

TRABAJO SOCIAL CLÍNICO INFORMADO POR EL TRAUMA: PARADIGMAS, FILOSOFÍAS, HISTORIA Y PRINCIPIOS

MG. DIEGO REYES BARRÍA¹

RESUMEN

El presente artículo tiene por finalidad exponer los fundamentos teóricos, históricos, disciplinarios y conceptuales del Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma. En términos generales, esta corriente contemporánea integra el *Paradigma de Ser informados por el Trauma* en la *Práctica del Trabajo Social Clínico*, siendo hoy en día una corriente en boga tanto a nivel internacional como en Chile y América Latina.

La idea central es comprender que el quehacer actual de esta especialidad debe tener presente estos “lentes”, tanto como filosofías de práctica, pero también como un paradigma comprensivo de las diferentes experiencias traumáticas que pueden estar siempre presentes en las relaciones y experiencias de vida de las personas. Por lo tanto, en un primer análisis se ofrecen algunas conceptualizaciones sobre el trauma y la práctica terapéutica contemporánea.

Posteriormente, se discuten distintos conceptos comunes tales como práctica informada por el trauma, cuidado informado por el trauma y terapias informadas por el trauma.

La idea central es definir y distinguir distintos aspectos involucrados al ser profesionales informados por el trauma en el Trabajo Social Clínico. Posteriormente se reflexiona sobre como nuestra profesión y especialidad comprende y ha entendido el trauma históricamente y se realiza un breve bosquejo de autores claves en el Trabajo Social Clínico que todos deberíamos conocer. Finalmente, se realiza una aproximación a los principios generales y específicos que debemos tener presentes al momento de ejercer desde una postura de Trabajo Social Clínico informado por el trauma, involucrando una reflexión amplia sobre las filosofías, éticas y paradigmas actuales que sustentan y justifican nuestro quehacer.

Palabras Claves: Práctica Informada por el Trauma, Terapia Informada por el Trauma, Trabajo Social Clínico, Cuidado Informado por el Trauma, Filosofías sobre el Trauma.

¹ Trabajador Social Clínico y Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de La Frontera. Magíster en Psicología Clínica de Adultos: Especialización en Psicoterapia Sistémica Relacional por la Universidad de Chile. Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar por la Universidad de Chile. Certificado de Formación Intensiva en Terapia Narrativa y Trabajo Comunitario por el Dulwich Centre de Australia. Diplomado Internacional en Prácticas Narrativas: Para la Terapia y el Trabajo Comunitario por Narrative Practices Adelaide Australia. Certificado en Traumatic Stress Studies por el Trauma Research Foundation de Estados Unidos. Miembro Afiliado a la Clinical Social Work Association. Miembro de la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) y miembro titular de la Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico.

TRAUMA-INFORMED CLINICAL SOCIAL WORK: PARADIGMS, PHILOSOPHIES, HISTORY AND PRINCIPLES

M.A. DIEGO REYES BARRÍA¹

ABSTRACT

The purpose of this article is to present the theoretical, historical, disciplinary, and conceptual foundations of Trauma-Informed Clinical Social Work. In general terms, this contemporary approach integrates the *Trauma-Informed Paradigm* into *Clinical Social Work Practice*, currently standing as a growing trend both internationally and in Chile and Latin America.

The central idea is to understand that the current practice of this specialty must consider these “lenses,” not only as philosophies of practice but also as a comprehensive paradigm for understanding the different traumatic experiences that may always be present in people’s relationships and their life experiences.

Therefore, as an initial analysis, some conceptualizations of trauma and contemporary therapeutic practice are offered. Subsequently, different common concepts are discussed, such as trauma-informed practice, trauma-informed care, and trauma-informed therapies. The main objective is to define and distinguish the different aspects involved in being trauma-informed professionals within Clinical Social Work.

Following this, there is a reflection on how our profession and specialty have historically understood and approached trauma, along with a brief overview of key authors in Clinical Social Work that we should all be familiar with. Finally, an approach is made to the general and specific principles that must be taken into account when practicing from a trauma-informed Clinical Social Work perspective, involving a broad reflection on the current philosophies, ethics, and paradigms that sustain and justify our practice.

Keywords: Trauma-Informed Practice, Trauma-Informed Therapy, Clinical Social Work, Trauma-Informed Care, Philosophies about Trauma.

¹ Clinical Social Worker and Bachelor of Social Work from the University of La Frontera. Master in Clinical Psychology with Adults: Systemic-Relational Line by the University of Chile. Postgraduate Diploma in Systemic and Family Psychotherapy from the University of Chile. International Diploma in Narrative Practices: For Therapy and Community Work by Narrative Practices Adelaide Australia. Certificate in Traumatic Stress Studies from Trauma Research Foundation. Member of Clinical Social Work Association. Member of the American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) and Full Member Chilean Society of Clinical Social Work.

INTRODUCCIÓN: SOBRE UNA TRIPLE CEGUERA Y UN CONTEXTO

Quisiera dar un contexto personal/profesional respecto a las motivaciones que emergieron en mí ante la necesidad de escribir el presente texto. Si bien, hoy en día, el término práctica informada por el trauma o hablar sobre trauma en general está siendo promovido por instituciones en mi país, como las nuevas orientaciones técnicas en infancia (ver, por ejemplo, Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, 2023; s/f). A esto se le suma, el uso del término en el lenguaje cotidiano de variados trabajadores y trabajadoras sociales clínicas en mi país e inclusive en otros países de la región latinoamericana. Si bien, esto es un gran avance, el camino para que esto fuera posible es debido principalmente a los cambios de paradigmas y a determinadas influencias en la práctica terapéutica actual. Y es ante este pasado, presente y futuro que quisiera reflexionar.

