3).

Por su parte, el Gran Diccionario de Sinónimos, Antónimos e Ideas Afines (4), asocia el término Diagnóstico con las palabras opción, dictamen y juicio. Por lo tanto, para este Diccionario, diagnosticar es determinar y analizar.

La Real Academia Española, en su décimonovena edición (5), define los términos *Diagnosis* como el conocimiento de los signos de las enfermedades; *Diagnosticar*, como el determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos y, por último, *Diagnóstico*, como el conjunto de signos que sirven para fijar el carácter peculiar de una enfermedad y a la calificación que da el médico a la enfermedad, según los signos que advierte.

EL DIAGNÓSTICO EN TRABAJO SOCIAL CLÍNICO:

Desde que Mary Richmond publicará “Social Diagnosis” en 1917, han pasado hasta ahora casi 78 años. En su emblemático libro, Richmond definió un enfoque sistemático del estudio y diagnóstico de los clientes. Su objetivo era el desarrollo de la personalidad mediante dos tipos de acciones: la acción directa de “mente a mente” y la acción indirecta mediante el entorno social. Para ello, la palabra “Diagnosis” no se limitaba a la medicina, a la Zoología y a la Botánica. Define al Diagnóstico Social como “una tentativa de llegar a una definición lo más exacta posible de la situación social y de la personalidad de un determinado cliente. Richmond aclara que, muchos Trabajadores Sociales llaman a este proceso “Investigación”, pero es mejor llamado “Diagnóstico”, pues es un apalabra que describe el final del proceso investigativo. (6)

Para Shirley M. Ehrenkranz, D: A. W. M. A. (7) el planteamiento dual de Richmond fue la base del Enfoque Psicosocial formulado por Gordon Hamilton en 1951 y elaborado por Florence Hollis en 1964. El enfoque estuvo fuertemente influido por el desarrollo de la teoría psiquiátrica y luego por los conceptos sociológicos.

En 1917, Mary Richmond, sobre le proceso del Caso Social, decía : *“es un proceso por el cual se desarrolla la personalidad a través de ajustes realizados conscientemente, individuo por individuo, entre los hombres y su ambiente social”*. Por su parte, Gordon Hamilton señala, sobre el Estudio Social: *“Toda exploración e investigación social se hace con el propósito de llegar a una mejor comprensión de la persona que tiene un problema, así como el problema en sí mismo, para poder realizar un tratamiento objetivo”*. (6)

Como expondré más adelante, su método llamado “Método de Caso Social individual”, enfatizaba una dicotomía: “Persona y Situación”. Richmond comprendió que las dificultades que padecen ciertos individuos no son el resultado de factores externos, sino de causas profundas basadas en la propia personalidad, y concibió la idea

de que, para ayudar a un individuo eficazmente, se necesita un buen Diagnóstico previo (8). Expuso su teoría en su celebre libro “Social Diagnosis”, publicado en 1917 y traducido al francés por el Dr. René Sand en 1926. A juicio de Valentina Maidagan (8) “ya se empezaba entonces, a valorar la relación de persona a persona, pero todavía se concentra la atención en los factores sociológicos de los problemas, a los que se ha dado mayor importancia que a los psicológicos”. Lo anterior, ya era un signo de avance en nuestra especificidad disciplinaria.

Para Maidagan (8), el gran merito de Mary Richmond consiste en haber comprendido el dinamismo de la relación interhumana antes de que la psiquiatría hubiese llegado a su actual desarrollo. Dice Maidagan que es Mary Richmond quien, por primera vez, denominó “Cliente” al asistido y quien buscó sistemáticamente la individualización para establecer un Diagnóstico Social que permite ejercer la ayuda más adecuada.

Dice Ornella Flores que Mary Richmond creó el más extraordinario estudio de la individualización de la historia familia, así como de la historia del individuo, sin descuidar ningún detalle. Posteriormente, en el campo psiquiátrico, la historia psicosocial del individuo ha vuelto a ser confirmada, señalizándose sus objetivos específicos en el estudio de la vida psíquica total de la familia, de las actitudes en la crianza de los hijos, de los acontecimientos vitales y de las actitudes parentales en las diferentes etapas del Ciclo Vital de los hijos, etc. (6).

A juicio de esta misma autora, el Estudio Social ideado por Richmond era un extraordinario enfoque sistemático del quehacer profesional, pero se convirtió en un instrumento descriptivo y estático: la historia social entregaba, en el aspecto social y cultural, gran riqueza de contenidos, pero se perdían los dinamismos subyacentes a la situación.

Sobre Richmond, prolongando la tercera edición de su libro “Caso Social Individual”, Natalio Kisnerman dice: “toda obra realizada

por el hombre, debe verse en el tiempo y el contexto en que fue producido. Teniendo en cuenta esto, Mary Richmond produce su obra en el momento en que comienza a hacer eclosión el funcionalismo y, en ese contexto define el caso social individual como “un tratamiento prolongado e intensivo que desarrolla la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre en su medio social”. Imbuida de un espíritu científico, ya había señalado en el “Diagnóstico Social”, que sin Investigación Social no es posible realizar Trabajo Social, que los problemas sociales aparecen “*como evidencias que están presentes ante nuestros sentidos*”, pero que “compuestas de hecho tomados en su conjunto, indican la naturaleza de las dificultades de un determinado “cliente” y los instrumentos, para su relación”. Como procedimiento utilizó siempre la Inducción, ya que como proceso racional nos permite pasar de una serie de casos particulares a una formulación general y de una verdad general inferir algunos hechos nuevos acerca de un caso particular. (9)

Natalio Kisnerman, por último, reconoce que Richmond fue “la autora del primer método racional y sistemático, para el análisis de las situaciones sociales individuales”.

Pero, ¿Qué ha pasado después de Mary Richmond?; ¿Qué entienden por Diagnóstico los Trabajadores Sociales Clínicos?; ¿Cuál es el enfoque actual del Diagnóstico?; ¿Cuál es el énfasis del diagnóstico, la persona, la situación o la interrelación entre ambas?; y, por último, ¿Cuál o cuáles son los paradigmas del Trabajo Social Clínico que orientan el Diagnóstico Social?; ¿Qué queremos ver con el Diagnóstico?.

UNA MIRADA CRÍTICA:

No es fácil responder a estas interrogantes. La práctica clínica del Trabajo Social muestra un cuadro muy desordenado, por no decir caótico. La gran mayoría de los Asistentes Sociales Clínicos realizan sus Diagnósticos en forma intuitiva y acelerada, carente de orientaciones metodológicas y teóricas. Pero éste no es un problema de algunos Asistentes Sociales, es un problema que tenemos nosotros como

profesión: la falta de teoría propia. En este mismo contexto, Scaron de Quintero, dice que *“el proceso de disociación entre teoría y la práctica profesional tiene su punto de partida en el diagnóstico”*. Si bien las dificultades comienzan ya en la investigación, es en el Diagnóstico o mejor dicho, en la ausencia de él, donde se juega realmente la validez científica del método profesional. El Diagnóstico, actualmente, constituye un inmenso vacío entre la indagación de los orígenes y características de los problemas, y el tratamiento profesional de los mismos. (10)

A juicio de Scaron Quintero y Genisans (10), “Una de las características más salientes de los conceptos de diagnóstico manejados hasta el momento, es la influencia decisiva de las disciplinas terapéuticas. Esta se manifiesta no sólo en terminología (el diagnóstico “clínico” de Perlman, el “síndrome” de De Bray), sino, sobretudo, en la interpretación psicológica o psicoanalítica de la situación misma. Es propio de los autores europeos y norteamericanos el énfasis en los “síntomas” que presenta el cliente, así como en la “etiología” de la situación, aún cuando esa etiología se reduzca a las causas intrasíquicas (De Bray) o a la “historia de su desarrollo como ser humano que afronta y resuelve problemas” (Perlman).

La misma autora (10) dice que “un análisis más profundo de los autores permite advertir también, la ideología subyacente en tales proporciones: la responsabilidad del propio cliente, en la génesis de sus situación, su capacidad o incapacidad personal para adaptarse a la sociedad, la reducción del problema en términos de “desajustes”, la intención (presumiblemente inconsciente) de absolver al sistema social de la responsabilidad que pudiera haberle en la causación del conflicto y, consecuentemente, la admisión de culpabilidad del cliente.

Para Scaron Quintero y Genisans (10), sobre la base de estas premisas el Diagnóstico Social tiende a ser, más que un proceso complejo de composición y valoración, de real análisis de la situación conflictiva dentro del contexto global de la problemática social, una mera clasificación del problema dentro de categorías muy simplificadas: el alcoholismo, el cesante, el grupo de adolescentes

delincuentes, la comunidad estancada, etc. En este sentido, opinan los autores precitados, que poco hemos avanzado desde que Mary Richmond propuso estas mismas categorías en su conocido "*Social Diagnosis*" en 1917.

En opinión de esta autora (10), aún cuando existe, como sucede a menudo en el momento actual, un revelamiento de los distintos factores sociales implicados en la situación, o un estudio de las variables independientes o antecedentes (causales posibles del problema) no hay, por lo general, una integración lógica y coherente de los diversos elementos en un todo significativo y relevante para implementar una proposición de cambio. Se suele extender (en sentido literal) la elaboración del Diagnóstico, incluyendo consideraciones de diversa naturaleza pero, rara vez, se llega a la síntesis; hay, a lo más, una yuxtaposición de datos, una inferencia causal a menudo azarosa e inmediateista, pero difícilmente una integración real de los diversos factores implicados que incluye una proyección activa hacia la acción futura".

Ana Ottonberger S. (11) en el año 1982, se refiere al significado etimológico del Diagnóstico, diciéndonos que puede interpretarse en dos sentidos: a) conocer a nivel descriptivo; y, b) conocer a nivel de explicación. El primero de ellos es, indudablemente, restringido, pero tiene enormes aplicaciones cuando las causas u orígenes del mal son desconocidas; equivale a una caracterización completa de todos los síntomas que identifican el hecho estudiado. A su juicio, este tipo de Diagnóstico satisface sólo una primera aproximación al problema.

Dice Ottenberger (11) que el Diagnóstico Descriptivo en Servicio Social "corresponde a un breve párrafo sobre la situación o bien un listado de problemas, lo cual circunscribe el concepto profesional sólo a lo conflictivo y a lo presente, sin un intento por enunciar una explicación respaldada por alguna teoría que permita comprender por qué se han presentado los hechos descritos".

En este contexto, la profesora Ottenberger (11) opina que la no utilización de un diagnóstico de nivel explicativo es consecuencia de la

carencia de marcos conceptuales que arrojen luz sobre los hechos observados.

Citando también a Scaron de Quintero y Genisans (10), Ottenberger dice que, al carecer de un marco de referencia teórico y al descomponer la naturaleza de la operación que debe realizarse en esta etapa, la interpretación diagnóstica corre por cuenta de la intuición del profesional, de su experiencia anterior, o de su comprensión afectiva de la situación.

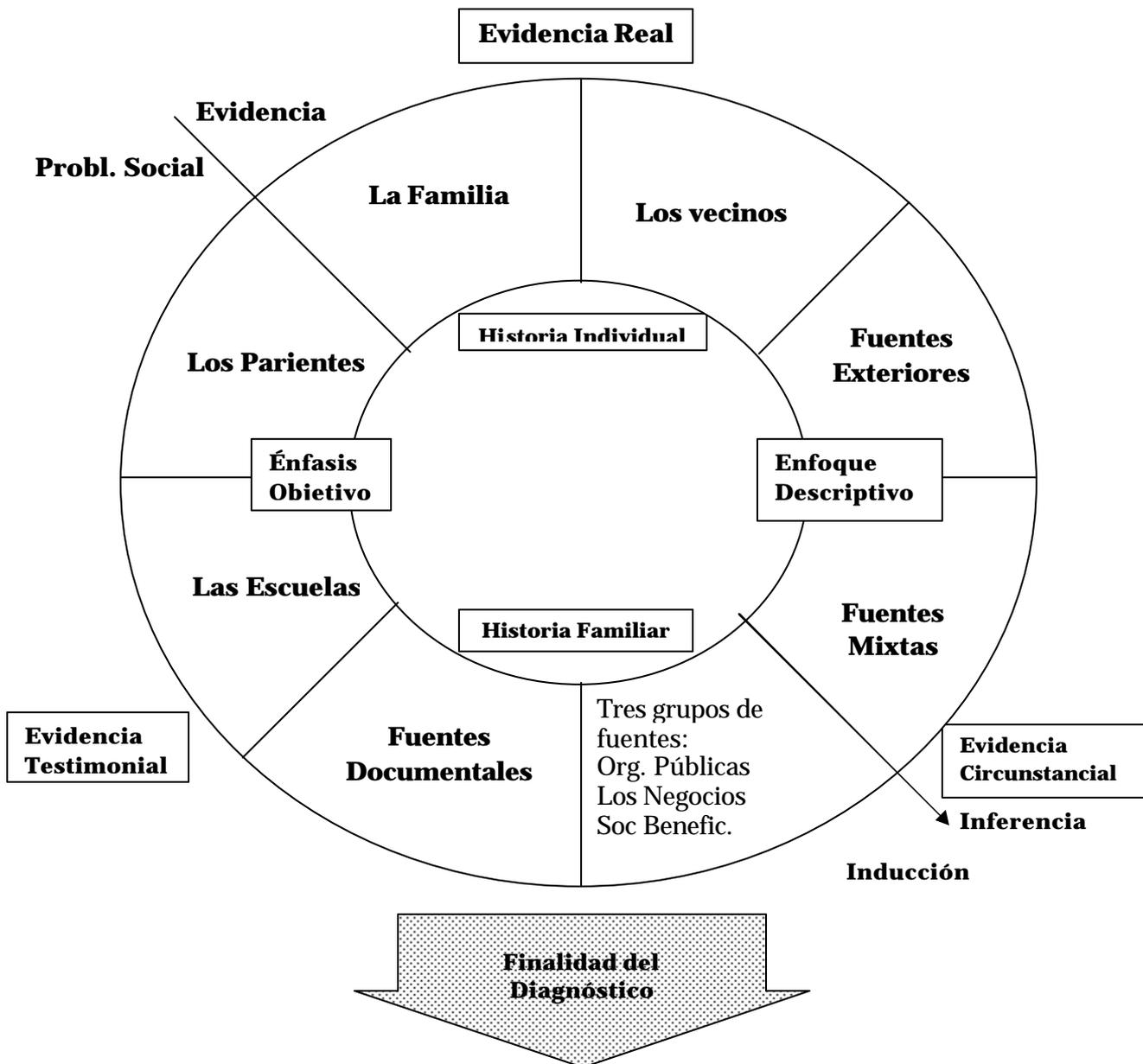
APRENDIENDO DE MARY RICHMOND.

En 1977, Natalio Kisnerman decía: *“no creo que existan psicólogos que no hayan leído a Freud, ni sociólogos que no hayan leído a Max Weber. Y sí creo que existen miles de Trabajadores Sociales que sólo han escuchado hablar de Mary Richmond, ni haber leído alguna de sus obras. Existen también, docentes de Trabajo Social, que enseñan historia de la profesión sin haberse acercado a esa fuente que es Mary Richmond”*. (12)

Es perfectamente discutible el valor y actualidad de las orientaciones de esta autora, pero también es cierto que su obra constituye el primer intento de fundamentación teórica y sistemática de esta nueva disciplina surgida en las primeras décadas del siglo.

El *“Social Diagnosis”* es considerado un manual o guía metodológica, para realizar un diagnóstico o diagnosis, en función de la acción propia que debe realizar el Trabajador Social clínico. Para comprender las orientaciones de un Diagnóstico Social en el Trabajo Social Clínico es conveniente partir repasando la obra Richmoniana, para después analizar las actuales orientaciones del concepto. Para realizar esta tarea recurriré a un resumen de su libro *“Social Diagnosis”* presentado por Ezequiel Ander-Egg (12) quien se vale de la traducción al español hecha por María José Estela, Secretaria técnica de la Escuela de Asistentes Sociales de Alicante, España.

DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL MODELO RICHMONIANO



DIAGNÓSTICO DE LA PERSONALIDAD

Acción Directa
"Mente a Mente"

Meta del Caso Social Individual

Acción Indirecta
"Entorno Social"

Reajuste del Individuo Consciente e Individualmente a su Medio Social

EL ESTUDIO SOCIAL:

Mary Richmond acuñó la denominación de “Estudio Social”, en lugar de Investigación. A su juicio, esta denominación daba un propósito más real y dirección al quehacer del Trabajador Social. Para ella, el propósito del Estudio Social, al igual que en la profesión médica, es llegar a un diagnóstico y definición de la dificultad principal p total; éste, además de ser un diagnóstico comprensivo, debe permitir identificar aquellos elementos que pudieran ser obstáculo o ayuda para el tratamiento.

