



UNIVERSIDAD  
MIGUEL DE CERVANTES

**UNIVERSIDAD MIGUEL DE CERVANTES**

**Escuela de Trabajo Social**

**Caracterización de la Intervención del Trabajador Social con  
Familias Inmigrantes con algún integrante con Trastorno del  
Espectro Autista**

**TESINA PARA OBTENER EL TITULO DE TRABAJADOR SOCIAL.**

**Profesor Guía: Violeta Isabel Flores Flores**

**Alumna: Daniela Rayén Rosas Riveros**

**Santiago – Chile Diciembre 2017**

*A mi madre Cecilia Riveros Echeverría, por siempre creer en mí cuando nadie lo hizo, por ser mi pilar fundamental, y sobrevivir a dos cánceres en este largo proceso, por esa misma razón ser la mujer más fuerte que conozco y mi ejemplo a seguir.*

*Y recuerde siempre, que por usted, soy lo que soy.*

*A mi Padre Guillermo Rosas Hidalgo, y mis hermanos que sé que están orgullosos de este proceso tan lindo de mi vida.*

*A Filomena Echeverría Arraño, mi Nona, que no está físicamente conmigo pero sé que me protege, y su energía siempre está junto a mí, porque todos los días te recuerdo... Así también a mi amiga Ilse Aedo, sé lo orgullosa que estaría de mí, a ellas les digo que*

*“La única muerte es el olvido”*

*Y finalmente a la profesora Mónica Galarce que marcó un antes y un después en mí, en la formación educacional, profesional y más aún personal.*

***Nobody gets too much heaven no more***

***It's much harder to come by***

***I'm waiting in line***

***Nobody gets too much love anymore***

***It's as high as a mountain***

***And harder to climb***

***Bee Gees, Too Much Heaven.***

## **AGRADECIMIENTOS**

Al finalizar este proceso tan importante en mi formación como profesional de la Carrera de Trabajo Social, quiero agradecer a cada una de las personas que hizo posible que hoy este aquí.

Existieron profesores a lo largo de mi camino que marcaron mi formación y como alumna me entregaron las herramientas necesarias para lograr mis objetivos, ya sea como profesional y también personal, entregando siempre palabras de aliento cuando sentía que ya no podía más, junto a esto, a nunca perder el objetivo que era, llegar a este día haciendo defensa de mi tesina.

A mi Profesora Guía, la Señora Violeta Flores, por la entrega y motivación que cada día me entrego, ayudándome y dándome las herramientas para realizar esta hermosa investigación, la cual he realizado con dedicación y cariño.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RESUMEN .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>CAPÍTULO I ANTECEDENTES GENERALES .....</b>                             | <b>8</b>  |
| 1.1.- JUSTIFICACIÓN .....  | 8         |
| 1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                                     | 10        |
| 1.3.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....                               | 12        |
| 1.4.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....  | 13        |
| <b>CAPÍTULO II MARCO DE REFERENCIA.....</b>                                | <b>14</b> |
| 2.1.- INMIGRACIÓN .....  | 14        |
| ANTECEDENTES HISTORICOS DE SALUD EN POBLACIÓN INMIGRANTE.....              | 16        |
| SISTEMAS SENSIBLES A LAS PERSONAS INMIGRANTES.....                         | 20        |
| MONITOREO DE SALUD .....   | 21        |
| ALIANZAS Y MARCO PLURINACIONAL .....                                       | 21        |
| MARCO NORMATIVO EN POBLACIÓN INMIGRANTE .....                              | 22        |
| DECRETO SUPREMO N°67 Y CIRCULAR A15 N°4.....                               | 22        |
| 2.2.- TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....                                  | 24        |
| POLITICAS SOCIALES RELACIONADAS AL TRASTORNO DEL ESPECTRO<br>AUTISTA ..... | 31        |
| LA INCLUSIÓN Y EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA .....                     | 34        |
| PERSPECTIVA EDUCACIONAL DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA                 | 38        |
| 2.3.- TRABAJO SOCIAL .....   | 41        |
| 2.3.1.- TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS .....                                  | 43        |
| 2.3.2.- PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCION EN TRABAJO SOCIAL.....         | 44        |

|  |           |
|--|-----------|
| MODELO PSICOSOCIAL .....   | 45        |
| CENTRADO EN LA TAREA.....  | 46        |
| MODELO HUMANISTA / EXISTENCIALISTA.....  | 47        |
| MODELO CRITICO / RADIAL .....  | 47        |
| MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS .....  | 48        |
| MODELO ECOLOGICO.....  | 49        |
| MODELO SISTEMICO / FAMILIAR .....  | 50        |
| MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS .....   | 51        |
| 2.3.3.-PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS .....                            | 52        |
| LA INTERVENCION CENTRADA EN LA RELACION DE LA FAMILIA CON SU<br>MEDIO ECOLÓGICO .....    | 52        |
| LA INTERVENCION CENTRADA EN LA RELACION CON LA FAMILIA DE ORIGEN<br>.....                | 53        |
| LA INTERVENCION CENTRADA EN LA RELACION INTERNA ENTRE LOS<br>MIEMBROS DE LA FAMILIA..... | 53        |
| CIERRE DE INTERVENCIÓN.....  | 54        |
| 2.3.4.- ESQUEMA VALÓRICO ÉTICO Y PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL<br>.....              | 55        |
| <b>CAPÍTULO III CONCLUSIONES .....</b>   | <b>60</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>   | <b>62</b> |

## **RESUMEN**

La presente Investigación tiene por objetivo general caracterizar la Intervención que realizan los Trabajadores Sociales que trabajan con familias inmigrantes con algún integrante con Trastorno del Espectro Autista en la comuna de Santiago.

La metodología para realizar esta Investigación corresponde a un carácter cualitativo.

Así mismo, esta investigación busca ahondar en fenómenos como la Inmigración y el Trastorno del Espectro Autista relacionándolo directamente con el Método e Intervención del Trabajo Social.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito dar a conocer la caracterización de los trabajadores sociales que intervienen con familias inmigrantes que en su composición contenga un integrante con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Este trabajo pretende responder y aportar información a los Trabajadores Sociales en relación a la siguiente pregunta: ¿Qué tipo (o tipos) de intervención realizan los Trabajadores Sociales que trabajan con familias inmigrantes que en su composición tengan un niño, niña o adolescente con Trastorno del Espectro Autista?

A objeto de una mejor caracterización de este fenómeno, se optó por identificar factores determinantes para su explicación dentro de la comuna de Santiago.

En una primera parte del documento se presenta la justificación y el planteamiento del problema de investigación propiamente tal.

En una segunda parte se expone un Marco Referencial donde encontramos teorías, postulados y conceptos que sustentaran la construcción del objeto de estudio, estas nos referirán a los tres ejes principales de la investigación, como la Inmigración, el Trastorno del Espectro Autista y el Trabajo Social.

Finalmente, se exponen las conclusiones, reflexiones y aportes de la presente investigación.

# CAPITULO I ANTECEDENTES GENERALES.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

¿De qué forma interviene un Trabajador Social con familias Inmigrantes que tenga un integrante con Trastorno del Espectro Autista? En la actualidad, al igual que ocurre en el conjunto de la sociedad, asistimos a la extrema complejidad del Trabajo Social en todas sus facetas y ámbitos de intervención. (Viscarret, 2007, pág. 293)

Es por eso que es relevante conocer esta nueva realidad en nuestro país; miles de familias inmigrantes cada año llegan al país, con ganas de aportar, pero también con el desafío de insertarse dentro de una nueva realidad que trae aparejada muchas dificultades, las que requieren apoyo y ayuda profesional.

El tema central en esta investigación es caracterizar la intervención del Trabajador Social, y también explorar el fenómeno de Migración y el Trastorno del Espectro autista en hospitales de la comuna de Santiago, que se interrelacionan de manera circular, donde ambas (Inmigración y Autismo) son poblaciones invisibilizadas que carecen de exploración y deficiencias en el conocimiento del problema.

Hoy existe un vacío investigativo en esta materia, por lo que esta investigación pretende un acercamiento en materia de conocimientos, métodos y modelos, a utilizar en el momento que se deba trabajar con familias inmigrantes cuando en su composición hay un integrante con Trastorno del Espectro Autista.

La presente investigación será cualitativa, en las que han serán observadas las vivencias de las familias inmigrantes y se levantará la experiencia de profesionales especializados en el Trastorno del Espectro Autista.

Al caracterizar y entender, por la vía de los hallazgos, la metodología que utilizan los Trabajadores Sociales con familias inmigrantes que en su composición tengan un integrante con Trastorno del Espectro Autista, podemos observar distintas visiones de esta triangulación (Trabajo Social, Inmigración y Autismo) que aportara la disciplina a crear

planes de acción y esquemas de apoyo para las familias inmigrantes, las que permiten brindarles herramientas para mejorar su calidad de vida, individual y familiar.

De acuerdo a un informe de la Cepal y la OIT, Chile es el país latinoamericano donde más aumentó la inmigración entre 2010 y 2015, creciendo en promedio, 4,9%, por año, cifra que supera a la de otros países de la región, como México y Brasil.

Otro reporte, del departamento de Extranjería y Migración (DEM), señala que se ha generado un aumento de la población inmigrante en Chile súmanlos que ya suman 441.529 personas a (mes) de (año). Esto significa, la llegada en Chile de individuos desde diferentes países en busca de mayores posibilidades para su desarrollo tanto personal como familiar, provenientes en su mayoría desde Perú, Argentina, Colombia, Ecuador y en menor medida desde Brasil, Republica Dominicana, Haití, entre otros.

Por otra parte, podemos observar que las cifras de personas con Trastorno del Espectro Autista, en particular en menores de edad, es un fenómeno que se ha profundizado en las últimas décadas. De acuerdo a García (2017) “los países más desarrollados que tienen instrumentos para hacer estudios en la población general, han llegado a tener una cifra de 1 en cada 100 niños menores de 18 años, una cifra muy alta comparada con lo que era hace unos 40 años atrás que era de unos 3 a 4 por 10 mil. Y hay estudios en Estados Unidos que están muy bien avalados científicamente que dan una cifra de 1 en 68”.

Las cifras de ambos fenómenos que nos dan a conocer que existe una magnitud subdimensionada y alarmante, donde existe un desconocimiento en ambos temas (Inmigración y Autismo), por ende se genera un problema social; para entender el termino problema, la autora (Aylwin, 1989) Afirma que esta es una dificultad que se presenta en una situación práctica o teórica y que no puede resolverse automáticamente, sino que requiere de una intervención específica al nivel de la investigación y/o de la acción.

Por esta razón esta investigación puede ser de gran relevancia para la Escuela de Trabajo Social, dado principalmente porque su formación de post grado está transversalizada con la interculturalidad.

Como resultado esta investigación puede ser un aporte para proyectos o programas en materia de inmigración, o que se estén impulsando a nivel municipal o gubernamental.

Personalmente decidí hacer esta investigación por el desconocimiento que existe de ambos fenómenos. Tengo la fortuna de conocer familias donde existen integrantes con Trastorno del Espectro autista y su realidad carece de ayuda en el área educacional, y profesional. Más aún si es una familia inmigrante, donde las oportunidades suelen ser de menor acceso, ya sea por falta de información, o incluso barreras idiomáticas.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Durante los últimos años, hemos visto como sociedad una gran cantidad de inmigrantes llegar a Chile, individualmente y en familia, buscando oportunidades de trabajo u otras motivaciones; del mismo modo, muchos de ellos llegaron para quedarse.

Este es un fenómeno, pues si bien, había inmigrantes en nuestro país, el corriente de los chilenos no veíamos venir la masificación de inmigrantes latinos, algo inusual para muchos, pero también lleno de riqueza vista desde el punto intercultural. Pero, ¿qué pasa, si estas familias inmigrantes que llegan a nuestro país, tienen integrantes con Trastorno del Espectro Autista? A nivel profesional, como Trabajadores Sociales, se visualiza una problemática, donde esta evoca desde el desconocimiento con respecto a ambos temas relevantes socialmente, pero igualmente invisibilizados dado a la poca información y desconocimiento.

Como Trabajadores Sociales es nuestro deber investigar cuales son los tipos de intervención que se realizan con estas familias, no hay fuentes expeditas que nos refieran a cuales serían las metodologías adecuadas a utilizar con familias Inmigrantes y niños con Trastorno del Espectro Autista.

En la presente investigación es necesario saber cuál es la magnitud de la población inmigrante, como anteriormente se mencionó en algunos informes de extranjería, podemos ver el aumento de casi medio millón de personas ingresar al país. Específicamente, se hizo un catastro de cuantos niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista inmigrantes hay en el Hospital Roberto del Rio. En el año 2017 hubo ingreso de 42 niños, niñas y adolescentes se atienden con grupos de trabajo interdisciplinarios (Trabajadores Sociales, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Neurólogos y Psiquiatras) dentro del hospital.

Esta cifra resulta alarmante, pues, 22 familias, son de nacionalidad Haitiana que hablan solo créole y no español, por lo cual es mucho más dificultosa la interacción entre las familias Haitianas y Trabajadores Sociales. Para contextualizar la urgencia del problema es explicando que los niños con Trastorno del Espectro Autista son todos diferentes, más aún si no hablan español. Ellos tienen una amplia gama de personalidades, y un sin número de habilidades y talentos que no se presentan en todos por igual. Para efectos pedagógicos se los ha clasificado a los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del espectro autista en: pensadores visuales, pensadores músico-matemáticos y pensadores lógico verbales.

La vida de un niño, niña o adolescente con Trastorno del Espectro Autista es una lucha constante por tratar de encajar con el medio, con sus pares. Todo lo que un niño neurotípico aprende instintivamente, ellos lo hacen por el intelecto y esto, al final del día, termina por agotarlos.

Para entender lo que significa ser parte del TEA, hagamos el ejercicio de imaginarnos estar en un país extranjero, cuya lengua y costumbres sociales que desconocemos, pero sin embargo, tratamos de aprender. Nuestro cerebro en permanente estado de alerta. Estamos en un constante estado de estrés. Entonces, ¿cómo será para aquellos niños, niñas y adolescentes inmigrantes que hablan otro idioma?

Este se transforma en un problema de naturaleza infante-cognitiva, que transita entre la familia inmigrante y la salud.