Respecto a lo anterior, deseo confesar algunos aspectos biográficos sobre mi propia formación profesional respecto al trauma. Mi primera experiencia ante la cual quiero reflexionar es que cuando cursé mis estudios en Trabajo Social en la Universidad de La Frontera, durante toda mi educación jamás se expuso o se dio énfasis respecto al trauma. De hecho, nunca tuvimos una clase sobre este tema, ni siquiera algún seminario que tratara sobre esto, ya sea de forma introductoria o como un antecedente teórico y/o práctico. Mi primera ceguera fue: *que mi propia disciplina ignoró en mi época totalmente este tema, siendo invisible para mi propia mirada y la de otros colegas contemporáneos a mí.*

Posteriormente, cuando cursé mis estudios de postgrado en psicoterapia sistémica, terapia familiar y psicología clínica en la Línea Sistémica-Relacional de la Universidad de Chile, nuevamente este tema

respecto al trauma fue en gran parte omitido, poco mencionado y recuerdo que en algunas clases se rechazaba abiertamente este concepto debido a que mantenía una herencia psicoanalítica individual que era incompatible con una perspectiva circular-familiar, interaccional y relacional sistémica en la comprensión de los problemas humanos. Principalmente las y los terapeutas familiares sistémicos deseaban diferenciarse de su contraparte, los "psicoanalíticos". Tal como lo expresaba James y McKinnon (2012) los terapeutas familiares sistémicos conceptualizaban los "síntomas" en términos de interacciones familiares, priorizando las relaciones familiares más que al individuo como un foco primario de las "intervenciones" por lo que la integración de los procesos de trauma en la terapia familiar es algo complejo debido a que la terapia familiar tradicional no vinculaba los problemas como localizados en los individuos. Si bien, mi formación nunca fue desde escuelas estratégicas, estructurales, interaccionales o simbólicas-experienciales; sino que, posmoderna, narrativa, conversacional y otras afines.

Pese a lo anterior, el trauma no fue un eje central. Solo recuerdo un seminario internacional al cual asistí realizado por mi universidad llamado "*Confieso que ha ocurrido. Trauma y relato: voces de la memoria hoy*" que fue realizado hace 12 años atrás, en el cual estuvo, el destacado trabajador social, David Denborough (Universidad de Chile, 14 de septiembre del 2013). Él expuso sobre una perspectiva narrativa colectiva para hacer frente al trauma psicosocial acercándonos a aquellas voces que en su resistencia permiten reescribir sus propias historias, siendo este mi primer encuentro tanto con él como con este tema, el cual me costó bastante comprender por aquel entonces debido a las contradicciones formativas -mi formación privilegiaba la terapia familiar por sobre las prácticas comunitarias, por ejemplo-. No obstante, y al parecer en mí, en la terapia narrativa había algo que indagar.

En esta experiencia expreso mi segunda ceguera: *una relacionada a las contradicciones discursivas de las epistemologías dominantes en la formación y práctica psicoterapéutica sistémica-relacional.*

Por último, y ya cursando un diploma internacional en terapia narrativa en *Prácticas Narrativas Chile* junto a la colaboración del *Narrative Practices Adelaide de Australia* -una formación que era dictada en un 99% por psicólogos y con un solo invitado trabajador social, que en ese momento fue Rob Hall-. Si bien, aquí hubo un breve espacio en una clase oficial sobre “respuestas al trauma” existió una visión más bien psicologizada sobre la comprensión del trauma, volviendo a nociones individuales y centradas en la terapia psicológica de consulta privada. Esta experiencia aún seguía manteniendo al trauma como un tópico confuso y contradictorio desde mi mirada terapéutica, y distaba tanto de mi propia práctica profesional que realizaba por aquel entonces como trabajador social clínico en un programa de reparación en maltrato grave y abuso sexual, que si bien era evidente que muchos y muchas de mis consultantes en el sistema público tenían o derechamente sufrían de consecuencias traumáticas, me costaba integrar una adecuada comprensión ante esta condición de existencia. Mi tercera ceguera se vinculaba a: *una comprensión psicologista reduccionista del término que se complementaba con lenguaje médico-psiquiátrico que hacía que dicho concepto internalizado en mí fuera solo una dimensión “psíquica” de la experiencia humana descarnada de lo social.*

Por lo tanto, me preguntaba ¿Dónde está la experiencia social del Trauma? ¿Y si las y los trabajadores sociales, ya sean clínicos o generalistas en mi país o en otros tenían alguna competencia en esto? Ante todo lo anterior, y llegando a este punto, cabe mencionar la siguiente pregunta:

¿Qué tienen que ver todas estas experiencias en relación con el Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma? Este pasado biográfico que les relato fue la antesala sociocultural y disciplinaria en la cual el trauma fue un concepto que pasó por distintas etapas en mi vida profesional, siendo omitido, a veces contradictorio y/o cooptado por discursos disciplinarios dominantes.