Richmond definió el objetivo del Estudio Social como *“el intento de hacer una definición tan exacta como sea posible de la situación y personalidad del Cliente en relación hacia otros seres de quien él depende o de quienes dependen de él y su relación con las instituciones de la comunidad”*. Señaló la importancia de la “habilidad y destreza del profesional para hacer un diagnóstico en el momento oportuno para hacer el mejor tratamiento del Caso”. (Citado por Ornella Flores). (6)

Para ella, los Elementos básicos del Estudio Social son *“Persona y Situación”*. La situación era un área extremadamente importante y debía ser diagnosticada al igual que la personalidad del cliente. La situación era parte destacada del Estudio Social porque el tratamiento iba dirigido más a los problemas sociales que a la persona que las sufría: esta dicotomía estaba avalada por la falta de un enfoque psicológico que colocara a la persona en el foco de la atención. (6)

RECOLECCIÓN DE LA EVIDENCIA SOCIAL:

Para Mary Richmond, la Evidencia Social está compuesta de todos los hechos, tales como historias personales o familiares que, tomadas en su conjunto, indican la naturaleza de las dificultades sociales de un determinado Cliente y los instrumentos para su solución. Como depende menos de hechos visibles, que de una tendencia del comportamiento, la evidencia social, para Richmond, frecuentemente consiste en una serie de hechos, cualquiera de los cuales tendría poco

valor probatorio, pero que, puestos todos juntos, tienen un efecto acumulativo.

Su modelo distingue diferentes clases de Evidencia Social.

1. **Evidencia Real:** Es el hecho en cuestión que se presenta antes nuestros sentidos y, en general, es la base de toda inferencia.
2. **Evidencia Testimonial:** Que incluye a otras personas, entre los que hay que distinguir entre aquellas que vieron y oyeron el hecho en cuestión y aquellas que hablan porque “otro” lo dijo.
3. **Evidencia Circunstancial:** Es lo que está incluido en las anteriores.

Antes de explicar las diferentes modalidades para obtener evidencias, la autora precisa el alcance que ella le da a la palabra “hecho”. Para ella, el “hecho” no está limitado a lo tangible; los pensamientos y sucesos para Richmond, también son hechos. En este contexto dice: “El problema de si una cosa es hecho o no, es cuestión de que pueda o no ser afirmado con certeza”.

La recolección de las evidencias se realiza a través de consultas a fuentes de información directas o indirectas.

a) Directas:

El cliente y miembros del grupo familiar

b) Indirectas:

Personas fuera del grupo Familiar o colaterales que estén, significativamente, relacionadas con él: documentos, fichas, trabajos, etc.

La relación se inicia desde los primeros contactos del Trabajador Social con el Cliente y con las fuentes de información. La investigación

social se inicia desde los primeros contactos del profesional y “Cliente”, como Richmond llamó asistido.

Richmond también definió los Instrumentos o Técnicas que se usarían para la recolección de las evidencias, lo cual fue producto de un exhaustivo estudio o investigación de casos sociales, lo que le permitió llegar a establecer las herramientas o técnicas de que disponía el Trabajador Social. Estos instrumentos y técnicas son:

- La Entrevista
- La Relación Profesional
- La Visita Domiciliaria
- La Observación.

A partir de las Evidencias recogidas, se hace un análisis e interpretación del material obtenido, lo cual da origen el Diagnóstico Social, de cuyos alcances y significado hablaré más adelante de esta comunicación.

LAS INFERENCIAS:

Muy ligado al concepto de Evidencia Social, Mary Richmond señala el de Inferencias, que desarrolla en el Capítulo V de su libro *Social Diagnosis*. La autora dice que las inferencias tratan de un “proceso racional por el cual pasamos de hechos conocidos a hechos desconocidos”. En otras palabras: de una serie de casos particulares, podemos llegar a una formulación general o, como sucede con frecuencia en el Trabajo Social de caso, de una verdad general, se puede inferir algunos hechos nuevos acerca de un caso particular.

EL PROCESO HACIA EL DIAGNÓSTICO

Mary Richmond desarrolla el avance del proceso hacia el Diagnóstico (The Processes Leading to Diagnosis) en la segunda parte de su libro. Los capítulos los divide en siete partes: a) la Primera

Entrevista; b) la Familia como grupo; c) las fuentes Exteriores; d) los Parientes como fuentes, e) las Fuentes Medicas; f) las escuelas como fuentes; y, g) los Empleados donde trabajó como fuentes para el diagnóstico, entre otras.

La autora explica este método diciendo que es más fácil describir el proceso, que el proceso mismo que cotidianamente utiliza el trabajador social para llegar al diagnóstico. Para ella, el proceso general tiene cuatro fases:

1. La Entrevista con el Cliente.
2. Los primeros contactos con la familia inmediata del cliente.
3. La Búsqueda de otras fuentes y uso de la intuición.
4. La cuidadosa ponderación de cada uno de los ítems estudiados y la interpretación de todos los datos recopilados.

Como ya señalé, Ornella Flores (6) interpretando a Richmond dice que ella estableció que, para una mejor comprensión de la persona y su situación, se consultarían fuentes de información directas o indirectas, con el propósito de validar la observación personal y la aportada por el cliente y su grupo familiar. Recordemos que, en la época de Richmond, los Trabajadores Sociales fueron preparados especialmente, para dar énfasis a lo objetivo y a hacer un enfoque descriptivo del individuo y la situación. El Modelo Richmoniano se relacionaba con la orientación en que las motivaciones de la conducta humana no eran aún parte del conocimiento y teoría del Servicio Social.

No obstante, la autora del “Social Diagnosis”, creó la estructura técnica del estudio y Diagnóstico Social que es hasta la actualidad, la base conceptual en la cual se orienta el método de trabajo en “Casework”. Además, estuvo alerta a considerar que los aportes de la psicología Freudiana podrían producir cambios tanto en las técnicas por ella señaladas, como en la comprensión de la persona y de la situación. A pesar de que este enfoque no fue eminentemente

psicodinámico, colocó el estudio y el Diagnóstico Social al nivel de un trabajo científico, que estableció los elementos comunes del estudio social del caso.

EL DIAGNÓSTICO SOCIAL

Con respecto al Diagnóstico Social Mary Richmond aclara que el límite de tiempo es inelástico, comparado con otras formas de investigación social. Dice que el Diagnóstico debe realizarse en función de la acción benéfica a realizar. A juicio de Ezequiel Ander Egg, el Diagnóstico Social de que habla Richmond, es siempre una "Investigación Aplicada", es decir, orientada a un hacer concreto y específico (12).

Después de recogido el material o elementos testimoniales, encuestas, etc., es necesario comparar los datos y luego interpretarlos. Esta temática Richmond la trató en el Capítulo XVIII de su libro "*Social Diagnosis*", en el que se refiere a la: Comparación e Interpretación, considerado por ella como el Diagnóstico.

El comparar la información, es un proceso crítico e incluye la revisión de cada punto con todos los otros que están en mente y, a veces, con los otros puntos excluidos deliberadamente. No hay que enfatizar los hechos que han sido establecidos con dificultad, ni tampoco las primeras y últimas declaraciones e hipótesis. Se debe volver a probar, cuidadosamente, las inferencias que han reforzado la conducta de la indagación hasta ese momento. A este efecto, Mary Richmond propone un cuestionario, que da sugerencias detalladas para la comparación de información. Sin embargo, se pueden hacer todas las comparaciones de manera cuidadosa, sin que llegue a ningún resultado. La "maquinaria de trabajo" del Diagnóstico, no asegura resultados donde faltan fundamentos imaginativos. Un buen diagnóstico social está completo y terminado, cuando se ha puesto énfasis en los rasgos que indican el tratamiento social a seguirse. El Diagnóstico resumido en una palabra, en una frase, es una simple clasificación y es de escaso valor; pero un Diagnóstico detallado puede carecer de valor, si le están faltando los factores principales que están influyendo en el caso. El

Diagnóstico Social no sólo debe definir claramente las dificultades, sino también descubrir aquellos elementos en la situación que pueden llegar a ser obstáculos o ayuda en el tratamiento.

La manera de hacer el sumario del Diagnóstico puede tener diversas formas, según la índole del trabajo, pero generalmente, debe incluir:

- a) Una definición de las dificultades.
- b) Una lista de factores causales, que tienen que ver con las dificultades.
- c) Una enumeración de los elementos disponibles y riesgos que deben ser reconocidos con el tratamiento.

En relación al tiempo dentro del cual se debe realizar el Diagnóstico, éste debe controlarse evitando dos tendencias igualmente perjudiciales:

- a) Ir demasiado rápido cuando no se trata de una emergencia; y
- b) Tratar todo muy minuciosamente.

Por último Mary Richmond dice que ningún Diagnóstico puede considerarse completo y definitivamente terminado y que siempre hay posibilidades de mejorarlo o de poner de relieve nuevos aspectos.

EL PARADIGMA DE MARY RICHMOND: (13)

En su libro "*Caso Social Individual*", la autora nos enseña a observar e intervenir en diversas situaciones sociales. No obstante, el caso que tal vez refleje con mayor exactitud su paradigma sea el de Helen Keller. (14).

Helen habría sido un bebé "ardiente e independiente". Una enfermedad, diagnosticada como "congestión aguda gastrocerebral", la

dejó ciega y sorda, a la edad de diecinueve meses. Empezaba a hablar antes de este ataque, pero poco después, *"...incapaz de oír, dejó también de hablar. Pronto, se volvió una verdadera tirana. Su madre, su padre, los domésticos y los pequeños negros que jugaban con ella, nunca la habían contrariado..."*

En 1886, los padres de esta niña ciega y sorda, que habitaba en Tuscumbia (Alabama), contrataron los servicios de una Institutriz llamada Ana Mansfield Sullivan, ex alumna del Instituto Perkins para ciegos, casi totalmente ciega desde su infancia y que había, luego, recobrado parcialmente la vista antes de dejar el Instituto.

De las cartas que la Srta. Sullivan escribió en el transcurso del primer año de contacto con Helen, casi cada semana, a una amiga suya, la Directora del Instituto Perkins y del libro escrito por la propia Helen Keller en 1903, mientras era todavía alumna del Radcliffe College, llamado *"La Historia de mi Vida"*, Mary Richmond hizo una extrapolación al Servicio Social de Casos Individuales. Como ella misma nos dice: *"ciertos episodios ilustran maravillosamente lo que se ha dado en llamar el Trabajo Social inconsciente"*.

Sólo en el año 1995, tuve la oportunidad de ver, accidentalmente, una versión cinematográfica de esta historia por el cable. Recordé lo que había leído de Mary Richmond. Ahora, al releer el libro, me es difícil no asociar a la Srta. Ana Sullivan con la figura de la ancestral Asistente Social de la década del veinte.

Cuando la Srta. Sullivan llegó a Tuscumbia, Helen Keller tenía seis años y nueve meses de edad. El episodio que, a mi juicio, determinó el curso del trabajo de la Institutriz, fue aquél del comedor, en que estaba sentada toda la familia en una gran mesa. Helen, como era habitual, rehusó obstinadamente a emplear su servilleta en la mesa. Haciendo caso omiso de las miradas insistentes del Capitán y la Sra. Keller, la Srta. Sullivan probó, muchas veces, atarle al cuello la servilleta, pero Helen la arrancaba inmediatamente, la tiraba al suelo, terminando por dar pies a la mesa. Lo mismo hacía con los cubiertos de la mesa. La paciencia de hierro de la Srta. Sullivan era tal, que cada vez

que Hellen botaba la cuchara de la sopa, ella la reponía, llegando a presentarle una centena de cucharas. Al percibir la intromisión de la familia en su método educativo, la Srta. Sullivan pidió a la familia que abandonara el comedor. Ahora, se encontraban Institutriz y pupila, solas. Ahí, recién empezó Hellen a descubrirse, ahora que estaba sola...

Ana Sullivan se sentía privada de medios normales para llegar al corazón de la niña, entonces decidió que la única forma de ayudarla era separándola de su familia por unas semanas. Dice Richmond que la institutriz trataba de enseñarle dos cosas esenciales: el amor y la obediencia. Para obtener este resultado, era indispensable una acción continua y sistemática. Entonces, institutriz y pupila se instalaron en un pequeño pabellón situado cerca de la antigua casa de los Keller. El trato con la familia era que Helen no sabría a dónde la llevarían y que no tendría contacto con ellos, por lo menos durante dos semanas, aunque podrían verla de lejos. En ese entonces, Helen "era insensible a toda caricia, salvo a las de su madre". En esta nueva atmósfera, estuvo ante todo sobreexcitada: gritó, golpeó con manos y pies, rompió muebles y enseres y cayó finalmente en un gran cansancio. Cuando sintió que la institutriz se había acostado a su lado, saltó de la cama por el lado opuesto, rechazando su contacto.

En ese entorno, Sullivan aprovechó los animales de la plantación de los Keller para desarrollar la inteligencia de su pupila: la puso en contacto con las aves y tomar en sus manos cascara de huevos. Asimismo, se valió de las gallinas, terneros y cerdos para su proceso de investigación.

Pero, es mejor escuchar de la propia Helen Keller cuando relata su proceso en "La Historia de mi Vida":

"Todas mis primeras lecciones estuvieron impregnadas con el perfume de los bosques: el olor sutil y resinoso de las agujas del pino, entremezclado a otros finos olores... Verdaderamente, todo lo que gritaba, zumbaba, cantaba, florecía, tenía un lugar en mi educación: las ranas que croaban,

las cigarras y los grillos que yo tenía en mis manos, los pequeños pollitos de suave plumaje, las plantas salvajes, las flores, los árboles frutales con los primeros brotes... Sentía reventar entre mis dedos el capullo de los algodoneros, yo palpaba sus fibras suaves y sus semillas granulosas, oía el ruido del viento entre las ramas, el temblor sedoso de las altas hierbas, el relincho indignado de mi "pony" cuando íbamos a buscarlo en su potrero y le colocábamos el freno".

Aparte de la utilidad que le ofrecía a su método de ayuda, la familia, los animales de la chacra, la vida social del pueblo, la belleza y variedad de la naturaleza, la institutriz enseñó el alfabeto manual a Helen y la puso en contacto con un círculo más amplio de relaciones sociales, con el Instituto Perkins en Boston y más adelante propició sus estudios en Nueva York y en Cambridge. Paralelamente, se preocupó por su instrucción religiosa y favoreció la cercanía con las personas normales que la rodeaban.

SERVICIO SOCIAL INCONSCIENTE:

Después de exponer el caso, Mary Richmond explica los alcances del Servicio Social Inconsciente de casos individuales. Para Richmond, Ana Sullivan percibía con un instinto infalible, la más grande de todas las realidades: la de la responsabilidad y de la personalidad. Dice que la educadora, a través de estas invalideces de su alumna y sus efectos funestos, descubrió el carácter excepcional de la niña. Basándose sobre este descubrimiento y movilizándolo uno tras otro todos los recursos del mundo que la rodeaban, llegó primero a liberar, luego a desarrollar y por fin, tornar eminentemente social la personalidad de Helen Keller.

Para Richmond, lo que hizo Ana Sullivan primero, fue darle una lección de obediencia y después, le prodigó su afecto. Una vez logrado el contacto con ella, pudo recurrir a la inteligencia de su pupila, ayudándose con todo lo que constituía el ambiente de la niña, aún de

las personas y de las cosas que, al comienzo, se presentaban como obstáculos en su camino.

Para Richmond, existen dos clases de simpatía: una nos hace más fuertes, la otra nos hace dependientes y débiles. La Srita. Sullivan utilizó la primera, liberando a su alumna de esta dependencia, uniéndola ante todo con el espacio, luego, con el tiempo, a las cosas y a las ideas esenciales; es decir, a aquellas que son susceptibles de desarrollo. Así, Helen, siendo una niña muy desdichada y aislada, pudo identificarse tan completamente con lo mejor que existe en el mundo.

Richmond muestra su predilección por el cambio de medio como remedio social, en el tratamiento de cosas difíciles. Destaca el valor del Sentido Intuitivo del Asistente Social, su humildad y la necesidad de combatir el escepticismo cuando sea necesario.

Deja entrever su idea de cómo las potencialidades que están dormidas en nuestro inconsciente, pueden despertarse cuando nos quedamos solos, desamparados y enfrentados a nuestra propia realidad. Ahí surgen, de nuestro propio ser, las herramientas para el desarrollo de la personalidad.

ACTUALES ORIENTACIONES:

EL FOCO DE OBSERVACIÓN:

Una rápida recapitulación, permite concluir que, con Mary Richmond, el Trabajo Social Clínico enfatizaba una dicotomía entre "persona y situación" y que el elemento central de su modelo lo constituía el diagnóstico psicológico de la personalidad y en el cual se advertía claramente, la influencia de las ideas Freudianas.