Sin embargo, ante este problema, también estamos frente a un impacto social que genera la desinformación. Autismo Chile es un Movimiento Social que lucha por la Ley de Autismo. Este movimiento asevera que nuestro país necesita establecimientos educacionales y espacios inclusivos, la líder de este movimiento Marcela Villegas nos hace un reflejo que como sociedad, no estamos aún preparados para la inclusividad, más aún si este niño, niña o adolescente es inmigrante.

Desde el Trabajo Social es tradición el trabajo con familias; los Trabajadores Sociales se encontraron con un marco integrador teórico que les permitía confirmar sus intuiciones y avanzar en la fundamentación de su práctica con la familia. Al mismo tiempo este marco integrador les permitía manejar un lenguaje conceptual compartido con otros profesionales del área de la salud mental con los que habitualmente forman equipos en trabajo con familias.

A lo anterior, a este tiempo contemporáneo se suma el hecho que también se debe trabajar con familias inmigrantes que tienen otras culturas, otros modos y hasta manejan otros idiomas como anteriormente se mencionó con las familias Haitianas.

El presente trabajo pretende responder y aportar información a los Trabajadores Sociales en relación a la siguiente pregunta: ¿Qué tipo (o tipos) de intervención realizan los Trabajadores Sociales que trabajan con familias inmigrantes que en su composición tengan un niño, niña o adolescente con Trastorno del Espectro Autista?

### 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Caracterizar la intervención que realizan los Trabajadores Sociales que trabajan con familias inmigrantes con algún integrante con Trastorno del Espectro Autista en la comuna de Santiago.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir el tipo de familias en los cuales se presentan las intervenciones del Trabajador Social.
- Identificar los tipos de intervención que el Trabajador Social hace en relación con las familias Inmigrantes.
- Identificar las características facilitadoras u obstaculizadoras que tienen los Trabajadores Sociales en el ámbito de la intervención con familias Inmigrantes.
- Identificar los desafíos que presenta la intervención con familias Inmigrantes con algún integrante con Trastorno del Espectro Autista.

## 1.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como todo estudio exploratorio presenta limitaciones y dificultades, al ser un nicho investigativo puede dificultar la investigación. A continuación se presentan los niveles considerados por el investigador para visibilizar las limitaciones del estudio:

- ❖ Tiempo disponible para hacer un levantamiento de información, creación de diversos instrumentos y acceso a la información.
- ❖ Acceso a los profesionales que desarrollan la labor de intervención profesional con inmigrantes que en su composición tengan un integrante con Trastorno del Espectro Autista.
- ❖ Falta de acceso a la información debido a la confidencialidad que se resguarda con las familias inmigrantes.

## **CAPITULO II MARCO DE REFERENCIA.**

“Los trabajadores sociales hacen una contribución significativa al mejoramiento de la sociedad y mejoran las vidas de las personas”. (Miller, 2017)

### **2.1 INMIGRACION**

En el presente ítem abordaremos el fenómeno de Inmigración y la Interculturalidad, la perspectiva de salud, y un marco normativo referido a la población inmigrante.

“La interculturalidad constituye un campo aún emergente en la de nuestra sociedad”. (Cortes, Selene, & Dietz, 2014) Estos autores hacen referencia a un cuadro comparativo de lo que es y debería ser, en este caso la multiculturalidad es un “reconocimiento a la diferencia” y la interculturalidad es “convivir en la diversidad”, y figuran como principios, la igualdad, la diferencia y la interacción positiva.

Las cifras de migración en Chile en el siglo XX permiten concluir que este fenómeno ha experimentado cambios que pueden ser percibidos a simple vista. Hemos pasado de ser un país eminentemente generador de emigrantes, a recibir en las últimas dos décadas una, cada vez mayor cantidad de ciudadanos extranjeros que eligen Chile como el lugar en donde emprenderán su proyecto de vida.

Chile es el país latinoamericano donde más ha aumentado la inmigración. Según informe de la Cepal y la OIT, entre 2010 y 2015, inmigración creció, en promedio, 4,9% por año, por sobre México y Brasil. En el mismo informe aclara que, inmigrantes tienen mayor escolaridad que los chilenos. El 79% tiene 10 o más años de estudio, el porcentaje más alto de la región. En el año 2010, según datos de Naciones Unidas citados en el informe, los inmigrantes en Chile eran 369.436, cifra que subió a 469.436 en 2015, un alza del 27%. (CEPAL, 2017)

El investigador del Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social y académico de la Universidad Católica, Roberto González, señala en una entrevista que no tener barreras idiomáticas para muchos es un atractivo. “Se suma la buena empleabilidad, estabilidad, seguridad, lo ven como un lugar en el que los tratan relativamente bien”, dice. Además, el

dinero que ganan son remesas muy significativas en sus países de origen, les conviene trabajar, aunque vivan apreturas económicas al inicio, sostiene.

Pablo Valenzuela, coordinador nacional de Incidencia del Servicio Jesuita a Inmigrantes, señala que en el largo plazo Chile ofrece buenas oportunidades de progresar comparadas con los países de origen. Agrega que en el Ranking de Prosperidad del Instituto Legatum, Chile ocupa el lugar 31, mientras que Colombia el 72 y Venezuela, el 121. La desaceleración económica, que es más bien coyuntural, no representa un desincentivo para migrar.

En este ámbito desde las opiniones de distintos profesionales podemos darnos cuenta que de manera progresiva las inmigraciones van aumentando en Chile.

En una encuesta realizada a 500 migrantes se concluyó que solo el 14% no terminó la educación media, el 45% sí lo hizo, el 29% tiene educación técnica o universitaria incompleta y el 12%, universitaria completa. (Lafortune & Tessada, 2016)

Estos traslados, se deben a diversos factores económicos, laborales y sociales; algunos asociados a contextos de desigualdad, inequidad y pobreza, otros simplemente buscan nuevas oportunidades, dejando sus países con la esperanza de mejorar sus condiciones de vida. Están también los refugiados quienes deciden trasladarse como una forma de salvar sus vidas o resguardar su libertad.

Uno de los estudios llamado “Los derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile” (UNICEF-ACNUR-OIM, 2012) plantea que estas familias pueden estar expuestas a mayor riesgo de vulnerabilidad: “los inmigrantes, muchas veces ignoran las leyes, y el idioma del país receptor y en varias ocasiones deben enfrentar la abierta hostilidad por parte de la población, incluso de las autoridades. Dichas situación es particularmente grave en el caso de inmigrantes, indocumentados o en situación migratoria irregular”

Inmigrar implica la existencia de tensiones propias del este proceso. Lo anterior, debido al traslado y el procedimiento de adaptación al llegar a otro país, lograr estabilizarse material y económicamente lo cual puede implicar: dificultades para el acceso a servicios básicos, redes de salud y educación para sus miembros, resolver el tema habitacional, el curso de búsqueda de empleo, o adaptarse a empleos con condiciones deficientes.

Todo lo cual se agudiza en caso de las personas que se encuentran indocumentadas. A estos factores se suman estresores emocionales y sociales: adaptarse al distanciamiento de la propia red personal: familia y amigos, y funcionar en un sistema social con creencias, actitudes y hábitos distintos al propio.

Para la presente investigación es de real importancia comprender la discapacidad siendo inmigrante de una manera completa, para esto es necesario verla primeramente desde el punto de vista gubernamental.

La política diseñada por los gobiernos de la concertación ha estado orientada sobre las ideas de contribuir al desarrollar una sociedad con equidad social, lo que se ha traducido en un esfuerzo por “implementar programas que apunten a crear condiciones de vida más equitativas en el proceso de satisfacción de necesidades del conjunto de la población”. Ello exige la aplicación de una estrategia combinada de aplicación de políticas universales y de políticas selectivas (orientadas a sectores vulnerables). Las políticas han sido orientadas a través de tres líneas de integración, las que permitirían superar las condiciones de desigualdad de la población, las cual son: programas de género, de edad, y de las diferencias. (Avaria, 2001)

En general, los procesos de inmigración implican un proceso de pérdida asociado a los vínculos con personas significativas y también al contexto. De esta manera, todo el sistema familiar se ve impactado y afectado: adultos, niños y niñas pueden presentar cambios en sus estados de ánimo y en su funcionamiento normal, impactando las relaciones de pareja, padres-hijos/as, la relación entre hermanos etc. Los niños/as en particular pueden experimentar sentimientos de angustia, tristeza, nostalgia, temor, etc. y manifestar estas emociones en sus conductas de diversas formas: Llanto, irritabilidad, conflictos entre hermanos, problemas de concentración, retrocesos en el desarrollo. (Bello, 2004)

### **Antecedentes históricos de Salud en población Inmigrante**

En este contexto de nuevo enfoque de lo social de parte del Estado es que, en 1994 se crea por mandato de la ley 19.284 de la Integración Social de las Personas con Discapacidad (Ley de Chile, 2017), el Fondo Nacional de la Discapacidad, entidad de carácter autónomo depende del Ministerio de Planificación Nacional. Ley que fue trabajada

a través de la creación del Consejo Nacional de la Discapacidad (CONADIS), quienes fueron los encargados de formular la política Nacional sobre discapacidad, y de preparar un proyecto de ley que respondiera a los intereses de los sectores correspondientes.

En el marco de otras normativas ministeriales y convenio con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública se asegura la atención de salud a niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas no importando su situación migratoria, así mismo la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la población.

En marzo de 2016 se publica el Decreto Supremo N°67 que fija la circunstancia y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario de FONASA, Seguro Público, y se agrega la circunstancia de personas inmigrantes carentes de recursos sin documentos o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condiciones que los nacionales.

Finalmente, como una medida de afirmativa se emite la circular A15 N° 4 de 2016 que instruye sobre la implementación del Decreto N°67 y reitera todas las vías de acceso al sistemas de salud y precauciones en la línea de garantizar la atención de salud en iguales condiciones que la población nacional.

Se ha avanzado progresivamente en mejorar el acceso a la atención de salud de las personas migrantes, pero persisten barreras de acceso y situaciones de discriminación que han sido documentadas en estudios e informes de organismos de derechos humanos, particularmente en personas en situación migratoria irregular o indocumentados.

El Decreto Supremo N° 67 busca resolver la situación de este último grupo, particularmente de aquellos que son carentes de recursos, puesto que las normativas anteriores resuelven los otros casos. La Circular N° 4 señala todas las vías de acceso que tienen las personas migrantes al sistema de salud, siempre priorizando la regularización migratoria, e instruye específicamente el procedimiento para la implementación del decreto.

También se crea el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes, Resolución Exenta N° 1266 del 12 de diciembre de 2014, para establecimientos de atención primaria de salud, con una cobertura inicial de 11 comunas, 5 de las cuales pasan a ser parte del Piloto de salud de Inmigrantes. El objetivo del programa es desarrollar estrategias dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso a la atención,

promoción y prevención de la salud que afecta a la población inmigrante, en especial la no regulada, incluye difusión de derechos y deberes de los inmigrantes, mediadores interculturales, facilitadores lingüísticos, instancias de participación y desarrollo de protocolos de atención.

Durante el 2015 se desarrolla una línea de capacitación en migraciones y salud, derechos humanos y competencias culturales. Estas acciones están dirigidas a nivel de prestadores a administrativos, profesionales de la salud y funcionarios de apoyo, y a nivel ministerial a encargados de programas de salud. Se constituye una estrategia escalar y en distintos formatos, presenciales y online.

A partir de Junio de 2015 se desarrollan el Piloto de Salud de Inmigrante en 4 regiones del país: Arica Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Región Metropolitana. Estos corresponden a un conjunto de acciones articuladas del sector salud, que se traducen en un plan de acción que permite cumplir con el objetivo de disminuir las barreras de acceso a salud y atención de salud de los inmigrantes. El piloto incluye los ámbitos de acción del sector, de manera coordinada y de acuerdo a sus funciones; se incluye acciones de FONASA, Superintendencia de Salud, Servicios de Salud (Hospitales y Atención Primaria Municipios y SEREMI de Salud.

Esto se puede denominar como el desarrollo de una estrategia de mejoramiento de la información de salud con el objetivo de conocer el estado de salud de esta población con el fin de desarrollar acciones pertinentes. Se incorpora la identificación de la población migrante en los registros sanitarios en atención primaria y el fortalecimiento del registro en secundaria y terciaria, como así también el análisis de la información.

Como anteriormente se mencionó en las cifras que nos otorga el departamento de Extranjería y Migración (DEM), se ha generado un aumento de la población inmigrante en Chile los inmigrantes, estos suman 441.529 personas.

Si bien el Ministerio de Salud, comienza a tomar medidas de protección especial sobre esta población a partir del 2003, referidas específicamente a la atención de salud de mujeres embarazadas, durante el Gobierno de la presidenta Bachelet se ha avanzado progresivamente en mejorar el acceso a los servicios de salud de manera equitativa de acuerdo a la legislación y las prácticas nacionales, tal como exhorta la OMS la 61ª

Asamblea Mundial de Salud, Resolución WHA61.17 de 2008 y recientemente la OPS en el 55.o Consejo Directivo de la Organización y los distintos instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile.

En Septiembre del 2014 se constituyó en el MINSAL el Equipo Asesor Sectorial de Salud de Inmigrantes que cuenta con representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y la Superintendencia de Salud (14 representantes) cuyo objetivo es el desarrollo de la Política de Salud de Inmigrantes.

A partir de este trabajo se hace una revisión de la normativa, donde destaca el Decreto Nº67 que incorpora a los inmigrantes en situación irregular, sin visa o sin documentos, como beneficiarios de FONASA, además se impulsa el Piloto de Salud de Inmigrantes en las comunas de Arica, Antofagasta, Iquique, Recoleta y Santiago que busca reducir barreras de acceso a la salud, se promueve la capacitación y sensibilización de los funcionarios de Salud en el fenómeno de las Migraciones y Derechos Humanos y se avanza en monitoreo e información de salud de esta población.

El 2017 se busca consolidar este proceso a través de la formulación y lanzamiento de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud.

Finalmente, el documento establece 7 áreas estratégicas a abordar:

- ❖ Armonizar y adecuar el marco normativo que genera barreras o discriminación de la población inmigrante.
- ❖ Impulsar un sistema que garantice acceso y aceptabilidad en el derecho a la salud. Esto incluye, por ejemplo, la capacitación de funcionarios, la formulación de programas de acogida, la difusión de derechos, la incorporación de mediadores culturales y facilitadores lingüísticos.
- ❖ Desarrollar integralmente la salud de las personas migrantes, sectorial e intersectorialmente (con otros ministerios a través del Consejo de Política Migratoria) y procurar la continuidad de la atención, bajo un Modelo Integral de Salud, Familiar y Comunitario.