Recién entre los años 2017 al 2018, y cuando comenzamos a colaborar más directamente entre Paola Grandón-Zerega y yo, fue que el término trauma fue volviéndose más relevante para mí, y lo pude ir comprendiendo más ampliamente e inclusive profundizarlo. A la única persona que le había escuchado hablar durante estos años sobre práctica informada por el trauma fue precisamente a ella, quién expuso en algunos seminarios para la Universidad Andrés Bello y en el Magíster en Intervención Socio-Jurídica con familias en donde ambos hacíamos clases por aquel entonces. Paola, diría yo, fue quién realmente popularizó este término aquí en Chile, ella al ser canadiense y chilena, y al haber ejercido tanto como trabajadora social clínica, psicoterapeuta y supervisora clínica en el Centro Jean Tweed ubicado en Toronto, Canadá. Ella fue quién adquirió esta visión y conceptualización para pensar y practicar desde estos lentes por su experiencia en este centro principalmente y también por su formación en el Master en Trabajo Social por la Universidad de Toronto. Cabe mencionar que este centro que fue fundado en 1983 como un centro de tratamiento para mujeres con consumo problemático de alcohol y drogas desde una mirada específica de género. Desde 1990 en este centro se comenzó a incorporar una perspectiva informada por el trauma, implementando durante las últimas décadas el cuidado informado por el trauma y algunas de las evoluciones de la práctica informada por el trauma (Bloomenfeld y Rasmussen, 2012).

Sin duda que cuando ella emigra a Chile promueve estos conocimientos en algunos programas de formación de postgrado y en nuestros intercambios intelectuales, influenciándome directamente.

Desde nuestro trabajo ya más específico desde el año 2019 por medio del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico hemos creado e ido intencionando y construyendo el concepto de *Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma* -el cual profundizaré más adelante- y promoviendo la Práctica informada por el Trauma, tanto en el propio Trabajo Social en general como en otras profesiones, sean estos inclusive oficios técnicos. Considero que todas nuestras acciones, han impactado de alguna forma en nuestro país, tanto en instituciones como en la cultura terapéutica profesional, y esto solo ha sido posible por medio de diversas acciones que han involucrado cursos, seminarios, jornadas, conversatorios, intercambios técnicos e inclusive la publicación de artículos y la propia influencia que realizamos en la definición mundial de Trabajo Social Clínico en donde Paola Grandón participó representándonos, tanto como instituto como internacionalmente, a la región de Latinoamérica promoviendo a que la práctica informada por el trauma sea referida como un enfoque común en la formación y educación del Trabajo Social Clínico a nivel mundial (Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico, 07 de octubre del 2019, 28 de febrero del 2020, 03 de agosto del 2020, 28 de agosto del 2020, 29 de junio del 2021, 22 de septiembre del 2021, 25 de febrero del 2022, 21 de junio del 2023, 14 de enero del 2024; Reyes-Barría y Grandón-Zerega, 2020; International Association of School of Social Workers, 2023).

En el transcurso de estos años, y sumado a la formación que hemos obtenido tanto Paola como yo, en la *Certificación en Estudios de Estrés Traumático* en el Trauma Research Foundation de Estados Unidos, como en la *Certificación Intensiva*

en Terapia Narrativa y Trabajo Comunitario del Dulwich Centre en Australia. Hemos obtenido una formación mucho más específica en el área y hemos reflexionado sobre nuestras realidades locales y latinoamericanas, dando un énfasis disciplinario específico y rescatando una mirada compleja sobre el trauma. Sin duda alguna, que los intercambios que hemos tenido con otros y otras trabajadoras sociales clínicas que son terapeutas de trauma y que hemos invitado a realizar docencia en los diversos programas del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico -*Diplomado Internacional en Trabajo Social Clínico y en el Postítulo de Especialización Internacional en Trauma*-, como por ejemplo Kendra Roberson (ex presidenta de la Clinical Social Work Association), Gary Bailey (experto en trauma racial), Leticia Villareal Sosa (trauma y migración), Ann Goelitz (prolífica autora sobre este tema en Estados Unidos), Tally Trip (trauma y arte-terapia) e inclusive a destacados terapeutas narrativos como el mismo David Denborough, Jill Freedman, Gene Combs o Poh Lin Lee, hasta aquellos dialógicos como Judith Brown. A raíz de todas estas experiencias, son el contexto en el cual intento aportar a este tema en particular y ante los desafíos concretos a los cuales yo mismo me he visto enfrentado. No solo como profesional, sino que, a nivel personal también. Dado todos estos motivos es que expongo a ustedes las siguientes reflexiones que son un testimonio de nuestra acción e influencia en el campo clínico de la profesión y en el país como también a nivel internacional.

1. LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA CONTEMPORÁNEA Y EL TRAUMA.

Tal como expresaba Winslade (2009) la práctica terapéutica debe reinventarse y redescibirse constantemente a sí misma si es que su interés es permanecer relevante y vital a nuestras sociedades actuales.

Esta constante reinención es debido a que las condiciones de vida en las personas, de los profesionales y de la sociedad están continuamente cambiando. Y si nosotros, no somos sensible a esto, es difícil responder adecuadamente como una profesión terapéutica.