En la década de 1940, se redefinió la unidad de análisis como "Persona y Situación en una relación inter-relación". Se destacan los nuevos aportes teóricos, desde el de los neofreudianos hasta el de la psicología humana y el del conductismo que dan origen a nuevos

modelos de orientación psicosocial. Entre ellas merece mencionar la Terapia Psicosocial de Florence Hollis, el Modelo Funcional de Smalley, el Modelo del Problem Solving de Helen Harris Perlman, el paradigma Rogersiano y el Modelo de Gordon Hamilton. (15)

En la actualidad, el Trabajo Social Clínico dirige el foco de observación hacia la "Constelación Persona - en - la - situación", es decir, en una configuración gestáltica y sistémica. Lógicamente que, para llegar a esta nueva concepción, el Trabajo Social Clínico debió aventurar en una serie de otros modelos, tales como: el de la Modificación de la Conducta (Yehu, Sheldon), los Modelos Centrados en Tareas (Reid, Epstein), hasta el Modelo de la Intervención en la Crisis y el Existencial, que se integraron a nuestra práctica en la década de 1960 a 1980. (15)

El foco de observación "Constelación Persona - en - la Situación", ha sido posible de definir, gracias a los aportes de la óptica Sistémica-Ecológica, que abre el camino a los modelos definidos como "Holísticos". Se destacan los aportes que hacen los autores Nolibert Wiener, Ludwig Von Bertalanffy y Humberto Maturana, enriqueciendo el Modelo unitario de Goldstein y el Modelo Integrado de Pincus y Minahan. Los autores, permiten ampliar el foco de observación de los fenómenos, y superar la subdivisión tradicional de los métodos de Servicio Social Individual, de Grupo y Comunidad.

El Enfoque Sistémico nació, a principios de la década de 1950 en Estados Unidos y en un primer tiempo se desarrolló como prolongación del Psicoanálisis que, como método terapéutico, habría logrado el consenso general.

A diferencia del Enfoque Psicodinámico que lo precedió, la epistemología del Sistémico se basa en el concepto de información; y su método de investigación lo constituye el análisis de las relaciones entre variables.

Para el Trabajo Social el adherirse a esta nueva clave de lectura implicaba la obligación de cambiar el modo de considerar los fenómenos sociales.

El Trabajador Social Clínico ahora hace todo su esfuerzo por ampliar su foco de observación al situar a un cliente en la esfera familiar y considerar a todos los miembros de una familia o grupo social como elementos de un circuito de interacción. Se considera que éstas no tienen ningún poder unidireccional sobre el todo pero, inevitablemente, la conducta de uno influye en la de los demás. Desde el punto de vista epistemológico, es errado considerar la conducta de una de ellas como causa de las demás.

Es así como, el Trabajo Social, hace un desplazamiento del foco de atención del individuo al sistema social, entre ellos la familia. Este cambio epistemológico obliga a esta profesión a abandonar la lógica de causa-efecto, de la visión mecanicista-causal de los fenómenos para adherirse a una clave de lectura holística y circular.

Cuando el Trabajador Social estudia a los hombres ampliando la mirada al contexto, hasta comprender los efectos de determinadas conductas - comunicación, entonces, su interés se focaliza en las relaciones, es decir, en aquello que une al individuo con su ambiente, y no a lo que está dentro de él. En suma, el Trabajador Social con este enfoque epistemológico, asume las siguientes conductas:

- 1.-** Busca una "aproximación" a la causa del malestar, lo que antes veía como muy "*alejado*".
- 2.-** Hace un tránsito de una causalidad simple (el hecho traumático) a una causalidad compleja, que presupone conexiones recíprocas y relaciones dinámicas entre los fenómenos.
- 3.-** Sustituye totalmente los términos "Bienestar" y "Malestar" por "equilibrio" y "desequilibrio" entre organismo y ambiente. Esto tiene como implicancia principal, quitarle a las personas la connotación de "anormales" y ver los problemas humanos como

manifestaciones de crisis de vida del sistema en el cual están insertos los organismos vivientes. Los anormales ya no son las personas, sino las situaciones y las relaciones entre individuo y ambiente.

4.- El Trabajador Social como observador se incluye en lo observado, adhiriéndose a la conceptualización de la cibernética de segundo orden y, los conceptos de mapa y territorio, entre otros.

En suma, el tránsito del Psicoanálisis al Enfoque Sistémico Relacional, hace un desplazamiento de la situación del observador en varios niveles: Conceptualización Disciplinaria, Unidad de Observación (sujeto-objeto) e Intervención Terapéutica (proceso de cambio). En términos más generales, este cambio epistemológico ha incorporado al Trabajo Social una serie de conceptos nuevos, entre ellos: el de Transmisión de Información, la consideración del individuo como sistema abierto; el interés por las interrelaciones y los procesos comunicativos, la adherencia a la *causalidad circular* en la cual el propio Trabajador Social se incluye, la atribución de importancia al contexto en el desarrollo del sistema; el concepto de síntoma como expresión de una situación interpersonal, el interés centrado en el paciente y el cambio como objetivo terapéutico.

EL OBJETIVO DEL PROCESO DE CAMBIO:

Ahora, para el Trabajo Social el objetivo del proceso de cambio será tratar de modificar la situación que vive la persona y no cambiarla fuera de contexto.

Se trabajará sobre la hipótesis de que el individuo, al parecer, pierde su centralidad cuando es impulsado, no como decía Freud, por fuerzas inconscientes que existen en su interior, sino por las personas que lo rodean en el sistema de relaciones en el cual vive.

La técnica base del proceso de ayuda continúa siendo la Entrevista, pero ahora estará dirigida más a encontrar respuestas a la

pregunta: "¿Con qué objeto?", que a la pregunta: "¿Por qué?". Es decir, el Trabajador Social no busca la causa profunda del problema, y la evaluación de la situación no la orienta a un único componente o al núcleo familiar en cuestión, sino al sistema en el cual el individuo o la familia viven o en el cual se manifiesta esa conducta que se considera disfuncional, antisocial, atípica, patológica, desviada o trastornada.

La Entrevista tampoco será destinada a investigar la causa desencadenante del problema, sino la "*lógica operativa*" de ese sistema para plantear las futuras intervenciones a partir de esta lógica.

El objetivo final del proceso de ayuda es producir un cambio en el funcionamiento social del individuo y, particularmente, en las relaciones interpersonales.

Por último, quisiera decir que, en la actualidad, el Trabajador Social Clínico se parece mucho más al Muchacho de la Galería de los Cuadros de Escher (16), citado por Maturana y Varela en su célebre libro "El árbol del conocimiento", que a la mítica Srta. Ana Sullivan, inmortalizada por Mary Ellen Richmond en su emblemático libro "*Caso Social Individual*".

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- **Aristos:** "*Diccionario Ilustrado de la Lengua Española*", Barcelona, Editorial Sopena, 1966.
- 2.- **R.A.E.** "*Diccionario Lengua Española*". Madrid, Espasa - Calpe, 1927.
- 3.- **Citado por Aptekar:** "*El Diagnóstico, un Concepto Cambiante*", Recopilación de Fichas Sobre Servicio Social, Traducciones efectuadas por la Escuela de Servicio Social Dr. Alejandro Del Río.

- 4.- **Morrison, Tirso R.M.**, *"Gran Diccionario de Sinónimos, Antónimos e Ideas Afines"*, Editorial Bibliográfica, Madrid, España 1982
- 5.- **R.A.E.** *"Diccionario de la Lengua Española"*. 19ª Edición, 1970.
- 6.- **Flores de A., Ornella:** *"El Estudio Social Psiquiátrico"* Pag. 147-156 en: *"Psiquiatría"*, Ediciones MEDCOM Ltda. Santiago 1982.
- 7.- **Shirley M. Ehrenkranz:** *"El Trabajo Social Clínico"*, Tratado de Psiquiatría.
- 8.- **Maidagan de U., Valentina,** *"Manual de Servicio Social"*, Editorial Andrés Bello, Quinta Edición, 1970.
- 9.- **Kisnerman, Natalio:** Prólogo de: Mary E. Ríchmond, *"Caso Social Individual"*, Edit. Humanitas, 1977.
- 10.- **Scaron de Quintero, Ma. Teresa y Genisans de Guidobona, N.** *"El Diagnóstico Social"*, Edit. Humanitas, Cuarta Edición, 1985.
- 11.- **Ottemberger S., Ana,** *"Reflexiones Sobre el Diagnóstico Social"*, en: Seminario de Menores en Situación Social Irregular". Colegio de AA.SS de Chile, A.G., Consejo General, Septiembre, 1982.
- 12.- **Ander-Egg, Ezequiel;** *"Apuntes para una Historia del Trabajo Social"*. Ed. Lumen, 1994.
- 13.- **Richmond, Mary E.** *"Caso Social Individual"*. Edit. Humanitas, 1992.
- 14.- **Keller, Helen:** *"The Story of my Life"*. Trad. Francés: Helen Keller: *"Histoire de ma Vie: Sourd, Muet"*, Aveulle París, Félix Juven.
- 15.- **Campanini, Anna María y Luppi Francesco:** *"Servicio Social y Modelo Sistémico"*. Editorial Paidós, Barcelona, Buenos Aires, México, 1991.
- 16.- **Maturana R. Humberto y Várela C. Francisco:** *"El Árbol del Conocimiento"*. Editorial Universitaria, Santiago, Chile, 1984

Capítulo IV

EL SOCIO DIAGNOSTICO: UN MODELO METODOLÓGICO PARA LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL - FAMILIAR

**Mario Hernán Quiroz Neira
Iván Peña Ovalle**

PRESENTACIÓN:

El presente trabajo desarrolla una propuesta para realizar el Diagnóstico Social Individual en el contexto intra y extra familiar, como paso previo fundamental o paralelo a la intervención.

Se analizan las aplicaciones clínicas y los aspectos teóricos que sustentan el Socio-Diagnóstico mediante la formulación de un Modelo Pedagógico que pretende dar respuesta a varias interrogantes que surgen en la práctica clínica en Trabajo Social, sobre todo a nivel del Diagnóstico: ¿Qué debemos diagnosticar a nivel Individual y Familiar?; ¿Cómo debemos hacer el Diagnóstico y con qué instrumentos y técnicas?; ¿Cuáles son los modelos Teóricos de sustento del Socio-Diagnóstico?; ¿cómo focalizar el problema-síntoma?; ¿por qué el cambio del enfoque individual al familiar?.

En la actualidad, la experiencia clínica adquirida en el contacto con personas con problemas y sus familias y la función docente a través de la aplicación de un Proyecto Pedagógico Teórico Práctico, viene dando sus frutos: Más de un centenar de profesionales insertos en diversas instituciones a lo largo del país se encuentran haciendo uso de un método para realizar el Diagnóstico Individual en el Contexto Familiar y, otros tantos, se encuentran actualmente adquiriendo estos

conocimientos y adiestrándose en el manejo y utilización de técnicas e instrumentos; adhiriéndose, de esta forma, a una producción científica generada en la clínica y complementada con la docencia de Pre y Post Grado que se constituye en un excelente instrumento para que un grupo de Docentes guíe a los alumnos en el proceso metodológico. En este sentido, esta dualidad Clínico-Docente ha permitido configurar, paulatinamente, una propuesta metodológica que constituye el fundamento de este trabajo.

El Socio-Diagnóstico es el producto de una difícil discusión y análisis entre alumnos, docentes y Asistentes Sociales de Terreno. El Taller, las Reuniones Clínicas y la realización de un Seminario-Taller y varios cursos de Post-Grado, han servido para evaluar la operatividad de la propuesta y enriquecer un Modelo que se espera constituya un aporte al nuevo enfoque clínico del Trabajo Social. En esta perspectiva, el reto de proponer cuadros metodológicos de validez universal para el Trabajo Social Latinoamericano, es un desafío difícil de encarar por el riesgo de caer en artificios al tratar de desafiar marcos conceptuales tradicionales, tarea que, pese a todo, asumimos con gran responsabilidad y tenacidad.

El Socio-Diagnóstico no es un tema nuevo; ya vimos que desde Mary Richmond hasta ahora, han tenido éxito, propuestas muy interesantes. Sin embargo, su operacionalización ha sido escasa. Prácticamente no se han diseñado instrumentos para investigar la realidad a nivel clínico ni psicosocial. En Chile, tal vez el área que más ha contribuido a la medición social, sea la de Infancia. Debido a ello, el modelo del Socio-Diagnóstico en su primera versión estuvo dedicada a la evaluación Infantil, posteriormente, se extendió al adulto y a la familia, tal como se presenta ahora.

Muchos han sido los intentos por proporcionarnos un procedimiento para el Diagnóstico Infantil. En el año 1978, Cecilia Narbona Lemus, nos aproxima a esta temática en su artículo "Servicio Social Judicial: Una Aplicación del Trabajo Social Individualizado", donde nos entrega algunas orientaciones para la realización del Informe Social Judicial. En el año 1979, Victoria Barros de Del Piano,

en un Seminario Nacional auspiciado por el Colegio de Asistentes Sociales de Chile, realiza una "Proposición de un Procedimiento para facilitar el Diagnóstico de una Situación de irregularidad Social y sus Posibles Líneas de Tratamiento". Tal como lo concibe su autora, la mencionada propuesta "aborda, en forma tentativa, una nueva modalidad centrada en todo lo relativo a la recolección y ordenamiento de aquellos antecedentes del menor, de su grupo familiar y/o ambiente, que nos permite un mejor diagnóstico de carácter individual y, por ende, se pueda tomar una decisión más adecuada para poder encauzar los problemas que presentan los menores". La propuesta, básicamente, entrega un instrumento que considera cinco variables: Ambiente Intra-Familiar, Ambiente Extra-Familiar, Tuición o Protección, Desarrollo y Conducta. Para la medición del Desarrollo se propone la utilización de la Escala de Madurez Social de VI-NELAND y el Rendimiento Escolar, En el año 1980, Rosa M. Al-varado y otras, publican su artículo "*Cómo elaborar un Informe Social*", que se constituye en una valiosa herramienta para los Asistentes Sociales de Terreno y, actualmente, es utilizada en la Docencia. En 1982, Margarita Adams y Col., publican "*Estudio sobre un Instrumento de Diagnóstico para Menores en Situación Irregular*". En 1986, Mireya Leiva, se preocupa de la elaboración de un Instrumento para el "Diagnóstico Social de Menores en Situación Irregular".

En 1988, María de la Luz Alvarez, publica lo que para nosotros constituye el primer libro sobre el tema: "*La Familia en Riesgo: Instrumento de Diagnóstico del Riesgo Social*", en el cual nos ofrece un instrumento de diagnóstico que muestra las situaciones de crisis, de riesgo y el equilibrio en que se encuentra la familia. Se propone este instrumento para diagnosticar y evaluar situaciones individuales y de poblaciones, considerándose como una ayuda para todos aquellos profesionales que trabajan directa o indirectamente con familias (hijos menores, adolescentes o padres)].

Después de un rápido análisis de estos trabajos y, sin pretender hacer un estudio exhaustivo sobre los antecedentes del Socio-Diagnóstico, ya que se correría el riesgo de evitar tal vez, algunos hitos de importancia en el tema, nos atrevemos a decir que, hasta aquí, el

Diagnóstico del Niño estaba orientado a los Menores en Situación Irregular, centrado en el contexto de la pobreza y el riesgo social. Tratando de buscar en ellos una base teórica, aventuramos a pensar que están orientados por el Enfoque Conductista, ya que tratan de abordar la fuente original del comportamiento insano o anormal del menor, para lo cual se concentran en las partes del comportamiento que han sido adquiridas o aprendidas y nos presentan un repertorio de conductas de mala adaptación autopetpetuadas. Por consiguiente, el Modelo de Intervención que, como consecuencia, debería aplicarse como resultado de dicho Diagnóstico, debería ser Conductista, Correctivo o Rehabilitador.

En el aspecto operativo, los intentos por dotar a la profesión de un procedimiento para el Diagnóstico del Niño, han sido meramente instrumentales y los instrumentos propuestos están diseñados de tal manera que, su contenido, constituye un sólo documento que contempla una diversidad de variables relativas al menor, la familia, el nivel socio-económico, la conducta, la tuición, el desarrollo, etc. Sin embargo, su aporte fue valioso y muchos de nosotros celebramos su formulación y los utilizamos profusamente en nuestra práctica clínica.

II.- FUNDAMENTACIÓN:

2.1. EL CONTEXTO DE LA NECESIDAD DOCENTE:

La evaluación Clínico Social es una función cada día más frecuente entre los Asistentes Sociales del área de la Infancia, la Familia y la Salud, y enfrenta al profesional a la necesidad de contar con instrumentos y técnicas que le otorguen solvencia científica a su quehacer. En este sentido, en la formulación de este modelo, se han considerado algunos fundamentos que justifican el Socio-Diagnóstico. En primer lugar, es una realidad en nuestra profesión, la carencia casi absoluta de textos que traten este tema, salvo contadas excepciones. Además, la casi totalidad de las aproximaciones al Socio-Diagnóstico, se sitúan en el área del Menor en Situación Irregular, apartándose del enfoque psicosocial que actualmente sustenta la orientación del Servicio Social. Por lo tanto, es latente la necesidad de contar con la

sistematización de instrumentos y técnicas que constituyan la base para la observación Clínico-Social del individuo con problemas en la esfera intra y extra familiar.

