

ESPACIO ABIERTO

## Modelos y enfoques en intervención familiar

## Models and focuses in the family intervention

**M.<sup>a</sup> Luisa MÁIQUEZ CHAVES y Carmén CAPOTE CABRERA**

Universidad de La Laguna. Tenerife

### RESUMEN

*Ser padres es una tarea evolutiva muy compleja en la que se conjuga la reflexión con la toma de decisiones en planos de actuación muy diferentes. Supone poner en marcha una gran variedad de registros, que en muchas ocasiones no se tienen, dada la diversidad tanto de las situaciones cotidianas en las que se aplica como de las personas que intervienen. Es por todo esto por lo que cada día se incrementan las demandas de ayuda y asesoramiento.*

*El interés por delimitar las distintas maneras de abordar la intervención familiar, ha generado una serie de propuestas que organizamos a través de los modelos clínico, educativo y comunitario. Dicha intervención debe contar con diversidad de enfoques e instrumentos flexibles. Se trata de que los diferentes equipos coincidan en los aspectos fundamentales de la intervención: uso de una misma metodología, similar planificación y gestión de recursos, coordinación de programas y de actuaciones que se deriven de ellos.*

### PALABRAS CLAVE

*Intervención familiar; Modelos de intervención*

### ABSTRACT

*To be parents is a very complex evolutive task in which should be conjugated the reflection with the making of decisions in very different performance levels. It supposes to start a great variety (of registers that in many case are not given due the diversity of daily situations) and the people interveners. For this reason we have an increasing demand for help and advise.*

*The interest to limit the different ways to approach the family intervention has generated*

*a series of proposals that we have organised through the Clinical, Educative and Community models. This intervention should rely on the diversity of focuses and flexible instruments. The different teams should coincide in the fundamental aspects of the intervention: use of the same methodology, similar planning and use of resources, co-ordination of programs and the performance derived from them.*

#### **KEY WORDS**

*Family intervention, models of intervention.*

A lo largo de la historia, la organización familiar, sus funciones y sus competencias, ha ido cambiando. Podemos decir que la familia está en constante estado de transformación lo cual hace que para ciertos sectores esté en crisis. Lo que si está claro es en los últimos años ha sufrido cambios en su aspecto demográfico, organizativo y estructural de lo cual parece ser responsables entre otros factores: la inserción de la mujer en el ámbito laboral, la permanencia prolongada de los hijos en casa de los padres y los intentos de instalar en la dinámica familiar un estilo democrático (Alberdi, 1992; Flaquer, 1998).

A estos cambios históricos y generacionales habría que añadir los propios cambios que sufren las familias como contextos de desarrollo (Rodrigo y Palacios, 1998). Las circunstancias que rodea el ciclo familiar, como por ejemplo: el nacimiento de los hijos, el ingreso a la escuela, su adolescencia, el alejamiento del hogar etc., son retos sucesivos que ponen a prueba la capacidad

de la familia para adaptarse a nuevas situaciones.

Además, la tarea de ser padres encierra, en sí misma una gran complejidad. Son ellos los encargados de controlar y regular el proceso socializador de adquisición de normas y valores culturales que le van a permitir al niño su desarrollo. Además, deben crear un escenario de aprendizaje donde el niño encuentre una serie de interacciones educativas que le ayuden en su desarrollo y que, además le proporcionen un currículum educativo, organizando actividades cotidianas para que aprenda una serie de conocimientos sobre el mundo (Rodrigo y Acuña, 1998). En estos escenarios los padres no reaccionan de forma azarosa ante el comportamiento de los hijos, por el contrario, las acciones que despliegan vienen protegidas por una serie de concepciones previas, que denominamos teorías implícitas. Estas teorías les resultan necesarias para interpretar lo que ocurre en la vida familiar y concretamente en la evolución de sus hijos,

proporcionando la estabilidad y continuidad indispensable para el desarrollo de los niños, aunque por su carácter implícito no les permite acceder a ellas con facilidad para explicar lo que hacen, por qué lo hacen y para qué lo hacen (Palacios, Hidalgo y Moreno, 1998; Rodrigo, 1993).

Por todo ello, creemos que ser padres es una tarea evolutiva muy compleja en la que se conjugan la reflexión con la toma de decisiones en planos de actuación muy diferentes. Supone poner en marcha una gran variedad de registros, de los que se carece en muchas ocasiones, dada la diversidad de situaciones cotidianas en las que se aplica y las personas que intervienen en éstas (Máiquez, Rodrigo, Capote y Vermaes, 2000). No es de extrañar, por tanto, el incremento de demandas de ayuda y asesoramiento que existe en la actualidad. Desde los organismos oficiales crece el interés en proporcionar los conocimientos necesarios a todas aquellas personas que interactúan con el niño y la tendencia hacia la atención comunitaria, con los servicios a las familias (Vila, 1998).