Para algunos autores como Dickerson (2014), Denborough (2014) y Brown (2020). Desde la década de 1990, tanto en la Terapia Familiar, como en el Trabajo Social Clínico y ante nuevas formas de Psicología y Psiquiatría Clínica Crítica, fueron apareciendo diferentes enfoques, perspectivas y/o prácticas, tales como: las terapias feministas, centradas en las soluciones, la de los sistemas del lenguaje colaborativo, la perspectiva de las fortalezas, la terapia narrativa, la terapia "justa", la práctica dialógica, la práctica informada por el trauma, etc. Las cuales, basadas en el significado y el lenguaje, fueron profundizando en las teorías del discurso, las narrativas, el empoderamiento, el trauma, el diálogo y en formas de justicia social. A muchas de estas, podríamos situarlas desde una *perspectiva crítica clínica contemporánea* bajo el paraguas del postestructuralismo, el dialogismo y el posmodernismo, caracterizados por cuestionar por ejemplo que una familia sea una estructura normativa mecánica o una visión teórica puramente rígida.

Para el profesional centrado en esta posición y paradigmas, estas perspectivas le permiten darse cuenta de las posibilidades, los múltiples puntos de vista, la multiplicidad de identidades y las polifonías de formas en las que uno podría realizar su propia vida y las intersecciones entre la vida subjetiva y el impacto de las estructuras sociales, y con ello como el trauma está entrelazado con ello. Al compartir un enfoque de Justicia Social (Medina, 2022; Brown y MacDonald, 2022) -tercer orden le han llamado en Terapia Familiar o Trabajo Social Clínico Crítico para nuestra disciplina, por ejemplo- para que una

práctica clínica pueda cumplir con dichos objetivos, intencionalmente debe vincular la teoría crítica y la comprensión de los problemas o luchas que experimentan las personas en la perspectiva y ética en sus conversaciones terapéuticas u otras prácticas afines, complementado con lentes más amplios como la anti-opresión y una posición informada por el trauma. Al mismo tiempo, muchas de estas perspectivas son críticas del etiquetado, el sobrediagnóstico y la patologización, sin ser necesariamente antipsiquiátricas o antipsicológicas, estas mantienen un balance y una visión alternativa sobre la salud mental y que se fundamenta también en los avances de las neurociencias y los estudios sociales.

A partir de este contexto sobre la práctica terapéutica en general, las y los trabajadores sociales clínicos, tanto en su propia autoría como en colaboración con y en influencia con otros profesionales sensibles a estas prácticas con determinados valores y éticas. Se ha ido desarrollando un marco teórico actual que ha ido incorporando diversos lentes comprensivos sobre las dificultades de los seres humanos, y donde el trauma ha sido un elemento clave. Estas pueden representarse entre las más influyentes las siguientes:

- Prácticas Narrativas y Anti-opresivas (White y Epston, 1990; Mullaly y West, 2018)
- Prácticas y Cuidados Informados por el Trauma (Goelitz y Stewart-Khan, 2013; Levenson, 2017; Szczygiel, 2018, Goelitz, 2020; Levenson, Willis y Prescott, 2022)
- Diálogos Abiertos, Colaborativos y Anticipatorios (Brown, 2012, 2015; Seikkula y Arknil, 2017, 2019)
- Prácticas centradas en soluciones (De Shazer, 1999; Selekman, 2012)
- Humildad Cultural (Tervalon & Murray-García, 1998; Brydon, 2011)
- Feminismos y Empoderamiento (Lee, 1994; Land, 1998; Dominelli y MacLeod, 1999)

- Perspectiva de las Fortalezas (Glicken, 2004; Saleebey, 2009)
- Modelo de Recuperación y Psicoterapia de Reducción de Daños (Tondora, Miller, Slade & Davidson, 2014, Denning y Little, 2024).
- Psicoterapia Corporal y Somática (Rothschild, 2014, 2015, 2016, Jacobs-Hendel, 2020, Bercelli, 2011; Muller, 2020)
- Interseccionalidad en la práctica clínica crítica y en la psicoterapia antiopresiva (Timothy, 2012; Brown, 2019; Brown, 2020; Timothy y Umana, 2020; Moosa-Mitha, 2022)
- Una perspectiva clínica centrada en los derechos humanos (Berthold, 2015; Bowen, Shaanta, Brylinski-Jackson y Gatenio, 2019; Ife, 2022; Kumsa, 2022)

A partir del marco teórico anterior, como podemos observar, *la práctica informada por el trauma* emerge como una perspectiva transversal de práctica, tanto terapéutica como con otros fines. Si bien, esta misma se nutre de muchas de las perspectivas señaladas, tendrá sus particularidades - *lo cual analizaré en el apartado 2-*. A partir de estos diversos lentes, he querido explicitar el panorama contemporáneo de las prácticas terapéuticas más frecuentes en el Trabajo Social Clínico, para que, desde aquí, podamos visualizar la genealogía de la práctica informada por el trauma, y a la intersección que acontece con nuestra especialidad disciplinaria. No obstante, quisiera, como buen investigador arqueológico y genealógico, discutir algunas comprensiones generales sobre el trauma, su historicidad y sus significados comunes como concepto. Por lo que a continuación explicaré algunos detalles sobre esto.

Trauma: Conceptualizaciones, dominios y contextualizaciones histórico-políticas

El concepto trauma no es único, ni tampoco está concluido. No posee significado unidimensional, sino que está lleno de multiplicidad poli-semántica según el dominio al cual hagamos referencia.