- ❖ Impulsar la transversalización de la salud de los migrantes en los programas e intervenciones de salud, considerándolas en el diseño de programas, planes e intervenciones y en las orientaciones técnicas.
- ❖ Monitorear, seguir y preparar información de salud para generar evidencia que permita diseñar políticas adecuadas y disminuir el estigma asociado a la migración.
- ❖ Considerar aspectos relativos a “trabajo, salud e inmigración” y su interrelación.
- ❖ Promover acciones comunicacionales contra la discriminación, xenofobia y estigmatización de las personas migrantes.

### **Sistemas Sensibles a las Personas Migrantes**

Se crea el Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes, Resolución Exenta N° 1266 del 12 de diciembre de 2014, para establecimientos de atención primaria de salud, con una cobertura inicial de 11 comunas, 5 de las cuales pasan a ser parte del Piloto de salud de Inmigrantes. El objetivo del programa es desarrollar estrategias dentro del modelo de atención que permitan superar las barreras de acceso a la atención, promoción y prevención de la salud que afecta a la población inmigrante, en especial la no regulada, incluye difusión de derechos y deberes de los inmigrantes, mediadores interculturales, facilitadores lingüísticos, instancias de participación y desarrollo de protocolos de atención.

Durante el 2015 se desarrolla una línea de capacitación en migraciones y salud, derechos humanos y competencias culturales. Estas acciones están dirigidas a nivel de prestadores a administrativos, profesionales de la salud y funcionarios de apoyo, y a nivel ministerial a encargados de programas de salud. Se constituye una estrategia escalara y en distinto formatos, presenciales y online.

A partir de Junio de 2015 se desarrollan el Piloto de Salud de Inmigrante en 4 regiones del país: Arica Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Región Metropolitana. Estos corresponden a un conjunto de acciones articuladas del sector salud, que se traducen en un plan de acción que permite cumplir con el objetivo de disminuir las barreras de acceso a salud y atención

de salud de los inmigrantes. El piloto incluye los ámbitos de acción del sector, de manera coordinada y de acuerdo a sus funciones; se incluye acciones de FONASA, Superintendencia de Salud, Servicios de Salud (Hospitales y Atención Primaria), Municipios y SEREMI de Salud.

El año 2016 se centra el trabajo en la difusión del Decreto N°67 y su implementación.

#### **Monitoreo en Salud:**

Desarrollo de una estrategia de mejoramiento de la información de salud con el objetivo de conocer el estado de salud de esta población con el fin de desarrollar acciones pertinentes. Se incorpora la identificación de la población migrante en los registros sanitarios en atención primaria y el fortalecimiento del registro en secundaria y terciaria, como así también el análisis de la información.

Se incorpora la identificación de la población migrante en los registros sanitarios en atención primaria a través de los Registros Estadísticos Mensuales (REM) y se instruye de manera obligatoria el registro de nacionalidad en los sistemas de registro en el nivel secundario y terciaria, se realizan auditorias de registro de egresos hospitalaria y se instruyen mejoras. Como parte del plan de mejora de la información, durante el 2016 a partir de los registros creados el 2015 y otras fuentes de datos se comienzan desarrollar diagnósticos regionales de salud de inmigrantes (RM, Antofagasta).

#### **Alianzas y Marco Plurinacional:**

Se establecieron una serie de alianzas intersectoriales para abordar de manera integral las problemáticas de salud de esta población, entre ellas con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Derechos Humanos y OIM.

Se desarrolló un proyecto de colaboración con el Ministerio de Salud de Colombia y se encuentra en desarrollo el proyecto de Cooperación Técnica Chile-México para el

fortalecimiento de las políticas públicas de salud para migrantes internacionales con el Instituto Nacional de Salud Público de México.

### **Marco Normativo en población Inmigrante**

El marco normativa chileno garantiza a los extranjeros en situación migratorio regular acceso a la atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

En el marco de otras normativas ministeriales y convenio con el Ministerio del Interior y Seguridad Pública se asegura la atención de salud a niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas no importando su situación migratoria, así mismo la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la población.

El marzo de 2016 se publica el Decreto Supremo N°67 que fija la circunstancia y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario de FONASA, Seguro Público, se agrega la circunstancia de personas inmigrantes carentes de recursos sin documentos o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condicione que los nacionales.

### **Decreto Supremo N° 67 y Circular A 15 N°4:**

En nuestro país se ha avanzado progresivamente en mejorar el acceso a la atención de salud de las personas inmigrantes, pero persisten barreras de acceso y situaciones de discriminación que han sido documentadas en estudios e informes de organismos de derechos humanos, particularmente en personas en situación migratoria irregular o indocumentados.

El Decreto Supremo N° 67 busca resolver la situación de este último grupo, particularmente de aquellos que son carentes de recursos, puesto que las normativas anteriores resuelven los otros casos. La Circular N° 4 señala todas las vías de acceso que tienen las personas migrantes al sistema de salud, siempre priorizando la regularización migratoria, e instruye específicamente el procedimiento para la implementación del decreto.

La modificación del Decreto Supremo N°110 incorpora como cuarta circunstancia de acreditación de carencia recursos para la calificación de beneficiario del FONASA tramo A, a las personas inmigrantes que carecen de documentos o permisos de residencia. Esta modificación se funda en instrumentos internacionales de Derechos Humanos, la Constitución de Chile, el DFL N°1 del 2005, la Ley N° 18.469, dos dictámenes de Contraloría General de la República del 2013 y 2015 y un fallo de tribunales de Antofagasta del 2015.

Es una medida de salud pública que busca la equidad. Esta medida busca igualar derechos de salud a todos los habitantes del territorio nacional, esto incluye a la personas migrantes, siendo un gran avance en equidad, pero también es importante como medida de salud pública puesto que la salud es una construcción colectiva y la cobertura de salud de toda la población, especialmente la que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad, va en beneficio de toda la población. Esto permitirá fortalecer el trabajo de los programas de salud y con esto la protección de la población en general.

Finalmente, la calificación es de un plazo de un año, luego deberán volver a inscribirse, con ello se intenta apoyar la regularización de los migrantes. Los funcionarios de la red de atención de salud, deben brindar orientación a las personas solicitantes para que regularicen su situación migratoria lo que les permitirá acceder de manera permanente a todas las prestaciones que ofrece el sistema público de salud en Chile, y a otras prestaciones sociales, procurando su inclusión social integral en el país.

## 2.2 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

En el presente ítem abordaremos de lleno el fenómeno del Trastorno del Espectro Autista, dando cuenta alguna de sus investigaciones más relevantes, sus políticas sociales, el fenómeno de la inclusión y finalmente la perspectiva educacional enfocada en el Trastorno del Espectro Autista.

En los últimos años Movimientos Sociales que apoyan la Ley de Autismo en Chile, señalan que la población autista es sin duda es una población invisibilizada por nuestra sociedad, lo cual esta situación conlleva consecuencias naturales, tales como la vulneración de derechos de estas personas; entre estas podemos nombrar consecuencias en salud y la falta de capacitación de neurólogos y psiquiatras en nuestro país.

Dichos movimientos además afirman que existe un estigma social para con las familias en las que existe un integrante con Trastorno del Espectro Autista, ya que se produce un efecto rebote que puede afectar a cualquier integrante de la familia llegando incluso a segregar a la familia entera.

Existe un desconocimiento con respecto a la educación los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista, familias comentan que no la pasan bien como miembros de nuestra sociedad, en especial en el ámbito de la educación por la exclusión provocada por la desinformación de esta condición neurológica.

Para entender un poco lo que es el Trastorno del Espectro Autista, la premisa básica es que el Trastorno del Espectro Autista es una condición neurobiológica, no una enfermedad, que primariamente está descrita como un Trastorno Generalizado del Desarrollo, que afecta la triada de la comprensión social, lenguaje verbal -no verbal y la Imaginación, con la marcada presencia de intereses restringidos, lo que dificulta su desempeño en el ámbito escolar. La Fundación Asperger en Chile (Fundación Asperger Chile, 2014) alude al Espectro Autista, constatando que 1 de cada 88 personas está dentro de este Espectro, lo cual es más visible en niños que en niñas.

Las personas con Trastorno del Espectro Autista tienen una apariencia normal, capacidad normal de inteligencia, habilidades especiales o "islas de inteligencia", pero exhiben problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presentan comportamientos

inadecuados, debidos a la falta de comprensión social y por los trastornos sensoriales que le afectan.

Las personas con Trastorno del Espectro Autista piensan diferente de una persona típica. Son lógicos, concretos e hiperrealistas. Sus capacidades diferentes no son evidentes. En forma sencilla, puede describirse como una “ceguera mental”, que le impide intuir lo que su interlocutor está pensando, o inferir información a través del lenguaje corporal que se proporciona. Junto con esto, presentan problemas con su sistema sensorial (visión, audición, tacto, gusto y olfato): La foto estimulación puede resultarles molesta, son capaces de oír y ver lo que nadie más puede y con gran atención al detalle, la textura y el aroma de los alimentos puede provocarles trastornos de alimentación, y ciertas telas o etiquetas en sus prendas de vestir hace que una tarea tan simple, resulte una batalla.

Todo este desorden en el ingreso de información (estímulos) al cerebro, hace que las reacciones a dichos estímulos sean vistos por las personas que le rodean como comportamientos sociales inadecuados, desproporcionados, haciéndoles la vida difícil a ellos y a sus familias debido a la intolerancia e ignorancia imperantes.

Los niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista son todos diferentes. Tienen una amplia gama de personalidades, y un sin número de habilidades y talentos que no se presentan en todos por igual. Para efectos pedagógicos se los ha clasificado en: pensadores visuales, pensadores músico-matemáticos y pensadores lógico verbales.

La vida de un niño con Trastorno del Espectro Autista es una lucha constante por tratar de encajar con el medio, con sus pares. Todo lo que un niño neurotípico aprende instintivamente, ellos lo hacen por el intelecto y esto, al final del día, termina por agotarlos.

Para entender lo que significa ser parte del Trastorno del Espectro Autista, hagamos el ejercicio de imaginarnos estar en un país extranjero, cuya lengua y costumbres sociales que desconocemos, pero sin embargo, tratamos de aprender. Nuestro cerebro en permanente estado de alerta. Estamos en un constante estado de estrés.

Por eso, las personas del espectro autista pueden preferir la soledad. La soledad es para ellos también sinónimo de seguridad.

Es importante aclarar que a partir de Mayo de 2013, el Diagnóstico de Síndrome de Asperger desapareció del Manual de Estadísticas de la Asociación de Psiquiatría

Americana (DSM V), para formar parte de los llamados “Trastornos del Espectro Autista”, ante la imposibilidad de establecer un límite entre una entidad y otra. (V, 2013)

Las nuevas estadísticas internacionales reflejan una prevalencia de 1 de cada 68 personas, donde podemos analizar que no es una cifra menor, teniendo en cuenta la cantidad de niños que hay en Chile. Este síndrome es altamente ignorado por nuestra educación pública y también privada, donde quedan al debe las evaluaciones diferenciales y sus componentes para que el niño, niña o adolescente tenga una educación integral.

Diversos estudios nos ayudan a conocer un poco más que es ser una persona con Trastorno del Trastorno del Espectro Autista.

El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares está usando imágenes de resonancia magnética funcional para mostrar cómo las anomalías en áreas particulares del cerebro causan cambios en la función cerebral que producen síntomas del Trastorno del Espectro Autista y otros trastornos generalizados del desarrollo. Otro estudio en gran escala está comparando las evaluaciones psiquiátricas y neuropsicológicas de los niños con diagnóstico posible de Trastorno del Espectro Autista de alto funcionamiento a aquellas de sus padres y hermanos para ver si hay patrones de síntomas que vinculan TEA de alto funcionamiento a perfiles neuropsicológicos específicos.

El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS) también está apoyando un estudio internacional de largo alcance que une a investigadores para recolectar y analizar muestras de ADN de los niños con Trastorno del Espectro Autista de alto funcionamiento, al igual que sus familias, para identificar genes asociados y cómo interactúan. Llamado Proyecto del Genoma Autista, es un consorcio de científicos de universidades, centros académicos e instituciones alrededor del mundo que funciona como depósito de datos genéticos para que los investigadores puedan buscar la base de Trastorno del Espectro Autista.

Debido a que hay tantas formas diferentes de trastornos autistas, entender la base genética de cada uno abre la puerta a oportunidades de diagnóstico y tratamiento más precisos. Conocer el perfil genético de un trastorno particular puede significar la identificación precoz de aquellos en riesgo, y la intervención temprana cuando es más probable que las terapias y tratamientos sean más exitosos.

Se están haciendo muchas investigaciones sobre cómo tratar los síntomas del Trastorno del Espectro Autista en los niños o ayudarles a vencer las dificultades del Trastorno del Espectro Autista. Sin embargo, para decidir si algo ayuda o no (o si es mejor que alguna otra cosa), los investigadores necesitan evaluar los resultados de muchos estudios y no de uno solo. Es posible que un estudio indique que algo ayudó, mientras que otro indique que no fue así. La información de esta sección describirá cada tipo de tratamiento y lo que han hallado los investigadores al evaluar todos los estudios en conjunto.

Existen también programas que abordan las destrezas sociales, la atención, el sueño, el juego, la ansiedad, la interacción con los padres y conductas desafiantes. Algunos programas ayudan también con el desarrollo general de los niños. Muchos de estos programas utilizan a terapeutas especialmente capacitados que trabajan con los padres y los niños hasta 25 horas cada semana. Los programas pueden durar desde 12 semanas hasta 3 años. Se realizan en casas, escuelas y clínicas. La intervención conductual intensiva temprana, la terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento en destrezas sociales son tipos de programas conductuales. Las intervenciones conductuales intensivas tempranas se enfocan en el desarrollo general de los niños. Los programas como el Modelo Lovaas y el Modelo Denver de Inicio Temprano (Early Start Denver Model) se enfocan principalmente en el trabajo con niños. Otros programas, como el Entrenamiento en Respuestas Centrales (Pivotal Response Training) y el de Hanen Más que palabras (Hanen More Than Words), se concentran en enseñar a los padres cómo ayudar a sus hijos. Los programas que utilizan terapias cognitivo-conductuales ayudan a los niños a manejar su ansiedad. El gato valiente (Coping Cat) y Enfrenta tus miedos (Facing Your Fears) son ejemplos de este tipo de programas. Los programas de destrezas sociales se enfocan en las destrezas sociales, la atención y el juego. Los programas Aprendizaje de destrezas (Skillstreaming) ayudan a los niños mayores con sus destrezas sociales. Los programas como Atención conjunta, participación y regulación en el juego (Joint Attention Symbolic Play Engagement and Regulation; JASPER, por su sigla en inglés) tienen por objeto ayudar a los niños pequeños con problemas como las dificultades para el juego cooperativo. Los programas conductuales de su zona pueden basarse en estos u otros modelos. Sin embargo, pueden conocerse por otros nombres.