Así se han ido creando desde diferentes ámbitos profesionales, equipos adecuados para cubrir esta demanda. En concreto, la Ley de Atención Integral a los Menores (1/97, de 7 de Febrero), del Gobierno Autónomo de Canarias, otorga importantes competencias en este sentido a los Ayuntamientos, Cabildos y Gobierno Autónomo. Por ejemplo, desde la mencionada Ley, se solicita a los Ayuntamientos que desarrollen programas de apoyo a la familia, con actuaciones destinadas al fomento de la solidaridad y cooperación social, programas de detección e investigación de familias con problemas, programas de apoyo para familias en situación de preriesgo o para familias en situación de riesgo. Además deben generar programas de apoyo a la

familia para la reunificación y la normalización de la convivencia. También es competencia de los Ayuntamientos la creación y fomento de escuelas de información y formación de quienes ejerzan o puedan ejercer funciones parentales y de los menores, es decir, la prevención primaria.

Son los equipos multiprofesionales, en una labor interdisciplinar, los que deben desempeñar estas tareas y por ello se trabaja en la creación de servicios sociales comunitarios y especializados, que atiendan a las familias (Vega, 1997). La intervención desde un marco interdisciplinar supone la aceptación de una cultura organizativa interprofesional, en la que cada miembro del equipo aporta los conocimientos propios de su especialidad y que además realizan una serie de acciones integradas y coordinadas. Como paso previo, se debe partir de un conocimiento negociado sobre las funciones y roles de los profesionales que configuran el equipo (Monereo y Solé, 1996).

Pero, como señala Castillo (1997), estos equipos no son simples estructuras o mecanismos dispuestos a resolver los problemas que se les demanda. Realmente constituyen una red muy compleja, en la que se combina la interacción cooperativa con los desacuerdos (Mauri, 1996) y, en muchas ocasiones el conflicto. Para conocer esta realidad hay que introducirse en ella y contemplar las circunstancias en que se desarrolla el trabajo.

Un proyecto de formación y asesoramiento que coordinamos, financiado por la Dirección General de Protección del Menor y la Familia del Gobierno Autónomo de Canarias, en varios Ayuntamientos de la isla de Tenerife, nos puso en contacto con esta realidad. Así pudimos observar cómo los equipos municipales presentaban enormes diferencias entre sí en lo que concierne al número

de componentes, la titulación y la manera de "hacer" en su trabajo: por ejemplo, en uno de ellos se pudo comprobar que existía un buen equipo (formado por Psicólogo, Pedagogo, Trabajador Social y Educador), trabajando en un contexto de colaboración y con una buena dotación. En otro se tendía a definir la autonomía de los profesionales dividiendo el trabajo en especializaciones. En concreto era el psicólogo, único miembro del equipo con contrato fijo, quien se mantenía al margen de éste, con un status especial y realizando una labor clínica. En estos casos, resulta muy difícil la coordinación, la comunicación y la definición de límites profesionales. Este tipo de organización se da en la actualidad en muchos servicios sociales. Finalmente, observamos en otro Ayuntamiento que existía un nutrido equipo de trabajo (Psicólogo, Pedagogo, 2 Trabajadores Sociales, Educador y Abogado), pero pudimos comprobar la existencia de grandes conflictos internos ya que fallaba la comunicación y la armonía afectiva entre ellos. Esto nos obliga a detenernos en el "ser profesional".

Sin duda, la postura que adopta el profesional viene determinada por los conocimientos y estrategias que le aportan una perspectiva u orientación teórica concreta. Tanto la exploración como la intervención estarán marcadas por las pautas de esa teoría de referencia, es decir, los marcos referenciales teórico-prácticos que constituyen su identidad como profesional y las pautas técnico-prácticas que normalmente suelen ir asociadas a él.. Por ejemplo, cuando se entiende a la familia como individuos aislados con desarrollos independientes, los déficits detectados se asocian a las capacidades o competencias de los distintos miembros de la familia. Desde una perspectiva más contextual, las interacciones que se establecen entre los miembros de la unidad familiar serán las responsables de las dificulta-

des familiares. Pero todos estos conocimientos pasan por el filtro personal. Como indica Vega (1997), detrás de cada respuesta profesional existe una historia personal, con su bagaje de acciones, creencias y emociones, en la que resulta muy significativa su familia de referencia y su red social amplia. La interpretación que realice el profesional dependerá también del contexto en que se lleva a cabo la intervención: el ámbito de actuación (centros escolares, servicios sanitarios, servicios sociales,...), las oportunidades de formación y supervisión con los equipos de trabajo o en los contactos con otros profesionales embarcados en la misma tarea, el estilo organizativo de la institución a la que se pertenece y la situación laboral (condiciones de trabajo, recursos, contratos...).

Este profesional, que hemos caracterizado, se encuentra en constante interacción con el cliente o usuario que presenta unas características familiares y personales determinadas: de estructura, de funcionamiento, problemática... a las que se tiene que acoplar. Diseñar la fórmula apropiada para cada caso exige al profesional estar en continua búsqueda de alternativas y posibilidades que le permitan abordar esa situación particular con garantías de éxito. Debe reflexionar sobre qué se hace (se trata de prevenir, corregir, compensar...), por qué se hace (los marcos teóricos-conceptuales de referencia) y sobre todo cómo se hace (intervención directa o indirecta, individual o grupal, en el centro o en el domicilio...).