Según su etimología española refiere a un origen griego que sería *“herida, lastimadura, perforación”*. Al mismo tiempo, su etimología inglesa coincide con esta agregándose que también es *“una derrota”* (Online Etymology Dictionary, s/f). En ambas se deriva el adjetivo de lo traumático referido a *“heridas físicas o a choques emocionales”* (Gómez De Silva, 2012). Por otro lado, el Diccionario de la Lengua Española refiere que tiene por lo menos tres significados como sinónimo: *“choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente”, “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera”* y en un sentido médico como: *“lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo”* (Real Academia Española, s/f). De acuerdo con van der Kolk (2007), Herman (2004) y Sanfelippo (2018) existen diversos dominios en donde habita este concepto y que, por tanto, es necesario saber de antemano a sobre donde nos situamos, ya que constituye una parte fundamental de las inquietudes humanas:

- **Dominio médico-quirúrgico:** Desde finales del siglo XIX, el daño somático se ha relacionado al trauma. Ya sea como un daño local o generalizado referido sobre «aquella zona del accidente». Actualmente aún sigue vigente en hospitales, equipos de emergencia y en la especialidad médica de la «traumatología».
- **Dominio psicopatológico:** Remite a la idea de «daño psíquico» o a la herida imposible de localizar fijamente en el cuerpo, afectando al alma «ya sea de forma duradera o parcialmente». Este es un daño independizado del pasado, pero presente aún.
- **Institucionalización «psiquiátrica»:** Cómo categoría diagnóstica, será su primera aparición en el DSM III bajo el Trastorno de Estrés Postraumático. Aquí se inaugura también la sección de investigación en la Asociación Americana de Psiquiatría. El Trauma Psicológico será una utilización en la jerga contemporánea para diferenciarlo de otros daños, cómo el trauma social o racial.

- **Territorio jurídico:** Desde este punto de vista se hace referencia al «abuso o daño» que transgrede nuestros derechos como seres humanos. En los últimos 30 años, es importante tener presente los «estudios sobre la memoria social e historia del pasado reciente» ya que estos se relacionan a los efectos colectivos que ciertas experiencias traumáticas como los holocaustos, violencia política, las guerras civiles y dictaduras latinoamericanas o africanas, etc. Produciendo efectos traumáticos transgeneracionales en nuestras sociedades y por ende afectan su identidad e historia. Un análisis muy interesante desde esta perspectiva son los libros: “*Escribir la historia, escribir el trauma*” de LaCapra (2005), “*Derecho a la Verdad y Derecho Internacional en relación con graves violaciones de los Derechos Humanos*” (Rodríguez, 2023) o “*Transformar las sociedades después de la violencia política: Verdad, Reconciliación y salud mental*” (Hamber, 2011).
- **Sentido colectivo, literario, artístico o cultural:** Hoy en día y también desde un punto de vista histórico, se hace referencia al trauma como una necesidad de legitimación ante pedidos de reparación a daños sufridos (petición o denuncia) no necesariamente jurídica, pero sí masivamente o desde lo microsocial. Un buen ejemplo sería el movimiento de “Las Tesis” en Chile u otras denuncias públicas de personas que buscan que no sean silenciadas sus voces ante experiencias traumáticas. Por otra parte, desde los orígenes de la humanidad, los poetas, escritores y artistas han mantenido una fascinación o interés por estas experiencias y han intentado plasmar a través de sus obras dichos eventos o sucesos. Véase, por ejemplo, la literatura latinoamericana surgida como protesta contra las dictaduras, las injusticias sociales y las adversidades políticas (Ver, por ejemplo: Benedetti, 2021 o Lillo, 2010).

Como podemos evidenciar, no existe un único dominio al cual tengamos que adherir sobre el trauma como condición de existencia, como tampoco disciplinariamente o personalmente. No existe una homogeneidad sobre los campos que puede abarcar el trauma. Y en este sentido, lo más adecuado en un principio sería hablar de *trauma* de forma singular, pero con apertura a la multiplicidad

de dominios desde los cuales podemos extraer su conocimiento situado. Los errores más frecuentes hoy en día, es hacer referencia a que el trauma sea un concepto único, con una validez universal para toda época, contexto histórico, país y lugar. Quizás, entre todas las visiones, las más preocupantes son las que intentan dominar al trauma como un dominio exclusivo de lo psicopatológico y sus poderes disciplinarios respectivos.

