

Trabajo Social Clínico, Salud Mental y Psicoterapia: Pasos hacia una práctica integral en los servicios de salud mental y psicosociales¹².

Resumen

“Este trabajo está compuesto de tres ejes temáticos que están entrelazados. La primera parte consiste en algunas preguntas sobre el origen del Trabajo Social Clínico en los servicios de salud mental y sus respectivas delimitaciones profesionales, conceptuales y disciplinares respecto a las prácticas que desarrolla. La segunda parte consta de una problematización a la Salud Mental como área de ejercicio en la acción profesional, intentando esclarecer lo distintivo del Trabajo Social, mediante un análisis sociohistórico de nuestra profesión en la Psiquiatría. Finalmente, la tercera parte busca dilucidar el núcleo problemático de la psicoterapia como modalidad de intervención, mediante cuestionamientos a los fundamentos epistemológicos y formativos de los psicoterapeutas con la finalidad de reubicar a los trabajadores sociales dentro los procesos psicoterapéuticos teóricos, formativos y prácticos”

Claves: Trabajo Social Clínico, Psicoterapia, Salud Mental, Intervención Clínica, Psicoterapeutas.

¹ Trabajador Social y Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de La Frontera. Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar por la Universidad de Chile. Diplomado Internacional en Prácticas Narrativas: Para la Terapia y el Trabajo Comunitario por PRANAS Chile y Narrative Practice Adelaide Australia. Magíster en Psicología Clínica de Adultos: Especialización en Psicoterapia Sistémica-Relacional. Universidad de Chile.

² Trabajo expuesto por el autor en el IV Congreso Nacional de Estudiantes de Trabajo Social, realizado del 31 de octubre al 3 noviembre del 2012, en la Universidad Arturo Prat de Iquique. Chile.

1. La metamorfosis del Trabajo Social en los servicios de salud mental: ¿Un Trabajo Social Clínico?

“No pienses ahora en el tiempo de agujas, en el tiempo de pobres desesperaciones. Ahora sólo existe el anhelo desnudo, el sol que se desprende de sus nubes de llanto”.
(Mario Benedetti)

En la década de los años 40, una de las figuras emblemáticas del Trabajo Social, Gordon Hamilton explicitaba que:

“el asistente social encuentra trastornos, frustraciones y traumas que surgen de la vida familiar, y tiene que tratar con estas desviaciones. Para muchas personas no son accesibles los psiquiatras, ni procuran este tipo de tratamiento. Los asistentes sociales constantemente tratan con personas que, proyectando sus problemas en factores sociales o en otras personas, no buscan inicialmente ayuda porque no reconocen su autoimplicación. Es inevitable que los asistentes sociales se preparen para la psicoterapia”. (Hamilton, 1947/1967. p 281)

Los servicios de la salud mental, sean estos hogares protegidos, servicios de psiquiatría, centros de rehabilitación psicosociales, centros comunitarios de salud mental, comunidades terapéuticas u otros dispositivos; constituyen las instituciones tradicionales en donde se ha desarrollado una rama especializada de Trabajo Social denominada Trabajo Social Clínico, la cual ha sido trasladada a contextos clínicos emergentes en el mundo psicosocial.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, quisiera reorganizar una explicación sobre la génesis de esta rama especializada del Trabajo Social para nuestro contexto hispanoparlante y local. El Trabajo Social Clínico nació de los cimientos de lo que se conoce como casework (método de caso), complementado con el desarrollo de escuelas psicosociales o de terapia psicosocial y se fortaleció con el ejercicio

profesional de los trabajadores sociales en ambientes psiquiátricos. Paradójicamente con aquellas formas de intervención, modelos y/o campos de acción que la reconceptualización había desechado por considerarlos de poca utilidad para el cambio macrosocial. Sin embargo, y debido a la búsqueda de sentido de los trabajadores/as sociales que se dedican a una labor clínica en salud mental, y para los que tratan defender lo propio del Trabajo Social especializado, nos hemos reencontrado con una modalidad que ha sobrevivido y sigue siendo ejercida desde la salud pública y campos afines.

Para Fombuena y Martí (2006, p. 9) “el trabajo social clínico ha sido recuperado desde la práctica, desde aquellas profesionales que ya no encontraban en las posiciones macrosociales respuestas a sus dificultades. ¿Cómo intervenir con una persona toxicómana, con un adolescente que se niega a acudir a la escuela, con una joven que busca en la maternidad aquella familia de origen que no pudo atenderla?”. Precisamente en estas problemáticas que involucran desde patologías psíquicas, problemas relacionales en la familia, disociaciones en la estructura personal y familiar de los sujetos, inclusive hasta necesidades de corte espiritual; conllevó a asumir determinadas premisas que delimitaron un saber-hacer que difirió abruptamente con aquellas intervenciones tan estereotipadas centradas en la asistencialidad, y que son tan comúnmente asignadas a la identidad del trabajador social.

Según Eva Garcés (2010, p.338) proponiendo una definición esclarecedora sobre nuestra profesión en la salud mental nos indica que:

“el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la

experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares”.

Por lo tanto, cuando el Trabajo Social está presente en la salud mental, su función ya no es generalista, sino clínica y especializada. Situación que configura al Trabajo Social y lo reorienta a procesos de comprensión subjetiva que involucra una complejidad reflexiva hacia los usuarios y su malestar/bienestar, implicando una redefinición en su matriz teórica-metodológica en dicho campo. En este proceso clínico de comprensión, se adaptan los métodos como el casework, group work y community work; en sintonía y con la necesidad de dar respuestas a los problemas de malestar subjetivo que afectan a las personas. En este contexto, es donde se hace vigente una exploración hacia otros conocimientos, los cuales no están presentes en la formación común de pregrado o post-grado en Latinoamérica. Dicha demanda, es requerida debido a la necesidad de comprensión meta-teórica sobre procesos de cambio subjetivo en las personas; sin duda que esto impulsó reorientaciones disciplinares en la matriz epistemológica del propio Trabajo Social y mucho más aún en esta práctica especializada que es el ejercicio clínico.

De acuerdo con lo expuesto, se hace necesario contar algunas definiciones que permitan delimitar el Trabajo Social Clínico como rama especializada. Destacando diferencia entre el trabajador social clínico y el trabajador social genérico. Barker (2005, p.9) define como Trabajo Social Clínico “la aplicación profesional de los métodos y teorías del Trabajo Social al diagnóstico, tratamiento y prevención de disfunciones psicosociales, incluyendo desordenes emocionales, mentales y conductuales”. Así mismo, la N.A.S.W³ (2005, p.7) dice que:

“El Trabajo Social Clínico tiene un enfoque primario sobre el bienestar mental, emocional y conductual de individuos, parejas, familias y grupos. Se centra en un acercamiento holístico a la psicoterapia y a la relación del cliente con su medio ambiente. El Trabajo Social Clínico ve la relación del cliente con su medio ambiente

³ Traducción del autor de este documento.

como esencial para la planificación de un tratamiento. Por lo tanto, los trabajadores sociales clínicos, a menudo son los primeros en diagnosticar y tratar a personas con desordenes mentales y varias perturbaciones emocionales conductuales. Los trabajadores sociales clínicos son esenciales para una variedad de establecimientos centrados en el cliente, que incluyen centros comunitarios de salud mental, hospitales, programas de tratamiento por uso de sustancias, colegios, centros de cuidados de salud primaria, agencias de bienestar del niño, servicios de vejez, programas de asistencia de empleados y establecimientos de práctica privada”.