El interés por delimitar las distintas maneras de abordar la intervención familiar ha generado una serie de propuestas que intentaremos organizar a través de los modelos clínico, educativo y comunitario. Tendremos en cuenta en cada uno de ellos, los objetivos y finalidad básica de la intervención, los proce-

dimientos empleados y el papel del profesional.

### **LOS MODELOS EN INTERVENCIÓN FAMILIAR**

Quizás un primer punto a tratar sea situarnos respecto a las definiciones de modelo y enfoque. Ante la diversidad de formas en que se presentan estos términos y, coincidiendo entre otros con Solé (1998), preferimos utilizar el término modelo para referirnos a la descripción de diseños, estructuras o componentes de un proceso de intervención, es decir, el plan o guía de actuación. El término enfoque lo utilizaremos para describir una orientación teórica dentro de un determinado modelo. Se trata de la teoría que subyace a ese modelo. Aunque los enfoques también incluyen las estrategias y procedimientos de intervención, están delimitadas por un marco teórico concreto.

#### **El modelo clínico**

Como señala Ituarte (1994), el término "clínico" remite a la idea de sufrimiento, de conflicto, de malestar que se manifiesta en problemas intrapsíquico e interpersonales. El objetivo de este modelo es el diagnóstico y tratamiento del problema. Intervenciones centradas en la recuperación de problemas de desarrollo y/o aprendizaje detectados en los niños, tratamientos de estados de estrés o ansiedad o en la rehabilitación de alcoholemias, ludopatías, etc.. en los padres, son ejemplos típicos de este modelo.

Generalmente se trata de intervenciones terapéuticas y/o educativas individualizadas (De Paul y Arruabarrena, 1995), centradas en el sujeto y, en concreto, en los problemas que padece, más que el núcleo familiar. Aunque puede

dirigirse el tratamiento a varios miembros del núcleo familiar, como el caso de las terapias diádicas o prescribir desde la posición "experta" determinadas actuaciones para el resto de los miembros de la unidad familiar. Suelen ser intervenciones de, relativamente, corta duración.

Aunque este modelo ha ido cambiando en los últimos años gracias a las teorías constructivistas, en general, se parte de una concepción del desarrollo humano individualista que considera los cambios como producto de mecanismos individuales y cuya relación con el entorno se explica en ocasiones como reactiva y en otras como adaptativa (Monereo y Solé, 1996).

Para seguir este modelo, los conocimientos del profesional deben girar en torno a la psicología del desarrollo, a diferentes teorías sobre la personalidad, al estudio de las diferencias individuales y sobre estrategias de reeducación y psicoterapia (Solé, 1998). En la siguiente tabla podemos observar las características de algunos de los enfoques asociados al modelo clínico (según Álvarez y Bisquerra, 1996; Campanini y Luppi, 1995; Du Ranquet, 1996; Geissler, 1997; Linn y Garske, 1988)

El proceso metodológico que se sigue en el modelo clínico es el estudio de la situación, la realización de un diagnóstico y el establecimiento del tratamiento correspondiente. Entre las técnicas que se utilizan están la entrevista y el "trabajo cara a cara" (Ituarte, 1994).

El profesional se convierte en un experto que ofrece información y las herramientas necesarias para solucionar el problema, en concreto, tiende a ayudar a la persona a comprender mejor su situación y afrontar de una manera menos dolorosa y patológica sus conflictos. Desde el modelo clínico, como describimos en la siguiente tabla, podemos

**CUADRO 1**  
**Características de algunos de los enfoques asociados al modelo clínico.**  
**Characteristics of some of the focus associated to the clinical model**  
**(Alvarez y Bisquerra, 1996; Campanini y Luppi, 1995; Du Ranquet, 1996;**  
**Geissler, 1997; Linn y Garske, 1988).**