En el ámbito de la docencia universitaria, no se dispone de un texto de estudio que entregue los conocimientos, procedimientos y directrices que ayuden a profesores y alumnos a realizar la evaluación social del niño en el contexto clínico del caso. En este sentido, hay que reconocer los avances que ha demostrado la profesión por acercarse al tratamiento clínico, principalmente en la fase del diagnóstico y en la aplicación de diversos modelos de intervención que han científicado el actuar del Asistente Social. Por consiguiente, es lógico que los docentes deseemos contar con instrumentos técnicos que nos ayuden en la tarea académica cuando se trata de guiar el proceso metodológico del caso.

Los Asistentes Sociales Clínicos, que son expertos prácticos en el diagnóstico e intervención, vienen desarrollando estilos muy personales en el ejercicio activo y prolongado de la profesión en esta área, dando cuenta que no existen directrices claras para enfocar, metodológicamente, las situaciones. Además, informan la necesidad de contar con formas de comunicación similares, con instrumentos conocidos y aceptados por todos y con modalidades coordinadas de trabajo y de derivación.

En definitiva, el propósito fundamental que motiva la concreción de esta propuesta es suplir estas falencias académicas y contribuir a mejorar la docencia de pre y post grado, principalmente en la Dimensión de la Práctica Clínica. Se estima que un modelo de esta naturaleza servirá, además, para los colegas que se inician en el Servicio Social Clínico y pretenden enfocar, científicamente, los casos que traten. Se espera que lo anterior, repercuta en la praxis del Servicio Social, por lo menos a nivel del Diagnóstico Individual y Familiar.

En este mismo contexto, los alumnos que cumplen su Práctica Profesional en diversas instituciones Públicas y Privadas, necesitan hacer sus diagnósticos infantiles y familiares, haciendo uso de un set de instrumentos sistematizados y validados, paso previo muy importante

para la utilización de los diversos modelos de Caso que contempla la Metodología en este nivel. La Práctica Profesional enfrenta al alumno terminal al Trabajo de Caso en forma frecuente, principalmente en las áreas de la Infancia y la Familia, dimensión que exige del Clínico un dominio y destreza en el Diagnóstico Social para la formulación del plan y contrato terapéutico. Hasta ahora, los docentes no contamos con instrumentos conocidos y aceptados por todos que nos ayuden en la supervisión y guía de nuestros alumnos en esta función.

Por otro lado, a nivel de la Docencia de Post-Grado, el Seminario "El Socio-Diagnóstico del Niño: Un Enfoque Clínico para el Servicio Social con Infantes", realizado por el Departamento de Servicio Social con el patrocinio de la Dirección de Extensión en el año 1992, permitió comprobar la necesidad que existe a nivel de los AA.SS. de Terreno, de contar con un texto que los ayude en su función Diagnóstica. En la actualidad se continúa trabajando con dichos profesionales para la validación de los instrumentos propuestos.

ANTECEDENTES DEL SOCIO-DIAGNÓSTICO:

- En el año 1991, por primera vez, se aplica un set de Pautas básico para realizar el Diagnóstico Social de 70 niños pertenecientes a la Institución Visión Mundial de Concepción.
- En el año 1992, se publica el primer documento denominado: "El Socio-Diagnóstico del Niño", que comienza a ser utilizado en la Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción. Se constituye en el Instrumento base para el Práctico Integrado de la Dimensión Individual.
- Se enseña su aplicación a los alumnos en Práctica del área de la Infancia y la Familia, insertos en diversas instituciones públicas y privadas, 1992.
- Se evalúa su operatividad a través de talleres de Discusión por alumnos de la asignatura de Familia, 1992.

- Se propone como Método para realizar el Diagnóstico del Niño en el curso de Post-Grado "El Maltrato del Niño y del Adolescente", Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, 1992.
- Se realiza el Primer Seminario-Taller denominado "El Socio-Diagnóstico del Niño: Un Enfoque Clínico para el Servicio Social con Infantes", dirigido a Asistentes Sociales de Terreno. En él se discute su operatividad y aplicación, 1992.
- En el año 1993 se presenta la ponencia "El Socio-Diagnóstico del Niño, Un Modelo Metodológico para la Intervención Individual-Familiar", por los autores Mario Hernán Quiroz Neira e Iván Peña Ovalle, en el Primer Evento Regional de Escuelas de Trabajo Social del Cono Sur. Santiago, Chile, 26 - 27 - 28 de Mayo, 1993.
- Durante los años 1993, 1994 y 1995 se realizan, en forma ininterrumpida, el curso de Post-Grado "El Socio-Diagnóstico Individual: Un Modelo Psicosocial para la Intervención Individual-Familiar"

2.2. EL CONTEXTO DE LAS EXIGENCIAS ACADÉMICAS.

Considerando el Contexto de las Exigencias Académicas y, dando una rápida revisión a los Planes de Estudio de las Escuelas de Servicio Social del país, es dable destacar que, el eje temático de la dimensión individual familiar contempla, entre las asignaturas teóricas: Psicología, Sociología, Psicopatología, Antropología, Comunicación y Metodología de Caso. El sustento teórico de este eje temático se nutre, principalmente, del enfoque psicosocial y sistémico, con algunas diferencias en las asignaturas entre una Escuela y otra.

La mayoría de las Escuelas contempla, en su formación de pre-grado, una instancia práctica intermedia que adquiere diversas modalidades con marcadas diferencias en sus objetivos, duración,

contenidos y denominaciones, tales como prácticas, talleres o estadía Clínica. Lo mismo ocurre con la práctica final que, bajo las denominaciones de Metodología Aplicada, Habilitación Profesional, Práctica Profesional, Práctica Especializada, por citar algunas, introduce al alumno terminal en el ejercicio de los métodos de intervención profesional de Caso, Grupo y Comunidad. Ambas instancias prácticas, intermedia o terminal, pretenden adiestrar al alumno en el Diagnóstico Individual-Familiar, haciendo uso de diversos modelos conceptuales y, poniendo diferentes énfasis en las áreas a observar, dando cuenta que no existen orientaciones uniformes sobre cómo realizar el Diagnóstico y qué observar a nivel individual y familiar.

La sistemática aplicación del Socio-Diagnóstico en el área de la Infancia y la Familia y la iniciativa que tuvimos de aventurar en esta temática en el contexto clínico del caso, nos permiten señalar que, a nivel de la docencia de pre-grado, estamos creando una masa crítica que, a través de la aplicación de este nuevo paradigma, está respondiendo a la demanda de una problemática individual-familiar cada vez más polifacética y compleja, dándole un sello de importancia al perfil del estudiante que se está formando sobre todo en el Enfoque Psicosocial, obligándonos a explorar en el campo conceptual y metodológico, superando el plano meramente instrumental.

En este sentido y tratando de ser consecuente con las demandas del medio y, considerando que las problemáticas que debe enfrentar el Asistente Social de terreno, nos invocan a indagar en la Circularidad de la Causalidad, se ha desarrollado una instancia de discusión del paradigma mecanicista (Modelo Causa-Efecto), que antaño explicaba los problemas sociales de nuestra práctica clínica. La crisis del paradigma mecanicista y la erupción de este nuevo paradigma circular, ha dado pie para una discusión sin fronteras motivando a la proposición de nuevos esquemas que expliquen las raíces etiológicas de las problemáticas sociales que enfrentamos. Pero, lo anterior, significa que ¿debemos abandonar de la práctica de caso las corrientes de pensamiento que, por años, han sustentado este nivel de intervención?. Es reconocido en el ámbito docente que, más que desestimar estos

fundamentos, debemos rescatarlos, integrarlos a la enseñanza y enriquecerlos con los nuevos supuestos epistemológicos.

En base a esta nueva forma de mirar las cosas y al llevar esta conceptualización circular a las exigencias académicas, surgen varias interrogantes: ¿Cuáles son los nuevos espacios profesionales a los cuales nos enfrentamos?. ¿Los potenciales clientes aceptarán interpretaciones a sus problemas?. ¿La Comunidad profesional interdisciplinaria, reconocerá que somos capaces de interpretar, psicosocialmente, los problemas que atendemos?. Estamos conscientes que, paulatinamente, nos acercamos a una nueva concepción del Trabajo Social Clínico, a una nueva forma de ver los problemas, de despejar el foco de intervención, de conceptualizar el síntoma, el paciente sintomático y el contexto.

Es reconocido que tenemos que prepararnos para nuevos desafíos, capacitar a nuestros alumnos para una práctica más psicosocial y para la interpretación circular y ecológica del foco de intervención. En este sentido, el Socio-Diagnóstico pretende ser un aporte a esta tarea.

2.3. EL CONTEXTO DE LOS ESPACIOS PROFESIONALES.

EL Modelo del Socio-Diagnóstico esta diseñado para su aplicación de preferencia en las “Áreas de la Infancia, la Familia y la Salud”, en la cual la función diagnóstica adquiere un papel importante en el proceso interventivo. Sin embargo, se estima que su aplicación se constituye en una estrategia de trabajo que podría ser generalizada para el nivel individual-familiar, cualquiera sea el carácter institucional en el cual se asuma.

En el aspecto operativo, el Modelo encuentra su aplicación en el Trabajo Social a nivel de Instituciones públicas y privadas y O.N.G.(s) Específicamente es una instancia casi obligatoria entre los Asistentes Sociales que trabajan en el Área Socio-Jurídica, Área Biomédica y Área de Educación y Laboral.

ESPACIOS PROFESIONALES DE APLICACIÓN DEL MODELO

ÁREA DE APLICACIÓN	TEMÁTICA DEL DIAGNOSTICO
<p>I.- ÁREA SOCIO-JURÍDICO</p> <p>1.1. Tribunales de Menores</p> <p>1.2. SENAME</p> <p>1.3. Gendarmería</p> <p>1.4. Centros de Observación y Diagnóstico.</p> <p>1.5. Instituciones de Prevención. Protección y Rehabilitación.</p> <p>1.6. O.N.G.</p>	<p>1.1. Diagnósticos Sociales con énfasis en Alteraciones Conductuales.</p> <p>1.2. Alteraciones de Tuición y Desempeño de Roles.</p> <p>1.3. Institucionalización o Reinserción Familiar y Social</p> <p>1.4. Adopción.</p> <p>1.5. Niños Involucrados en Conflictos Conyugales: Tuición, Regulación de Visitas, Alimentos.</p> <p>1.6. Otras Materias Civiles: Nombramiento de Tutor, Curador: Emancipación. Patria Potestad. Autorizaciones, etc.</p> <p>1.7. Diagnósticos Sociales con énfasis en la Violencia Intrafamiliar.</p> <p>1.8. Diagnósticos Sociales Criminológicos.</p>
<p>II.- ÁREA BIO-MEDICA:</p> <p>2.1. Hospitales</p> <p>2.2. Consultorios</p> <p>2.3. Centros de Lactantes</p> <p>2.4. Centros de Recuperación Nutricional</p> <p>2.5. Centros de Rehabilitación Física Infantil.</p>	<p>2.1. Diagnósticos Sociales de Niños: Maltratados, Quemados, Desnutridos.</p> <p>2.2. Diagnósticos Sociales de Niños Hospitalizados por enfermedades crónicas y/o terminales.</p> <p>2.3. Diagnósticos Sociales de Niños en atención ambulatoria.</p> <p>2.4. Diagnósticos Sociales de Niños en Rehabilitación Física Infantil.</p> <p>2.5. Diagnósticos Sociales para la Reinserción de Niños Minusválidos.</p>
<p>III. ÁREA DE EDUCACIÓN</p> <p>3.1. Centros de Diagnóstico</p> <p>3.2. Unidades Educativas</p> <p>3.3. Sistemas Comunales de Educación</p> <p>3.4. Escuela Hogares</p> <p>3.5. SEREMI de Educación</p>	<p>3.1. Diagnósticos Sociales para la obtención o concesión de beneficios tales como: Becas, Alimentos, Vestuario, Prótesis, Internado, etc.</p> <p>3.2. Diagnósticos Sociales con énfasis en Trastornos del Aprendizaje y Deficiencia-Mental, con una orientación Social y Pedagógica.</p> <p>3.3. Diagnósticos Sociales cuyo énfasis está dado en Problemáticas que afectan principalmente a los adolescentes, tales como: Embarazo precoz, Alcoholismo, Drogadicción, Deserción Escolar.</p> <p>3.4. Diagnósticos Sociales cuyo énfasis está dado en Problemáticas que afectan principalmente a la población escolar, tales como: Maltrato, Desnutrición, Abandono, Abuso Sexual, etc.</p>

II.-MODELOS TEÓRICOS DE SUSTENTO.

Como método de trabajo, el Socio-Diagnóstico se sustenta en la óptica sistémica-circular, que posibilita la formulación de los modelos definidos como "holísticos" (década 1980). Entre estos últimos, toma aspectos importantes del Modelo Unitario de Goldstein, que considera al Asistente Social y al usuario insertos en el ámbito de los sistemas sociales más amplios, cuyas interacciones adquieren una gran relevancia. En este contexto, el concepto de sistema facilita la consideración de la "estrategia terapéutica" no como alternativa de la acción social, sino como tratamiento diferenciado según el nivel sistémico que se examine. Además, el método se basa en el *Modelo de los Cuatro Sistemas* formulado por Pincus y Minaban, quienes analizan la práctica clínica del Trabajo Social sobre la base de Cuatro Sistemas Fundamentales:

- a) El Sistema *Agente de Cambio* que es la institución del Asistente Social que interviene en el caso.
- b) El Sistema *Usuario* que es la persona que requiere los servicios del Asistente Social.
- c) El Sistema *Foco de Intervención* para producir un cambio.
- d) El Sistema *Acción* que lo constituyen el propio Asistente Social y las personas colaterales con los cuales se trabajará para realizar las tareas y alcanzar los objetivos de cambio.

EL ASIENTO DE LA PATOLOGÍA

Situados en la perspectiva Sistémica, el Socio-Diagnóstico pretende ampliar el foco de observación en un radio más amplio, que supere la conducta y a la persona portadora. Por consiguiente, según la propuesta de Salvador Minuchin, el modelo considera que el Asiento de la Patología puede estar ubicado en tres niveles de observación:

- a) En el interior del paciente.

- b) En su contexto social.
- c) En el feedback entre ambos.

AXIOMAS DEL DIAGNOSTICO Y LA INTERVENCIÓN

Siguiendo también a Salvador Minuchin, el modelo del Socio-diagnóstico parte del supuesto que la intervención y, por ende, el Diagnóstico que lo precede, se basa en tres axiomas:

- 1) La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste, por secuencias repetidas de interacción.
- 2) Las modificaciones de una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos de los miembros de este sistema.
- 3) La conducta del Asistente Social que realiza el Diagnóstico se incluye en ese contexto (Minuchin, 1990).

CONCEPTO DE SÍNTOMA

En este mismo sentido, el modelo se adhiere al concepto de síntoma formulado por Murray Bowen. Una manera productiva de orientar el Diagnóstico, es considerar que los síntomas son evidencias disfuncionales de un sistema y que se manifiestan como comportamiento de naturaleza repetitiva que están anclados o retenidos en pautas interaccionales recursivas mayores, que contribuyen a perpetuarse a sí mismos (Bowen, 1978)

Una de las reglas de Jackson (1959), es: "*Observa la conducta del paciente sintomático y pregúntate en qué contexto esa conducta disfuncional puede tener sentido y significado*". Es decir, cuál es el contexto en que una conducta que, siendo examinada aisladamente, no tiene sentido, pero logra tenerlo en ese contexto concreto.

La pregunta diagnóstica podría ser aquí: ¿Cual es el contexto en el que esa conducta no es solamente una adaptación posible, sino tal vez, la única aceptación posible?, o, como dice Ha-ley: ¿qué clase de situación está provocando esta clase de adaptación?.

Es importante destacar aquí, el carácter circular de la Causalidad. "La situación provoca la conducta sintomática y, al mismo tiempo, es provocada por ésta" Las conductas de cada miembro del grupo se afectan mutuamente, por lo que resulta arbitrario atribuir causalidad lineal alguna a los procesos.

En el Enfoque Sistémico, este modo de interpretar los síntomas desplaza, automáticamente, el acento desde los procesos internos del sujeto hacia las características del sistema. El sujeto sintomático pierde, asimismo, su carácter de víctima para transformarse en copartícipe de un proceso en el que interviene con una conducta que, en una consulta tradicional de salud mental, es extraída del medio, descontextualizado y rotulado como autónoma y patológica de por sí.