La American Board of Examiners in Clinical Social Work define el Trabajo Social Clínico como⁴: “Una profesión de la salud mental cuyos profesionales, educados en las escuelas de postgrado en Trabajo Social y entrenados bajo supervisión, poseen un cuerpo maestro distintivo de conocimientos y habilidades a fin de evaluar, diagnosticar y mejorar los problemas, trastornos y condiciones que interfieren con la salud bio-psico-social del funcionamiento de personas-individuos, parejas, familias, grupos de todas las edades y procedencias”. Siguiendo con lo anterior, Quintero (2004, p. 16-17) destaca que:

“Desde una perspectiva más amplia, el Trabajo Social ha incursionado en la clínica y, pese a que solamente un país latino acredita el título como tal, tiene impacto y preeminencia en las relaciones interdisciplinarias. La base teórica del Trabajo Social clínico (término creado en California en 1968) es la de los sistemas ecológicos y sociales, entendiendo a la persona como un sistema biopsicosocial que interactúa con una red de individuos y sistemas sociales. El término de Trabajo Social Clínico ha sido utilizado desde varias décadas tanto en América como en Europa, como bien lo ilustran varios manuscritos (Du Ranquet, 1996; Ituarte Telleache, 1992, Méndez Guzmán, 1998). El enfoque que lo sustentaba (y aún es así) es el psicosocial, que promueve el fortalecimiento de los recursos psicológicos para manejar las disfunciones y está centrado en el conflicto intrapsíquico o interpersonal. En los antecedentes de la profesión, las intervenciones terapéuticas y educativas figuraban como intervención directa o de Trabajo Social Clínico, y de ahí se deriva en los sesenta el Trabajo Social Clínico”.

En Chile, si reflexionamos a nivel local sobre la existencia del Trabajo Social Clínico en los servicios de salud mental, existen dos argumentos según Reyes (2014) por los cuales esta práctica se originó dentro de dichos servicios:

⁴ Traducción del autor de este documento. Para consultar sobre más información sobre Trabajo Social Clínico, les recomendamos visitar: <http://www.abecsw.org/>

1. Debido a que el trabajador social desde sus inicios en la salud mental ha estado ligado al tratamiento social de las personas producto de un equipo profesional limitado (psiquiatras, enfermeras, técnicos paramédicos). Situación que obligó a los trabajadores sociales asumir otras capacidades y habilidades para la atención de personas con dificultades emocionales que influían directamente en la dinámica personal y familiar del tratamiento.
2. Debido a que la atención psiquiátrica solo colocaba énfasis en el usuario y su problema emocional del momento, centrándose en proporcionar ayuda farmacológica para disminuir los síntomas negativos excluyendo variables sociofamiliares. Dicha situación conllevó al trabajador social por derivaciones del psiquiatra, a intervenir en las problemáticas psicosociales de los usuarios.

Para los autores anteriores, el Trabajo Social Clínico como especialidad se caracteriza operacionalmente por los siguientes tres rasgos:

1. **Por la naturaleza de la institución:** Dependiendo del ámbito en donde está inserto el trabajador social, estos pueden ser contextos clínicos tradicionales: Centros Comunitarios de Salud Mental, Servicios de Psiquiatría, Comunidades Terapéuticas, Centros de Rehabilitación Psicosociales, hogares protegidos, etc. Y contextos clínicos emergentes: Colegios, Hogares de menores, centros de salud familiar comunitarios, etc.
2. **Por las problemáticas de los usuarios:** Cuando los problemas están vinculados a la atención de salud emocional, de relacionales y de organización familiar, ya sea por disfuncionalidad social y/o patologías mentales que afecten a esos sistemas.
3. **Por el tipo de consulta, demanda o servicio:** Cuando la demanda de los usuarios está orientada a solicitar apoyo, gestión, terapia, orientación y reparación de los vínculos de la persona tanto a nivel familiar como social.

De acuerdo a los argumentos expresados, Reyes (2014) define localmente al Trabajo Social Clínico, proponiendo lo siguiente:

“Una rama especializada del Trabajo Social, ejercida por un profesional trabajador(a) social, formado y capacitado para intervenir en materia de salud mental. Su finalidad es reconocer problemas de patología mental, como también para contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y de deterioro en la salud psicosocial. Para llevar a cabo esto, ejecuta medidas profesionales que favorezcan la potenciación, el tratamiento, la reparación y la mejora de la calidad de vida en la personas; a través de atención, diagnóstico, planes de tratamiento y apoyo profesional. De esta forma,

procura establecer una relación terapéutica en la cual se implementan los conocimientos y métodos del Trabajo Social con una orientación clínica, en conjunto con la administración de otros saberes en ciencias sociales que permitan llevar a cabo una aproximación holística de la psicoterapia. Por último, su misión es intentar contribuir a la solución de necesidades y de problemas que las personas consideran como factores negativos para su desarrollo de vida personal, de pareja, familiar, grupal o comunitario”.

Ante todo lo expresado, el Trabajo Social Clínico en Latinoamérica se ejerce desde la práctica del o la trabajador/a social en la salud mental, tanto en contexto tradicional como emergente. Sin embargo, dicho saber-hacer se ha encontrado invisibilizado producto de los diversos procesos históricos (cambio de nombre de profesión, movimientos de reconceptualización, dictadura militar, etc.) que han interferido en el desarrollo disciplinar del Trabajo Social en nuestro continente. Para Bernler y Johnson (1997, p.10):

“a principios o mediados de los años 70 se eliminó de las bibliografías de las escuelas de trabajo social toda literatura norteamericana sobre trabajo social de caso (casework). En su lugar entraron libros sobre familias multiproblema, terapia familiar, terapia de grupo, comunidades terapéuticas y trabajo comunitario. Es por eso que entre los trabajadores sociales que han cursado sus estudios en los últimos diez años, hay pocos que sepan lo que es trabajo social de caso (casework). Otros grupos de profesionales que se dedican al trabajo psicosocial desconocen, en general, casi totalmente el tema. Pero aún asistentes sociales mayores tienen un conocimiento muy limitado de esta tradición.”

Por otra parte, es importante destacar que dicha modalidad tiene su desarrollo más notable en países como Estados Unidos, Canadá y Puerto Rico, en los cuales opera una historia de desarrollo disciplinar distinta en términos ideológicos y políticos. La cual no ha influenciado a la formación latinoamericana en los últimos periodos, y si uno realiza un sondeo de la génesis histórica local, se encontrará que nuestras formaciones tienen una predominante visión eurocéntrica asistencialista paramédica y parajurídica de países como Bélgica, Francia y Alemania. (Reyes, 2011; Quiroz, 2004)

Son estas disyuntivas las cuales justifican su desconocimiento y negación por parte de un amplio gremio. Debido a esto, todavía persisten prejuicios fundados por concepciones ideologizantes que aún predominan en la profesión. Todas estas ideas conllevan finalmente a formular algunas preguntas necesarias para comprender a cabalidad que involucra el Trabajo Social y su especialidad clínica. En este sentido cabe preguntarse algunas cosas como ¿Quién es el trabajador social clínico? ¿Cuáles son sus rasgos particulares y originales? ¿Qué hace un trabajador social clínico y qué diferencia su práctica de sus colegas o de las otras profesiones a fines?

Para responder a la primera pregunta, Gómez (2000, p.2) tomando algunas ideas de la N.A.S.W define al trabajador social clínico:

“como aquel que está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud. Por tanto, como profesional de la atención de la salud que es, va a proporcionar apoyo a individuos y familias, y este apoyo es el que puede incluir a la psicoterapia”.

En relación a la segunda pregunta, Quintero (Op. cit. p.17) tomando las ideas de Segal (1987) menciona que hay dos rasgos particulares y originales de los trabajadores sociales clínicos, los cuales son:

- 1) El uso de las técnicas de planeación social y organización de la comunidad en cambios efectivos y promoción de grupos más poblados.
- 2) El uso de la intervención clínica dirigida hacia el desarrollo y cambio en individuos, familias, grupos pequeños y en situaciones que influyen en ellos, puede ser conceptualizado como más allá de la psicoterapia”.