<b>Enfoque Conductista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basado en la corriente conductista. Con mezcla de conductismo operante y de social.</li> <li>• Se apoya en la teoría del aprendizaje, entendiéndolo como actividad que modifica de forma duradera las posibilidades del ser humano.</li> <li>• La intervención tiene por objetivo facilitar el cambio o establecimiento de una conducta. Se trata de que desaparezcan los comportamientos negativos o poco pertinentes y que se adopten otros más adecuados, utilizando, en ocasiones, los refuerzos y los castigos para modelar la conducta. También se utiliza el aprendizaje por imitación.</li> <li>• Favorece la conducta observable y no tanto los pensamientos de la persona.</li> <li>• Aunque es un enfoque claro en cuanto a fines y objetivos, se considera al sujeto como ser pasivo. En algunos casos se trabaja con personas significativas del entorno del cliente, “operadores” o “mediadores” de modificación.</li> <li>• No existe una verdadera interacción entre el profesional y el sujeto.</li> <li>• Para muchos autores, más que un enfoque, puede considerarse como una técnica que se puede insertar en diferentes enfoques</li> </ul>
<b>Enfoque de Terapia Familiar Sistémica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surge como un intento de reconciliar los objetivos de integración entre el individuo y el sistema familiar.</li> <li>• Hace referencia a los diferentes subsistemas que forman la familia: conyugal, parental y fraternal. El deterioro de uno de ellos, provoca alteraciones en los otros.</li> <li>• Se dirige a la familia como contexto de relaciones y comunicaciones significativas para el individuo</li> <li>• Se ha aplicado en el campo de la salud mental</li> <li>• El profesional trata de agrupar al mismo tiempo, al individuo y a la familia en el diagnóstico y en el tratamiento.</li> <li>• Los roles familiares son un puente entre los procesos internos del sujeto y las modalidades del grupo familiar.</li> </ul>
<b>Enfoque Psicoanalítico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte de postulados Freudianos</li> <li>• El profesional tiene la misión de ayudar al sujeto a ser más consciente de los conflictos internos que provocan el problema para poder descubrir la solución</li> <li>• Se centra en el diagnóstico psicológico de la personalidad, como fundamento para la intervención del servicio social</li> <li>• Desde este enfoque no se considera la configuración real de la familia. Lo importante son las representaciones interiorizadas de la familia nuclear del paciente.</li> <li>• Algunos derivados de este enfoque son:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Terapia Familiar de inspiración psicoanalítica, que combina los postulados psicoanalíticos, con aspectos de la teoría del aprendizaje, de la teoría de la comunicación y de la etnología.</li> <li>- El Enfoque Diagnóstico o Psicosocial, que incorpora a los postulados Freudianos nociones de la teoría de los sistemas.</li> </ul> </li> </ul>

continuación

<p><b>Enfoque Centrado en el Cliente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surge de la teoría de Carl Rogers.</li> <li>• El concepto de sí mismo y sus percepciones regulan la conducta de un individuo.</li> <li>• Hay que conseguir la autodirección y el funcionamiento pleno del cliente, de forma que se muestre coherente, maduro y abierto a la experiencia.</li> <li>• No se usan instrumentos de evaluación</li> <li>• El profesional se muestra permisivo y aquiescente</li> <li>• Un derivado de este enfoque es:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Enfoque de Rasgos y Efectos, que combina los postulados Roge- rianos, con aspectos de la modificación de conducta.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Enfoque Cognitivista</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte de los trabajos de Kelly, Ellis y Beck, entre otros.</li> <li>• Se resalta la interdependencia entre los múltiples procesos que están envueltos en los pensamientos, sentimientos y conductas de los individuos.</li> <li>• Tienen en cuenta las consecuencias ambientales de la conducta.</li> <li>• El profesional se ocupa de los procesos intrapsíquicos, ayudando al paciente a tomar consciencia de su situación y a partir de ahí asuma la responsabilidad del cambio.</li> <li>• El paciente colabora directamente en la recogida de datos sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas relacionados con el problema.</li> <li>• Se entrena al paciente en habilidades, desarrollando y fomentando las habilidades intra e interpersonales que les ayuden a afrontar situaciones estresantes. Poder anticiparse y prepararse para los posibles fracasos que pueden surgir.</li> <li>• Enfoques derivados son:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque cognitivo-semántico. Según Ellis, los disturbios emocio- nales y la conducta inadaptaada derivan de creencias irracionales y distorsiones cognitivas.</li> <li>- Enfoque cognitivo-conductual, introduce los acontecimientos ambientales como uno de los componentes del proceso.</li> </ul> </li> </ul>

destacar tres formas de actuar del profesional: siguiendo, tal y como denominan Cunningham y Davis (1988), el modelo experto y el modelo de transplante, o el modelo científico-terapeuta, que señala Beavers (1995).

Se trata, por tanto, de un modelo cen- trado casi siempre en aspectos estricta- mente psicológicos, con intervenciones directas de tipo correctivo que se llevan a cabo en un contexto restrictivo: el despa- cho del centro o de los servicios sociales.

### **El modelo educativo**

La intervención familiar desde este modelo se centra en la enseñanza de com- portamientos y habilidades educativas parentales. También puede ocuparse de la reeducación de los hijos. En general, se preocupa de todos los procesos educati- vos, como señala Coll (1996), indepen- dientemente del contexto institucional en el que tienen lugar. Dependiendo de la orientación teórica, las intervenciones pueden tener un carácter preventivo, opti-

**CUADRO 2**

**Formas de actuación desde el modelo clínico: experto y trasplante (Cunningham y Davis, 1985) y de científico-terapeuta (Beavers, 1995) . Modes of actuation from the clinical model: expert and transplant and scientific-therapist**