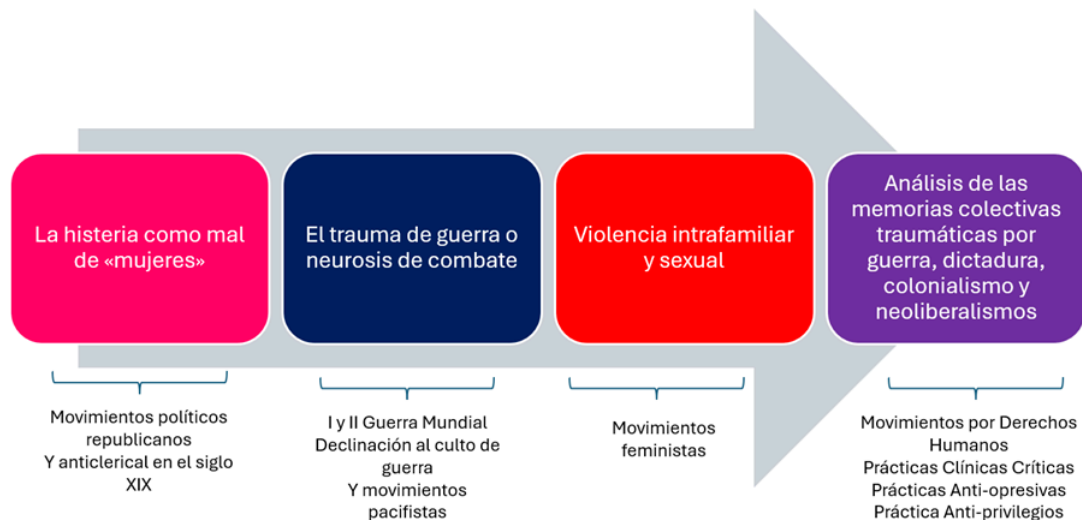
Desde un punto de vista histórico, terapéutico y político, la destacada psiquiatra feminista Judith Herman en su libro *Trauma y Recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia* (2004) uno de los libros psiquiátricos respecto al trauma más revolucionarios desde Sigmund Freud según un artículo del New York Times (Barry, 25 de abril del 2023). Desde su visión, los estudios del trauma suelen ser olvidados y vuelven a emerger en determinadas épocas y esto se debe principalmente a las controversias que lo transforman en una anatema y enigma para las personas y la sociedad. Por lo que estudiar el trauma, en su visión, también es enfrentarse a la vulnerabilidad del ser humano en el mundo natural, como también a la capacidad contradictoria que existe entre aquellos que hacen el mal y ser testigos como clínicos o terapeutas de acontecimientos terribles. Quizás, cuando los traumas son ocasionados por desastres naturales es más fácil empatizar con las víctimas, pero cuando han sido diseñados por la mano humana, podemos quedar atrapados en ese conflicto víctima-perpetrador.

Siguiendo a Herman (2004) existe una imposibilidad moral de ser neutrales en ese conflicto. Como testigos íntimos de nuestros procesos terapéuticos, se nos exige tomar una posición. Por lo cual, el estudio del trauma suele estar constantemente en una lucha contra el descredito o invisibilización de las víctimas. En sus palabras, se les acusa a los «clínicos» que trabajan comprometidamente

con personas con trauma que ellos escuchan demasiado a las personas traumatizadas y para algunos colegas *no informados por el trauma*, estos clínicos son sospechosos en su quehacer profesional, ya que podrían estar contaminados por el contacto terapéutico, siendo su compromiso una evidencia de una “contratransferencia peligrosa”.

Con ello, es importante visualizar la omnipresencia de la psiquiatría, la cual ha jugado un papel central y polémico al mismo tiempo. Para van der Kolk (2007) la profesión psiquiátrica siempre ha estado en una dificultad o cuestionamiento respecto si la realidad puede alterar la biología y la mente de las personas.

Esquema 1. Aparición de los estudios en trauma según movimientos políticos basado en Herman (2004), LaCapra (2005), van der Kolk (2007, 2015), Hamber (2011), Knight (2020), Reyes-Barría y Grandón (2020), Rodríguez (2023), Mullan (2023) y Tucci; Mitchell; Porges y Tronick (2024)



Ante todas estas dificultades, el trabajo clínico exige también un contexto social que proteja y reafirme a las víctimas (si es individual es a través de sus amigos, parejas, familia o redes) pero si es la sociedad en su conjunto (es a través de movimientos sociales y políticos). Es en esta intersección en donde como trabajadores sociales clínicos desde un paradigma anti-opresivo debemos unir por medio de un puente, ambas exigencias, lo que se traduce en una práctica terapéutica que también sea una forma de activismo social (Timothy, 2012; Reynolds, 2020; Jemal, 2022; Timothy y Umana, 2020; Mullan, 2023; Grandón-Zerega, 2024). Si bien el trauma como dominio psicopatológico, es el más dominante hoy en día en el campo de las ciencias médicas, sociales y humanas, y en el sentido común de la población.

Esta disciplina sufre de cierta amnesia en algunos periodos de tiempo, y principalmente en como lo social y relacional tienen un impacto profundo en la subjetividad, ya que comúnmente los psiquiatras siguen atribuyendo a que las experiencias que nos sobrepasan solo suelen ser solamente factores intrapsíquicos. Esto la ha llevado a mantener una posición desacreditadora hacia las víctimas cuyas vidas se ven abruptamente destrozadas ante las experiencias traumáticas. Pese a que la profesión psiquiátrica ha sentido una fascinación por el trauma, por lo general, sigue manteniendo una obstinada incredulidad sobre la relevancia de las historias o narrativas de las personas que luchan contra los traumas en sus vidas.

Recordemos que los primeros encuentros en el pasado, principalmente desde mediados del siglo XIX respecto a los síndromes traumáticos y los pioneros de la psiquiatría y la neurología, las discusiones se centraron esencialmente en la etiología. Los traumas ¿son de base orgánica o psíquica? ¿Es el evento en sí o su interpretación subjetiva lo que causa la enfermedad? ¿Es el trauma en sí mismo o las vulnerabilidades congénitas las responsables de la desintegración psíquica? ¿Las personas simulan problemas o sufren debilidades en su moralidad? ¿Hasta qué punto tienen una incapacidad en su voluntad para cambiar sus vidas? ¿Estos recuerdos son falsos o verdaderos? ¿Se reprimen estos o regresan a posterioridad? ¿La disociación está siempre presente en el trauma? ¿Son trastornos disociativos o de ansiedad? Etc. En algún momento se pensó que todas estas preguntas estaban resueltas, pero se replantearon nuevamente en muchas ocasiones durante el siglo XX y aún continúan sin una resolución total en el Siglo XXI (van der Kolk, 2007).