Existen también otras investigaciones que hacen cuadros comparativos con otro tipo de trastornos; es el caso del Trastorno de Déficit de Atención/hiperactividad (TDAH) y el trastorno del espectro autista, de acuerdo con el DSM-V, son entidades distintas cuyo

diagnóstico conjunto en un mismo individuo estaba vedado en versiones anteriores del DSM. No obstante, durante las dos últimas décadas se ha mantenido un debate sobre los límites entre uno y otro trastorno, a pesar de que no cabe ninguna objeción de que TDAH y Trastorno del Espectro Autista son fenotipos clínicos y cognitivos distintos, por una razón tan obvia como es el hecho de que se han definido de manera claramente distinta. Por lo tanto, desde una perspectiva anclada en una visión puramente fenomenológica, no existiría razón alguna para cuestionar la independencia entre uno y otro trastorno. (Artigas Pallares, 2013, pág. 156) Afirma “en la actualidad no se puede dar por resuelta la discusión sobre convergencia entre TDAH y el Trastorno del Espectro Autista, la investigación se plantea a partir de las aportaciones de la genética cuál es la ubicación nosológica de ambos trastornos”.

Las conclusiones que se desprenden de la recopilación de los datos de los que se disponen orientan hacia un nuevo modelo conceptual no sólo para el TDAH y el Trastorno del Espectro Autista, sino para los trastornos mentales complejos en general. Comprenden una línea investigativa que pretende transformar el modo de entender y, casi con toda certeza, abrir nuevas perspectivas en el tratamiento de los trastornos mentales.

También hay investigaciones que tratan de la comorbilidad (Presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario) de Trastorno del Espectro Autista y TDAH. La reciente publicación del DSM-5, introduce la novedad de aceptar la posibilidad de un diagnóstico comórbido de los Trastorno de Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH). Existe una investigación en particular donde se revisaron un total de 28 investigaciones, estableciendo 4 temáticas diferentes. La investigación muestra tasas variables de comorbilidad de Trastorno del Espectro Autista y TDAH dependiendo de la edad y procedencia de las muestras, y de los criterios diagnósticos empleados. Cuando se da la comorbilidad de Trastorno del Espectro Autista y TDAH aumenta la severidad de la sintomatología autista y de trastornos externalizantes e internalizantes (Rico Moreno & Tarranga Mínguez , 2016) Sin embargo, ello no parece relacionarse con un empeoramiento del estrés parental ni de la calidad de vida familiar.

Más allá de investigaciones netamente científicas también existen otras que tratan de música, danza, o expresión corporal. En este caso la Musicoterapia (Utilización de música con fines psicoterapéuticos) ha sido objetivo principal para desarrollar investigaciones teóricas desde esta terapia.

Una de las conclusiones más destacables dado el término de esta investigación es que no es necesario medicar a los pacientes con Trastorno del Espectro Autista para experimentar una mejora en todas sus habilidades (Lara, 2016) Hay terapias que ejercen su efecto sin necesidad de afectar a la salud de los usuarios o modificar su metabolismo. Un ejemplo de ellas es la Musicoterapia, donde los pacientes aprenden y mejoran sus habilidades sin darse cuenta, ya que se realiza de forma dinámica y motivadora; lógicamente cabe destacar que las sesiones de Musicoterapia deben llevarse a cabo por un especialista, el musicoterapeuta, ya que conoce a la perfección las técnicas y estrategias que deben llevarse a cabo. Como en esta investigación:

Los niños y las niñas con Trastorno del Espectro Autista y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, suelen ver afectada su socialización en las aulas ordinarias, llegando a experimentar un estatus socio métrico del tipo “ignorado” o incluso “rechazado” (Rico Moreno & Tarranga Mínguez , 2016). A su vez, sus dificultades en competencia social parecen coexistir y correlacionar con una serie de variables que se encuentran potencialmente afectadas en ambos trastornos, entre las que se encuentra el lenguaje y la competencia emocional. Los estudios realizados hasta el momento han aportado gran cantidad de información sobre estos trastornos y las variables señaladas, llegando a revelar una relación mutua entre competencia social y emocional. Sin embargo, existen escasos estudios que comparen ambos grupos, o realicen un análisis cualitativo sobre los motivos proporcionados en cuestiones socio métricas, o los motivos que existen detrás de los errores en tareas emocionales. Por ello, en este estudio se pretende conocer el estatus socio métrico de niños/as con Trastorno del Espectro Autista o con TDAH, y su relación con las variables mencionadas, llevando a cabo un análisis cuantitativo (cantidad) y cualitativo (categoría). Para conseguirlo, dos grupos de niños/as con edades comprendidas entre 3 y 12 años escolarizados en un centro ordinario, uno con Trastorno del Espectro Autista y otro con TDAH, fueron evaluados mediante tareas que evalúan las variables señaladas, y con la prueba piloto de la aplicación novedosa EMOCIONATEST.

Los resultados demuestran que la mayoría de los participantes de ambos grupos se sitúa en una posición social “promedio” en sus aulas ordinarias. Así pues, ambos grupos presentan déficit en competencia emocional, y en el caso del grupo con Trastorno del Espectro Autista se observa una relación de las variables evaluadas con los valores socio métrico, no es el caso del grupo con TDAH. (Lara, 2016) Afirma que “se concluye que a pesar de esta correlación entre variables, existen otras que pueden incidir en este sentido.

En relación a ello, el análisis cualitativo realizado puede aportar información de utilidad al respecto”. Finalmente, en base a los resultados obtenidos desde esta investigación se propuso una puesta de acción destinada a mejorar el déficit presente.

La inclusión y la educación son dos fenómenos que van de la mano con el Trastorno del Espectro Autista, muchos investigadores han querido plasmar las historias de niño, niña y adolescente con Trastorno del Espectro Autista que ocurren dentro del aula, investigando desde sus historias de vida, o experimentos dentro de la sala de clases.

También existe un estudio que se caracteriza por ser un trabajo experimental; trata de poner en práctica la técnica de los grupos interactivos, característica de los centros educativos que adoptan la forma de comunidades de aprendizaje, en un colegio público ordinario de Castellón de la Plana (España) que no sigue la base metodológica de éste tipo de escuelas. El objetivo principal esta investigación fue corroborar la eficacia de los grupos interactivos en las áreas en donde el alumnado con Trastorno del Espectro Autista manifiesta dificultades. El estudio se centra en la investigación de un único caso, un niño de 4 años que presenta un Trastorno del Espectro Autista nivel 1 que se encuentra dentro de un aula con una ratio elevada de alumnado, hecho que dificulta poder atender a las necesidades educativas individuales del grupo-clase. Así pues, se ha llevado a cabo una comparación de los comportamientos observados, en base a las áreas en donde el alumno con Trastorno del Espectro Autista presenta dificultades, tanto dentro de las actividades ordinarias de aula como los manifestados en las actividades en forma de grupos interactivos. (Orteso, 2015) Afirma, tras comparar las observaciones, se ha comprobado que la técnica de los grupos interactivos garantiza resultados muy positivos tanto en el alumnado con Trastorno del Espectro Autista como en el resto de participantes, asegurando así la participación e integración de todos los componentes del aula.

## Políticas Sociales relacionadas al Trastorno del Espectro Autista

En el marco de la Reforma Educacional y su eje en la inclusión escolar se ha implementado el Decreto Supremo de Educación N° 170 de 2009, que fija las normas para determinar los estudiantes con necesidades educativas especiales (NEE), beneficiarios de la Subvención para Educación Especial, y las atribuciones que en este contexto tiene el MINEDUC.

Así nace el Programa de Integración Escolar (PIE). El PIE es una estrategia inclusiva del sistema escolar cuyo propósito es entregar apoyos adicionales (en el contexto del aula común) a los estudiantes que presentan NEE, sean éstas de carácter permanente o transitorio, favoreciendo con ello la presencia y participación en la sala de clases, el logro de los objetivos de aprendizaje y la trayectoria educativa de “todos y cada uno de los estudiantes”, contribuyendo con ello al mejoramiento continuo de la calidad de la educación en el establecimiento educacional.

Para que un niño, niña o adolescente sea parte del PIE de un establecimiento escolar debe pasar por una evaluación diagnóstica, ya sea de un Neurólogo, Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social o Educador Diferencial. Dicha evaluación debe ser integral e interdisciplinaria. Entre las NNE incluidas en el PIE podemos nombrar:

- ❖ Discapacidad Auditiva
- ❖ Discapacidad Visual
- ❖ Discapacidad Intelectual
- ❖ Trastorno del Espectro Autista
- ❖ Disfasia
- ❖ Discapacidad múltiple y Sordo-ceguera
- ❖ Trastorno de déficit atencional
- ❖ Trastorno específico del lenguaje
- ❖ Trastorno específico del aprendizaje

Según el Ministerio de educación el problema de inclusividad se produce cuando no se brinda apoyo a muchos otros/as que también lo requieren, pero no son parte de dicho

programa. Esto significa que no se está asegurando la igualdad de oportunidades para un importante porcentaje de alumnos/as, que de contar con las ayudas necesarias podrían superar sus dificultades de aprendizaje o de participación y obtener mejores logros educativos. Por otra parte, un efecto no deseado de esta medida es que se pueda etiquetar a un mayor número de alumnos como “alumnos/as de integración” para obtener recursos adicionales.

En este sentido la inclusión y valoración de la diversidad constituyen desafíos para la gestión institucional y pedagógica para garantizar que todos los estudiantes en su diversidad, enfrentados al aprendizaje, puedan acceder a una educación de calidad con oportunidades equivalentes de aprender y participar en las escuelas y liceos, considerando sus características individuales, culturales, económicas o sociales. El PIE es un desafío y una oportunidad para los establecimientos educacionales de nuestro país. (García, 2017, pág. 11)

Ciertamente, los niños y niñas con Necesidades Educativas Especiales requieren una serie de ayudas y recursos de carácter especializado para facilitar o minimizar sus dificultades de aprendizaje, que muchos docentes no dominan. Esta es la razón por la cual es tan importante la participación de los profesionales de la educación especial, ya que su formación contempla conocimientos especializados para dar respuestas a las necesidades específicas que estos/as presentan.

Las razones anteriormente expuestas son muy importantes a la hora de entender la importancia de la colaboración entre los docentes de Educación Especial y de educación regular.

Estudios realizados en distintas partes del mundo, así como en Chile, muestran que los niños/as que se integran a la escuela común alcanzan aprendizajes significativos en el marco del currículum común y tienen un desarrollo y una socialización más completa. Por otro lado, el resto de los alumnos/as tienen la oportunidad de conocer a aquellos que tienen discapacidad, desarrollar actitudes de respeto y solidaridad, reduciendo temores, mitos y prejuicios que han conducido a la sociedad a marginar a estas personas. La integración también ha supuesto en muchos casos un proceso de innovación en las escuelas comunes y un mayor desarrollo profesional de los docentes. (MINEDUC, 2017)

## **Inclusión y el Trastorno del Espectro Autista**

Si hablamos de inclusividad (Llancavil & Lagos, Enero 2016) presentaron esta idea de una educación inclusiva que cobra fuerza a partir de los desafíos dados a conocer en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad, el año 2004, y que más tarde fueron ratificados en la Conferencia “La educación inclusiva: El camino hacia el futuro” (UNESCO, La educación inclusiva en América Latina y el Caribe: Un análisis exploratorio de los Informes Nacionales presentados a la Conferencia Internacional de Educación., 2008) Estos desafíos, planteados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), buscan la integración de todos los niños y jóvenes a los sistemas educativos, indistintamente de las condiciones que ellos presenten. Asimismo, proponen la reformulación y ampliación de la respuesta brindada por los sistemas escolares en el marco del Programa Educación para Todos. De este modo, la educación inclusiva se asume como un proceso en donde se consideran las necesidades de todos los alumnos y alumnas, con el fin de propiciar actividades que posibiliten su participación dentro de los procesos de enseñanza, así como también una disminución de la discriminación (UNESCO-OREALC, 2008)

El concepto de inclusión se posiciona en la literatura educacional a partir de los aportes de Booth y Ainscow (UNESCO-OREALC, 2008) quienes lo definen como un conjunto de procesos orientados a aumentar la participación de los estudiantes en la cultura, los currículos y las comunidades de las escuelas, eliminando o minimizando las barreras que limitan el aprendizaje y la participación de todos los estudiantes. La inclusión implica la mejora sistemática de las instituciones educativas para tratar de eliminar las diversas barreras que restringen la presencia, el aprendizaje y la participación del alumnado en los centros donde son escolarizados, con particular atención en aquellos más vulnerables (Avaria, 2001). A partir de entonces, el movimiento de la inclusión ha surgido con fuerza para hacer frente a los altos índices de exclusión y discriminación y a las desigualdades educativas presentes en la mayoría de los sistemas educativos del mundo. En una educación inclusiva, se reconoce la diversidad de todos los alumnos y se les provee de las oportunidades y condiciones para que sean beneficiados por la educación, considerando sus características, potencialidades, ritmos y motivaciones. De este modo, se asume que todos los alumnos pueden aprender juntos, al margen de sus condiciones físicas, culturales, sociales e intelectuales (Llancavil & Lagos, Enero 2016).