<p><b>Modelo del experto: El profesional...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cree tener experiencia en relación con los padres</li> <li>• Posee los conocimientos normativos, lo que le otorga autoridad y poder</li> <li>• Asume el control absoluto y toma todas las decisiones. Se prescinde del estudio de las restantes variables que influyen en el proceso.</li> <li>• Da a los padres la información que cree necesaria y proporciona técnicas concretas a problemas concretos.</li> </ul>
<p><b>Modelo de trasplante: El profesional...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene la experiencia necesaria para trabajar con los padres, pero ve la ventaja de recurrir a ellos con la idea de "transplantar" parte de su experiencia a ellos.</li> <li>• Enseña el empleo de técnicas y destrezas adecuadas para modificar las conductas de sus hijos. Técnicas aplicables e interesantes para todos los padres.</li> <li>• Sigue tomando las decisiones aunque la implicación de los padres es mayor.</li> <li>• Comparte con los padres la evaluación del progreso del niño</li> <li>• Debe desplegar técnicas adicionales para instruir y mantener una buena relación con los padres.</li> </ul>
<p><b>Modelo del científico-terapeuta: El profesional...</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte de la evaluación para determinar cuándo se necesitan y son útiles las directrices o cuando interfieren con el cambio, el crecimiento y el aumento de la autonomía de los miembros de la familia.</li> <li>• Se integra en el sistema familiar con el fin de conocer el nivel funcional en el que opera el sistema</li> <li>• Desde dentro, puede ayudar a las familias a desbloquearse, a resolver conflictos y a llevar a cabo de forma eficaz la negociación.</li> </ul>

mizador (Monereo y Solé, 1996), correctivo y/o compensatorio (Roman y García, 1990). Tiende a ser un modelo dirigido más a la colectividad, a los grupos más que a un solo individuo, aunque cuando el caso lo requiere se practica individualmente. A diferencia del modelo clínico, en este caso se consideran las características específicas del contexto de intervención, pero quizás a un nivel muy general.

La tarea del profesional es la de ofrecer los recursos necesarios para la for-

mación del sujeto, por lo que necesita tener conocimiento de índole diverso: sobre teorías de la instrucción, explicaciones sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje, con los factores y variables que en ellos intervienen e información sobre las dificultades en el aprendizaje (Solé, 1998). Además se deben manejar diversidad de estrategias educativas. Cuando se trabaja con familias desde este enfoque, lo más difundido son las modalidades informativa y la instructiva.

**CUADRO 3**  
**Modalidades en la formación a los padres. Modalities in the parents training**

<b>1. Modalidad Informativa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trata de dar la información más útil a los padres sobre la vida familiar (cuidados del bebé, higiene y/o alimentación infantil, economía doméstica, problemas escolares,...).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se parte de la convicción de que los padres no están preparados para el desempeño de la tarea educativa, ya sea por tener un nivel cultural bajo o por no preocuparse por obtener información. En cualquier caso, los padres tienden a educar según los modelos estereotipados con que les educaron sus padres, o bien dirigidos por la propia intuición o por ensayo y error.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde este punto de vista el deber del profesional es el de "dar buenos consejos", transmitiendo a los padres conocimientos teóricos elaborados, y generando así personas pasivas y dependientes que se limitan a pedir consejos o solicitar recetas, ya sea de forma individual como en grupos.</li> </ul>
<b>2. Modalidad instructiva</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde este punto de vista, las lecturas o conferencias, no ejercen una acción duradera en los padres, produciendo, en muchas ocasiones conflictos entre el pensamiento y la acción (Velázquez y Loscertales, 1987). Hay que llegar a las actitudes y los comportamientos, no quedarse únicamente en el terreno del conocimiento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trata de favorecer la comunicación de los padres tratando problemas compartidos. Se reduciría la ansiedad y se facilitaría el aprendizaje a través del cambio de actitudes fruto del análisis y reflexión de las acciones educativas.</li> </ul>

Existen dos grandes corrientes teóricas dentro de este modelo según Monereo y Solé (1996). Por un lado estaría la postura mecanicista, en la que se da importancia a la intervención de los mecanismos y los procesos. A través de la estimulación o intervención adecuada se puede corregir el funcionamiento de dichos mecanismos para lograr un desarrollo óptimo. Por otro lado estaría la postura interaccionista, en la que lo importante son las relaciones que se establecen en un contexto concreto en el que cobran significado y sentido las acciones de los participantes y se construyen las habilidades mentales. En este caso la intervención se desarrollaría en los contextos en los que se desarrollan los sujetos, con el fin de optimizar las interacciones socioeducativas en las que se encuentran involucrados. Se enfatizan los procesos de construcción, cultura-

ción, contextualización, mediación y adquisición de autonomía (Monereo y Solé, 1996; Solé, 1998). En el cuadro 4 vemos las características de uno de los enfoques más utilizados desde este modelo.