Finalmente, para responder la tercera pregunta me basaré en las proposiciones de la Doctora y asistente social⁵ clínica Martha Chescheir (1984, pp.5-9) quién propone

⁵ Cuando me refiero a Asistente Social o Trabajador Social, lo hago de forma isomórfica, debido a que en nuestra realidad social chilena fue reciente (2004) el cambio de nombre al título profesional, por lo cual, a los teóricos y profesionales antiguos que estudiaron en la universidad, son homologables a esta definición.

cinco áreas propias del Trabajo Social y las particularidades que tiene en el Trabajo Social Clínico. Según ella, existen cinco áreas que le competen al trabajador social que realiza una práctica clínica. A continuación describiré los planteamientos de la autora respecto a cada una de estas cinco áreas y cuál es la práctica distintiva del trabajador social clínico:

1.1 Áreas de competencia del Trabajo Social y las finalidades del trabajador social clínico según Chescheir (1984)

Áreas de competencia del Trabajo Social	Finalidades del trabajador social clínico
1. Trabajo con personas en el contexto de su situación social	Al trabajador social clínico le interesa establecer un equilibrio entre las necesidades personales y las oportunidades que ofrece la vida. La meta es lograr un ajuste entre lo que le conviene al individuo con lo que le conviene al sistema social. Uno de los principales objetivos es relacionar a las personas con los recursos y comenzar en cualquier extremo del medio continuo psicosocial, ya sea con la persona o con el sistema social. Los cambios externos son indispensables cuando los recursos no están disponibles para proporcionar los alimentos necesarios para vivir. Los cambios internos son indicados cuando las personas están emocionalmente acabadas o físicamente traumatizadas. Un trabajador social clínico debe saber cómo ayudar a personas de todas las clases y condiciones para que se adapten a situaciones realistas, y cómo cambiar estas condiciones sociales para adecuarlas a las necesidades de las personas.
2. Trabajo con la familia como medio de ayuda	Al trabajador social clínico le interesa tanto evitar una desintegración familiar como reconstituir familias desintegradas, esto es debido a que no solo interesa la intervención en familias en momentos de crisis, sino el sinnúmero de cosas que le ocurren a las familias durante toda su vida juntos, como por ejemplo: las dinámicas familiar ya que proporcionan un medio de ayuda para el sano crecimiento y desarrollo de sus miembros. Cuando trabajamos con familias, una forma estratégica de potenciar la acción, es trabajar en sus propios hogares cuando es necesario, para así, ayudar a movilizar recursos internos como externos para mejorar y conservar el funcionamiento familiar. La terapia familiar y el asesoramiento matrimonial también le competen a trabajador social, pero no están limitados solamente a estos modelos en particular.
3. Trabajo de terapia con grupos en actividades cuyas tareas estén relacionadas	Los trabajadores sociales clínicos han concebido y utilizado las dinámicas del proceso grupal para conservar y mejorar el funcionamiento social. El conocimiento de la dinámica de grupos se traduce en una buena comprensión del contexto organizacional y le permite al trabajador social buscar cambios en marcos institucionales. El trabajador social capta el valor del conflicto y la cohesión, comprendiendo que los miembros de un grupo a menudo compiten entre sí, aunque al mismo tiempo necesitan confiar en el apoyo mutuo. Los grupos de terapia y socialización, ayudan a rehabilitar personas con dificultades de relaciones interpersonales y que carecen de habilidades sociales.
4. Trabajo con organizaciones y	Los profesionales clínicos comprenden la importancia de sistemas de apoyo naturales y se los presentan a los clientes a medida que los necesitan. Como defensores de los

sistemas sociales para mejorar situaciones sociales	pobres y de los grupos minoritarios, los profesionales clínicos a menudo encuentran defendiendo a aquellas personas que no pueden hacerlo por sí mismas. Cuando las organizaciones e instituciones dejan de funcionar en beneficio de las personas, el profesional clínico se siente obligado a luchar por cambios en los sistemas que volverán más humanas las condiciones y harán del medio más sensible a las necesidades de las personas. Por lo cual, a los trabajadores sociales clínicos les interesa crear un medio que custodie y cuide, donde las personas puedan expresar su preocupación por los demás y trabajar juntos por el bien común.
5. Trabajo con personas que se enfrentan a crisis de situación o de maduración”	Continuamente se les pide a los trabajadores sociales clínicos ayuda en toda clase de crisis. Estas pueden ser de situación o de maduración, las primeras son aquellas como un trauma físico o una pérdida aguda personas significativas, por lo cual pueden ayudar a las personas a recuperar su fuerza anterior, y en algunos casos, incluso mejoran su nivel general de funcionamiento social. Las segundas crisis, que también se llaman de transición de vida (niñez, adolescencia, adultez y senectud) producen crecimiento; pero la forma en que una persona los aborda es el resultado de múltiples factores, incluyendo la organización intrasíquica individual, los patrones de interacción familiar y la presencia o ausencia de sistemas de apoyo naturales. Por lo tanto, los trabajadores sociales clínicos están capacitados para ayudar a las personas a adaptarse y a manejar la gama completa de crisis de situaciones o de maduración y conocen las expectativas reales, tanto para sí mismos como para sus clientes.

Como hemos podido constatar, el trabajo social clínico cuenta con toda la legitimidad teórica, con definiciones concretas sobre sus intereses y delimitaciones profesionales respectivas. Además posee un ejercicio sistematizado sobre sus propios propósitos y fundamentos teóricos-metodológicos. Estos a su vez, renacen de los cimientos de quienes fueron las fundadoras y pensadoras del Trabajo Social norteamericano (las caseworkers), como por ejemplo: Mary Richmond, Gordon Hamilton, Florence Hollis, Hellen Harris Perlman, Jessie Taft, Virginia Robinson, por nombrar algunas.

2. ¿Salud Mental? Un área de indefiniciones profesionales: Como reconocer lo propio del Trabajo Social sin caer en reducciones psíquicas.

“En psiquiatría es imposible trazar una secuencia de progresos claramente definidos y contrastables. Sin embargo, han afectado durante su apogeo a miles y miles de seres humanos de los que simplemente nadie se acuerda, sobre los cuales casi nadie escribe, y que sacrificaron su salud, sus derechos, y muchas veces sus vidas, sin que nadie se sienta obligado a dar explicaciones o disculpas”. (Pérez, 2009)

Nuestro honorable colega argentino Natalio Kisnerman (1987, pp.84) hace algunas décadas nos decía que:

“entendemos por salud mental la actitud de asumir, elaborar y arbitrar alternativas de solución frente a situaciones problemáticas que crean tensiones. De acuerdo con esto, salud mental como programa comprende toda la problemática de salud-enfermedad mental, su etiología, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, reubicación social de enfermos, docencia, investigación y servicios destinados a atender dicha problemática. Como problema es relevante, pues la propia vida moderna y la situación enajenante del hombre en el medio urbano contribuyen a aumentar la vulnerabilidad a los desordenes psíquicos. Señalemos la enorme responsabilidad que a todos nos compete en esta tarea de prevención y recuperación de enfermos mentales, sobre todo teniendo en cuenta que su incidencia aumenta día a día y amenaza con ser una nueva peste que azote al mundo”.

El psiquiatra y psicoterapeuta familiar Nathan Ackerman (1966, p.22) ya había explicitado que:

“en la crisis social contemporánea no hay razón para dejarse estar. Especialmente al médico, el psiquiatra, el trabajador social, el educador, el líder religioso –todos encargados de curar y proteger los desdichados e incapacitados- deben trabajar juntos para salvaguardar los valores esenciales de la familia del hombre. Al mismo tiempo debemos estar continuamente atentos para oponernos al cultivo de una eficiencia de tipo mecánico, para oponernos a que surjan técnicos entrenados que operan con precisión, pero que son insensibles ante el sufrimiento de la gente. Los que cesan de sentir cesan de aprender, el insensible se vuelve tonto. No debemos permitirnos a nosotros mismos que nos seduzcan los valores enfermizos de la era maquinista, esos mismos valores que procuramos curar”.

Para Richard Rabkin en Fishman y Rosman (2005, p.240) “la salud mental no es un problema práctico según interpretamos el término. No es lo mismo que limpiar una casa o aprender la forma de resolver problemas matemáticos. No se trata simplemente de sentarse con alguien y aprender sobre eso o sobre cómo hacerlo”. En este sentido, Patrick Coupechoux (2011, p.13) narra que “como la enfermedad mental no se cura como una gripe, los pacientes vuelven. Es lo que los médicos llaman la política del molinete o del eterno retorno. Para enfrentar el problema de la cronicidad –no salen del hospital curados- el sistema envía a los pacientes con sus familias, que soportan

una enorme carga, al médico social y con mayor frecuencia al asistente social, por no decir a la caridad pública”.