Los primeros médicos somáticos y principalmente cirujanos que intentaban comprender las relaciones cuerpo-mente ante problemas como las “*lesiones por latigazo cervical*” o la “*columna vertebral ferroviaria*” durante el siglo XIX, tales como el inglés John Eric Erichsen atribuían que los problemas psicológicos derivados de pacientes con lesiones graves tenían una base orgánica y que podría confundirse con la histeria, lo cual era totalmente controversial a sus contemporáneos. Era común los diagnósticos erróneos ante signos físicos como la ansiedad como síntoma de una enfermedad orgánica. El neurólogo alemán Herman Oppenheim quién fue pionero en utilizar el término “*neurosis traumática*” propuso que los problemas funcionales se producían por ciertos sutiles cambios moleculares en el sistema nervioso central. Todos estos primeros estudios serían importantes

posteriormente con los soldados veteranos de las guerras mundiales, principalmente ante tendencias invisibilizadoras de las secuelas devastadoras de los conflictos bélicos en sus cuerpos y mentes (van der Kolk, 2007, 2015).

Herman (2004) y van der Kolk (2003, 2007, 2013, 2015) establecen que por lo menos han sido 3 los grandes movimientos políticos los que han influido en la investigación en trauma desde lo histórico y que han involucrado cambios en la comprensión de la salud mental. No obstante, personalmente incluyo un cuarto que bajo mi lectura sería acorde a las discusiones actuales de países latinoamericanos, africanos u otros en condición de subdesarrollo:

1. *La histeria como arquetipo de los trastornos femeninos*: Su estudio fue motivado por los movimientos políticos republicanos y anticlericales europeos a finales del siglo XIX. Existen interesantes antecedentes como los realizados por el psiquiatra francés Paul Briquet sobre como las experiencias de trauma infantil estaban asociadas a los síntomas de la “histeria”. A esto se le suman los aportes del médico-forense Ambroise Tardieu sobre el abuso sexual infantil. Y por supuesto, las exploraciones sistemáticas en el Hospital de la Salpêtrière en París bajo el neurólogo Jean-Martin Charcot quién fue pionero en describir como los “ataques histéricos” son disociativos y resultado de haber soportado experiencias insostenibles. De sus alumnos destacaría Pierre Janet con sus estudios sobre la naturaleza de la disociación y de los recuerdos traumáticos, mientras que Gilles de la Tourette y Joshep Babinski se enfocaban en la sugestibilidad histérica. Esta etapa estaría marcada hacia el final del siglo XIX por las investigaciones de los austríacos Joshep Breuer y Sigmund Freud en su clásico libro “*Estudios sobre la Histeria*” (1895) dando origen al psicoanálisis y también a sus contrarrespuestas (Ellenberg, 1976). Cabe mencionar que todas estas investigaciones tuvieron sus críticas, ya sea en desacreditar a las víctimas mediante términos como las “*fantasías pseudológicas*” de los niños antes falsas acusaciones de incesto a sus padres, como también por

la excesiva interpretación sobre deseos sexuales reprimidos en Freud por su propio colaborador y maestro Breuer (Freud, 2016). Además, y desde principios del siglo XX, los movimientos feministas encontraron en el psicoanálisis freudiano una invisibilización de la violencia, tanto sexual como cotidiana que estaba como una antesala en gran parte de las mujeres diagnosticadas como histéricas y que en realidad sufrían de trauma por violación, explotación y/o abuso sexual. El mismo Sigmund Freud “al ver esta verdad, aterrorizado, se escondió de ella” (Herman, 2004, p. 56).

2. *El trauma de guerra o neurosis de combate*: En Inglaterra y Estados Unidos surgieron importantes estudios que se vincularon a las secuelas de la primera guerra mundial y que alcanzó su apogeo con la guerra de Vietnam. Contribuyeron a comprender como dichas experiencias quebraban a los soldados, por lo que se comenzaron a crear categorías diagnósticas para comprender lo que les ocurría. Ante la falta de comprensión, a los soldados veteranos de guerra al presentar síntomas similares a la histeria se les etiquetaba de “cobardes”, “baja moralidad de unidad”, “liderazgo deficiente”, etc. La aparición de problemáticas cardiovasculares en soldados de combate dio origen a una tradición de problemas postraumáticos -“neurosis cardíacas”-. Esto comenzó a contrarrestar las nefastas ideas sobre la cobardía y la elusión de los soldados, para comenzar a comprender que en realidad existe una dimensión orgánica comprometida por la guerra, y que lo que sucedía, era que los soldados buscaban preservar su autoestima ante los colapsos mentales. A raíz de esto, los movimientos pacifistas incentivaron el derrumbamiento del culto a las guerras como valor social. Es en este contexto y después de la II Guerra Mundial cuando a través de la categoría de *Trastorno de Estrés Post-traumático que fue incluida en el DSM-III* (1980) comenzó a originarse un diagnóstico específico para este tipo de experiencia que prontamente incluiría otras experiencias más dentro de éste. Esto tampoco estuvo exento de polémicas, y de hecho, este diagnóstico fue una intensa defensa ante una gran oposición. En 1983, el propio Departamento de Asuntos de Veteranos tildaba que este diagnóstico no era “relevante para su misión y que la guerra no tenía que ver con la patología de sus veteranos”.