Por consiguiente, el Socio-Diagnóstico, a la luz del enfoque sistémico, abandona este supuesto de Causalidad Lineal, en favor de un supuesto de Causalidad Circular, porque lo que pasa en un sistema no depende de cómo se originó, sino cómo se organizó el sistema para generar dicho síntoma. Lo importante, por lo tanto, es conocer los parámetros sobre los que se basa y regula. Es decir, la propia historia de la familia da cuenta de la organización del sistema. La historia se convierte en el contexto de la organización, pero no en la explicación de la organización, de lo que pasa en el momento presente. De hecho, se puede llegar con una misma historia a organizaciones similares o diferentes.

Siguiendo a Haley (1970), el Modelo Conceptual Interaccional en que se basa la Terapia Familiar, distingue tres momentos del proceso terapéutico, entre los cuales la Evaluación diagnóstica juega un rol importante. Estos momentos son: a) la recopilación de información; b)

el procesamiento de esa información al servicio de la elaboración de un Diagnóstico; y c) técnicas para la producción de cambios.

Ahora, específicamente en relación a la recopilación de Información (fase previa al Diagnóstico), se subraya que se presta atención sobre todo a lo situacional, a lo actual, atendiendo a secuencias y pautas de conducta interactivas. El acento de la observación recae sobre los efectos de la conducta y, a largo plazo, sobre las características estructurales de la organización familiar. La pregunta clave es Para qué (los efectos) y no el Por qué o estudio de las causas de la conducta, que caracteriza a las Escuelas Psicoterapéuticas Tradicionales.

LA FAMILIA COMO SISTEMA

El Diagnóstico Sistémico, no siempre se orienta en una misma dirección, dependiendo de los diversos enfoques. Así tenemos que, el concepto sistémico ha sido elaborado de modo diferente por distintos autores, tales como Bowen (1950), Minuchin (1974) y la Escuela de Palo Alto. Sin embargo, todos coinciden en ver a La Familia como el campo interaccional en el cual cualquier acción producirá una respuesta con uno o varios miembros. La familia es pues, un sistema en equilibrio dinámico que se convierte en el medio que preserva la homeostasis de cada uno de sus miembros individuales.

La familia es considerada como un todo, como un sistema social que se distingue de otros sistemas sociales por sus funciones únicas y ciertas características, tales como la calidad de la lealtad familiar y el clima de sentimientos que imperan en ella. Se puede estimar que está formada por un conjunto interactuante de individuos, siendo el Sistema Familiar algo más que la suma de sus partes individuales. Así considerada, La Familia será vitalmente afectada por cada unidad del sistema, vale decir por cada uno de sus integrantes, de manera que si un individuo dentro del sistema familiar no cumple sus funciones, la totalidad del funcionamiento del grupo se ve afectado. A la inversa, si el sistema Familiar no está funcionando adecuadamente, los síntomas de

esta disfunción pueden desplazarse hacia uno o más miembros de la Familia.

El enfoque Sistémico- circular en el cual se sustenta el modelo del Sociodiagnóstico presenta las siguientes características:

- 1.- Reúne: Se concentra en las interacciones de los elementos.
- 2.- Considera los efectos de las interacciones
- 3.- Se apoya sobre la percepción global.
- 4.- Modifica grupo de variables simultáneamente.
- 5.- La validación de los hechos se realiza comparando el funcionamiento del mundo con la realidad.
- 6.- Sus aproximaciones son eficaces cuando las interacciones son no lineales y fuertes.
- 7.- Conduce a una enseñanza monodisciplinaria y multidisciplinaria.
- 8.- Conduce a una acción por objetivos.

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA FAMILIA

Concretamente, en el contexto de la Evaluación Clínica de la Familia, se señala que las Entrevistas para evaluar y definir la intervención a realizar en una psicoterapia de familia, tienen semejanzas y diferencias en relación a una Evaluación Diagnóstica Individual. Las Semejanzas residen en la técnica general de Entrevista en Salud Mental, en el realizarse en dos o más sesiones, con un foco sucesivo en la situación y problemas actuales de la familia y luego en la historia y desarrollo de ésta. La Diferencia fundamental está en el foco en la familia toda y, por lo tanto, en que la entrevista debe incluir a tantos miembros como sea posible (Florenzano, 1984).

Los esquemas de Evaluación Diagnóstica Familiar son variados. Se estima necesario presentar a continuación un formato que puede servir de base para efectuar el Socio-Diagnóstico Clínico Familiar a la luz del Enfoque Sistémico

MATRIZ DE DIAGNOSTICO CLÍNICO FAMILIAR

Glick y Kessler (Modificado por Mario Hernán Quiroz Neira)

I.- SINTOMATOLOGÍA FAMILIAR:

1.1. Identificación del síntoma.

- a) Cómo está definido el síntoma y cuál es su función?
- b)Cuál es la cadena de interacciones dentro del esquema comportamental de la familia que asegura la conservación del síntoma?
- c) Definición del síntoma por cada miembro de la familia
- d) Definición final del síntoma familiar (lectura familiar)

1.2. Identificación del paciente sintomático.

1.3. Problema actual de la familia ¿Quién consulta?, ¿Por qué la consulta?,

1.4. Fase en la cual se encuentra la familia.

1.5. Historia evolutiva de la familia nuclear.

II.- DIMENSIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA:

2.1. Composición familiar y características de la Familia Nuclear y extensa.

2.2. Subsistemas familiares

- a) Subsistema individual (Historia evolutiva de cada miembro).
- b) Subsistema conyugal.
- c) Subsistema parental.
- d) Subsistema fraterno.
- e) Subsistema abuelos.
- f) Subsistema tíos.
- g) Subsistema servicios, como: escuela, consultorio, iglesias,

trabajo, grupos de padres (externos).

2.3. Las fronteras o límites:

- a) Fronteras internas
- b) Fronteras externas

2.4. Las configuraciones:

- a) Díadas
- b) Tríadas (¿Triángulo Patológico?)

2.5. Las jerarquías.

III.- DIMENSIÓN INTERACCIONAL DE LA FAMILIA.

3.1. La comunicación. (¿Comunicación patológica?; ¿Doble vínculo?)

3.2. Los Roles

3.3. Las normas y reglas

3.4. Tradiciones, mitos y ritos familiares, y arquetipos.

3.5. Relaciones (complementarias/Simétricas).

IV.- PLAN DE INTERVENCIÓN Y CONTRATO TERAPÉUTICO



PACIENTE SINTOMÁTICO:

El Paciente Sintomático es el que responde adaptativamente a las circunstancias familiares-ambientales. Es decir, aquel que usa el síntoma como una modalidad estilizada para insertarse en el sistema al cual pertenece. Dice Florenzano que, en terapia se considera al miembro sintomático o paciente designado, como el emergente de una situación que afecta al sistema familiar todo. Por lo mismo, también es llamado como Paciente Emergente.

Los cambios en el equilibrio familiar llevan a cambios y, a veces, a síntomas en sus miembros individuales. Así, se ha visto que el comienzo de brote esquizofrénico en un hijo, hace que se descompense el equilibrio familiar, con aparición de síntoma en algunos miembros y desaparición de otros. Paradojalmente, existen también situaciones en las que al mejorar el paciente identificado como tal, se deteriora la homeostasis familiar, pudiendo aparecer un conflicto marital abierto, o una separación, entre los padres de un niño que se está recuperando. (Florenzano, 1984).

Para Bowen, la disfunción familiar se concentra o sintetiza en un miembro de la familia (paciente sintomático), muchas veces en un niño, mediante el proceso de proyección familiar, que subyace al así llamado fenómeno del Chivo Expiatorio familiar, pero Bowen va mucho más allá del síntoma actual. El dice que el proceso de proyección funciona así, de una generación a otra, que mantiene la disfunción familiar. Es así como, una conducta sintomática puede ser transgeneracional y cada sistema en su momento actual designa al paciente sintomático, quien utilizará o representará al síntoma del sistema en ese momento.

Por el contrario, el Paciente Rotulado, no siempre corresponde al paciente sintomático. Es aquel que es indicado por los componentes del sistema como el enfermo, para encubrir al verdadero portador del síntoma. Muchas veces, como un mecanismo de defensa, la familia rotula a un componente del sistema como el sintomático y esconde el verdadero, consciente e inconscientemente. A veces, por falta de experiencia en el diagnóstico o, porque la familia es muy persuasiva en su rotulación, el clínico cae en la trampa y contribuye a esta extirpación errónea y, por ende, a la perpetuación del síntoma.

El Paciente Referente, es aquel que concurre a la consulta del Clínico y da cuenta de la existencia de la disfuncionalidad familiar. Es el que refiere el problema y solicita la intervención. Es la persona con la cual el Clínico tiene el primer contacto y aporta los primeros antecedentes para el Socio-Diagnóstico. En su descripción puede autocalificarse como el portador del síntoma o acusar a otro miembro del sistema. Será función del terapeuta continuar la tarea para descubrir al verdadero paciente sintomático.

IV.- OBJETIVOS DEL MODELO

- 1.-** Proporcionar una base teórica que oriente la realización del Diagnóstico Social a nivel Individual y Familiar
- 2.-** Contribuir a homogeneizar la terminología especializada del área Clínica, proporcionando las bases para la elaboración de un Vocabulario propio.
- 3.-** Propender a la elaboración de tipologías a través de la sistematización de los casos clínicos y tipos de tratamiento.
- 4.-** Ofrecer una proposición que reúna los principales instrumentos y técnicas para realizar el Diagnóstico Social.
- 5.-** Contribuir al proceso de enseñanza-aprendizaje, principalmente en la dimensión de la práctica clínica y práctica profesional, proporcionando a profesores y alumnos un instrumento específico para llevar a cabo la Metodología de Caso.

6.- Sistematizar la experiencia como Asistente Social Clínico- Docente en el área de la Infancia y la Familia e integrar estos conocimientos a la Docencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Proponer un Set de Instrumentos específicos para el Servicio Social, que permitan al Clínico diagnosticar el funcionamiento social de niños y adolescentes y la percepción que estos tienen sobre sus imágenes parentales y su contexto familiar.

2.- Proponer un Set de Instrumentos para la evaluación individual-familiar desde el punto de vista Sociológico y Clínico.

3.- Sistematizar un procedimiento para la aplicación de las Técnicas de Diagnóstico más utilizadas en Servicio Social.

4.- Proponer un Método para la elaboración de los Informes Sociales, entregando una Guía que facilite la construcción de los mismos con el máximo de rigurosidad técnica y científica.

5.- Proponer un método para que el Clínico realice el Diagnóstico Diferencial de Niños y Adolescentes y se capacite en la evaluación rápida y certera de la Conducta Sintomática.

V.- ¿CUAL ES LA UTILIDAD DEL SOCIO-DIAGNÓSTICO?.

1.- Permite el Diagnóstico Diferencial Individual y la evaluación rápida y certera de la conducta sintomática.

2.- Informa sobre el funcionamiento social del niño y la percepción que éstos tienen sobre sus imágenes parentales y su contexto familiar.

3.- Explica la conducta sintomática del niño en el modelo circular de la causalidad.

4.- Informa sobre el funcionamiento familiar a nivel clínico y poblacional.

VI.- METODOLOGÍA DEL SOCIO-DIAGNÓSTICO:

Concepto:

El Socio-Diagnóstico ha sido concebido como un método de trabajo Clínico-Social que contempla el diseño, recopilación y administración de instrumentos de diagnóstico y evaluación, formulados para analizar aspectos del funcionamiento social del individuo en el contexto intra y extra familiar.

Metodología:

La propuesta constituye una fuente ordenada de informaciones, que sirva de base para la organización sistémica de los conocimientos, pasos y procedimientos socio-evaluativos de la persona y la familia. En su formulación se ha procurado proporcionar un set general de evaluación que pueda aplicarse a individuos de distintas edades, con diferentes problemas y síntomas. Aún está en análisis el hecho de que la totalidad de los instrumentos propuestos puedan utilizarse o no, de manera significativa, en poblaciones de diferente etnia y cultura. Además, los problemas de equivalencia conceptual en los materiales de prueba, la comprensión de los procedimientos y los contenidos de los instrumentos, aún está en etapa de formulación y es un tema de discusión y análisis.

Es recomendable que toda Entrevista de Diagnóstico sea planificada mediante una cuidadosa selección de las preguntas y de los instrumentos que se requiere para su aplicación, trátase de una evaluación que corresponda iniciar al Asistente Social consultado o que sea solicitada por otro colega o profesional a través de la Coordinación o Derivación. Lo importante es que el trabajo evaluativo sea bien orientado y completo, con el uso de los Cuestionarios o Test adecuados y necesarios, de acuerdo a una secuencia de sesiones dispuestas gradualmente, a fin de no cansar al entrevistado.

Es indispensable que el Clínico conozca muy bien las características de los instrumentos socio-evaluativos y los seleccione de

acuerdo a la edad y características del entrevistado, considerando además, los resultados que es posible esperar de su utilización. En el aspecto operativo, el Socio-Diagnóstico está constituido por un Set de Instrumentos de diferentes objetivos, que pueden ser seleccionados para su aplicación, considerando las edades del entrevistado y el problema-síntoma que presenta. Una vez conocidas las características de cada instrumento o test, se seleccionará el más conveniente, según sea la orientación que deseemos dar al Diagnóstico para conocer a nuestro cliente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Cecilia Narbona Lemus:** *"Servicio Social Judicial: Una aplicación del Trabajo Social Individualizado"*. Rev. de Trabajo Social N° 26, Nov/Dic. 1978.
- 2.- **Victoria Barros del Piano:** *"Proposición de un Procedimiento Para Facilitar el Diagnóstico de una Situación de Irregularidad Social: Sus Posibles Líneas de Tratamiento"*. Colegio de A.S. de Chile, Consejo General Sem.Nac. de S.S. Prof. M.S.I., Oct. 1979 & *"Pauta Para el Diagnóstico de la Irregularidad"*.
- 3.- **Rosa María Alvarado y Otras:** *"Cómo Elaborar un Informe Social"*. Rev. Trabajo Social N° 30. Enero - Abril, 1980.
- 4.- **Margarita Adam y Liliana Salazar:** *"Estudio Sobre un Instrumento de Diagnóstico para M.S.I."* Rev. Trabajo Social N° 36, 1982.
- 5.- **Mireya Leiva Leiva:** *"Diagnóstico Social de MSI"*. R.T.S. N° 49, Mayo/Agosto, 1986.
- 6.- **María de la Luz Alvarez:** *"Instrumento de Diagnóstico del Riesgo Social"*. Edit. Universitaria, 1988.
- 7.- **Quiroz M.H.:** **"PACNYA"** *"Protocolo de Alteraciones Conductuales de Niños y Adolescentes"*. Depto. de Servicio Social, U de Concepción. Documento N° 948.
- 8.- **Newman & Newman** *"El Desarrollo a Través de la Vida: Un enfoque Psicosocial"*. Ed. Bersey Press, Illinois, 1984.
- 9.- **Turecki S. y Col:** *"El Niño Difícil"*. Edit. Norma, Bogotá, 1985.
- 10.- **Alvarez María de la Luz:** *"Deprivación y Familia"*. 1982. *Deprivación y Modelos Parentales"*. Edit. Universitaria, 1986.
- 12.- **Quiroz N. M.H.** *Apuntes del Seminario Taller: "El Socio-Diagnóstico del Niño: Un Enfoque Clínico para el Servicio Social con Infantes"*. Univ. de Concepción, Dirección de Extensión, 1992.
- 13.- **Quiroz N. M.H.:** *Apuntes del Segundo Seminario-Taller: "El Socio-Diagnóstico del Niño y la Familia: Modelo Psicosocial para el Servicio Social con Infantes"*. Univ. de Concepción, Dirección de Extensión, 1993.

Capítulo V

EL INFORME SOCIAL DEL NIÑO FUNDAMENTOS PARA SU ELABORACIÓN

Mario Hernán Quiroz Neira

I.- DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN:

El Informe Social del Niño es un Documento escrito y especializado, que contiene información sobre la situación personal y socio-familiar del niño y que se emite con la intencionalidad de persuadir al receptor, para obtener cierto grado de beneficio en su favor.

Como documento es una relación especializada que contiene los principales elementos evaluativos del Socio-Diagnóstico Infantil, en el contexto Clínico-Social del caso.

Constituye un medio formal de comunicación entre el Asistente Social y quienes responsablemente, lo solicitan, cuya evaluación personal (conductual y de desarrollo) y socio-familiar, presume algún tipo de tratamiento al niño a través de la metodología de caso.