El procedimiento seguido cuando se trabaja desde una concepción mecanicista sería, en primer lugar, el diagnóstico del problema a través de la identificación de los mecanismos alterados o debilitados y, si es necesario, se analizan los factores responsables. A continuación se planifica y lleva a cabo la intervención. El fin último es correctivo y el profesional actúa como "resolutor" de problemas de conducta y aprendizaje (Monereo y Solé, 1996). En este caso, los padres son aliados a los cuales hay que darles unas pautas para que nos ayuden en la educación de sus hijos (Campanini y Luppi, 1995)

**CUADRO 4**  
**Características del enfoque constructivista. Characteristics of the constructivistic focus**

<b>Enfoque constructivista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde este punto de vista, el desarrollo humano es un proceso permanente de <i>culturización</i></li> <li>• Se considera al aprendizaje como proceso interno de construcción del conocimiento</li> <li>• Supone la construcción autónoma de relaciones significativas entre los nuevos contenidos y las estructuras o esquemas cognitivos existentes en el individuo.</li> <li>• Se toman en consideración los contextos, los agentes educativos, los instrumentos y el rol del profesional</li> <li>• Se intentan potenciar todas las habilidades con un seguimiento del desarrollo adecuado de las capacidades individuales.</li> <li>• Se tiende a evaluar el proceso en su conjunto, no únicamente una evaluación final</li> </ul>
--------------------------------	---

Desde una concepción interaccionista, el proceso es distinto. Se parte de una idea preventiva y optimizadora de los contextos de desarrollo. Aún así no se descarta la intervención puntual en la que se trata de modificar los mecanismos interactivos que están influyendo en la situación y siempre en colaboración con los agentes que los ponen en acción (Monereo y Solé, 1996). Los padres siguen el proceso en estrecha comunicación y coordinación. En muchas ocasiones, se trata de llegar al cambio de actitud en los padres mediante el análisis crítico de sus actuaciones, a través de un análisis y reflexión compartida de sus prácticas cotidianas. Los contextos suelen ser aulas, salones y en menor medida los despachos, como ocurría en el modelo anterior.

**El modelo comunitario**

Mientras que el modelo clínico, como veíamos anteriormente, se centra en el tratamiento y el modelo educativo en la formación, podemos describir este modelo, en líneas generales, basado en un planteamiento de búsqueda.

Este modelo surge para hacer frente a las altas demandas de atención psicosocial. Como indica Sánchez-Vidal (1988), en la sociedad urbana moderna podemos observar la desorganización y desintegración social, la disolución de redes de apoyo y de los grupos sociales primarios, como es el caso de la familia. Por ello, el principal objetivo desde este modelo es promover el cambio hacia un mayor bienestar psicológico y social. Puede generar cambios en la estructura o composición del entorno social, cambios en la conducta o actitudes individuales o cambios en la calidad y frecuencia de las interacciones interpersonales. En cualquier caso, estos cambios se consiguen creando un proceso de interacción que optimice el ajuste entre las necesidades psicosociales de los individuos, que surgen de la cantidad de demandas a las que tienen que hacer frente, y las ayudas o provisiones sociales y emocionales que reciben (Gracia, 1997).

Desde este modelo, el objetivo no es “tratar” al individuo o a la familia sino trabajar con ella, por lo que se consideran las potencialidades y capacidades de las familias, como el principal recurso a tener

en cuenta. Se busca la atención social al individuo actuando con la persona y con su entorno social, analizando la interdependencia que existe entre la persona considerada como sistema y los distintos sistemas que configuran su medio social: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de la escuela, de trabajo...

Existen dos enfoques, el psicosocial y el funcional, que se dirigen a todos los campos de la práctica del trabajo social: trabajo directo entre cliente-individuo o grupo-comunidad, y el trabajo indirecto como la supervisión, administración, investigación y enseñanza. Ambos enfoques constituyen dos métodos de base de trabajo social proporcionando elementos fundamentales para la formación de los trabajadores sociales y para la práctica profesional en los servicios sociales. Pero quizás el más importante es la teoría de los sistemas, que se caracteriza por (Campanini y Luppi, 1995; Payne, 1995; Linares, 1997; Gracia, 1997):

- Promover el crecimiento tanto de los adultos como de los niños, mejorando tanto las habilidades de la familia en el cuidado y educación de los hijos, como el contexto comunitario.
- Poner énfasis en aspectos psicosociales positivos (calidad de vida) y no sólo en los negativos (patologías) en una triple tarea: preventiva, impulsora y terapéutica.
- Considerar la actuación social como medio (gestiones sociales, acciones, intervenciones): programas de actuación basados en la comunidad y sensibles a las necesidades y recursos locales.
- Enfatizar la relación de interdependencia entre la familia y la comunidad, incluyendo tanto los sistemas de apoyo formales como los informales.
- Desarrollar un nuevo rol del profesional:

- Incorporado a un equipo multidisciplinar
- Que sigue la metodología investigación acción
- Mediador entre elementos o sistemas
- Encargado de potenciar el modelo de competencia: desarrollar la capacidad y autonomía del ciudadano y de sus organizaciones de base. La gente no necesita tutelados sino recursos, poder resolver los problemas ellos mismos.

En este modelo se incide en la importancia de actuar sobre las redes sociales y sobre los contextos de vida antes que sobre los procesos individuales (Du Ranquet, 1996; Vila, 1998). Se elaboran programas de prevención dirigidos a determinados núcleos de población y en general se trata de proporcionar los recursos adecuados a las familias para que puedan desenvolverse mejor, especialmente para los grupos de riesgo.