Comúnmente se confunden los conceptos de inclusión e integración. Tal como sostiene Llancaivil, la inclusión educativa tiende a relacionarse discursivamente con el concepto de educación especial y, por tanto, de integración escolar. Sin embargo, el concepto de inclusión es mucho más profundo, ya que a diferencia de lo que ocurre con las experiencias de integración, “la enseñanza se adapta los alumnos y no estos a la enseñanza” (Blanco R. , 2006) La inclusión implica que todos los niños de una determinada comunidad aprendan juntos, independiente de sus condiciones personales, sociales o culturales. Se trata de lograr una escuela en la que no existan 'requisitos de entrada' ni mecanismos de selección o discriminación de ningún tipo; una escuela que modifique substancialmente su estructura, funcionamiento y propuesta pedagógica para dar respuesta a las necesidades educativas de todos y cada uno de los niños y niñas, incluidos aquellos que presentan una discapacidad (Blanco R. , 2006) Lo anterior, permitirá que estos tengan éxito en su aprendizaje y participen en igualdad de condiciones de un proceso de enseñanza adaptado a sus necesidades y características. El autor refiere a Duran y Giné, donde estos señalan que la educación inclusiva, debe asumirse como un proceso de mejora del sistema educativo para atender, en todas las escuelas, a todos los estudiantes. De esta forma, la inclusión educativa se constituye en una forma de responder y abordar la diversidad en contextos educacionales.

Asimismo, con la formación de escuelas inclusivas se hace frente a un enfoque educativo tradicional, que impera en nuestras aulas, y que está basado en la homogeneidad beneficiando tan solo a unos pocos estudiantes. Lo anterior, como señala (Blanco R. , 2006), justifica sobradamente la preocupación central de la inclusión; “transformar la cultura, la organización y las prácticas educativas de las escuelas comunes para atender la diversidad de necesidades educativas de todo el alumnado”. De este modo, la educación inclusiva aspira a hacer efectivo el derecho a una educación de calidad para todos, y que asumimos como la base para una sociedad más justa e igualitaria. A pesar de que el enfoque inclusivo es respaldado por importantes organizaciones mundiales como UNESCO, UNICEF y ONU, después de veinte años de la Declaración de Salamanca en 1994, el panorama internacional ha cambiado escasamente y el caso chileno no es la excepción. Pese a las políticas y disposiciones legales establecidas en nuestro país, (Política Nacional de Educación Especial, Ley de Subvención Escolar Preferencial, Ley sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, Ley General de Educación), el fenómeno de la inclusión aún no ha logrado posicionarse en los establecimientos escolares. Los actuales sistemas educacionales tienen aún muchos

inconvenientes que le impiden convertirse en un sistema inclusivo, en donde la atención sea para todos los niños sin excepción. Es así, como aún seguimos en una concepción de integración, que a su vez tiene varias dificultades y obstáculos.

Siguiendo con el planteamiento de estos dos autores ellos también afirman en su investigación que actualmente, existe un mayor reconocimiento sobre la importancia de considerar la diversidad en las aulas. Sin embargo, las prácticas diarias en los establecimientos escolares dejan en evidencia que los sistemas educativos siguen reproduciendo acciones homogeneizadoras a estudiantes con necesidades particulares y muy diversas. Lo anterior, se constituye en un importante obstáculo para la participación y aprendizaje de todos los educandos en la escuela. “Este carácter homogeneizador ha conducido a considerar las diferencias desde criterios normativos, de tal forma que todos aquellos que se distancian o desvían de lo 'supuestamente normal o frecuente' son considerados sujetos de programas diferenciados, excluidos o simplemente ignorados” (UNESCO-OREALC, 2008) Ante esta realidad, uno de los grupos que tradicionalmente ha sido ignorado es el de los con el Trastorno del Espectro Autista, asumiendo la creencia errada de que estos no requieren de una atención o apoyo educativo debido a que son considerados como estudiantes que no tienen necesidades académicas.

Un contexto educativo que no considere la diversidad existente en sus aulas, se arriesga a que muchos de sus estudiantes no desarrollen plenamente sus capacidades o experimenten dificultades de aprendizaje y de participación dentro de la escuela. Por lo anterior, resulta imprescindible dejar atrás los enfoques homogeneizadores vigentes en nuestras escuelas y avanzar hacia centros inclusivos en donde las diferencias se valoren y de paso se consideren los múltiples talentos y capacidades de sus estudiantes. El gran desafío del siglo XXI, en materia escolar, es formar escuelas que eduquen en la diversidad, en el respeto y valoración de estas, y en donde todos los estudiantes tengan acceso a una educación de calidad que les permita su pleno desarrollo, aprendizaje y participación.

En este último tiempo, son los estudiantes con alguna discapacidad, quienes han concitado la principal atención y hacia quienes se han dirigido las mayores acciones tendientes a evitar su segregación y exclusión. Sin perjuicio de lo anterior, también se deben considerar las necesidades educativas especiales de aquellos estudiantes con talento académico, quienes requieren igualmente de una oportuna atención para que alcancen su máximo potencial. Tal como señalan (Blanco, Rios , & Benavides, Respuesta educativa para los niños con talento. , 2004) si estos no reciben una oportuna atención educativa, también

pueden presentar dificultades de aprendizaje, de participación o alteraciones en el comportamiento. De este modo, hay que tener presente que existe un importante número de estudiantes con talento académico y que también requieren una educación especial, que vaya acorde a su ritmo de aprendizaje, que es más rápido.

(Llancavil & Lagos, Enero 2016) Concluyen que en el actual escenario educativo, se requiere seguir avanzando hacia una educación más inclusiva que asegure la atención de la diversidad presente en las aulas y garantice una educación de calidad para todos los alumnos dentro de un contexto de aceptación y participación. De esta manera, se favorecerá el desarrollo de actitudes que propicien el respeto y valoración de las diferencias, disminuyendo los niveles de discriminación y contribuyendo a la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

En este sentido, se hace imperativo llegar a todos los niños y jóvenes, indistintamente de su situación, para brindarles las herramientas que les permitan un mejor desempeño en el contexto escolar y en su vida fuera de este. Por lo tanto, implica que los alumnos con talento académico también necesitan ser incluidos en la sala de clases, junto al resto de sus compañeros, y contar con un profesor calificado que les permita desarrollar todas sus capacidades. De ahí la importancia de una sólida formación inicial docente y del rol que les cabe a las Escuelas de Pedagogía para lograr estos propósitos. Los futuros profesores deberán contar con la preparación adecuada para dar respuesta a los requerimientos de una educación inclusiva, que atienda las necesidades educativas de cada alumno, especialmente aquellos con talento académico. También, incluye los conocimientos para identificar a este grupo de alumnos, realizar modificaciones al currículum, seleccionar estrategias de enseñanza, así como también con respecto a metodologías, recursos y evaluaciones a implementar. Para concretar aquello, las carreras de pedagogía necesitan diseñar cursos cuyo eje central sea educar en y para la diversidad, de modo que se entreguen los fundamentos, a los futuros profesores, para llevar a cabo una educación inclusiva. A la existencia de programas extracurriculares de atención a niños con talento académico, se requiere desarrollar programas intracurriculares que permitan atender a una mayor cantidad de estudiantes con estas características. De esta forma, se podrán entregar respuestas efectivas a los estudiantes dentro del contexto escolar tradicional. Lo anterior, traerá beneficios no solo para los alumnos con talento académico, sino que también permitirá elevar los aprendizajes del resto de los estudiantes del curso. Además, permitirá generar un ambiente de aprendizaje que favorecerá el ejercicio de la democracia y la

convivencia en la diversidad de las alumnas y alumnos, lo cual tendrá un impacto en la mejora de la calidad del sistema educativo. Se precisa también, el compromiso de todos los miembros de la comunidad educativa con el fin de garantizar un ambiente de respeto, valoración, solidaridad y equidad. Para lograr lo anterior, se requiere contar con un sólido marco normativo que permita generar las acciones conducentes a lograr estos propósitos y los recursos económicos y humanos que favorezcan la perdurabilidad y éxito de las políticas educacionales.

Por otra parte, se deben establecer alianzas entre las universidades e instituciones escolares con el fin de proporcionar a estas los conocimientos y logros alcanzados a través de las investigaciones que se han desarrollado dentro de los programas de talentos llevados a cabo por las instituciones de educación superior.

Por todo lo anterior, uno de los desafíos del sistema educativo chileno, durante los próximos años, es generar escuelas inclusivas que permitan a los estudiantes con talento académico asumir un rol protagónico en la construcción de sus aprendizajes y potenciar el desarrollo de habilidades superiores.

## **Perspectiva Educacional del Trastorno del Espectro Autista**

Medio siglo atrás, la Declaración Universal de Derechos Humanos estableció que, “la educación es un derecho humano básico”. (Art. 26 - Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948)

Las reuniones de la Conferencia Internacional de Educación (CIE), organizadas por la Oficina Internacional de Educación de la UNESCO (UNESCO-OIE), se celebran desde el año 1930 y representan un importante foro de diálogo político internacional sobre temas y desafíos educativos. Tradicionalmente, los países presentan un Informe Nacional sobre el desarrollo de la educación que contiene también información sobre aspectos relacionados con el tema que será debatido durante la Conferencia. En ocasión de la 48a reunión de la CIE (Ginebra, 25-28 de noviembre 2008), que fue dedicada al tema “La educación inclusiva: el camino hacia el futuro”, la UNESCO-OIE ha recibido un total de 115 Informes Nacionales, de los cuales 16 de países de la región de América Latina y el Caribe (OIT-PNUD, 2013)

Es importante resaltar que asumir la educación inclusiva desde la perspectiva de “los derechos” no es un paso retórico más, sino un cambio de sustantivo, pues mientras que en la Declaración de Salamanca (UNESCO, Declaración de Salamanca, 1994) la educación inclusiva es vista como un principio.

Las referencias contenidas en los informes indican claramente que el reto principal de política educativa asumido por la mayoría de los países de la región es ofrecer una educación de calidad para todos. En efecto, más del 80% de los informes se hace referencia a este principio de política nacional para el sector educativo. Entre los otros desafíos citados con más frecuencia figuran el ‘acceso universal a la educación’, la ‘igualdad educativa’ o ‘igualdad de oportunidades educativas’, la ‘equidad’ o el ‘acceso equitativo’ (todos con un porcentaje de frecuencia de 44%); la ‘justicia social’ (38%); el ‘logro educativo’ (25%); y, en menor medida, conceptos tales como la ‘integración social’, la ‘educación a lo largo de toda la vida’, la ‘democracia’, el ‘respeto de las diferencias’, la eficiencia, relevancia, pertinencia y eficacia. (UNESCO, La educación inclusiva en América Latina y el Caribe: Un análisis exploratorio de los Informes Nacionales presentados a la Conferencia Internacional de Educación., 2008)

En términos generales, prevalece la visión de la educación como una estrategia fundamental que debe contribuir a generar una sociedad cada vez más justa y democrática,

favorecer la integración e inclusión de todos los sectores sociales, y ayudar a reducir las desigualdades y la exclusión. (Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe). (UNESCO-OREALC, 2008)

Cada niño tiene características, intereses, capacidades y necesidades que le son propias; si el derecho a la educación significa algo, se deben diseñar los sistemas educativos y desarrollar los programas de modo que tengan en cuenta toda la gama de esas diferentes características y necesidades. (UNESCO, Declaración de Salamanca, 1994)

La educación en Chile, a fines del siglo XIX, de un millón y medio de habitantes, solo un 25% se encontraba en edad escolar, pero solo el 13% de la población accedía a una educación formal (UNICEF, 2008)

Las leyes de nuestro país en cuanto a educación respaldan lo normativo de la inclusividad, la igualdad y el coexistir dentro de un ambiente multicultural.

Y así lo expresa la Ley 20.422: “Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.”

Art. 34. “El Estado garantizará el acceso a las personas con discapacidad a los establecimientos públicos y privados del sistema de educación regular o a los establecimientos de educación especial que reciban aportes estatales. Y que los establecimientos de enseñanza parvularia, básica y media contemplarán planes para alumnos con necesidades educativas especiales y fomentarán en ellos la participación de todo el plantel de profesores”.

Y lo reafirma la Ley 20.845: “De inclusión escolar que regula la admisión de los y las estudiantes, elimina el financiamiento compartido y prohíbe el lucro en establecimientos educacionales que reciben aportes del estado”

Art. 1 f) “Diversidad. El sistema debe promover y respetar la diversidad de procesos y proyectos educativos institucionales, así como la diversidad cultural, religiosa y social de las familias que han elegido un proyecto diverso y determinado, y que son atendidas por él, en conformidad a la Constitución y las leyes”.

Art 1 ñ) “Educación integral. El sistema educativo buscará desarrollar puntos de vista alternativos en la evolución de la realidad y de las formas múltiples del conocer,

considerando además, los aspectos físico, social, moral, estético, creativo y espiritual, con atención especial a la integración de todas las ciencias, artes y disciplinas del saber."

En el marco de la Reforma Educacional y su eje en la inclusión escolar se ha implementado el Decreto Supremo de Educación N° 170 de 2009, que fija las normas para determinar los estudiantes con necesidades educativas especiales (NEE), beneficiarios de la Subvención para Educación Especial, y las atribuciones que en este contexto tiene el MINEDUC.

## 2.3 TRABAJO SOCIAL

En el presente ítem abordaremos el trabajo social como concepto, luego esbozaremos un poco de su tradición y la intervención en sí, también la importancia del trabajo social con familias, luego repasaremos los principales modelos de intervención y la importancia del esquema valórico - ético y profesional del Trabajador Social.

(Castañeda, 2014) Afirma que como concepto existen dos perspectivas dentro del Trabajo Social, la primera perspectiva, refiere a una profesión cuyo quehacer en el campo laboral remite al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, a la superación de las desigualdades, a la eliminación de las condiciones de exclusión y vulnerabilidad y a la búsqueda conjunta de nuevas oportunidades de desarrollo para la población. En suma, la autora menciona, como plantea la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) que “facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan su vida y prevengan las disfunciones” (FITS, 2000). La segunda perspectiva se sitúa desde los desafíos derivados de la formación profesional y por tanto, como disciplina académica y profesión universitaria, fundada en las ciencias sociales y humanas y guiada por ideales democráticos y humanitarios. En este ámbito su quehacer profesional se expresa a través de las metodologías basadas en el ejercicio de la intervención social y en el conocimiento que ésta genera.

En Chile, la tradición histórica de la formación en Trabajo Social se caracterizó entre los años 1925 a 1973 por organizar sus procesos de enseñanza y aprendizaje en torno a la intervención profesional de caso social, grupos y comunidad. (Castañeda, 2014, pág. 25) Más en el año 1990, marca el inicio de los gobiernos democráticos en el país y podría afirmarse que la principal tarea nacional, a partir de esa fecha fue la reconstrucción de la democracia, no sólo a nivel político, sino también económico, social y cultural.