Siguiendo con lo argumentado, Eduardo Durán (2011, pp.20-21) relata que:

“...por otro lado las personas siguen enfermas, necesitan atención médica permanentemente, medicamentos, asistencia social, previsión y techo. Las familias que los asisten rápidamente colapsan y estas personas pasan a integrar el grupo de vagabundos y desposeídos, en la miseria misma. Es el epílogo de esta historia, sin que hasta aquí surja el cuestionamiento ni el análisis de una política de Salud Mental. Falta la propuesta concreta. Juan que comenzó un día como sujeto afectado de su salud mental, hoy día es un mero objeto, además es una lista de síntomas que pueden tratarse con un medicamento y ya está, que muera donde pueda. Adiós al planteamiento humanista de ser persona, ser ciudadano con derechos ha quedado en el papel, sólo anécdotas y hermosas palabras”.

Ante este breve panorama, que es una invitación a problematizar la salud mental, quiero instalar el debate sobre ¿Cuál es el papel histórico del Trabajo Social? ¿Cuáles son las motivaciones y lo característico desde la disciplina para abordar la salud mental? Para comenzar con la discusión, debemos considerar algunas premisas de corte histórico sobre el Trabajo Social y la Psiquiatría, debido a que ambas disciplinas han trabajado desde comienzos de 1920 en el tratamiento social y médico de las personas que poseen problemas de salud mental.

La alianza entre Psiquiatría y Trabajo Social, dio origen al Trabajo Social Psiquiátrico, en donde los profesionales trabajadores sociales psiquiátricos, desenvolvían funciones y roles específicos en la intervención al interior de los hospitales psiquiátricos. En una primera instancia, se daba prioridad a la situación social del paciente, ya sea entregando asistencia social (recursos económicos, ajustes en el sistema de protección social, regulación jurídica) o tratamiento psicosocial a las familias de los pacientes, interviniendo principalmente en los sistemas sociales, con la finalidad de lograr adaptación en núcleo más cercano, ya sea en la comunidad o los

grupos donde participa o participará el paciente. En este sentido, la Escuela de Asistentes Sociales de España (1973, p.15) relataban que:

“psiquiatras y asistentes sociales, son dos profesionales que, colaborando juntos, orientan la terapia de estas personas. Sin embargo, difícilmente conseguirían algún resultado sin la participación de los grupos donde el enfermo se mueve y convive. Familia, trabajo, escuela...son lugares en los que vive el neurótico y cada vez más se siente la urgente necesidad de que conozcan su propia responsabilidad en el tratamiento del paciente. Incluso el mismo enfermo, es protagonista de su curación, teoría que sostienen las modernas técnicas terapéuticas”.

Ramírez de Mingo (1992, pp.22-24) establecía que:

“el Trabajo Social Psiquiátrico ha sido influido por las diferentes teorías y prácticas que sobre la asistencia psiquiátrica se han realizado en los últimos años. Para los autores europeos y norteamericanos Hamilton, Bray y Tuerlink, Konopka, el trabajador social debe colaborar con las funciones psicoterapéuticas a través del casework y del group work. El Trabajo social individualizado, se desarrolló especialmente en el campo de la atención psiquiátrica. A medida que se iba introduciendo el Trabajo Social en los sanatorios psiquiátricos, uno de los objetivos consistió en mejorar la situación de los pacientes dentro de la institución. Conscientes de las repercusiones negativas que comporta el internamiento prolongado, los asistentes sociales programaron actividades encaminadas a estimular las capacidades y potencialidades de los internados”.

Para Castellanos (1962, p.72) “el trabajo social psiquiátrico es una especialización del servicio social. Persigue la rehabilitación o reestructuración de la personalidad del paciente (la cual se lleva a cabo en hospitales, dispensarios psiquiátricos, clínicas de conducta, reformatorios, etc.), y la profilaxis psicosocial, que tiende a evitar los desajustes humanos. Según Quinteros (Op. cit, pp.20-21) el Trabajo Social Psiquiátrico

“es identificado como una modalidad de práctica de la profesión, exige la aplicación de las técnicas de Trabajo Social en hospitales y ambientes clínicos, sobretudo en centros psiquiátricos. Una tendencia de la escuela americana, iguala este término con el Trabajo Social Clínico, que al mismo tiempo incluye tanto a quienes ejercen en privado, como en otros espacios institucionales. En los procedimientos clínicos y psiquiátricos es donde por excelencia, el profesional en Trabajo Social recepciona, evalúa y atiende a los sistemas familiares. De ahí proviene la idea de que cualquier intervención en ésta área es de por sí *terapia familiar*, desconociendo la diferencia con los otros niveles: recepción, evaluación, prevención, educación y la necesidad de especialización que exigen los procesos terapéuticos”.

Según Becerra y Kennel (2008, p.65):

“El Trabajo Social Psiquiátrico, aunque evidentemente posee características que le son propias, es esencialmente <<Trabajo Social>> y se rige por los mismos principios fundamentales: principio de aceptación y derecho a la propia determinación. El objetivo general del Trabajo Social es, a nuestro entender, ayudar a los seres humanos a lograr la realización más completa posible de sus capacidades en un sentido positivo. En la instrumentación para alcanzar dicha meta, existe una vasta gama de variaciones individuales y de desarrollo de habilidades técnicas no transmisibles a través de la enseñanza, las que se manifiestan al establecer la relación profesional y están basadas en la interrelación entre la personalidad del trabajador social y la del paciente”.

Es así como, Garcés (op. cit) nos dice que:

“Si analizamos el desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico, éste ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del Trabajo Social. En los EEUU, al principio del siglo XX se incorporan los trabajadores sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios. A iniciativa de Adolph Meyer, los trabajadores sociales se integraron a partir del año 1904; este autor consideraba que era necesario para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales. De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental. La figura del Asistente Social era muy ambigua en un principio, pero poco a poco, tanto en el campo sanitario como en el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los trabajadores sociales fueron aprendiendo a identificar problemas, a definirlos y proponer actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica”.

En este sentido, para la autora ya señalada antes en este trabajo, Quintero (1997, p.147):

“El abordaje a la familia, como una orientación en el tratamiento de los problemas de un individuo, se inició en la década de los cincuenta, por un grupo de investigadores clínicos, en Estados Unidos, conformados por médicos psiquiatras y trabajadores sociales psiquiátricos quienes, basados en el creciente auge de la Teoría General de Sistemas y en las experiencias terapéuticas con pacientes esquizofrénicos y sus familias, plantearon nuevas formas de abordar e intervenir los fenómenos humanos.” Estos hechos dieron origen y forma al movimiento de Terapia Familiar a principios de 1960 en Norteamérica.

Seguendo con los planteamientos de Castellanos (op.cit) se establecen cinco campos de acción del trabajador social psiquiátrico:

2.1 Campos de acción del Trabajo Social Psiquiátrico según Castellanos (1962)

<p>1. Período de admisión</p>	<p>En el curso de las pláticas iniciales se aclaran conceptos y se ayuda al paciente a fin de que acepte su hospitalización. Estas atenciones pueden ser intangibles y tangibles. Respecto a las primeras figuran las actividades que tienden a despejar dudas del paciente, tal como: ¿Dónde estoy? ¿Cómo es esto? ¿Qué van a hacerme? ¿Qué debo yo hacer? ¿Cuánto tiempo voy a estar aquí? El trabajador social dará respuestas sensatas, tratando de ofrecer seguridad y encauzado favorablemente sus sentimientos de duda, temor u hostilidad, para estimularlo a la cooperación con todos los miembros de la institución. Las segundas atenciones, pueden variar notablemente: turnar al paciente a los distintos servicios concretos de la institución; asegurar la autorización de los familiares, aplicar al paciente determinado tipo de tratamiento, servicios concretos que necesita el paciente en el hospital, etc.</p>
<p>2. Historia Social</p>	<p>Hacer la historia social es la principal responsabilidad del trabajador social, debido a que es de vital importancia determinar las condiciones ambientales del paciente, por ellos, reunir los datos correctos, que encaucen el diagnostico y tratamiento, constituye una de las aportaciones más valiosas.</p>
<p>3. Período de hospitalización</p>	<p>El tratamiento o terapéutica psicosocial se efectúa preferentemente en la hospitalización. El trabajador social asume la responsabilidad del tratamiento de los familiares, colabora suministrando servicios tangibles o concretos (contactos con agencias de la comunidad cuando el paciente concurre a clínicas o consultas externas, suministro de medicinas, contactos con familiares, etc.); el tratamiento psicosocial está siempre de acuerdo con las sugerencias del personal hospitalario y bajo la supervisión del psiquiatra. Todas las actividades que realiza, cualquiera que sea el grado de responsabilidad, se observan dos tipos de atenciones (tangibles o intangibles), las cuales pueden ser ayuda o terapéutica relacionada con los sentimientos, actitudes y conflictos del paciente y familiares, como también, el trato directo con el paciente desarrollando en éste confianza, estímulo y seguridad. El recurso principal es la <i>entrevista personal</i>, en la cual se desarrolla la psicoterapia del paciente por el trabajador social. Esta es parte del tratamiento global aprobado por el personal médico, y tiende a desarrollar la introvisión del cliente en relación a su problema, tratando de disminuir sus debilidades y estimulando sus potencialidades.</p>
<p>4. Alta</p>	<p>Muchos pacientes dados de alta del hospital, recaen en su enfermedad porque no se</p>