En términos genéricos, Alvarado, R:M: (1) y otras, nos reportan que el Informe Social aplicado a Servicio Social de Casos, entre los cuales se inserta el del Niño, es un documento técnicamente escrito, mediante el cual se pone en conocimiento de una persona o institución, la situación social del asistido (o aspectos de la misma) con el fin de informar, solicitar ayuda o con otros fines relacionados con el tratamiento del caso.

En la práctica clínica se utiliza, de preferencia, en la denominada área del Menor en Situación Irregular, en Educación y Salud. En el contexto del Menor en Situación Irregular y, específicamente, en Tribunales de Menores, puede definirse como el documento que proporciona al Juez todos los elementos valorativos según la naturaleza jurídico-social del problema y tiene varias finalidades:

- a)** En primer lugar, proporciona todos los antecedentes socio-familiares implicados en el caso pudiendo, de esta forma el Juez, aplicar la Medida de Protección más indicada.
- b)** También tiene la finalidad de ser un instrumento de apoyo para la defensa que está efectuando el Abogado en los Casos de Niños Involucrados en el Conflicto Conyugal, ya que proporciona la realidad social sobre la que se dictará sentencia.
- c)** Simultáneamente, puede ser presentado como Medio de Prueba al Tribunal. Además, tiene la importancia por la fuerza de su validez, ya que se realiza para responder al Juez, quien lo ordena.
- d)** Por último, tiene la finalidad de servir para verificar los Puntos de Prueba indicados por el Juez. Punto de Prueba es una terminología jurídica, que se refiere a hechos del Juicio, discutibles por las partes. Hechos importantes del proceso sobre los cuales una de las partes sostiene un fundamento y la otra, otro. Por lo tanto, el Juez ordena que se les estudie y compruebe, para ver cual de ambas posiciones es la que tiene la razón. Por lo general, los Puntos de Prueba son pedidos en los casos de Tuición, Regulación de Visitas, Alimentos y Adopción (Abandono).

El Informe se redacta con el fin de responder a la petición de una evaluación Socio-Familiar hecha por un profesional o institución. Corresponde al producto final de un trabajo de análisis, síntesis e integración de todo el material obtenido a través de una acuciosa investigación. Su objetivo final es responder a las expectativas del profesional que lo ha requerido. Sin embargo, aunque no exista este

requerimiento, se estima conveniente contar con un documento especializado para insertarlo en la Ficha Clínica de un Caso determinado, el que se conservará para posteriores y presuntas consultas.

Su contenido está sujeto, fundamentalmente, al motivo de consulta, a los aspectos personales y socio-familiares y a las necesidades por las cuales el niño fue derivado a la Clínica. De esta manera, la presentación del Informe tendrá que ser clara, concisa y técnica, pero de fácil comprensión. Esto se conseguirá mediante la utilización de un lenguaje directo, siempre técnico y científico, exento de tecnicismos no traducidos, a fin de asegurar el discernimiento de las personas que lo lean, pues, aún tratándose de profesionales, puede que no posean conocimientos específicos sobre el documento que reciban. No obstante, se insiste en la idea de que constituye un documento especializado, de carácter científico y humano, que debe reflejar, de principio a fin, en su fondo y forma, en su intencionalidad persuasiva y en su transmisión de sentimientos y valores, el conocimiento y capacidad que tiene el profesional que lo emite para efectuar el Socio-Diagnóstico infantil con la debida seriedad científica. En su redacción, se evitará la ambigüedad de los términos que pudieran dar lugar a interpretaciones diferentes y equívocas, como tampoco se abusará de las abreviaturas, salvo que se inserten las explicaciones correspondientes a su significado.

Se especifica que este documento siempre debe responder a las necesidades manifestadas por el solicitante de la evaluación, particularmente aquellos que se vinculan con necesidades prácticas de información. Esta información tiene sentido cuando se sabe que, prácticamente, todos los Informes Sociales del Niño son diferentes, según sea su objetivo. Así, podemos distinguir Informes Especializados sobre Adopción, sobre Tuición, Adolescentes Desviados, Niños Minusválidos, Niños Hospitalizados, Niños Institucionalizados, etc. Por esta razón, el examinador pondrá especial énfasis en el material que le servirá de apoyo al Profesional que solicita la evaluación Infantil, hecho que le facilitará la disposición de la ayuda que proporcionará al infante. Es conveniente señalar que, mi propuesta, corresponde al Informe

Social del Niño Genérico, ya que los otros informes especializados tienen otro esquema, estilo y fundamentación que no es el objeto de esta comunicación.

II.- REQUISITOS PREPARATORIOS:

Todo Informe Social debe seguir Cuatro Fases Fundamentales, tales son: la Redacción, Transcripción, Emisión y Seguimiento. Su elaboración debe contemplar siempre, Cuatro Componentes Básicos, que son: un Componente Descriptivo, Interpretativo, Evaluativo y Persuasivo.

2.1. Fases Fundamentales del Informe:

Todo Informe Social y, en este caso, el del niño, debe contemplar cuatro fases que, en definitiva, corresponden al proceso metodológico del mismo. No obstante, el lector comprenderá que previo a estas cuatro fases, el Asistente Social debe haber realizado la fase de Diagnóstico, a la cual no me referiré en esta comunicación, ya que corresponde a un área muy especializada del Socio-Diagnóstico que amerita especial consideración.

A.- La Redacción:

El Asistente Social debe redactar, siempre, el Informe Social. Es decir, debe volcar en un relato, técnico y especializado, las notas que registró en la etapa investigativa. No creo en la capacidad de llevar a la máquina, directamente, los apuntes de las entrevistas. Esto es una virtud que dejo reservada sólo a los Dioses. La redacción corresponde a la acción de poner por escrito cosas sucedidas, acordadas o pensadas con anterioridad. En el contexto clínico del Caso, corresponde a la acción de ordenar, por escrito, los hallazgos del Socio-Diagnóstico. Clasificar, discriminar, interpretar y evaluar la información de las entrevistas, observaciones y pruebas aplicadas.

B.- La Transcripción:

Un gran porcentaje de los AA.SS transcriben personalmente sus Informes Sociales. Esta es una fase especialmente importante, ya que corresponde a la materialización de todo un esfuerzo técnico realizado previamente. Muchas veces, todo aquello queda desmerecido por una mala transcripción que perjudica nuestra imagen y desfavorece a nuestro cliente, en este caso el niño. En toda buena transcripción (Máquina/Computación) entran en juego algunos factores, tales como: formato, extensión del documento, presentación, ortografía y puntuación.

C.- La Emisión:

Fase especialmente importante, que está muy relacionada con la organización administrativa de la institución patrocinante del Asistente Social. La emisión involucra también la organización de la propia oficina de Servicio Social. En la emisión se deben considerar aspectos tales como: número de registro del documento, libro de registro de la correspondencia, estafeta, destinatario y vía de envío del documento mismo. Especial mención merecen los Informes Sociales que son llevados por el propio cliente al destinatario. Aunque esto es una vía poco recomendable, no es menos utilizada por nosotros. En estos casos se debe cuidar que dicho documento debe enviarse provisto de una carta/oficio y estar debidamente cerrado. Hay instituciones, como los mismos tribunales de menores y algunas Empresas e Instituciones de Menores, en que los Informes circulan de una sección a otra dentro de la misma institución, totalmente abiertos. Esta es una modalidad aceptada que, en todo caso, protege a los AA.SS. de estar violando el secreto profesional, porque ello involucra a todos los profesionales y funcionarios que tienen que ver con el caso.

D.- El Seguimiento:

Es recomendable que todo Asistente Social se preocupe de realizar un seguimiento del Informe para tomar conocimiento de los resultados del mismo. Esta acción se puede realizar directamente por el Asistente Social a través del propio cliente. La acción de seguimiento se

puede hacer a través de una simple llamada telefónica, consultando por el resultado de la petición o beneficio que se invoca, o a través de las posteriores entrevistas con el cliente, quien nos dará cuenta de la efectividad de nuestro informe. Naturalmente, en casos sociales que están en tratamiento, se envían Informes Sociales a otras instituciones, siendo necesario evaluar su efectividad. Además, el seguimiento de los casos es una acción que debe realizar el Asistente Social para evaluar el impacto de los programas de su oficina e Institución.

2.2. Componentes Básicos del Informe:

Un Informe Social Científico, Técnico y Humano, debe contemplar la consideración de cuatro componentes básicos, tales son: la Descripción, Interpretación, Evaluación y Persuasión. Lo anterior es particularmente difícil de lograr en un sólo documento. En todo caso, es recomendable que el Asistente Social debe dirigir todos sus esfuerzos a integrarlos en el informe, toda vez que lo que está haciendo es entregar al lector el Perfil Psicosocial de una persona que, muchas veces, tiene una imagen distinta de la que pueda decir de ella el Asistente Social. Es decir, lo que trato de comunicar es que, el Informe Social, refleja sólo la visión que el propio Asistente Social tiene sobre la persona, pero no es la persona en realidad. Esto es una cuestión que desarrollaré en otras comunicaciones. Por el momento, baste señalar la relatividad y subjetividad de los Informes Sociales que emitimos.

A. El Componente Descriptivo:

Se trata de delinear o representar una cosa, persona o situación de manera de dar una idea cabal de ella. Es decir, se trata de representar a una persona, cosas o situaciones por medio del lenguaje escrito, refiriéndose o explicando sus distintos componentes, cualidades o circunstancias, lo más fiel a la realidad. En la descripción se debe recurrir sólo a lo percibido por los órganos de los sentidos, tratando de discriminar todo aquello que pertenezca a lo que el Asistente Social imagina del cliente, siente con respecto al cliente o piensa con respecto al cliente. Estos tres procesos psicológicos

contribuyen a subjetivar la información y, por lo tanto, a dar una idea distorsionada de lo que es el cliente en realidad. Además, es conveniente que el Asistente Social pueda distinguir y separar sus propios procesos psicológicos de los del cliente. Por último, una fiel descripción se logrará tratando de reducir al máximo los procesos de transferencia, contratransferencia y alianza terapéutica que, habitualmente entran en juego en el Diagnóstico.

B. Componente Interpretativo:

La acción de interpretar alude al intento de explicar el sentido de una cosa, o traducir lo visto y oído en un lenguaje técnico. Corresponde a una acción de intelectualizar y reflexionar lo percibido, con lo cual ya estamos distorsionando la realidad. Es un proceso de profunda intelección que perfeccionamos a medida que incorporamos más conocimientos científicos y técnicos a nuestro intelecto. En este sentido, se dice que los niños tienen más capacidad descriptiva que los adultos, ya que nosotros, por nuestra educación, paulatinamente ensuciamos nuestras fibras perceptivas. Los Informes más ajustados a la realidad son aquellos eminentemente descriptivos, como los Socio-Económicos, por ejemplo. En todo caso, la interpretación es una variable que debe estar presente en todo Informe técnico, pero con la debida discreción y, teniendo en cuenta que, favorece la subjetividad.

C. Componente Evaluativo:

La redacción del Informe ofrece al Asistente Social la posibilidad de ir evaluando la persona, situación o circunstancias en las que vive el cliente. Es decir, en cada momento estamos diagnosticando, emitiendo juicios e interpretando técnicamente la situación. En este contexto, es recomendable que las Evaluaciones Diagnósticas que hagamos, sean técnicas y no valorativas—prejuiciosas. Es decir, no deben corresponder a juicios de valor. En términos prácticos, el componente evaluativo se concreta en la emisión del Diagnóstico en Síntesis.

D. El Componente Persuasivo:

La Persuasión debe ser un propósito final del Informe Social, ya que con ello pretendemos lograr el beneficio en favor del cliente. Persuadir es inducir, mover, obligar a otro con razones, a creer o hacer una cosa. Siempre he pensado que uno persuade con todo, con la voz, con el cuerpo, con la vestimenta, la historia, etc. Lo que nosotros pretendemos lograr, con el Informe, es que el receptor se convenza de nuestros argumentos y se oriente a nuestra idea y logre la aprehensión o juicio en virtud de nuestros fundamentos. Por tanto, el Asistente Social que informa debe examinar que su documento tenga la fuerza y eficacia para persuadir. Este componente debe ser la columna vertebral o eje central de todo el Informe Social.

2.3. Requisitos Esenciales:

Previo a su redacción, es necesario considerar ciertos Requisitos Esenciales, que aseguren el carácter científico del documento. Estos Requisitos son:

- 1)** La Investigación para el Socio-Diagnóstico debe estar dirigida a indagar los aspectos que contemplará el Informe. Es decir, el informante debe tener bien definido lo que va a Investigar e Informar. Lo anterior significa la selección de los Instrumentos y Técnicas específicas que utilizará.
- 2)** La Investigación contempla siempre, la aplicación de las siguientes técnicas y procedimientos: Entrevista, Observación Estructurada, Visitas Domiciliarias, Visitas y Entrevistas Colaterales, Consultas a fuentes de información, personas o documentos. Aplicación de Test y pruebas evaluativas.
- 3)** Su elaboración debe realizarse sobre la base de los objetivos que persigue, lo que condicionará los requisitos de forma y fondo.
- 4)** Los Requisitos de Forma están relacionados con la presentación, redacción y esquema de la información escrita que se entrega.

5) Los Requisitos de Fondo, deben contener los componentes básicos y permitir una visión longitudinal (evolutivo/histórico) y transversal (situacional).

6) Para el Socio-Diagnóstico del Niño se debe recurrir a instrumentos especializados, entre los cuales se pueden mencionar: el Protocolo Conductual (PACNYA), el Test del Dibujo de la Familia, la Guía de Observación del Niño en la Oficina, el Apgar Familiar, el Ecomapa, el Genograma, entre otros.

III.- DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS DEL INFORME:

La Pauta del Informe Social del Niño contempla, por lo menos, cinco áreas que discriminan la información que se entrega:

- 1)** La presentación personal del Niño, que incluye su individualización e Impresión Clínico-Social;
- 2)** la Presentación de los padres del niño, que contempla la individualización de los mismos y la historia socio-familiar;
- 3)** la Situación Actual, incluyendo la descripción del grupo familiar y la vivienda;
- 4)** la Síntesis Diagnóstica; y,
- 5)** Concepto del Asistente Social.

1.- PRESENTACIÓN DEL NIÑO:

a) Debe comenzar con los nombres y apellidos del niño, fecha de nacimiento, año y número de inscripción en el Registro Civil. Calidad filiativa del niño y nombre de sus padres. Corresponde a un párrafo de orden estrictamente objetivo.

b) En seguida, corresponde incluir la **Impresión Clínico-Social del Niño**, que es tal vez el área de mayor complejidad de la evaluación infantil. Corresponde a la presentación socio-afectiva del niño. Demanda del Clínico, de un esfuerzo interpretativo de las pruebas aplicadas para, posteriormente, volcarlas en un relato de estilo que entregue al lector una visión lo más cercana posible de lo que es el niño en realidad. La Impresión Clínica no es otra cosa que lo que el propio Asistente Social vio en los resultados de las pruebas evaluativas y las interpreta de acuerdo a su propia formación personal y profesional. Por lo mismo, es también la parte más subjetiva del Informe, aunque para su elaboración se utilizaron instrumentos relativamente objetivos. Debe presentar al Niño en su configuración humana y afectiva, destacando sus rasgos de personalidad positivos y evitando su rotulación diagnóstica negativa. Debe situar el Síntoma del Niño en su constelación Socio-Familiar, incluyendo todos los elementos persuasivos, para lograr la sensibilización del lector. Se debe personificar al Niño, tratándolo por su nombre de pila, evitando el uso de términos como "el menor", "el reo", "el paciente", "el interno", "el alumno", etc., y la utilización de apodosos peyorativos. Corresponde al perfil psicosocial del niño.

En lo formal, este rubro debe referirse a la ubicación etárea del Niño de acuerdo a las etapas evolutivas de la Teoría Psicosocial que, además, dará una pauta de la normalidad o desviación. El relato continúa con una breve impresión sobre su crecimiento y desarrollo, entregando una descripción de su contextura y rasgos físicos. Posteriormente se hará referencia a la Conducta del Niño, utilizando los resultados de su rendimiento en el Protocolo Conductual (PACNYA). En seguida se procede a la descripción de la interpretación del Dibujo de la Familia. Se finaliza con la Proyectiva Social del Niño y la Prognosis. Finalmente debe incluir antecedentes sobre las Actividades Actuales del Niño, tales como: Escolaridad, Estado de Salud, Asistencia a grupos recreativos, etc.