El Trabajo Social se involucra directamente en el proceso de la consolidación de la democracia en Chile. De esta manera, asume como tarea promover el respeto a la dignidad de la persona y el desarrollo de formas democráticas de convivencia, principalmente, a través de la tarea organizativa y educacional, especialmente en el trabajo con grupos y comunidades.

Los Trabajadores Sociales comienzan a reconocerse como Mediadores entre la comunidad y el Estado. Abarcan campos claves en la administración de Políticas Sociales, y nuestro

rol es reconocido también a nivel de planificación y evaluación de proyectos. El campo de acción continúa siendo las empresas privadas y públicas; la salud; los Municipios, la infancia en circunstancias difíciles y el área penitenciaria, entre otras. (Quiróz Neira, 2000)

El conocimiento de la teoría y metodología del Trabajo Social es trascendental en la formación de los profesionales del Trabajo Social, ya que su conocimiento, su análisis y reflexión pueden permitirles un mayor nivel de análisis y de juicio crítico. Condiciones estas que les hagan capaces primero de entender y luego de desarrollar nuevas teorías con las que puedan conocer las nuevas necesidades y problemáticas de una sociedad en continuo cambio y complejidad. (Viscarret, 2007, pág. 293)

Y labor vista desde el/la Trabajador/a Social es compleja ya que implica “transformar el paradigma de la homogeneidad y, sobre todo, el profundo individualismo que caracteriza la época actual y nos dificulta ver fraternalmente al otro” (Mena, Lissi, Alcalay, & Milicic, 2012, pág. 19)

El Trabajo Social dispone de diferentes modos de intervención; estas intervenciones pueden dirigirse a personas individuales, a familias, o a grupos pequeños, o bien tratar sobre las estructuras y las instituciones (Du Ranquet, 1996). Todo Trabajador Social que utiliza los modelos del trabajo social individual y familiar, debe interesarse igualmente por la transformación de las estructuras y las instituciones, y son otros métodos de intervención los que le proporcionarían los instrumentos necesarios, estos modos de intervención son un patrimonio común de conocimiento y valores.

Conocimientos y valores, y las actitudes que se derivan, y los procesos que constituyen, son pues, una base común a todos los modos de intervención, estén orientados hacia la solución de problemas personales y familiares o hacia problemas que afectan a los grupos, colectividades y sociedad. La diferencia se sitúa a nivel de la especificidad de los objetivos y de los medios utilizados, que exigen conocimientos propios de cada modo de intervención. (Du Ranquet, 1996)

### **2.3.1 TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS**

Entre las diversas profesiones que se ocupan de la familia en el mundo, Trabajo Social presenta características que la distinguen y caracterizan su forma de aproximación a este fenómeno. Entre estas características se destacan tres.

La primera se relaciona con la experiencia y conocimiento acumulado en el trabajo de terreno con familias, por ser la primera profesión que históricamente abordó esta tarea. La segunda se relaciona con el contexto social desde el cual la profesión se ubica para acercarse a la familia. Lo hace siempre desde una perspectiva más amplia, de la sociedad, de la pobreza o de los problemas sociales, lo que hace que su trabajo con las familias esté permanentemente referido a ese contexto más amplio que las condiciona, ofreciéndoles posibilidades y limitaciones, recursos y carencias.

Finalmente, la tercera característica tiene que ver con la visión de la familia como una totalidad y la profunda valoración que la profesión desarrolló tempranamente por la familia y la importancia de los lazos familiares para el bienestar y desarrollo humanos. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 6)

El Trabajo Social ha tenido desde sus orígenes como profesión un fuerte compromiso con la familia. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002) mencionan al autor Reynolds, basado en sus dichos afirmando que, “ninguna otra profesión se ha centrado tan consistentemente como el Trabajo Social en los problemas cotidianos de la vida familiar”.

Ninguna otra profesión desarrolló tan tempranamente una clara visión acerca de las diversas formas como el ambiente físico y social podía apoyar o dificultar el funcionamiento de la familia. Finalmente, el Trabajo Social fue la primera profesión que se acercó a las familias en el lugar donde ellas vivían, conociéndolas al interior de sus hogares, y esto le permitió desarrollar una comprensión compleja de las familias en su contexto social, que no es atribuible a otros profesionales. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 52)

Frente a lo señalado, Mary Richmond visualizó a la familia como el criterio básico para evaluar el funcionamiento de la sociedad, al afirmar que todas las formas de la industria, las finanzas, las relaciones internacionales, el gobierno mismo, serán juzgados a la larga según sus efectos sobre la vida familiar y deberían adecuarse a las necesidades de

ésta o ser suprimidas o modificadas. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 54)

Finalmente y como se mencionó anteriormente, es tradición el trabajo social con familia, estos se encontraron con un marco integrador teórico que les permitía confirmar sus intuiciones y avanzar en la fundamentación de su práctica con la familia. Al mismo tiempo este marco integrador les permitía manejar un lenguaje conceptual compartido con otros profesionales del área de la salud mental con los que habitualmente forman equipos en trabajo con familias.

*“Poderosa y frágil al mismo tiempo, la familia es parte esencial de la vida cotidiana de hombres y mujeres en todo el mundo y lo ha sido a través de los tiempos.”* (Eroles, 1998)

### **2.3.2 PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL**

“A lo largo de la evolución histórica del Trabajo Social se han ido generando diferentes modelos de práctica profesional, fundamentados en bases teóricas diferentes” (Viscarret, 2007, pág. 303)

Los modelos de intervención ofrecen una lente, una forma de mirar selectivamente la realidad, esto es, de seleccionar algunas características de nuestro objeto a conocer, a las cuales asignaremos la calidad relevante, en tanto que deliberadamente dejamos otras al lado. Al actuar así, estamos constituyendo nuestro objeto, lo construye, y al hacerlo construimos también el problema y sus posibles soluciones. Se ordena el caos, se hace un ordenamiento de datos que confiere sentido a nuestro objeto de estudio. (Contreras, 2006, pág. 12)

Cuando avocamos en una intervención propiamente tal, debe existir un sustento o una referencia para la intervención que convengamos realizar, como trabajadores sociales se trabajan ciertos tipos de modelos o enfoques, todos adecuados a un contexto y a distintas realidades, a los cuales se les hará alusión y estos serán los que ayudarán dentro del proceso de intervención propiamente tal.

Cada modelo de intervención, no solo supone una forma de aplicar y dirigir el método sobre la realidad social (sustentado sobre unas técnicas, procedimientos, instrumentos y paso a seguir), sino, que cada uno de ellos requiere y se sustenta de un cuerpo teórico que le otorga coherencia y sentido. Un modelo de intervención no es exclusivamente una forma de actuar, sino también una forma de pensar y de entender este actuar.

El Trabajo Social es una ciencia y utiliza igualmente los modelos. ¿Y cómo lo hace? ¿Qué sentido tienen para el Trabajo Social? Entonces el modelo ha de responder:

- ❖ A quien: los beneficiarios de la acción profesional. Con mucha frecuencia, excepto cuando se trabaja en equipo o en consulta privada, suelen venir definidos por la situación para la que preste el trabajo profesional.
- ❖ Qué y Cómo: el modelo de acción especificará: el plan, las técnicas de intervención, y los recursos sociales.
- ❖ Cuándo: el modelo de acción ha de especificar el comienzo, frecuencia y final del plan, programas, proyectos, actividades y tareas (esto se aplica también a técnicas de intervención y recursos).
- ❖ Quién: se concreta quien va a ser el responsable de la elaboración del modelo de acción, su puesta en funcionamiento, control y evaluación.

### **Modelo psicosocial**

El Modelo psicosocial es un enfoque del Trabajo Social de Casos propuesto por Gordon Hamilton, en 1937, la autora (Contreras, 2006, pág. 18) lo menciona afirmando que el hombre es un organismo psicosocial y que por lo tanto, el caso social es una serie de acontecimientos vivos, que no está determinado por el tipo de usuario ni por el tipo de problema. Todos los problemas son a la vez emocionales y sociales, es decir,

“psicosociales”. En el diagnóstico y tratamiento siempre se encontrarán presentes las variables económicas, físicas, mentales, emocionales y sociales del usuario.

Este modelo deposita confianza en la condición humana y pone énfasis en el apoyo de los patrones sanos de crecimiento y desarrollo, definiendo como objetivo en la intervención el establecer las condiciones óptimas para que dicho desarrollo se cumpla, ayudando al cliente a que consiga una forma plena y satisfactoria de autorrealización de acuerdo a sus capacidades y potencialidades. (Contreras, 2006) Señala también la necesidad de una búsqueda permanente de conocimientos más profundos sobre los seres humanos y sus situaciones psicosociales por parte de los profesionales que se adscriban a este enfoque.

#### **Modelo centrado en la tarea**

En primer lugar, hay que señalar que este modelo de intervención no toma concepciones teóricas ni metodológicas prestadas de otras disciplinas científicas, sino que ha sido desarrollado por completo desde el Trabajo Social y para el Trabajo Social, aunque recibe ligeras influencias de la teoría de la comunicación, de la teoría del aprendizaje, de la teoría de los roles y del conductismo. Los orígenes de este modelo de intervención hay que buscarlos en los trabajos realizados por William Reid y Ann Shyne, a finales de los años sesenta. Estos trabajos sugerían que los resultados de intervenciones a corto plazo eran más satisfactorios que aquellos que se obtenían a través de intervenciones abiertas en el tiempo, en las que algunos usuarios abandonaban los servicios de ayuda. En cuanto a su concepción teórica, es un modelo orientado a proporcionar una respuesta práctica, breve y eficaz, centrándose en la consecución de unos objetivos específicos y en la ejecución de unas tareas, con el fin de solucionar un determinado problema.

Este modelo ha realizado una contribución especial al Trabajo Social desde el momento en que centra la intervención en los problemas definidos por los propios usuarios, no en el diagnóstico del trabajador social y que enfatiza la corresponsabilidad mutua del trabajo entre trabajador social y usuario, así como por demostrar gran interés en la evaluación de los resultados de la intervención. (Viscarret, 2007, pág. 316)

## **Modelo humanista / existencialista**

Frente al conductismo y al psicoanálisis, en Estados Unidos se originó el movimiento de psicología humanista, según el cual la persona busca autorrealizarse, siendo éste el propósito general que guía sus acciones y da sentido a su vida.

Maslow denominó a esta tendencia como la «tercera fuerza» (en psicología), señalando así su rechazo a un tiempo del conductismo y del psicoanálisis. Los teóricos humanistas dejan de lado las explicaciones basadas en mecanismos psicológicos y en cuestiones patológicas, señalando como elementos de interés el significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias y el crecimiento positivo. Lo que pretende explicar es la vida del hombre sano, guiado por una amplia jerarquía de motivos dominados por el autodesarrollo o el cumplimiento de la vocación propia.

Entre los autores de referencia encontramos a Maslow, Rogers, Berne, Perls, Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Marcel y Buber. El modelo humanista y existencial es un modelo que ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social, porque proponen, más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración de la misma (aspectos cruciales en otros modelos), una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con los pilares en los que se asienta el Trabajo Social, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención.

El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación, rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano, respetando la capacidad de acción y de elección de éste, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación. (Viscarret, 2007, pág. 326)

## **Modelo crítico / radical**

El Trabajo Social crítico no surge hasta finales de los sesenta y principios de los setenta en el Reino Unido, Canadá, Australia y Estados Unidos. Tuvo especial relevancia en el mundo anglosajón y especial relevancia en el Trabajo Social sudamericano, ya que inspiró el movimiento de la re conceptualización. Los antecedentes intelectuales del Trabajo Social

crítico son muy diversos y recogen un amplio conjunto de teorías sociales, que van desde las teorías feministas, el marxismo, el desarrollo comunitario, la teoría radical de la educación (Freire), la sociología radical. Hasta las teorías críticas sobre el carácter étnico y la teología de la liberación (Healy, 2001, pág. 24). Fundamentado en estas bases teóricas, el Trabajo Social crítico sostiene que los usuarios no son ni parcial ni totalmente culpables de las circunstancias personales y sociales a las que se enfrentan, sino que apuntan a los orígenes sociales y a las estructuras sociales como causantes de dicha situación opresiva. Con este planteamiento, la función del Trabajo Social da un giro radical conforme a lo visto en los modelos precedentes. Entienden que la función del Trabajo Social no puede ser la de adaptar a la persona a un medio que muchas veces le es hostil. Se apuesta por una forma de intervención liberadora desde el Trabajo social, que parta de la base de que el cambio se encuentra en los protagonistas del mismo, en las personas. Son ellos, los usuarios, los que a través de un proceso de toma de conciencia de su situación se transforman en personas activas, en protagonistas del cambio individual y social (estructural)

### **Modelo de Resolución de problemas**

Fuertemente influenciada por la teoría psicosocial del desarrollo individual de Erik Erikson, Helen Harris Perlman propone en la década de los años cuarenta, un nuevo enfoque para la intervención en Trabajo Social, al que denomina, Modelo de resolución de problemas.

Los principales conceptos del modelo postulan que el ser humano desde que nace hasta el momento de su muerte, se ve enfrentado a un sinnúmero de problemas, tanto si es consciente de ello, como si no, a los cuales debe dar solución a fin de mantener la estabilidad indispensable para su existencia y desarrollo. Para Helen H. Perlman, la personalidad sería el esquema típico de comportamiento que la persona va elaborando a lo largo de su vida para enfrentar y resolver problemas. (Perlman, 1965, pág. 24)

Cada día que vivimos nos ofrece elecciones y decisiones que tomar, algunas mínimas, y otras de gran importancia. A su vez, cada persona tiene un mayor o menor grado de alerta y de competencia para reconocer y resolver sus problemas.

Este modelo focaliza su acción en ayudar a las personas a enfrentar y resolver problemas y dificultades a los cuales no encuentran solución por si solas, y tiene como meta el que estas personas aumenten su competencia consciente en esta tarea. Consecuentemente, la intervención del Trabajo Social a punta a reforzar, consolidar y afianzar las funciones del Ego y tiene a la relación de casework como herramienta técnica más importante.