psiquiátrica	consideran los conflictos inherentes a su reincorporación al medio familiar, que puede no estar preparado para recibirlo, ni él para reincorporarse. El trabajador social tiene la responsabilidad de preparar a la familia y avisar al personal médico del hospital cuando llegue el momento oportuno para el “alta”, la cual no debe otorgarse mientras el medio y el paciente no estén preparados.
5. Convalecencia y atención postinstitucional	La responsabilidad de continuar observando al paciente dado de alta del hospital y velar por él, es la justificación máxima del trabajador social en el personal de hospitales psiquiátricos. El trabajador social tiene la responsabilidad de estudiar y seleccionar los hogares de convalecencia, recomendando aquellos que considere adecuados para el paciente una vez conocida la prescripción del psiquiatra. La observación de los enfermos dados de alta debe efectuarse periódicamente. El trabajador social debe informar al psiquiatra encargado del caso o durante las reuniones del personal hospitalario, la evolución de los casos bajo su responsabilidad.

En esta breve cartografía de las principales funciones, tareas y actividades que realiza el trabajador social en los servicios de psiquiatría, permite visualizar las principales razones que fundan su participación en todo momento respecto a la práctica clínica que realiza con las personas portadoras de problemas de salud mental. Para rescatar lo propio de la profesión, debemos tener en el presente los fundamentos que legitiman su hacer en dichos servicios. Respondiendo desde la génesis, podremos contemplar su legitimidad profesional, la cual vela por humanizar las relaciones entre los sistemas sociales y el sufrimiento humano de las personas en la sociedad actual. Para Aylwin (1991, p.32)

“las relaciones entre Salud Mental y Trabajo Social debe hacerse a la luz de los cambios que se están produciendo en la concepción de Salud Mental. Como consecuencia, la salud mental ya no concierne únicamente a los equipos tradicionales de salud mental, sino que, concebida como bienestar psicosocial, pasan a colaborar en ella otras disciplinas que se preocupan del hombre y de la sociedad, y también la propia comunidad y personas que son sujetos de la acción profesional. Lógicamente, este cambio de enfoque supone una permeabilización de los límites rígidos que hemos construido en torno a nuestras disciplinas, y un traspaso mutuo de conocimientos. Debe existir una cierta delegación de los conocimientos (y del poder) de los profesionales que tradicionalmente han formado parte de los equipos de salud mental, no sólo a otros profesionales, sino en algún grado a la comunidad toda, y muy particularmente, a las personas atendidas, para que, según sus posibilidades, se conviertan en agentes de su propia curación”.

Sin embargo, el Trabajo Social siempre estará expuesto a nuevas formas de complejización en su intervención, la cual cambia dependiendo de las nuevas problemáticas que la sociedad en su conjunto experimenta. Por lo tanto, sus conocimientos estarán en permanente estado de actualización y vigilancia epistemológica. Para Salamé y Castañeda (2012, p.47):

“las dinámicas del mercado laboral, ligadas a la polifuncionalidad y la flexibilidad profesional, comienzan a sobrepasar una formación unidisciplinaria –organizada en torno a una clasificación y jerarquía de disciplinas y un método de enseñanza-, generando una creciente demanda por profesionales con manejo transdisciplinario. Esto se transforma en un complejo desafío para la formación, que debe realizar un necesario ajuste en su tarea, develando las oportunidades de convergencia comunes a conjuntos de profesiones, constituyendo así, ámbitos de formación transdisciplinaria que amplíen las fronteras de los dominios de la acción y la reflexión en sus estudiantes”.

3. Psicoterapia: ¿Para algunos o para todos?

“Cada época tiene sus neurosis, y cada época necesita una psicoterapia”.

(Viktor Frankl)

Hace algunos años atrás, el destacado asistente social y terapeuta familiar chileno, Mario Quiroz (2004, pp.111-112), formulaba una serie de preguntas y problemas respecto a la formación del trabajador social. Dentro estas preguntas se destacaban las siguientes:

“¿Qué tipo de profesional queremos formar? ¿Un especialista en la persona y la familia? ¿Con que paradigma? ¿Podemos formar psicoterapeutas y terapeutas familiares? ¿Cuál es el límite que marca las fronterizaciones entre lo que nosotros hacemos como Trabajadores sociales y los terapeutas? Esta discusión está aún en desarrollo, dejando a muchas escuelas de formación en una total desorientación, y a los gremios de Trabajadores sociales con una gran tarea que resolver en los próximos años”.

Aquellas preguntas apuntaban precisamente a una problemática medular que la profesión experimenta respecto a sus fundamentos epistemológicos y los alcances metodológicos de sus intervenciones. Son precisamente estas condicionantes las que van demandando un desarrollo profundo al Trabajo Social, y específicamente al desarrollo del Trabajo Social Clínico. Sin embargo, y debido a la alta complejización de la práctica del trabajador social hoy en día, se hace inevitable pensar otras fuentes teóricas -tanto propias como externas- las cuales puedan reformular las propuestas metodológicas, aportando nuevos modelos actualizados para el desenvolvimiento profesional en la compleja realidad social.

Sin duda que estos cambios marcan profundamente los servicios que el trabajador social pueda entregar en los distintos ámbitos de participación institucional o en el ejercicio libre de la profesión. Actualmente el trabajador social en la salud mental y en campos afines, está experimentando un proceso de contracción (saber-conocer-intervenir) y de expansión disciplinar, lo cual conlleva hacia una demanda de otros conocimientos (psicoterapia, espiritualidad, filosofía, cultura, crítica literaria, epistemología, etc) los que se han vuelto indispensables para su campo de acción y reformulación ontológica. Pero al mismo tiempo, estos conocimientos transformarán su praxis e intervención profesional, más aún, su práctica clínica. Llegado a este punto, debemos considerar como problema inicial que en la realidad latinoamericana, y principalmente en la chilena, la falta de dichos saberes, debido a que están casi ausentes en la formación de pre-grado y post-grado. Limita las posibilidades de desarrollo disciplinar dejando la formación de los trabajadores sociales anclada bajo los sesgos conservadores que no reconocen dichas necesidades.

Este problema, si no se reconoce, conllevará paulatinamente, a lo que hemos vivido dentro de los últimos 25 años, la constante dominación profesional por parte de Psicología, Psiquiatría y la Sociología, como también de otras nuevas profesiones como la terapia ocupacional o la psicoeducación, profesiones que vienen a dominar nuestros propios saberes y campos de acción profesional.

Siguiendo con lo argumentado, existe una necesidad de problematizar el Trabajo Social, y principalmente la dimensión de intervención más íntima que desarrolla el trabajador social con las personas. Esto se traduce en las siguientes cuestionantes ¿Existe una dimensión terapéutica en la intervención? ¿Se puede definir como psicoterapéutica? Llegado a este punto, también se hace necesaria la problematización de la psicoterapia. ¿Toda terapia es necesariamente psíquica? ¿Solo profesionales pseudolegitimados socialmente pueden ejercer una labor terapéutica? ¿Qué es un proceso terapéutico? ¿Qué es un terapeuta? ¿Quiénes pueden ser terapeutas?