El profesional en este caso, debe (Dunst y Trivette, 1988):

- Partir de las necesidades, aspiraciones, proyectos personales y prioridades de los usuarios.
- Detectar los valores y capacidades que rigen el funcionamiento familiar existente como base para promover la habilidad de la familia para movilizar recursos.
- Asegurar la disponibilidad y adecuación de los recursos a las necesidades, se debe fortalecer la red social y promover la utilización de apoyo y ayuda informal.
- Aumentar la habilidad de la familia por ser autosuficiente a la hora de atender sus necesidades.

- Fomentar la adquisición y uso de la competencia o habilidades necesarias para movilizar recursos.

El rol del profesional es más indirecto, ya que, los efectos beneficiosos de la intervención, en este caso, no proceden de las instrucciones o de la educación que el profesional ofrece al demandante, como indica Gracia (1997), más bien se trata de un mediador entre los recursos sociales (proporcionar información acerca del self y del entorno, el cuidado, la compañía y el apoyo social) y la persona que solicita ayuda. El profesional se encarga de ofrecer a los padres una gama de opciones y posibilidades, la información necesaria para que autónomamente puedan realizar una selección. Esta forma de actuar lleva implícito el reconocimiento de los padres como los únicos que conocen su propia situación, tienen experiencia y son competentes. Como indica Solé (1998), frente a la "consulta experta", con carácter prescriptivo del modelo clínico, en el que el profesional proporciona un servicio que le es solicitado (relación médico-paciente), desde este modelo hablamos de "consulta procesual" o colaborativa, en la que el consultor trabaja con los consultantes para diseñar, planificar y ejecutar un plan de actuación en un proceso cuya responsabilidad es compartida y basado en la negociación.

En general, desde este modelo, se tiene en cuenta el análisis del contexto en el que el trabajador social u otro profesional actúa y las relaciones entre servicios y usuarios, y dentro del equipo de trabajo.

Sin duda, la necesidad de contextualizar la intervención, de tener en cuenta la realidad en la que se produce, nos lleva a tomar decisiones sobre qué modelo de actuación debemos seguir. En la práctica cotidiana sabemos que no se trata únicamente de diagnosticar el problema y aplicar los conocimientos y las técnicas que producen los efectos deseados ya que, en

la mayoría de los casos, la definición de las situaciones no es tan clara ni la relación entre las características del problema y la información teórica o técnica que se posee.

En los últimos años, la labor profesional se ha caracterizado por una transposición de modelos, en buena parte como consecuencia de un rechazo a los roles tradicionales atribuyendo, por ejemplo, la función terapéutica a cualquier profesional. Como indica Vila (1998) en la intervención psicoeducativa, ha quedado claro que el trabajo del profesional no puede limitarse al contexto escolar. La necesidad de ampliar sus horizontes a todas las prácticas educativas en que participa la infancia, en los que evidentemente tiene un papel fundamental la familia, ha obligado al profesional a apoyarse en nociones, criterios, instrumentos... provenientes del modelo comunitario o del ámbito clínico.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Creemos que en la intervención familiar, se debe contar con diversidad de enfoques e instrumentos flexibles y de encaje complementario (Vega, 1997). Diversidad que debe llevarse al seno del equipo, fomentando el máximo respeto hacia las iniciativas personales e incrementando la libertad en la toma de decisiones, desde la negociación, la comunicación y la colaboración, desarrollando la reflexión cooperativa sobre la práctica, en la que los distintos profesionales a la vez que aportan su visión personal desarrollan la competencia profesional (Castillo, 1997; Coll, 1996; Lamas, 1997; Luchi, 1994; Mauri, 1996).

Además de los cambios que se deben producir en el seno de los equipos multidisciplinares, debemos tener en cuenta los cambios que se están generando desde los diversos gobiernos autonómi-

cos y que, en muchos casos, implican una redefinición y reconversión de las competencias y funciones de los órganos implicados en el trabajo con las familias. En concreto, las nuevas responsabilidades para los equipos municipales de intervención familiar, que se desprenden de la aprobación de la Ley de Atención Integral al Menor de Canarias exigen un reciclaje técnico de los profesionales.

En general, podemos decir que los servicios sociales se encuentran actualmente en una fase de consolidación de su profesionalidad y eso conlleva a procesos internos de funcionamiento. Es a través de la formación conjunta de los distintos profesionales del servicio, como es posible superar estos cambios. Esta formación, además de contener los conocimientos teóricos que sirven de fundamento a la intervención, debe contener conocimientos sobre las tipologías de los diferentes contextos familiares de riesgo y sus efectos sobre el desarrollo de los niños, sin olvidar el conocimiento sobre los diversos principios organizativos de la intervención, el uso de instrumentos normalizados de recogida de datos, la forma de valorar la información, la toma de decisiones sistemática y los recursos para la intervención. Con esta formación podríamos dar sentido a las actuaciones de los servicios de intervención familiar al mismo tiempo que ayudamos al conjunto de profesionales a actuar como equipo interdisciplinar y no como elementos aislados del sistema.

De la mencionada Ley de Atención Canaria, también se descubre la necesidad de consensuar entre los distintos servicios los principios básicos de la intervención familiar. No se trata únicamente que los diferentes equipos trabajen bien, también es importante que coincidan en los aspectos fundamentales de la intervención: uso de una misma terminología, con similar planificación y gestión de los recursos, coordinación de programas y de las actuaciones derivadas de ellos,...