### **Modelo Ecológico**

Este enfoque se relaciona estrechamente al enfoque sistémico y propone la idea del hábitat natural y de la dependencia de los seres con su hábitat para su desarrollo (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 104)

Le otorga especial énfasis a la relación de las personas con sus entornos físicos y sociales, en otras palabras, la ecología se ocupa de ese sensible balance que existe entre los seres vivos y sus ambientes y de las maneras en que ese balance puede ser mantenido y mejorado (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 104). Este enfoque se basa en tres premisas fundamentales:

- ❖ La conducta de los sujetos se explica mejor al comprender el contexto ambiental total en el que vive.
- ❖ Los ambientes humanos son muy complejos, e incluyen dimensiones físicas, estructuras sociales, económicas y políticas.
- ❖ Los sujetos deben mantener una mutualidad adaptativa con sus medios personales y ambientales para sobrevivir (Alwyn y Solar, 2002, p.105)

(Bronfenbrenner, 1987) comprende el medio ambiente como un arreglo complejo de contextos seriados que incluyen el microsistema (nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo, usualmente es la familia); el mesosistema (interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente): el exosistema (compuesto por contextos más amplios que no contemplan a la persona como sujeto activo) y el macrosistema (configurado por la cultura y la subcultura en la que se desarrolla el individuo y todas las personas que conforman la sociedad).

## Modelo Sistémico Familiar

La familia es el sistema más inmediato del ser humano al nacer, es donde crece, se desarrolla y adquiere los primeros aprendizajes. Es la principal red de apoyo para las personas, y su ausencia puede significar un importante obstáculo para el crecimiento. La familia es dinámica, su plasticidad le ha permitido adecuarse a distintos contextos y seguir siendo una fuente importante de provisión de necesidades tanto económicas como emocionales y afectivas.

El enfoque ecológico comprende a la familia como un sistema compuesto por partes (los miembros) en interrelación e independencia entre sí. Sin embargo, la familia es según el enfoque, más que la suma de sus partes, es una totalidad (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 91) La perspectiva que propone este enfoque es la mirada de los sujetos desde su interrelación con las distintas partes del sistema, como un individuo completo, pero no como una persona aislada. La persona se ve condicionada por su familia y también ella condiciona al sistema.

Por lo tanto, si un miembro de la familia, se ve afectado por una situación en particular, cada miembro de la familia se verá afectado, también la familia como un todo. Estos procesos se dan de una manera particular en cada familia. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 91)

La familia es una organización de relaciones, que se estructura a partir de las demandas funcionales que se presentan en el interior y son suplidas. De esta manera se reconocen tres subsistemas clásicos: Subsistema conyugal - Subsistema Paternofilial – Subsistema fraternal o de hermanos. Estos subsistemas pueden estar conformados por otros subsistemas. Los límites entre uno y otro pueden estar difusos, pero a medida que la familia se desarrolla y crece, se irán definiendo con mayor claridad.

Algunas características propias de la familia que propone el enfoque son las siguientes:

- ❖ Cualidades emergentes: supone que la combinación de información o conocimiento, surgirá un componente sustantivamente diferente al anterior. Esta característica se puede explicar desde alguna experiencia de la familia donde, frente a la información

previa y el aprendizaje de la experiencia surgirá un elemento nuevo (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 94)

- ❖ Equidad: Concepto que hace alusión a que un sistema no es estable y sus emergencias no tienen solo un origen. Por lo tanto, para la intervención familiar también son numerosas y diferentes estrategias que se pueden utilizar para un mismo caso.
- ❖ Homeostasis: característica propia de los sistemas que tienden al equilibrio. La familia, aun frente a cambios agudos, busca adaptarse y adquirir nuevas cualidades que le permitan mantenerse. Aun así frente a crisis importantes, puede provocarse un quiebre que finalmente permita la fragmentación de la familia.

Comprender la influencia de la familia y los procesos que vive como sistema es esencial para el tratamiento de personas que presentan necesidades especiales, porque esta puede ser una fuente importante de herramientas de contención o sostenimiento para quien se encuentra en tratamiento, o por el contrario, puede requerir de algún nivel de intervención de manera que la familia contribuya positivamente al proceso del cambio del sujeto.

### **Modelo de intervención en crisis**

Según refiere (Viscarret, 2007) La teoría y la metodología de la intervención en crisis fue desarrollada por la psiquiatría americana cuyos autores de referencia son Erich Lindemann (1944) y Gerald Caplan (1964). La adaptación de dicha teoría al Trabajo Social se debe a que la práctica de los trabajadores sociales se desenvuelve en permanente contacto con personas en estado de crisis. Toda persona, grupo o familia, en un sentido o en otro, experimentan crisis y participan en las crisis de otros en diferentes momentos de la vida. Mientras unos pueden arreglárselas con las crisis propias, otros acuden a profesionales para recibir apoyo emocional y profesional.

Además, las situaciones de crisis suelen requerir, por lo general, una respuesta inmediata y consejo por parte de los profesionales dentro de un periodo corto de tiempo; por ello este tipo de intervención se suele clasificar dentro de las denominadas terapias breves de intervención. Esta urgencia en la reacción puede provocar ansiedad y aparición de sentimientos de desamparo e impotencia entre los trabajadores sociales, incluso entre

aquellos más experimentados. Tener un sólido conocimiento de los conceptos y principios de la teoría de crisis es importante para que los trabajadores sociales puedan hacer frente a los cambios que ocurren en el proceso de intervención en crisis y evitar resultados negativos e insatisfactorios. (Viscarret, 2007, pág. 312)

### **2.3.3 PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

En el presente ítem abordaremos los principales modelos de intervención con familias, los cuales ofrecen una lente, una forma de mirar selectivamente la realidad, esto es, de seleccionar algunas características de nuestro objeto a conocer, en este caso, el trabajo de familias inmigrantes con algún integrante con Trastorno del Espectro Autista. “Al actuar de esta manera, estamos constituyendo nuestro objeto, y al hacerlo, construimos el problema y sus soluciones”. (Castañeda, 2014, pág. 12)

Se visualizan tres grandes modalidades de intervención, según si la necesidad o problema esté centrado principalmente en las relaciones de la familia con su contexto, en las relaciones con su familia de origen o en las relaciones internas entre sus miembros, si bien es frecuente que las familias con las que trabajamos tengan dificultades en más de una de estas dimensiones. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 174). A estas intervenciones es importante mencionar que el último modelo mencionado anteriormente, intervención en crisis es también comúnmente utilizado con el trabajo en familias.

#### **La intervención centrada en la relación de la familia con su medio ecológico**

Para el trabajador social es común intervenir en las relaciones de la familia con otros sistemas sociales. Muchas familias tienen dificultades y conflictos en estas relaciones. Hay familias aisladas socialmente, familias que no cuentan con información, familias que carecen de las mínimas competencias para manejarse con sistemas que las afectan directamente, como salud, educación, trabajo, vivienda, justicia, etcétera.

Cuando se trabaja en esta relación, ella es considerada no sólo como el principal foco de evaluación, sino también como fuente de recursos para el cambio. Al definir de esta forma la unidad de atención, el desafío se encuentra en manejar una gran cantidad de información, a menudo compleja y confusa, que incluye el medio ambiente físico, los sistemas

económicos, sociales y culturales que influyen en la vida familiar, como también los recursos personales, familiares y sociales existentes. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 179)

### **La intervención centrada en la relación con la familia de origen**

Los trabajadores sociales de los programas que atienden las necesidades de la niñez, a menudo se encuentran con temas intergeneracionales, como los del maltrato infantil, en sus diversas expresiones. Es frecuente que los padres que abandonan a sus hijos, a su vez fueron abandonados cuando niños, y que las hijas de padres que abusaban de sus madres, en el presente se resignan desesperanzadas frente a la crueldad y el abuso de sus maridos. Aunque los temas intergeneracionales no siempre están claramente reconocidos por los miembros de la familia, se ha demostrado que los sucesos y la experiencia del pasado pueden ensombrecer o iluminar el presente, y que las ideas propuestas por las - 188 - generaciones pasadas influyen en las nuevas generaciones. A través de patrones, temas, mitos, valores y rituales, las generaciones pasadas están presentes en las familias actuales. Algunos eventos dañinos de una generación pasada, como accidentes mortales o abandonos. y secretos familiares cuidadosamente guardados, tales como suicidios, infidelidades, actos delictuales, ilegitimidades, adicciones etc., tienen un impacto significativo, pudiendo influenciar el curso de vida de los miembros de la familia actual. (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002, pág. 189) En esta intervención es fundamental utilizar el Genograma.

### **La intervención centrada en la relación interna entre los miembros de la familia**

Hasta ahora hemos hecho separaciones artificiales al centrarnos separadamente en dimensiones estrechamente relacionadas como en la familia y su contexto ambiental y la familia desde la perspectiva intergeneracional. Las dos dimensiones anteriores confluyen cuando se trabaja al interior de la familia porque nos dan información acerca de cómo ésta funciona internamente. Tanto el sistema medioambiental como el sistema intergeneracional enriquecen nuestra comprensión de los roles, de las reglas, de los patrones comunicacionales y de las creencias que caracterizan a cada familia.

Para desarrollar la intervención en las relaciones internas de la familia, nos basaremos fundamentalmente en (Harmann & Laird, 1983). La intervención se focaliza en el interior del sistema familiar cuando el problema que ésta presenta se centra básicamente en conflictos de relación entre sus miembros. Esta intervención pone su acento en los procesos de comunicación, roles y normas, que sustentan la estructura familiar y se orienta a modificar tanto sus procesos como su estructura, de manera que respondan más adecuadamente a las necesidades de cada uno los miembros de la familia y a las necesidades de la familia como un todo.

### **Cierre de la Intervención**

Según señalan las autoras (Aylwin & Solar, Trabajo Social Familiar, 2002) en referencia a las publicaciones de los autores De Robertis (1988) y Shulman (1979), el cierre de la intervención se centra en la evaluación del cambio logrado por la familia, cambios tanto en sus condiciones objetivas como en la calidad de sus relaciones, y en motivar a la familia para continuar consolidando los cambios iniciados. La gran mayoría de los casos continúan con seguimiento, según estas lo requieran.

## 2.3.4 ESQUEMA VALORICO ETICO Y PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL

### **Código de ética para los Trabajadores Sociales de Chile. Declaración de Principios.**

- ❖ Art.1 Fomentar el bienestar del ser humano y estimular su desarrollo integral para lograr equidad económico-social y justicia social.
- ❖ Art.2 Defender y promover los derechos humanos individuales y colectivos.
- ❖ Art.3 Respetar a la persona y su dignidad cualquiera sea su condición, raza, etnia, religión y opción política promoviendo la universalidad de acceso a los bienes y servicios que produce la sociedad.
- ❖ Art. 4 Promover la dignidad y valor de las personas
- ❖ Art.5 Respetar el derecho a la autonomía y la autodeterminación de las personas y comunidades.

Basando la teoría de la inclusión en la declaración de los principios del Trabajo Social, se puede determinar que:

Los marcos de sentido axiológico que en la intervención comunican aquello que se considera valioso de preservar y cuya negación constituye una de las raíces de los llamados problemas sociales, juntos a los marcos de sentido normativo que proyectan la intervención social en un horizonte ético-político que responde la pregunta por el que debemos hacer aquí y ahora en un presente tantas veces miserable, y como debemos convivir en mundos vitales donde todos/as tengan cabida, donde nadie sobra ni es desechable. (Asistentes Sociales, 2014)

Estamos como Trabajadores Sociales en una tarea es compleja, ya que implica “transformar el paradigma de la homogeneidad y, sobre todo, el profundo individualismo que caracteriza la época actual y nos dificulta ver fraternalmente al otro” (Mena, Lissi, Alcalay, & Milicic, 2012, pág. 19)

Existe un consenso generalizado en el campo de las profesiones (y más concretamente en el campo de la ética de las profesiones) que establece la calidad como lo que permite definir qué es un buen profesional. La calidad sería, por tanto, sinónimo de excelencia profesional. Y buscar la excelencia solo es posible si una profesión está inmunizada frente a los males más endémicos de las profesiones, que son la burocratización, el corporativismo y la endogamia (Aguilar, 2017)

A pesar de los años que han pasado, el Trabajo Social sustenta su quehacer a partir de principios y valores que según la Federación Internacional de Trabajo Social (1994) se basan en la autorrealización, la justicia social, proporcionar atención sin discriminación, así como también se basan en los derechos humanos de la Declaración Universal, lo que por cierto, está claramente en contra de cualquier tipo de régimen que utilice medios violentos. Asimismo, “el valor a la dignidad de los individuos y el derecho al respeto, privacidad y confidencialidad” (Banks, 1997, pág. 17), principios y valores que sustentan el respeto y la tolerancia, los que guían el actuar del Trabajador Social.

A partir de esto, y dado el contexto, la profesión no puede excluirse de aquel acercamiento, comprensión y diálogo intercultural, que toda disciplina de las ciencias sociales, debiese llevar a cabo con el fin de promover el respeto y la tolerancia por la diferencia.

Para lograr la inclusión social no basta con discursos y leyes que finalmente no se traducen en acciones concretas en beneficio de las personas en condiciones de discapacidad. Alguna vez se entenderá que lo importante es que todos somos personas, sin apellidos, y que no deben etiquetarnos, porque de nuestras diferencias nacen la creatividad y el aprendizaje, pues tenemos tanto habilidades como inhabilidades y transitamos en comunidades humanas, con mayores o menores dificultades para alcanzar el máximo de bienestar posible.

Abruma y es hora de decir basta al sucio juego y mal manejo que hasta hoy se mantiene con y hacia los niños y jóvenes en condiciones de discapacidad, migrantes, más aún en

etapa escolar, con leyes y declaraciones que sólo conducen al engaño, la confusión y la trasgresión de los compromisos adquiridos. (Mena, Lissi, Alcalay, & Milicic, 2012)

Entonces, no es un proceso fácil ser migrante en Chile, ¿que significara del migrante y autista? La propuesta será situar la discapacidad desde el concepto de la exclusión e inclusión como binomio que permite una comprensión multidimensional y dinámica de los procesos de exclusión social. Se ha hablado mucho, durante estas últimas décadas de pobreza, marginalidad, desarrollo social; conceptos que han sido contruidos para dar cuenta de los mecanismos e interrelaciones, descripciones de sujetos que por encontrarse bajo determinadas características de una condición social y económica, en un estado de 'vulnerabilidad', requieren ser atendidos por el sistema de servicios sociales de acuerdo a lo que se define socialmente el Estado para ello. Y así lo expresa la Ley 20.422 (Ley de Chile, 2017): "Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad."