Es así como Fiorini (2000, p.9) nos dice que

“el campo de las psicoterapias emerge en los últimos años portador de problemáticas de una complejidad creciente. Desafía nuestros esfuerzos en varios niveles: epistemológico (incluyendo los replanteos de la crítica ideológica), teórico, técnico, docente, de investigación (con sus complejas exigencias de orden metodológico). El avance en el desarrollo de estos niveles, para una elaboración científica del campo, es lento; lo cual debe necesariamente preocuparnos: en la más simple de las intervenciones terapéuticas se juegan vidas, proyectos, rumbos de individuos y grupos. Toda carencia científica en este campo es problema de urgencia, de responsabilidad social humana. Las vías de abordaje para su desarrollo científico son múltiples, lo cual no impide el reconocimiento de prioridades. Tres aspectos se nos han presentado como más urgentes de una tarea elaborativa que apuntara a ahondarlos: uno, la necesidad de afinar la descripción y explicación de sus técnicas; otro el del trabajo sobre ciertos pilares teóricos en los que pueda asentarse y a los que pueda a su vez enriquecer su práctica técnica; tercero, el del cuestionamiento ideológico de las teorías y de las técnicas, que pueda colocarlas en relación con determinaciones del contexto social más amplio”.

Bajo estos problemas, Nathan Ackerman en Hamilton (1947/1967, p.12) decía que:

“la psicoterapia es una función derivada de la naturaleza dinámica del problema del paciente, y no una técnica arbitrariamente modelada para que se encuadre en la enseñanza convencional de una profesión particular. La buena psicoterapia debe ser en esencia un mismo proceso, ya sea ejecutada por una profesión o por otra. Teóricamente, la psicoterapia también podría ser suministrada por los médicos generales, los asistentes sociales psiquiátricos, los psicólogos, además de los psiquiatras, a condición de que su actividad esté respaldada por una rigurosa preparación técnica, y de que una supervisión adecuada que asegure el mantenimiento de los estándares”.

Para Hamilton (op.cit, p. 206):

“el propósito de la psicoterapia es contribuir a que el paciente logre satisfacciones más completas y menos distorsionadas, una mejor integración de sí mismo, una mayor autodeterminación y una actuación social más creadora y cómoda. Esto significa menos angustia, placer más normal y saludable, y una mejor adaptación a las exigencias de la sociedad en el trabajo, en el juego y en otras relaciones. La terapia utiliza varias combinaciones de técnicas expresivas o liberadoras –la reeducación, la comprensión y el apoyo-, todas dirigidas hacia la restauración de las fuerzas de la personalidad y asistidas por recursos sociales de que se disponga”.

En este sentido, para la trabajadora social Virginia Satir (1986, p.206) “las técnicas psicoterapéuticas confinadas y rígidas son inadecuadas para hacer frente a las necesidades de crecimiento del ser humano, que cambia constantemente. He tratado de eliminar las barreras que existen entre las distintas disciplinas, formas y métodos”. Para el diccionario de términos psicológicos y psicoanalíticos de English & English en Feixas y Miró (1993, p.14-15): “Psicoterapia es el uso de cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones. El término no implica la gravedad del desorden, la duración o intensidad del tratamiento o la orientación teórica del terapeuta. Pero el término se reserva para el tratamiento llevado a cabo por un profesional: psicólogo clínico, psiquiatra o trabajador social psiquiátrico”.

En este sentido, Zeig & Munion en Feixas y Miró (op.cit. p, 15) dicen que: “la psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual. Su razón de ser se centra explícita o implícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica de la psicoterapia o ambas cosas. Afecta a un cambio duradero en múltiples aspectos de las vidas de los clientes. El proceso es idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y terapeutas”. Para Lo Bianco & Merle (2010, p.4-5):

“la psicoterapia es un proceso interactivo que se establece entre una persona que presenta una dificultad que desea superar y un profesional que intenta ayudarlo. El ámbito donde se plantea el problema concierne a sus relaciones con los demás,

consigo mismo o al afrontamiento de determinadas situaciones. Quienes asocian de modo estricto el término <<psicoterapia>> a <<tratamiento de enfermedades de la mente>> emplean un criterio poco afortunado. La psicoterapia, más que curar enfermedades, se propone modificar aquellas conductas que producen sufrimiento y de las que el individuo no puede librarse por sí solo”.

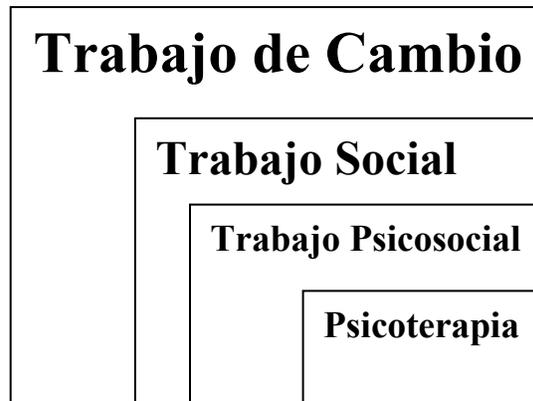
Poco se insiste en como pensamos la intervención profesional del trabajador social. De hecho, la gran mayoría de las veces pensamos que la intervención social como tal, está enraizada en conocimientos externos a nuestro propio hacer. Dicho en otras palabras, negamos que nuestro hacer tenga cimientos teóricos fundados desde nuestro saber-hacer disciplinar. Tomando las ideas de la trabajadora social italiana Elisa Bianchi (1994, p.11. Las cursivas son mías) no podemos entender solo como un significado <<profesionalizador>> las enseñanzas del *Trabajo Social* como enseñanza sólo <<aplicativa>> de teorías elaboradas en el ámbito de otras disciplinas. Tampoco deberíamos comprender la <<teoría>> del *Trabajo Social* sólo como una descripción de la operatividad profesional.

En este sentido, el proceso de ayuda que ejerce el trabajador social es siempre intencional, ya que responde a determinados ejes o prioridades de su acción. Por lo tanto, cuando el trabajador social se encuentra inserto dentro de un servicio de salud mental o programa psicosocial, su hacer está enactuado⁶ respecto al tipo de problema que este servicio le demanda. Es así como, su forma de intervenir esta moldeada por los objetivos (institucionales) y las necesidades (personales) de los usuarios que acuden a los servicios de la salud mental y contextos psicosociales. Para las trabajadoras sociales suecas Gunnar Bernler y Lisbeth Johnson (op.cit), el ejercicio

⁶ Término acuñado de las proposiciones del neurobiólogo chileno, Francisco Varela. Quién expresa que toda acción de los seres vivos en el mundo está enactuada, ósea, esta modelada a través de su propia experiencia. La cual es inseparable del sujeto que actúa en el mundo. En palabras del autor: “precisamente la mayor capacidad de la cognición viviente consiste en gran medida en plantear las cuestiones relevantes que van surgiendo en cada momento de nuestra vida. No son predefinidas sino enactuadas: se las hace emerger desde un trasfondo, y lo relevante es aquello que nuestro sentido común juzga como tal, siempre dentro de un contexto. El fenómeno de la interpretación entendida como actividad circular que eslabona la acción y el conocimiento, al conocedor y lo conocido, es un círculo indisociable. Con *hacer emerger* nos referimos a esta total circularidad de la acción/interpretación”.

profesional del trabajador social está dentro del siguiente esquema, el cual representa su intervención de trabajo:

a. Niveles de la práctica profesional según Bernler y Johnson



De acuerdo con lo propuesto por Marcelo Pakman (1997, p.256) “si el encuentro psicoterapéutico es visto como de seres encarnados, el proceso reflexivo en que se involucran a través de la conversación no estará acotado por los límites que separan el terreno de la psicología de otras dimensiones significativas. La psicoterapia puede ser un espacio para reflexionar sobre las condiciones de vida, sean estas económicas, familiares, políticas, físicas, emocionales, socioculturales, etcétera”. Respondiendo a las cuestionantes planteadas, podemos afirmar que el Trabajo Social y específicamente el Trabajo Social Clínico se enmarca dentro de un proceso terapéutico, el cual es propio de su saber-hacer. Sin embargo, el problema radica en que toda intervención del trabajador social, queda etiquetada bajo la nomenclatura de “intervención social” implícitamente.