La formación del profesional es un elemento importante a tener en cuenta para eliminar las diferencias entre profesionales de un mismo ámbito. Esta formación debe ser permanente (Mauri, 1996) a través de actividades de intercambio de experiencias entre los distintos equipos o servicios (locales, comarcales o provinciales) dedicados a la intervención familiar. Estas actividades inciden directamente en la mejora de la calidad del servicio, pero además facilitan la labor de los profesionales obteniendo datos sobre instrumentos diagnósticos, estrategias de intervención, dotación de recursos, etc. Pero a pesar de las ventajas de la formación, los resultados no serán los deseados mientras las organizaciones o instituciones sigan manteniendo diferencias entre los profesionales del equipo de intervención familiar en cuanto a jerarquías, sueldos, funciones asignadas o condiciones laborales marcadas por la inestabilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

Alberdi, I. (1992): Cambios en el derecho de la familia y sus repercusiones sociales. *Infancia y Sociedad*, 16, 35-48.

Alvarez, M. y Bisquerra, R. (1996): *Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis.

Beavers, W.R. (1995): *Familias exitosas: evaluación,*

*tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Campanini, A. y Luppi, F. (1995): *Servicio social y Modelo sistémico*. Barcelona: Paidós.

Castillo, F. (1997): El profesional en las organizaciones de servicios sociales. En M. Coletti y J.L.

- Linares (Eds.): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós. Terapia familiar.
- Coll, C. (1996): Psicopedagogía: confluencia disciplinar y espacio profesional. En M. Monereo e I. Solé (Coords.) *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- Cunningham, C. & Davis, H. (1985): Working with parents: Frameworks for collaboration. Milton Keynes: Open University Press. (Trad. cast.: *Trabajar con los padres. Marcos de colaboración*. Madrid: M.E.C. y S.XXI. 1988).
- De Paul, J. y Arruabarrena, M.I. (1996): *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Du Ranquet, M. (1996): *Los modelos en trabajo social: intervención con personas y familias*. Madrid: S. XXI.
- Dunst, C. J. y Trivette, C. M. (1988): Toward experimental evaluation of the Family Infant and Preschool Program. En H.B. Weiss y F.H. Jacobs (comps.) *Evaluating family programs*. Nueva York, Aldine de Gruyter.
- Flaquer, L. (1998): *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel
- Geissler, K.A. (1997): *Acción socioeducativa: modelos, métodos y técnicas*. Madrid: Narcea.
- Gracia, E. (1997): *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós. Trabajo Social 1.
- Ituarte, A. (1994): La participación en el modelo clínico de intervención social individualizado y familiar. *Revista de Trabajo Social*, 133, 17-34.
- Lamas, C. (1997): Los primeros contactos. En M. Coletti y J.L. Linares (Eds.): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós. Terapia familiar.
- Linares, J. L. (1997). Modelo sistémico y familia multiproblema. En M. Coletti y J.L. Linares(Eds.): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona. Paidós. Terapia familiar.
- Ley de Atención Integral a los Menores. Ley 1/1997 de 7 de Febrero. Gobierno de Canarias. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales.
- Linn, S.J. y Garske (1988). *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Bilbao: Declée de Brouwer.
- Luchi, A. (1994). El asesoramiento a los colegas: el problema de construir una interacción cooperativa. En S. Cirillo (Coord.) *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Máiquez, M. L., Rodrigo, M. J., Capote, C. y Vermaes, I. (2000). *Aprender en la vida cotidiana: un programa experiencial para padres*. Madrid: Visor.
- Mauri, T. (1996). La formación de los profesionales asesores: actualización y autoformación. En M. Monereo e I. Solé (Coords.) *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- Monereo, C. y Solé, I. (1996). El modelo de asesoramiento educacional constructivo: dimensiones críticas. En M. Monereo e I. Solé (Coords.) *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- Palacios, J.; Hidalgo, M. V. y Moreno, M. C. (1998). Ideologías familiares sobre el desarrollo y la educación infantil. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (coords.) *Familia y desarrollo humano*. Madrid. Alianza.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica*. Barcelona: Paidós.
- Rodrigo, M. J. (1993). Representaciones y procesos en las teorías implícitas. En M.J. Rodrigo, A. Rodríguez y J. Marrero (1993): *Las teorías implícitas. Una aproximación al conocimiento cotidiano*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Rodrigo, M. J. y Acuña, M. (1998). El escenario y el currículum educativo familiar. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Comps.) *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Marcos conceptuales en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Comps.) *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Sánchez Vidal, A. (1988): *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- Solé, I. (1998). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Barcelona: I.C.E. Universitat Barcelona y Ed. Horsori.
- Vega, S. (1997). Instrumentos de trabajo. En M. Coletti y J.L. Linares (Eds.): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós. Terapia familiar.
- Vila, I. (1998). *Familia, escuela y comunidad*. Barcelona: I.C.E. Universitat Barcelona y Ed. Horsori.