2.- Presentación de los Padres del Niño:

a) Corresponde a un relato de orden objetivo, que contempla la Individualización de ambos progenitores por separados, primero el Padre y luego la Madre. Necesariamente debe contener los nombres y apellidos, fecha de nacimiento, Cédula de Identidad, Estado Civil, Nivel de Educación, Profesión, Ocupación, lugar de trabajo y horario. Renta, Previsión Social y de Salud.

b) En un párrafo aparte se incluye la Historia Socio-Familiar, que debe contemplar: Forma de constitución familiar, Fecha de la Constitución de la Familia, Número de Hijos vivos y fallecidos. Tipo de composición familiar, Crisis conyugales y conflictos intrafamiliares. Relatar los eventos significativos en la historia familiar, como cambios de residencia, pérdida del trabajo, fallecimiento de familiares significativos, etc. Si corresponde, referirse a las causas de la desintegración familiar. Abordar el tema del desempeño de los roles parentales y conyugales. Nivel socio-económico de la familia. Origen étnico. Etapa del Ciclo Vital familiar en la cual se encuentra la familia. En términos genéricos debe abarcar aspectos del Diagnóstico Familiar en su dimensión Sociológica (Constitución -Composición - Estructura) y Clínica (Estructural e Interaccional). Específicamente la historia debe contener los antecedentes que estén relacionados particularmente con el niño, tales como: abandonos, internaciones, cambios de tutores y hospitalizaciones, etc.

3.- Situación Actual:

a) El primer párrafo se refiere al domicilio de la familia del niño. Está referido a la familia en la cual está inserto el niño actualmente.

b) Posteriormente, se describe el grupo familiar. En primer lugar se señalan los jefes de hogar y, en seguida, los hijos de mayor a menor. En último lugar se señalan los allegados.

c) Finalmente, en este rubro se describe la Vivienda, señalando tipo, construcción y estado de conservación. Numero de piezas, refiriéndose a dormitorios, living, comedor, cocina, baño y otras dependencias. Número de camas, Servicios Básicos de luz eléctrica, agua potable, alcantarillado y teléfono. Hacer referencia al cumplimiento de los requisitos básicos de una vivienda adecuada. Señalar el sector geográfico en el cual está ubicada. Si corresponde a un sector Urbano o Rural. Si está ubicada en la periferia urbana no marginal o periferia marginal o sector céntrico de la ciudad. Si corresponde a un sector de extrema pobreza. Referirse al Hacinamiento y Promiscuidad.

4.- Síntesis Diagnóstica:

Corresponde a la presentación Evaluativa de la situación del niño. En estricto rigor es el Diagnóstico del Niño en síntesis. Debe entregarse en frases cortas, separadas unas de otras en párrafos aparte. No debe ser descriptivo ni narrativo, puesto que se supone que este estilo fue utilizado en áreas precedentes. Es recomendable discriminar la información. Los párrafos deben estar relacionados con: el Reporte Conductual del Niño - su Situación Escolar y Actividades Cotidianas - Tipo de Familia en la cual está inserto - Desempeño de los Roles Parentales - N.S.E. de la familia.

5.- Concepto:

Muchas veces se mezcla el concepto con aspectos del Diagnóstico, que contribuye a enredar las ideas. Es conveniente tratar de despejar el Concepto de toda otra información, con la finalidad de que el receptor pueda encontrar en él la sugerencia concreta o la Petición Precisa que se formula. El Concepto debe ser seguro, evitando dar al lector la impresión de quien lo emite no sabe lo que quiere cuando utiliza, por ejemplo, los "*condicionantes*". La seguridad se transmite categóricamente en la Afirmación, la Sugerencia o la Petición sin

rodeos. Nunca se deben proporcionar dos soluciones, cuando éstas son incompatibles, para no confundir al lector. Esta situación sólo es admisible cuando se permite la sustitución por un equivalente, pero hay profesionales que, por comodidad o por tratar de dejar contento a todos, dicen por ejemplo: *"Sugiero que Andrés sea Internado en una Institución de Rehabilitación, o en su defecto, en un Hogar de Protección"*. El Concepto debe ser breve y estar localizado al final del Informe.

6.- Nombre y firma:

del Asistente Social Informante y timbre de la Institución. Fecha de su emisión.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- **Rosa M. Alvarado y otras:** "*Cómo elaborar un Informe Social*" Rev. de Trabajo Social N° 30. Enero-Abril, 1980. P.U.C. de Chile,
- 2.- **Barros Gloria Faust De Penas, Beatriz; Schuetz De Simonovich, Cecilia:** "*El Informe en Servicio Social*" Editorial Humanitas, Bs.As., 1968.
- 3.- **Nargona Lemus, Cecilia** "*Servicio Social Individual: una Aplicación del Trabajo Social Individualizado*". Rev. de Trabajo Social N° 26. Nov-Dic. 1978, P.U.C. de Chile.
- 4.- **Barros De Del Piano .Victoria** "*Proposición de un Procedimiento Para Facilitar el Diagnóstico de una Situación de Irregularidad Social: sus Posibles Líneas de Tratamiento*". Colegio de AA:SS: de Chile, Consejo General. Seminario Nacional de S.S. Profesional. M.S:I:, Octubre, 1977.
- 5.- **Barros De Del Piano, Victoria** "*Pauta para el Diagnóstico de la Irregularidad*", Rev. de Trabajo Social N° 30. Enero-Abril, 1980. P.U.C. de Chile.
- 6.- **Adam, Margarita Y Liliana Salazar** "*Estudio sobre un Instrumento de Diagnóstico para M.S.I.*" Rev. de Trabajo Social N° 36, 1982. P.U.C. de Chile.
- 7.- **Leiva Leiva, Mireya** "*Diagnóstico Social de M.S.I.*" Rev. de Trabajo Social N° 49. Mayo-Agosto, 1986.P.U.C. de Chile.

Capítulo VI

PROTOCOLO DE ALTERACIONES CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Mario Hernán Quiroz Neira

Introducción

El Socio-Diagnóstico del niño contempla el estudio de las alteraciones conductuales por parte del evaluador, requiriéndose de procedimientos e instrumentos específicos que otorguen solvencia científica a esta finalidad.

Es casi imposible concebir un Diagnóstico Social del niño que no concluya con una sugerencia técnica. Muchas veces el plan de tratamiento a los problemas de niños y adolescentes se ve entorpecido por la falta de instrumentos que ayuden a los Asistentes Sociales a realizar un acertado diagnóstico, sobre todo a nivel de la conducta.

Esta deficiencia, ya sea a nivel clínico o poblacional, podría solucionarse si los Asistentes Sociales hiciéramos un esfuerzo por observar la conducta a través de un instrumento que permitiera clasificar la alteración de un niño o de un grupo poblacional de niños en una escala que indicara algún nivel de gravedad en un continuum. Esta clasificación de la alteración conductual permitiría a los AA.SS del área de la infancia y la familia saber en qué situaciones sugerir o ejecutar determinadas medidas en favor del niño y, además, establecer un sistema de registro que permitiera comparar el avance o retroceso en la

conducta. Además, el disponer de un instrumento conocido por todos, nos ayudaría a tener un vocabulario unificado y a establecer formas de comunicación más expeditas.

El presente trabajo se inserta en un esfuerzo investigativo iniciado en el año 1980, lo que coincide con el inicio de la práctica clínica del autor en el área de la infancia y la familia, y cuya finalidad ha sido estudiar la forma de observar la realidad del niño, no sólo para diagnosticarla, sino también para comprenderla y tratarla.

La construcción del protocolo "PACNYA" constituye la primera manifestación de esta iniciativa. Este instrumento, facilitó el ejercicio clínico del autor en el segundo Juzgado de Letras de Menores de Concepción - Chile y permitió la investigación de las alteraciones conductuales en niños y adolescentes del "Centro del Adolescentes: Dra. Obdulia Jiménez Troncoso", y en la Clínica de Trabajo Social de la Universidad de Concepción.

El objetivo de este trabajo es contribuir con el área de la infancia y la familia presentando un instrumento para evaluar las alteraciones conductuales en niños y adolescentes, basándose en la escala PACNYA y proponerlo como un procedimiento para abordar esta temática a través de la entrevista estructurada. Además, se pretende contribuir a homogeneizar criterios de clasificación y de derivación de niños que presenten alteraciones conductuales.

I. CONCEPTO Y UTILIDAD.

El protocolo de alteraciones conductuales de niños y adolescentes, corresponde a un instrumento de evaluación cualitativa de los aspectos conductuales atípicos o desviados, relacionales y de adaptación social de niños y adolescentes. Comprende la adaptación individual a la cultura social del medio en el cual está inserto, en el contexto intra y extrafamiliar.

Específicamente está destinado a conocer el comportamiento adaptativo a las normas sociales y legales y la adecuación a las

situaciones de la vida cotidiana. Permite además, visualizar el desarrollo de estas conductas atípicas, desviadas o desadaptativas en el contexto evolutivo psicosocial, de las etapas de la infancia, adolescencia inicial, media y tardía.

Su finalidad principal es indagar la conducta, en cuanto presenta una alteración de la norma "media", "típica" o "regular", es decir, un alejamiento del patrón de conducta que practica la mayoría de los miembros de la sociedad. De esta manera, el comportamiento alterado o desviado, que se pretende clasificar, es un continuum que puede ir desde una leve transgresión a las normas de convivencia, que tienen una baja valoración social, hasta una transgresión que atente o elimine uno de los bienes más preciados o valorados en cualquier sociedad: una vida humana.

Pero, ¿Cuál es la finalidad de establecer un sistema de clasificación de la conducta?. Se estima que no puede existir una clasificación preestablecida que signifique asignación automática de un castigo según la transgresión o infracción cometida, ya que ello sería contradecir los principios tutelares o proteccionales del Derecho de Menores. Por consiguiente, un modelo de clasificación conductual para niños, debe estar concebido para buscar la mejor alternativa de protección para el propio niño. En este sentido, es importante recordar lo que el profesor de Derecho Procesal de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, señor Juan Pomes A., que dice: *"...los procedimientos civiles nacen para que el Juez haga justicia entre partes; el procedimiento y los Jueces penales, para hacer justicia a la sociedad, que es la que se ve afectada por la infracción penal, y el procedimiento de menores y los jueces de menores para hacerle justicia al niño, no a la sociedad, sino al niño..."* ("Procedimiento en los Tribunales de Menores y Familia.").

Consecuente con este principio, dice Mireya Leiva, : *"... se estima que las transgresiones o infracciones cometidas por el menor (vagancia, hurto, robo, homicidio, etc.) no deben ser considerados desde el punto de vista del "daño" que producen a la sociedad o del "riesgo" que en ese momento representan para ella, sino como un*

indicador del grado de alteración que presenta su patrón de conducta...".

En la construcción del protocolo se encuentran implicados una serie de conceptos y principios relacionados con el grado de adherencia a las normas sociales y legales y con el grado de significado que éstas tienen para el individuo y para la sociedad en que éste vive. Asimismo, implica la consideración del nivel de aceptación y cumplimiento del Control Social, como un mecanismo establecido por la sociedad para mantener la conformación de los individuos con las pautas de comportamiento.

Las tres áreas de clasificación que contempla, representan un intento por discriminar el nivel de gravedad del repertorio conductual del niño y que se expresan en la ejecución de alguna conducta como manifestación adaptativa. Entrega una apreciación conceptual global del comportamiento adaptativo del niño, reduciéndose a un indicador de carácter cualitativo. Por lo tanto su aplicación no implica un cómputo numérico, sino más bien, la configuración de una impresión clínica, sintetizada en un concepto operacional.

Las conductas que contempla cada categoría han sido ordenadas de acuerdo a un coeficiente de gravedad y representan un intento de ir observando progresivamente cómo se pueden presentar los episodios conductuales del niño, configurando finalmente un perfil adaptativo, que colocado en un contexto temporo-espacial determinado, resulta desadaptativo, considerando los elementos de universalidad, presión social y valoración social.

El Diagnóstico arrojado por el protocolo constituye uno de los antecedentes que considerará el clínico para diseñar las estrategias de orientación, educación y de tratamiento social del niño, ya sea a nivel intrafamiliar o institucional. Sus resultados serán consignados en el Informe Social del Niño, específicamente en el rubro "Impresión Clínico-Social" en forma descriptiva y, en la denominada "Síntesis Diagnóstica", reduciéndolo a una frase precisa y categórica. Lo anterior permitirá fundamentar el concepto que lo precede.

Finalmente, el protocolo sirve para obtener una impresión del impacto que el medio Socio-Familiar de socialización ha provocado en el niño, adhiriéndose de esta forma a la consideración circular de la causalidad, que otorga un rol significativo al contexto estructural-relacional y apartándose, en consecuencia del modo lineal de interpretar las experiencias del niño, como el conjunto de instrumentos que contempla el Socio-Diagnóstico.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO.

- 1.-** Clasificar la conducta del niño de acuerdo con un índice arbitrario de gravedad.
- 2.-** Establecer diferencias conductuales individuales entre un niño y otro.
- 3.-** Abordar la temática conductual del niño en la entrevista estructurada a través de un procedimiento ordenado.
- 4.-** Estimar un índice cualitativo de la variación que puede experimentar la conducta de un niño determinado en el contexto intra y extra familiar.
- 5.-** Analizar el comportamiento del niño en su ciclo vital y observar los avances y retrocesos del repertorio conductual.
- 6.-** Disponer de un antecedente más para seleccionar la estrategia de tratamiento más adecuada para el niño.

Los resultados del PACNYA se expresan en tres categorías que permiten ubicar la conducta del niño en:

1.1. Niño de Difícil Manejo Conductual.

1.2. Niño o Adolescente Portador de Alteraciones Leves de Comportamiento.

1.3. Niño o Adolescente Portador de Alteraciones Graves del Comportamiento

1.1.-NIÑO DE DIFÍCIL MANEJO CONDUCTUAL

Término que se utiliza para designar a los infantes que a nivel intrafamiliar y/o en el contexto de la educación preescolar, desarrollan conductas que son consideradas de difícil manejo por sus padres, profesores y/o tutores. Es un conjunto de conductas desadaptativas desarrolladas por el niño en forma más o menos frecuente, que configuran un síndrome que se reconoce bajo la denominación de "Niño Dificil".

De acuerdo con los alcances del concepto, los niños difíciles son así por carácter congénito y son considerados como difíciles de criar, provocando la irritabilidad de sus padres, quienes se sienten culpables e incapaces de manejarlos, por lo que recurren a la orientación profesional.

Los niños difíciles pueden crear tensiones matrimoniales, conflictos intrafamiliar es, problemas entre los hermanos y, con el tiempo, pueden llegar a presentar sus propios problemas emocionales. Sin embargo, pueden convertirse en niños positivos, entusiastas e inclusive en individuos muy creativos, si sus padres y/o tutores aprenden a comprenderlos, a manejarlos adecuadamente y a controlar las condiciones medio-ambientales que les favorecen.

El repertorio conductual para abordar esta categoría diagnóstica, considera un total de veinte conductas como posibilidades a desarrollar por un niño. Es comprensible que, para catalogar al niño como difícil de manejar, es necesario que el diagnóstico se realice sobre la base de un conjunto de conductas que configuran el perfil del comportamiento habitual del niño, frente a determinadas condiciones medio-

ambientales. Además, es recomendable que este complejo de conductas tenga cierta permanencia en el tiempo, por lo que es conveniente insinuar a los padres que observen al niño en un lapso no inferior a 10 días. En su relato, seguramente los padres dirán que tienen dificultades para criar a su hijo, se sienten frustrados y han perdido autoridad.

1.2.-ALTERACION LEVE DEL COMPORTAMIENTO.

Término que también se denomina desajuste conductual. Se aplica al niño que transgrede las normas que la sociedad impone a la minoridad, al que comete hechos constitutivos de falta y al niño que no se adapta al marco normativo del hogar que las disciplinas de la conducta consideran como adecuado.

Considerando la clasificación de los delitos del código penal Chileno, las faltas corresponden a las más leves infracciones o de menor consideración que puede cometer un sujeto.

Un niño que presenta desajustes conductuales, tiene dificultad o incapacidad de adaptarse o integrarse al medio ambiente social. Es decir, su comportamiento no transgrede las normas legales, aunque sí transgrede las normas que la sociedad ha establecido y que no están oficializadas o formalizadas: Las Normas Sociales.

El Protocolo considera 13 conductas que describen la alteración leve del niño, más una alternativa para que el Clínico por su propio discernimiento pueda ponderar como leve una determinada conducta que el repertorio no contempla. En otras versiones del PACNYA se incluía en la categoría de alteración leve al hurto. Sin embargo, a contar de la versión del año 1992, tal conducta es ponderada como grave, a pesar que constituya una falta.

Un niño portador de alteraciones leves, desarrolla conductas que no alcanzan a dañar a las personas ni a las cosas, pero se comporta de modo desordenado y arbitrario y se expone a situaciones y a ambientes

cada vez más perjudiciales para él, que lo hacen susceptible de adquirir otras conductas desadaptativas.

Paulatinamente se va desligando del ambiente protector-educativo que le otorga la familia y la escuela, para participar en episodios arbitrarios en la calle. Así, acusa una situación escolar alterada y trastorno de la conducta escolar, para posteriormente dedicarse a actividades francamente callejeras como son la vagancia y la mendicidad.