Por lo tanto, el problema no está relacionado al hacer mismo, sino más bien, a que es un problema de terminología y reducción micropolítica, la cual reduce todos los procesos de comprensión-acción del trabajador social a una etiqueta generalista de la

intervención “social”. Esta situación es un gran problema, y en más de alguna ocasión ha provocado serios cuestionamientos tanto al interior de la disciplina como también fuera de ella. La principal crítica que se realiza es si es que el Trabajo Social ¿Realmente forma parte de terapia familiar o de la psicoterapia?

Generalmente, los “especialistas en lo clínico/terapéutico” en nuestro contexto hispanoparlante, que son psicólogos en su gran mayoría, niegan al trabajador social como terapeuta o psicoterapeuta, expresándose en dos discursos dominantes principalmente. El primer discurso es que Trabajo Social no ha producido conocimientos (teorías, modelos o formas de intervención clínica) en dichas áreas. Y segundo, es que suponen que el trabajador social no tiene trabajo directo con las personas, lo cual se traduce según los profesionales PSI, a que no tienen entrenamiento clínico y/o práctica clínica o no maneja la clínica en su ejercicio profesional.

Considero que es relevante deconstruir los relatos dominantes sobre la clínica, para Saul Kars (2007, p.154) la clínica como concepto:

“es utilizada sobre todo por corrientes psicológicas y psicoanalíticas que, escindidas en orientaciones divergentes, no otorgan sin embargo a la clínica el mismo sentido, ni contenidos idénticos. Multiplicidad que, justamente, conforta la representación corriente, que asocia clínica y psicología, y/o psicoanálisis, y/o psiquiatría: la clínica sería automáticamente psíquica. Algo semejante ocurre con lo que se denomina <<análisis de la práctica>>, del que la clínica sería un sinónimo intercambiable, o incluso una especie de prototipo del que el análisis de la práctica sería una emanación. La clínica parece compartir el ambiguo estatus del análisis de la práctica: a la vez término genérico que engloba variadas modalidades de comprensión y evaluación de las intervenciones sociales”.

Siguiendo con la deconstrucción, los prejuicios al interior de la psicoterapia suponen a que el psicólogo o el psiquiatra serían por esencia potencialmente terapeutas o psicoterapeutas, debido a que ellos tendrían una formación clínica *per se* que les asume implícitamente dicha condición o rol. Por otro lado, se dice que ellos “*realizan un trabajo directo con las personas*”, situación que no estaría presente en la práctica

de los trabajadores sociales. Esta visión, que reduce lo terapéutico a un reduccionismo psíquico constituye un problema de caracteres técnicos, políticos, metodológicos y culturales, que las corrientes actuales en psicoterapia pretenden superar y erradicar. Lo terapéutico no es solo algo psíquico independiente de otras esferas de la experiencia humana, sino más bien es un dialogo humano abierto y rotulado en las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales. La subjetividad es una experiencia singular enactuada en una experiencia humana integrada. (Pakman, op.cit)

Para el neuropsiquiatra Maurizio Andolfi en Elkaïm (1988, p.46) nos dice que “si tratamos de desembarazarnos tanto del modelo médico de los problemas emocionales, como de la tradición de la asistencia, podemos concebir la psicoterapia como una ocasión de aprender un método de aprendizaje”. Según el mismo autor, “ya no tiene sentido razonar según una modalidad diagnóstica tradicional, y por ende es también inútil el uso de conceptos y términos inherentes al modelo médico”. (Andolfi, 1985, p.31) El propone que el trabajador social cuando se transforma en terapeuta, debe abandonar los viejos paradigmas que hacen suponer que la terapia es un proceso de curación, siguiendo sus ideas dice que “el trabajador social debe entrar a formar parte del sistema familiar con su bagaje técnico de experiencias, pero también con su personalidad, su fantasía, su sentido del humor, su capacidad para participar en las emociones de los demás, renunciando al atavío mágico y falso del curador”. (Op.cit. p.31)

Un punto problemático en la disciplina del Trabajo Social, es que constantemente algunos profesionales más tradiciones y que han estado influenciados por la doctrina de la reconceptualización es que niegan y rechazan el método de caso (trabajo social de caso). Precisamente este método es el que se sigue desarrollando casi todo el tiempo en la práctica y es el que ha dotado de una identidad clínica históricamente situada a los trabajadores sociales. Y es en este espacio en donde el trabajador social

aplica la psicoterapia para la atención de personas. Pienso que la tradición clínica ha resucitado, y ha otorgado una respuesta, una identidad y una narrativa alternativa a los desafíos contemporáneos que nos demanda la práctica de la psicoterapia en los procesos actuales en la Salud Mental y en lo psicosocial.

En este sentido, cabe mencionar lo que decía el trabajador social norteamericano Scott Briar (1983, pp.17-18) que establecía hace varias décadas atrás, que:

“la imagen del trabajador de caso individual moderno, es ante toda la de un terapeuta, vale decir, la de alguien que cumple principalmente una función terapéutica. Así pues, con el transcurso del tiempo, ha habido una constricción progresiva de las funciones cumplidas por el trabajador de caso individual; de toda una gama de actuaciones ha quedado una sola, la de terapeuta. Este problema ha quedado ahora en estado latente, como disuelto por el consenso de que, por supuesto, el servicio de caso individual es terapia –una terapia psicosocial específica tal vez, pero terapia al fin”.

Llegado a este punto, casi final de este trabajo, quisiera tomar las propuestas realizadas por la trabajadora social costarricense Carolina Rojas Madrigal (2007) respecto a la dimensión terapéutica del Trabajo Social, quién la define como:

“los procesos de investigación-intervención realizados por un o una profesional, que pretenden lograr el cambio subjetivo, relacional y comunicativo de las y los sujetos, con el fin de que translaboren, resignifiquen y superen el sufrimiento subjetivo, o bien, que rompan con la repetitividad de su historia personal, familiar o comunitaria, cuando ésta se presenta como un obstáculo para su bienestar y el de su entorno. Por consiguiente, las estrategias de investigación o de intervención utilizadas para lograr el cambio requerido, van a estar direccionadas a que las personas, a través del proceso terapéutico, comprendan y superen el malestar subjetivo que las aqueja, o bien, logren que sus vínculos y sus procesos comunicativos sean potenciadores de bienestar, y superen pautas estereotipadas. Es importante señalar, que desde la dimensión terapéutica el Trabajo Social puede tratar una variedad importante de objetos de intervención, tales como las secuelas de desastres, consecuencias de distintas manifestaciones de violencia, conflictos familiares, crisis del desarrollo, separaciones y divorcios, entre otros, pero esta labor por sí misma no responde a las múltiples necesidades presentes en la realidad social, por lo que, es imperativo continuar, como se ha hecho hasta ahora, con las labores asistenciales, socioeducativo promocionales y de denuncia del irrespeto a los derechos humanos, en conjunto con el trabajo terapéutico”.