Cuando hablamos de inclusión se proporciona un acercamiento a lo social de una forma diferente. Este se constituye en un nuevo paradigma de interpretación social, el cual concede la comprensión de procesos emergentes de las sociedades en sus diferentes aspectos del desarrollo. Reconoce elementos y diferencias marcadas por lo territorial, cultural e histórico. Lo interesante de este acercamiento es que favorece la comprensión de procesos, donde la realidad es multicausal, la realidad pasa a ser una creación cotidiana, que se modifica y cambia con el tiempo (Avaria, 2001)

Avaria señala que, la inclusión, en las sociedades segmentarias, es producto de la "agregación a determinados segmentos de la sociedad" la agregación se producirá a través de unidades menores de la comunidad, la familia y la residencia. La exclusión se producirá, al generarse un hecho fortuito, el destierro, el traslado, etc. En este tipo de sociedades se requiere estar incluido en algún segmento. La inclusión, resulta como principio de diferenciación social, principio que está definido como interno a la sociedad.

En este sentido la inclusión y valoración de la diversidad constituyen desafíos para la gestión institucional para garantizar que todos en su diversidad, enfrentados al aprendizaje, puedan acceder a una educación de calidad con oportunidades equivalentes de aprender y participar en las escuelas y liceos, considerando sus características individuales, culturales, económicas o sociales. (Garcia, 2017)

Para lograr la inclusión social no basta con discursos y leyes que finalmente no se traducen en acciones concretas en beneficio de las personas en condiciones de discapacidad. Alguna vez se entenderá que lo importante es que todos somos personas, sin apellidos, y que no deben etiquetarnos, porque de nuestras diferencias nacen la creatividad y el aprendizaje, pues tenemos tanto habilidades como inhabilidades y transitamos en comunidades humanas, con mayores o menores dificultades para alcanzar el máximo de bienestar posible.

Los programas se diseñan con un énfasis en la intersectorialidad e integralidad de las políticas en un contexto de énfasis a la regionalización y la modernización del estado. Se crea una nueva estructura estatal, con el fin de abordar los diferentes ámbitos de vulnerabilidad (por género, edad, diferencia), a través de la generación de nuevos programas se pretende el fortalecimiento y autonomía de los grupos prioritarios.

En este contexto de nuevo enfoque de lo social de parte del Estado es que, en 1994 se crea por mandato de la ley 19.284 de la Integración Social de las Personas con Discapacidad, el Fondo Nacional de la Discapacidad, entidad de carácter autónomo depende del Ministerio de Planificación Nacional. Ley que fue trabajada a través de la creación del Consejo Nacional de la Discapacidad (CONADIS), quienes fueron los encargados de formular la política Nacional sobre discapacidad, y de preparar un proyecto de ley que respondiera a los intereses de los sectores correspondientes.

La misión de esta institución ha sido definida como: "Contribuir a la integración social de las personas con discapacidad, mediante la administración eficiente de los recursos financieros que se ponen a su disposición" (Avaria, 2001) La administración de los recursos estará orientada principalmente al financiamiento de programas de capacitación laboral, a la prevención y rehabilitación de las personas con discapacidad.

En este sentido de la ética del Trabajador social se hace imperativo llegar a todos los niños y jóvenes, indistintamente de su situación, para brindarles las herramientas que les permitan un mejor desempeño en el contexto escolar y en su vida fuera de este. Por lo tanto, implica que los niños, niñas y adolescentes con talento y con Necesidades Escolares Especiales también necesitan ser incluidos en todo sentido, y contar con profesionales calificados que les permita desarrollar todas sus capacidades. "Para concretar aquello, las carreras humanistas necesitan diseñar cursos cuyo eje central sea educar en y para la

diversidad, de modo que se entreguen los fundamentos, a los futuros profesores, para llevar a cabo una educación inclusiva". (Llancavil & Lagos, Enero 2016)

También es importante mencionar otros tipos de aspectos de acuerdo con la ética profesional del Trabajador Social, como lo es el rol educativo que este debe desarrollar. La Educación Intercultural y las Políticas Públicas en Chile son un tema que se encuentra bajo palestra durante la última década, en este sentido gobiernos de la concertación han realizado reformas, implementado nuevos paradigmas y estrategias para la aprobación del sistema. Y en este sentido se requiere que Trabajadores Sociales formen parte de, para reflexionar del quehacer profesional interviniendo con la población Inmigrante y Autista.

Es por estas razones que, es imperativo luchar y pregonar la ética del Trabajador Social, tomando en cuenta los principios y usarlos como estandarte para el buen uso de la profesión.

*"Por eso importa revitalizar las profesiones, recordando cuáles son sus fines legítimos y qué hábitos es preciso desarrollar para alcanzarlos. A esos hábitos, que llamamos 'virtudes', ponían los griegos por nombres 'aretai', 'excelencias'. 'Excelente' era para el mundo griego el que destacaba por respeto a sus compañeros en el buen ejercicio de una actividad. 'Excelente' sería aquí el que compite consigo mismo para ofrecer un buen producto profesional, el que no se conforma con la mediocridad de quien únicamente aspira a eludir acusaciones legales de negligencia"* (Aguilar Idanéz, 2013)

## CAPITULO III CONCLUSIONES.

Los Trabajadores Sociales estamos en una tarea es compleja, ya que implica “transformar el paradigma de la homogeneidad y, sobre todo, el profundo individualismo que caracteriza la época actual y nos dificulta ver fraternalmente al otro” (Mena, Lissi, Alcalay, & Milicic, 2012)

A modo de conclusión es imperativo considerar los elementos teóricos y conceptuales que fueron plasmados en el presente documento, los tipos de intervención que deben utilizar los Trabajadores Sociales con familias principalmente, también el fenómeno de la Inmigración y sus variantes, así también el Trastorno del Espectro Autista. Los conceptos de Interculturalidad, Inclusión y Tolerancia que son la base para el continuo proceso investigativo, así también los elementos políticos y normativos que rigen en el país y nos determinan a la hora de seguir investigando e indagando.

La importancia del quehacer profesional ante poblaciones invisibilizadas, es imperativa a la hora de tener las herramientas, y el conocimiento necesario en cuanto a metodología se refiera para realizar correctas intervenciones desde el Trabajo Social con familias inmigrantes que tengan integrantes con Trastorno del Espectro Autista.

En el actual escenario, es preciso manejar como Trabajadores Sociales una serie de materias desarrolladas referidas a la Interculturalidad, Multiculturalidad e Inclusividad, que asegure la atención de la diversidad presente en todo ámbito de cosas y asimismo, se garantice una convivencia sana para todos los pobladores de nuestro país, ya sean inmigrantes o no. Todo esto dentro de un contexto de aceptación y participación. De esta manera, se favorecerá el desarrollo de aptitudes que propicien el respeto y valoración de las diferencias, disminuyendo los niveles de discriminación y contribuyendo a la construcción de una sociedad más justa y equitativa.

Es preciso también, seguir avanzando y enriqueciendo los conocimientos metódicos y prácticos en materia de salud mental, así tener las habilidades necesarias para una correcta intervención e interrelación y/o comunicación con el niño, niña o adolescente con Trastorno del Espectro Autista.

No basta con abrir las puertas de los hospitales y escuelas, se debe cumplir el propósito de estas, dar a conocer las oportunidades más que sus límites. Es nuestro deber como actores sociales construir es una escuelas y hospitales que comprendan la diversidad como parte

natural de su diario vivir y buscar desde esa diversidad dirigir y desarrollar los aprendizajes de los niños, niñas y adolescentes.

En este sentido, desde la mirada de ser un sujeto de derecho, se enfatiza que las escuelas y hospitales son para todos, no se necesita ser inclusiva, porque en esencia ya lo es, esta comprende el concepto de diversidad, la palabra inclusión se vuelve obsoleta en ese sentido, la palabra convivencia es innecesaria y nuestros esfuerzos se dirigen a poder generar personas que puedan gobernar su futuro en pos de su concepto de felicidad propia.

Más concluyendo nace la pregunta, ¿es realmente la inmigración y el Trastorno del Espectro Autista invisibles?, creo que este ha sido un error de conceptualización, ambos fenómenos bajo ningún aspecto son condiciones invisibles, más bien son una condiciones que han sido invisibilizadas por un constructo social que ha decidido ignorar y alejar a esta condición de sus espacios y entonces aleja la mirada, cierra los ojos y no la ve, en definitiva la dificultad profunda no es “que no se note”, es que a pesar de “que se note”, no se hace nada por apoyar, contener, animar y comprender a lo que es “diferente” a nuestros ojos.

“La **ética de la diversidad** combate la homogeneidad y privilegia ambientes heterogéneos celebrando toda y cualquier diferencia entre las personas del grupo. Es, por lo tanto, la base de formación de alianzas a favor del desarrollo inclusivo y sustentable en las cuales cada aliado contribuye con su experiencia y sus propios recursos en beneficio de todos” (Werneck, 2005)

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Idanéz, M. (2013). *Trabajo Social; concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo.
- Aguilar, M. J. (16 de Noviembre de 2017). *Calidez del Trabajo Social*. Obtenido de <https://mariajoseaguilaridanéz.wordpress.com/2017/11/01/calidad-del-trabajo-social/>
- Artigas Pallares, J. (2013). Autismo y trastorno de déficit de atención/hiperactividad: convergencias y divergencias. *Genética. Rev Neurol* , 155-161.
- Asistentes Sociales, C. (2014). *Código de ética para los Trabajadores Sociales de Chile*. Santiago.
- Avaria, A. (2001). Discapacidad: Exclusión / Inclusión. *Revista Mad*, 5.
- Aylwin, N. (1989). El objeto del Trabajo Social. *Revista Trabajo Social* 30.
- Aylwin, N., & Solar, M. O. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Banks, E. S. (1997). *Ética y Valores en el Trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- Bello, M. N. (2004). *Identidad y desplazamiento forzado*. Bogotá : Universidad Andina Simon Bolivar.
- Blanco, R. (2006). La equidad y la inclusión social: uno de los desafíos de la educación y de la escuela hoy. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1-15.
- Blanco, R., Rios , C., & Benavides, M. (2004). *Respuesta educativa para los niños con talento*. . Santiago: Editorial Trineo S.A.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Ediciones Paidós.
- Castañeda, P. (2014). *Propuestas Metodológicas para el Trabajo Social en Intervención Social y Sistematización. Cuaderno Metodológico*. Santiago: Publicaciones Universidad de Valparaíso de Chile.
- CEPAL. (2017). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2017: la dinámica del ciclo económico actual y los desafíos de política para dinamizar la inversión y el crecimiento*. Obtenido de <https://www.cepal.org>
- Contreras, M. A. (2006). *Principales Modelos para la Intervención Social en Individuo y Familia*. Santiago: Universidad Tecnológica Metropolitana.

- Du Ranquet, M. (1996). *LOS MODELOS EN TRABAJO SOCIAL INTERVENCION CON PERSONAS Y FAMILIAS*. SIGLO XXI.
- Eroles, C. (1998). *Familia y Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- FITS. (2000). *Federación Internacional de Trabajadores Sociales*. Obtenido de <http://ifsw.org/>
- Fundación Asperger Chile. (2014). Obtenido de <https://aspergerchile.cl/>
- García, J. E. (2017). *Instructivo de Incorporación de estudiantes al Programa de Integración Escolar. Nueva Plataforma (PIE)*. Ministerio de Educación de Chile.
- Harmann, A., & Laird, J. (1983). *Practica de Trabajo Social centrada en la Familia*. New York: The Free Press.
- Healy, K. (2001). *Trabajo Social: Perspectivas Contemporaneas*. Ediciones Morata.
- Lafortune, J., & Tessada, J. (2016). *Migrantes latinoamericanos en Chile*. Santiago: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Lara, B. (2016). *La musicoterapia en niños autistas*. Universitat Jaume.
- Ley de Chile. (2017). Obtenido de <https://www.leychile.cl/Consulta/homebasico>
- Llancavil, D. R., & Lagos, L. F. (Enero 2016). Importancia de la Educación Inclusiva para el trabajo con niños con talento académico. *Perspectiva Educacional. Formación de Profesores.*, 168-183.
- Mateos Cortes, L. S., & Dietz, G. (2014). RESIGNIFICACIONES LOCALES DE LOS DISCURSOS TRANSNACIONALES DE EDUCACIÓN SUPERIOR INTERCULTURAL EN VERACRUZ. *RMIE*, 45-71.
- Mena, I., Lissi, M., Alcalay, L., & Milicic, N. (2012). *ducación y Diversidad: Aportes desde la psicología educacional*. Santiago: Ediciones Uc.
- Miller, A. (2017). *Valores de ser un trabajador social*. Obtenido de <https://pyme.lavoztx.com/top-5-de-los-valores-de-ser-un-trabajador-social-10780.html>
- MINEDUC. (2017). *Nueva Plataforma. Programa de Integración Escolar*. Ministerio de Educación.
- OIT-PNUD. (2013). *Informe nacional sobre desarrollo humano*. . Asunción: UNESCO.
- Orteso, F. J. (17 de Diciembre de 2015). *Atención temprana desde una perspectiva educativa : análisis de la población atendida por un equipo de orientación*

*educativa y psicopedagogía*. Obtenido de Universidad de Murcia:  
<http://hdl.handle.net/10803/361105>

Perlman, H. (1965). *Trabajo Social Individualizado*. Madrid: Rialp.

Quiróz Neira, M. H. (2000). *Apuntes para la historia del Trabajo Social en Chile*.  
Concepción: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción.

Rico Moreno, J., & Tarranga Mínguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *anales de psicología*, 810-819.

UNESCO. (1994). *Declaración de Salamanca*.

UNESCO. (2008). *La educación inclusiva en América Latina y el Caribe: Un análisis exploratorio de los Informes Nacionales presentados a la Conferencia Internacional de Educación*. Obtenido de  
[http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/Inclusive\\_Education/Reports/einclusiva\\_lac\\_09.pdf](http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Inclusive_Education/Reports/einclusiva_lac_09.pdf)

UNESCO-OREALC. (2008). *La Educación Inclusiva, un camino hacia el futuro*. Ginebra.

UNICEF. (2008). *Círculo Virtuoso Para la Experiencia Escolar*. División de Seguridad Pública.

UNICEF-ACNUR-OIM. (2012). *Los derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile*. Santiago.

V, D. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial medica panamericana.

Viscarret, J. J. (2007). *Modelos de Intervención del Trabajo Social*. Alianza Editorial.

Werneck, C. (2005). *Manual sobre Desarrollo Inclusivo para los medios profesionales de la comunicación*. Rio de Janeiro: WVA.