1.3.-ALTERACIÓN GRAVE DEL COMPORTAMIENTO.

Término que también se denomina conflicto con la Justicia. Se aplica al niño que transgrede las normas legales o explícitas de la sociedad y que serían calificadas de crímenes o simples delitos si esos mismos hechos o actos hubiesen sido realizados por sujetos con plena responsabilidad penal.

El instrumento contempla 20 conductas que permitirán el diagnóstico del niño como portador de alteraciones graves del comportamiento. Además, igual que la categoría anterior, se considera la posibilidad de registrar alguna conducta grave atípica. Se insiste en que el hurto fue ubicado arbitrariamente en esta categoría.

II.- METODOLOGÍA DE APLICACIÓN.

La utilización se hace a través de la entrevista y es de aplicación individual. No está diseñado para ser auto-administrado. Con la finalidad de facilitar su aplicación el repertorio conductual está agrupado en categorías de acuerdo con un orden de semejanza de contenido. Se estima que lo anterior permitirá al clínico administrar el protocolo más fluidamente, ya que podrá abordar la entrevista ordenadamente de acuerdo a ciertas áreas temáticas coherentes.

Es importante tener en cuenta que las conductas que contempla cada categoría del protocolo, sólo sirven para indicar la idea central de cada una y orientar el abordaje de la temática por parte del entrevistador, pero será éste quien deberá elaborar detalladamente y como mejor convenga al contexto, la pregunta específica. Lo anterior exige que el clínico estudie el protocolo detenidamente, de manera que determine la mejor forma de aplicarlo y seleccione las preguntas que realizará considerando los antecedentes personales que maneja del niño en particular. Por lo tanto, él decidirá cuándo una categoría diagnóstica será investigada y darle crédito o no a determinada conducta. Se entiende, entonces, que no todas las conductas del repertorio propuesto, serán indagadas en el niño, a menos que se tengan antecedentes que ameriten clarificarlos, ampliarlos, conformarlos, y/o refutarlos.

Conviene recordar que el PACNYA es un instrumento de clasificación arbitrario, de orden cualitativo, de manera que su cómputo no es de carácter numérico, sino más bien conceptual. Por consiguiente, el clínico deberá conducir su entrevista de manera de extraer del entrevistado la mayor cantidad de detalles relacionados con el comportamiento del niño en diferentes ámbitos, que proporcionen, una estimación más o menos verdadera de la presentación, modo, persistencia y gravedad de la conducta. Por lo anterior, también es admisible que el clínico se apoye en antecedentes de otros informes que lo ayudarán a completar su concepto.

El protocolo está diseñado para ser administrado a infantes y adolescentes. Cuando nuestro sujeto de diagnóstico es un niño pequeño (menor de 6 años de edad), se aplica directamente a los padres y/o tutores. Para el caso de escolares y adolescentes es admisible la aplicación personal al niño a través de una entrevista estructurada. En estos casos es recomendable que el protocolo sea respondido, además, por una persona adulta que conozca al niño y su situación; Padres y/o tutores de quienes se obtendrá información de primera fuente, o se corroborarán los resultados de la entrevista del niño. En cualquiera de los casos es recomendable que la persona entrevistada corresponda a alguien directa y personalmente familiarizada con la persona del niño,

como podrían ser sus padres, hermanos, tíos o abuelos; guardadores, tutores, profesores o supervisores, cuando se trata de niños institucionalizados. Por consiguiente, muchas veces el niño evaluado no requiere estar presente durante la entrevista, ya que el informante actúa en su representación. No obstante, la impresión clínica más ajustada a su realidad conductual, será aquella que contemple la entrevista y observación al propio niño.

III.- PROCEDIMIENTO GENERAL DE APLICACIÓN.

3.1.- El clínico comenzará por llenar el recuadro destinado a la identificación. Se debe indicar el nombre completo del niño, fecha de nacimiento, sexo y escolaridad.

Deberá colocarse la fecha exacta en que se aplica el instrumento. Lo anterior servirá a los AA.SS para hacer análisis prospectivos y retrospectivos. Los resultados actuales podrán ser considerados como un índice importante para observar la evolución del cuadro conductual del niño durante un intervalo de tiempo determinado.

Finalmente en este rubro se debe consignar el nombre del evaluador.

3.2.- Posteriormente es recomendable que el clínico se ubique presuntivamente en el contexto socio-familiar y económico del niño y conozca el grado de experiencias vitales que este tenga. Para conseguir este objetivo se debe iniciar la entrevista haciendo algunas preguntas sobre sus antecedentes familiares y su situación de hecho. Ayudarán también a conseguir esta finalidad la revisión de los antecedentes que se tienen del niño y su impresión clínica.

No obstante, por regla general, se recomienda que la administración del protocolo sea realizado posteriormente a la aplicación de otros instrumentos del Sociodiagnóstico, como son

la matriz del Diagnóstico Familiar Sociológico y el índice de Graffar.

Una vez realizado este paso el evaluador tiene una idea aproximada del ambiente en el cual se desenvuelve el niño, de su N.S.E. y de su repertorio de experiencias de vida, por lo que sólo entonces podrá iniciar la aplicación del protocolo.

3.3.- Después de obtenida dicha impresión, el clínico se ubicará en el contexto del desarrollo evolutivo del niño. Teniendo ya su edad cronológica, seleccionará la columna que corresponde al grupo etareo al cual pertenece. Lo anterior, también ayudará al evaluador a discriminar la categoría diagnóstica que indagará, es decir si está evaluando a un adolescente medio, no tiene por qué hacer preguntas relacionadas con el "Niño Difícil", a menos que el análisis sea retrospectivo.

3.4.- Se admite que el evaluador pueda pasar de una categoría a otra retrocediendo o avanzando en el repertorio de acuerdo a las informaciones proporcionadas por el informante, siempre y cuando no se desvíe la temática, aprovechando de este modo evaluar más de una categoría a la vez. Lo anterior es admisible, ya que la secuencia es sólo con fines de conveniencia, pero el clínico puede emplear el orden que le parezca más práctico.

3.5.- Los registros de las respuestas se hacen en el mismo protocolo marcando una X en la columna que corresponda a la edad frente a la conducta registrada por el niño. Cuando se requiere ahorrar material, se podrán efectuar las anotaciones de los resultados parciales que se van obteniendo, en otra hoja, en cuyo caso será de utilidad consignar sólo el número correspondiente. Conviene recordar que el número que está antepuesto a la conducta no significa que estamos asignando un valor a la misma, sino una forma de identificarla.

3.6.- Para los casos de los números 4, 5 y 11 de la categoría: "alteraciones leves"; 3 y 12 de la categoría "alteraciones graves" se

ha descrito la conducta en varias alternativas que son la expresión operacionalizada de dicha alteración. En estas situaciones el clínico marcará una "X" en la columna etarea que corresponda al concepto grueso de la conducta y, además, se preocupará de registrar en el recuadro la forma como se expresa dicha conducta. Lo anterior servirá para describir más detalladamente la alteración en el Informe Social del Niño, específicamente en el rubro Impresión Clínica.

3.7.- La Socialización de la Conducta.: Una vez que se tiene claro el grado de alteración de la conducta del niño, se conozcan sus antecedentes y las circunstancias en que se desarrolla la conducta, se debe indagar si la transgresión cometida es un hecho circunstancial, fortuito o si obedece a una forma habitual de comportamiento. Es recomendable manejar los conceptos de Conducta Infrasocializada para el caso de un episodio no habitual en el niño, y de Conducta Socializada, para aquella conducta arraigada en su repertorio.

PACNYA

PROTOCOLO DE ALTERACIONES CONDUCTUALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Mario Hernán Quiroz Neira

NOMBRE DEL NIÑO:
FECHA DE NACIMIENTO: SEXO:
ESCOLARIDAD: FECHA DE APLICACIÓN
NOMBRE DEL EVALUADOR:

REPERTORIO CONDUCTUAL	INFANCIA	Adolescencia Inicial 10-12 años	Adolescencia Media 13-16 años	Adolescencia Tardía 17-20 años
I. EL NIÑO DIFÍCIL				
1.- RABIETA				
2.- AGRESIVO				
3.- HIPERACTIVO				
4.- AMURRADO				
5.- MENTIROSO				
6.- MELANCOLICO				
7.- INACTIVO				
8.- DESAFIANTE				
9.- Oponente				
10.- TESTARUDO				
11.- VERGONZOSO				
12.- EXIGENTE				
13.- QUEJUMBROSO				
14.- INTERRUMPE				
15.- INTRUSO				
16.- EXPRESIONES VERBALES DE ENOJO				
17.- MALOS MODALES				
18.- EGOÍSTA				
19.- COMPORTAMIENTO FRENÉTICO				
20.- IMPULSIVO				

S.D.N. 01/1993

REPERTORIO CONDUCTUAL	INFANCIA	Adolescencia Inicial 10-12 años	Adolescencia Media 13-16 años	Adolescencia Tardía 17-20 años
II. Alteraciones Leves				
1.- INADECUACIÓN AL ROL SEXUAL				
2.- DESADAPTACIÓN MARCO NORMATIVO				
3.- DISCIPLINA ARBITRARIA				
4.- SITUACIÓN ESCOLAR ALTERADA				
<input type="checkbox"/> - Mal rendimiento <input type="checkbox"/> - Repitencia <input type="checkbox"/> - Ausentismo, cimarra	<input type="checkbox"/> - Sin escolaridad <input type="checkbox"/> - Deserción, abandono <input type="checkbox"/> - Atrasado en edad			
5.- TRASTORNO CONDUCTA ESCOLAR				
5.1 - Manifestación del trastorno				
<input type="checkbox"/> - Bajo umbral de concentración <input type="checkbox"/> - Desordenado-molesto <input type="checkbox"/> - Grosero-contestador	<input type="checkbox"/> - Peleador <input type="checkbox"/> - Irreverente <input type="checkbox"/> - Irrespetuoso			
5.2 - Merecedor de sanciones				
<input type="checkbox"/> - Citación <input type="checkbox"/> - Castigo frecuente <input type="checkbox"/> - Comunicación	<input type="checkbox"/> - Anotación <input type="checkbox"/> - Suspensión <input type="checkbox"/> - Expulsión			
6.- LLEGADA AL HOGAR EN HORAS LÍMITES				
7.- NO LLEGA AL HOGAR POR LA NOCHE				
8.- ABANDONO DE HOGAR				
9.- VAGANCIA				
10.- MENDICIDAD				
11.- ACTIVIDADES PSEUDOLABORALES				
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Tipologías de trabajo infantil</p> <p> <input type="checkbox"/> - Pasar el paño a los zapatos (no siendo lustrabotas) <input type="checkbox"/> - Recolector de papeles y cartones <input type="checkbox"/> - Acarrea agua en el cementerio <input type="checkbox"/> - Carga y descarga de camiones <input type="checkbox"/> - Trabajo en supermercado <input type="checkbox"/> - Pescador artesanal <input type="checkbox"/> - Vendedor ambulante <input type="checkbox"/> - Servicio doméstico <input type="checkbox"/> - Fletes </p> <p> <input type="checkbox"/> - Jardinero <input type="checkbox"/> - Artista callejero <input type="checkbox"/> - Cuidador de autos <input type="checkbox"/> - Chinchorrero </p> </div>				
12.- EMBRIAGUEZ ESPORÁDICA				
13.- FUMA SIN AUTORIZACIÓN PARENTAL				
14.- ALTERACIÓN CONDUCTUAL ATÍPICA				

S.D.N. 01/1993

REPERTORIO CONDUCTUAL	INFANCIA	Adolescencia Inicial 10-12 años	Adolescencia Media 13-16 años	Adolescencia Tardía 17-20 años
III. ALTERACIONES GRAVES				
1.- DESORDEN PÚBLICO				
2.- HURTO				
3.- ROBO				
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> - Cogotero, Asaltante <input type="checkbox"/> - Perrero <input type="checkbox"/> - Lanza / Lanceo <input type="checkbox"/> - Gato <input type="checkbox"/> - Achorro <input type="checkbox"/> - Zalamero <input type="checkbox"/> - Mechero <input type="checkbox"/> - Monrero </div>				
4.- DAÑOS / LESIONES				
5.- ABIGEATO				
6.- ESTAFA				
7.- EXTORSIÓN				
8.- FALSIFICACIÓN				
9.- SECUESTRO / RAPTO				
10.- INJURIA CALUMNIA				
11.- ALCOHOLISMO				
12.- DROGADICCIÓN				
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> - Elaboración, fabricación, preparación o extracción de sustancias estupefacientes <input type="checkbox"/> - Consumo de sustancias estupefacientes <input type="checkbox"/> - Inducir, promover o facilitar el uso o consumo de sustancias estupefacientes </div>				
13.- PROSTITUCIÓN				
14.- ABORTO				
15.- VIOLACIÓN				
16.- ABUSOS DESHONESTOS				
17.- ESTUPRO				
18.- SODOMÍA				
19.- VIOLACIÓN SODOMICA				
20.- HOMICIDIO				
21.- ALTERACION CONDUCTUAL ATÍPICA				

S.D.N. 01/1993

Instructivo para el Niño Difícil.

- 1.- Rabieta:** Hace rabietas; pataletas; tiene llanto excesivo; se bota al suelo; grita; llora, patalea.
- 2.- Agresivo:** Niño violento, peleador; empuja a los demás, golpea, pateo y muerde a otros niños e incluso a los adultos; es impulsivo.
- 3.- Hiperactivo:** Niño inquieto; bajo umbral de concentración; distraibilidad, extrema actividad pobremente organizada y regulada. Agresiones y frustraciones de los estados de ánimo. Dificultad para mantener la atención.
- 4.- Amurrado:** Se amurra, se taima. Asume actitud de mutismo selectivo.
- 5.- Mentiroso:** Mentira inocente. Mentira determinada por la fantasía. Mentira delictiva.
- 6.- Melancólico:** Niño triste, con añoranza. Lloro con tristeza, sin rabia, suspiros profundos.
- 7.- Inactivo:** Se muestra fatigado. No quiere levantarse. Es catalogado como flojo.
- 8.- Desafiante:** Hace lo que él quiere. Nunca hace caso a lo que le dicen. Hace exactamente lo contrario de lo que se le pide.
- 9.- Oponente:** Se niega a escuchar. No obedece órdenes. Se demora para todo. Siempre tiene una excusa.
- 10.- Testarudo:** Tiene que salirse con la suya. No tolera que se le diga que no. Es voluntarioso.
- 11.- Vergonzoso:** Muy tímido. Tomado de la falda de la mamá (fácilmente llamado "apollorado") Siempre esconde la cara. Se retrae (no saluda a las visitas, se esconde).
- 12.- Exigente:** De gustos muy particulares. Caprichoso. Solamente quiere ciertas cosas (si no es helado de chocolate, no quiere otro). Muy difícil de darle en el gusto. Exigente en los detalles que nadie más nota.
- 13.- Quejumbroso:** Se queja mucho. Pone mala cara por todo. Gime. Nunca está contento.

- 14.- Interrumpe:** Interrumpe conversaciones de los adultos. No deja hablar por teléfono. Contradice las afirmaciones de los adultos.
- 15.- Intruso:** Invade la intimidad. Se mete en el dormitorio de los Padres.
- 16.- Expresiones** verbales de Enojo: Usa malas palabras. Insulta a las personas, aún a los adultos. Grita.
- 17.-Malos modales:** Se porta mal en la mesa. Impertinente, Irrespetuoso, contestador, les quita los juguetes a otros niños. Es grosero.
- 18.- Egoísta:** No comparte juguetes con los demás. Dice: "esto es mío".
- 19.- Comportamiento Frenético:** Se sobreexcita. Se agita fácilmente. Crea alboroto, desorden. Puede ser destructivo, tira o rompe cosas.
- 20.- Impulsivo:** Pierde el control, estalla por pequeñeces, no puede controlarse.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Alvarez, M.:** *"La Familia en Riesgo"* Ed. Universitaria, Stgo. 1988.
- 2.- **Leiva, M.** *"Diagnóstico Social de Menores en Situación Irregular."* Revista Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. N° 49.19: 26, Stgo. 1986.
- 3.- **Leiva, M.** *"Manual de Procedimiento Para el Desarrollo de la Función Diagnóstica de Servicio Social en el Campo de Acción del Menor en Situación Irregular"*. Documento Ministerio de Justicia, SENAME, Stgo. 1985.
- 4.- **Quiroz, M. H.** *"Apuntes Seminario -Taller: El Sociodiagnóstico del Niño: Un Enfoque Clínico para el Servicio Social con Infantes"*. Universidad de Concepción, Dirección de Extensión, 1992.
- 5.- **Sierra Bravo, R.** *"Técnicas de Investigación Social"* Editorial Pacífico, Madrid, 1985.
- 6.- **Turecki y Col.** *"El Niño Difícil"*. Editorial Norma. Bogotá, 1985.