Entrando a un plano más reglamentario de la sociedad, en nuestra situación legal sobre las prácticas de la psicoterapia en Chile, suelen existir una serie de contradicciones tanto éticas, profesionales y jurídicas que motivan a realizar un juicio crítico sobre dichas prácticas. En Chile según Pía Rajevic:

“cada vez hay más aficionados a los psicoterapeutas. Insaciables, como si se tratara de un producto más de su canasta de consumo, deambulan de consulta en consulta, contando sus problemas como quien hablara con un amigo. O se someten a terapias eternas, estableciendo vínculos de dependencia emocional dañinos. Antes la sociedad era hospitalaria, pero ha cambiado. Hay mucha soledad y aislamiento. La familia se redujo en tamaño, la gente dedica muchas horas de cada día a trabajar y luego se centra en los hijos. Hoy son pocas las amistades dispuestas a escuchar y el psicólogo se ha convertido en la gran oreja de las personas que están solas y no tienen con quién hablar. Incluso al psicólogo le dan una versión más objetiva de sus conflictos, cosa que no se atreven a hacer con los amigos. ¿Por qué lo hacen? porque les escasean los pacientes, muchas veces por razones económicas, algunos terapeutas se ven obligados a atender a cualquier persona que les consulte, independientemente de si están o no capacitados para resolver sus problemas. La falta de exigencias que hay para ejercer de psicoterapeuta en el país. No hay ley de especialidades. No se pide el título de psicólogo clínico para trabajar como psicoterapeuta, basta con el de psicólogo. No se exigen postítulos, tal como sucede en Italia, estados unidos u otros países europeos, donde aparte de la carrera de seis años, para hacer clínica se requieren de otros tres años de estudios. Las malas prácticas terapéuticas pueden ser extremadamente peligrosas. Y en Chile se estaría dando de todo, desde la complacencia con el paciente, con el afán de retenerlo, a fenómenos de transferencia en los que se permite la seducción entre psicólogo y paciente. No es nada inusual: estudios revelan una prevalencia de transgresiones sexuales entre el 7 y 10% de los terapeutas hombres y entre el 1 y 4% de las mujeres a nivel mundial. Un hecho que en estados unidos constituye delito y puede significar la revocación de la licencia profesional”. (Adictos al Psicoterapeuta, 02-05-2004, La Tercera⁷)

Para finalizar la problematización de la psicoterapia, quisiera dejar en claro que el Trabajo Social no está exigiendo algo que no le compete. Lo que se ha intentado proponer aquí, es reivindicar el sustento teórico y práctico que nuestra disciplina ha aportado en su trayectoria. Pero sin embargo, desde Iberoamérica y Latinoamérica ha sido juzgada nuestra profesión ante la burocracia e institucionalización de la psicología, conllevando a la negación, exclusión e inclusive hacia un rechazo de los trabajadores sociales en los procesos formativos para la terapia. Por último, es

⁷ <http://anacliticas.blogspot.cl/2007/11/adictos-los-psicoterapeutas.html>

necesario exponer que la figura o el rol de terapeuta, no es una precondition de la Psiquiatría o de la Psicología. Sino que ésta se va formando, siendo supeditada a procesos de formación postgradual, y para acceder a ella, la profesión de pre-grado debe ser homologable para todos aquellos que trabajan directamente con personas en un proceso de ayuda.

Vuelvo a insistir, el terapeuta finalmente es un producto cualificadamente humano, quién quiere transformarse en terapeuta o psicoterapeuta deberá considerar un proceso de desarrollo personal intenso, junto a la adscripción de valores humanos que defiendan la integridad del ser humano. A su vez, será necesaria la potenciación de la creatividad por medio de un proceso formativo postgradual; que va acompañado de la investigación, sistematización y de la práctica clínica como ejes básicos. Desde una óptica más amplia, el Trabajo Social promueve una Psicoterapia basada en los derechos humanos y la justicia social, la cual ha estado siempre, y que desde ahora forman la identidad de la práctica clínica del Trabajo Social.

REFERENCIAS

- Ackerman, Nathan. (1966). *Diagnóstico de las relaciones familiares: Psicodinamismos de la vida familiar*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Andolfi, Maurizio. (1985) *Terapia familiar: Un enfoque interaccional*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Aylwin, Nidia. (1991) Trabajo Social y Salud Mental. *Revista del Colegio de Asistentes Sociales de Chile. N°1*. Santiago. Chile.
- Antipan y Reyes (2012). El Trabajo Social en Salud Mental: Un Trabajo Social Clínico. (Reescrito). No publicado.
- Becerra y Kennel. (2008). *Elementos básicos para el trabajo social en Salud Mental*. Editorial Espacio. Argentina
- Bernler, G y Johnsson, L. (1997) *Teoría para el Trabajo Psicosocial*. Editorial Espacio. Buenos Aires. Argentina.

- Bianchi, Elisa. (1994) *El servicio social como proceso de ayuda*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Briar, Scott. (1983) *Caso Individual*. Editorial HVMANITAS. Buenos Aires. Argentina.
- Castellanos, María. (1962) *Manual de Trabajo Social*. La Prensa Medica Mexicana. México.
- Castañeda, P & Salamé, A. (2012). *Profesionalidad del Trabajo Social chileno: Tradición y transformación*. Ediciones Universidad de La Frontera. Temuco. Chile.
- Chescheir, Martha. (1984) “Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico”. *Revista de Trabajo Social Escuela de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile N°43*. Chile.
- Escuela de Asistentes Sociales. (1963). *El Asistente Social en el tratamiento del enfermo psiquiátrico*. Ediciones Universidad de Navarra. España.
- Elkaïm, Mony (com). (1988). *Formaciones y prácticas en terapia familiar*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. Argentina.
- Feixas y Miró (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Editorial Paidós. España.
- Fiorini. (2000). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Fishman, H & Rosman, B (comps). (2005). *El Cambio Familiar: Desarrollo de Modelos*. Editorial Gedisa. Barcelona. España.
- Fombuena, J. & Martí, A. “Trabajo Social Clínico”. (2006). Extraído de la Word Wide Web el 25/08/2012 disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2002440&orden=86726.
- Frankl, Viktor. (1990) *La psicoterapia al alcance de todos*”. Editorial Herder. Barcelona. España.
- Garcés, Eva. “El Trabajo Social en la Salud Mental”. (2010). Extraído de la Word Wide Web el 28/08/2012 disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A/7489>
- Gomez, Francisco. “El Trabajo Social Clínico”. (2000). Extraído de la World Wide Web el 20/08/2012 disponible en: <http://eprints.ucm.es/1572/1/eprint3.pdf>.
- Hamilton, Gordon. (1947/1967) *Psicoterapia y Orientación Infantil*. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina.

- Kars, Saúl. (2007) *Problematizar el Trabajo Social: Definición, figuras, clínica*. Editorial Gedisa. Barcelona. España.
- Kisnerman, Natalio. (1987) *Salud Pública y Trabajo Social*. Editorial HVMANITAS. Buenos Aires. Argentina.
- Le monde diplomatique. (2011) *Psiquiatría ¿Cuidar o reprimir?* Editorial Aún Creemos en los Sueños. Santiago. Chile.
- Lo Bianco & Merle. (2010). *Psicoterapias para principiantes*. Longseller. Argentina.
- National Association of Social Workers. (2005) *NASW Standars for Clinical Social Work in Social Work Practice*. Washington DC. United States.
- Pakman, Marcelo. (1997) *Construcciones de la Experiencia Humana Vol.2*. Editorial Gedisa. Barcelona. España.
- Pérez, Carlos. (2009) *Sobre la condición social de la psicología*. Editorial LOM. Santiago. Chile.
- Quintero, Ángela. (2004). *Trabajo Social Familiar y enfoque sistémico*. Editorial Lumen/HVMANITAS. Argentina.
- Quintero, Ángela. (1997) *Trabajo Social y Procesos Familiares*. Editorial Lumen/HVMANITAS. Buenos Aires. Argentina.
- Quiroz, Mario. (2004) *Aportes Teóricos conceptuales para el trabajo con familias*. Universidad de Concepción. Chile.
- Rajevic, Pía (2011). Adictos al Psicoterapeuta, 02-05-2004, La Tercera. Disponible en: <http://anacliticas.blogspot.cl/2007/11/adictos-los-psicoterapeutas.html>
- Ramírez de Mingo (1992). *El Trabajo Social en Salud Mental*. Editorial Universidad Complutense de Madrid.
- Reyes, Diego. “Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar Chileno: Propuestas para la reintegración de la Terapia Familiar. (2012). Extraído de la World Wide Web el 20/08/2012 disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000438.pdf>.
- Rojas, Carolina. “La dimensión terapéutica del Trabajo Social y la protección de los humanos”. (2007). Extraído de la Word Wide Web el 25/08/2012 disponible en: http://www.trabajosocial.or.cr/congreso/ponencias/Carolina_Rojas.pdf.
- Satir, Virginia. (1986) *Psicoterapia Familiar Conjunta*. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. México.