Quienes abogaron por sus derechos a tener un diagnóstico no estigmatizante fueron los psicoanalistas Robert Lifton y Chaim Shatan y grupos de veteranos de la guerra de Vietnam (van der Kolk, 2013, Denborough, 2022).

3. *La violencia sexual e intrafamiliar “la guerra interior”*: Aquí los movimientos feministas y de liberación sexual en diversas partes de Europa, Norteamérica y Oceanía fueron claves para dar a conocer y comprender como la violencia sexual, el abuso y la violencia intrafamiliar son formas de trauma que se viven como una guerra interior, siendo muchos más comunes que en los hombres veteranos de guerra. Si reflexionamos sobre las condiciones de vida de las mujeres y disidencias sexuales, estas estaban escondidas de la esfera pública, y al hablar de dichas experiencias significaba enfrentarse a la humillación, el ridículo y al escepticismo. El miedo como opresión interna silenciaba sus voces y generaba una licencia para una serie de explotaciones, tanto sexuales como domésticas. Las víctimas de incesto, abuso infantil y violencia doméstica. Sus problemas se superponían en cierta medida con los de los soldados de combate, pero se diferenciaban en que muchos de ellos nunca habían desarrollado las habilidades que los soldados tuvieron la oportunidad de acumular antes de su trauma de guerra. Estas personas carecían de grandes aspectos del desarrollo emocional, cognitivo y neurobiológico normal: se disocian, tienen problemas importantes de hiperactivación crónica, somatización y concentración, y se aborrecen a sí mismos por lo que les ha sucedido. Bob Spitzer, quien entonces dirigía el proceso del DSM-IV, respecto a los problemas de esta vasta población psiquiátrica, estaba interesado en averiguar qué necesitaban los clínicos para hacer diagnósticos más útiles en estas personas que estaban en consulta gran parte del tiempo (van der Kolk, 2013).

4. Los estudios sobre la memoria social: Ante las graves experiencias sociales ante las dictaduras militares y guerras civiles, sumado a los movimientos por los derechos humanos, han surgido desde finales del siglo XX una serie de investigaciones, propuestas y otras formas de expresión que intentan la reconstrucción de la identidad ante aquellos que han sido víctimas por causas de represión política. A esto, se ha sumado el resurgimiento del saber de los pueblos indígenas y de comunidades de afrodescendientes para comprender como la colonización y las secuelas de sistemas neoliberales en países subdesarrollados principalmente, han dado formas para la

comprensión de los traumas colectivos, políticos, históricos y raciales. Esto último ha dado paso a una mirada interseccional sobre el trauma sistémico y como sus fuerzas estructurales de relaciones de poder opresivas en sociedades traumatizadas por traumas históricos, han estado expuestas a un devenir y a una convivencia con instituciones y sistemas culturales traumatizantes. Todos estos movimientos e investigaciones constituyen formas comprensivas contemporáneas sobre el trauma y que han servido como bases de investigación las cuales han sido la fuente general y comprensiva de nuestra mirada actual a nivel colectivo (Bodenheimer, 2017; Menakem, 2017; Haines, 2019; Knight, 2020; Mullan, 2023).

A partir, de esta mirada amplia sobre el trauma, hemos evidenciado los cambios sociales, históricos y políticos que han acontecido respecto a su consolidación como concepto, tanto en la propia cultura como en el sentido colectivo. Si bien, la concepción psiquiátrica del trauma hoy en día se define principalmente por el Trastorno de estrés Postraumático como: "Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental" (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014 p. 162). Por su parte, la versión médica desde el CIE-11 (2022) menciona lo siguiente respecto al Trastorno de Estrés Postraumático en su Código: 6B40:

"...es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles. Se caracteriza por todo lo siguiente: 1) volver a experimentar el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas. La re-vivencia puede ocurrir a través de una o múltiples modalidades sensoriales y típicamente va acompañada de emociones fuertes o abrumadoras, particularmente miedo u horror, y fuertes sensaciones físicas;

2) evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento (s); y 3) percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados. Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes".

Por otro lado, las versiones psicológicas de trauma no distan mucho de las conceptualizadas anteriormente. Por ejemplo, para Vetere y Dallos (2012, p. 137) refieren que:

"la idea de trauma y de estar traumatizado se utiliza cada vez más en el lenguaje cotidiano y también en la práctica clínica. Muchas personas hablan de que sienten que les ha <<traumatizado>> un suceso, o de que algunas situaciones son <<traumáticas>>. Una afirmación que equivale a menudo a la de que la experiencia fue espantosa y terrible y que sigue obsesionando a la persona, que no puede dejar de pensar en ella o, si no, que los pensamientos sobre lo ocurrido irrumpen en su proceso reflexivo de forma desagradable y sin que lo pueda controlar".

Debido a las tendencias psicologizadoras y psiquiatrizantes para conceptualizar el trauma, me es imposible no estar de acuerdo con Reynolds (2020) quién refiere que usualmente el trauma es un término medicalizado que oscurece la violencia y el sufrimiento que está detrás de la experiencia de las personas. Suele centrarse en descripciones del quebrantamiento de los individuos o del yo, lo cual esconde la violencia estructural que promueve el sufrimiento. En este sentido, las experiencias definidas como trauma a menudo se entienden mejor como *explotación y opresión* arraigadas en las desigualdades políticas de nuestras sociedades injustas. Por lo que, las respuestas de las personas al daño y a los abusos de poder a menudo se entienden mucho mejor como actos de resistencia por su dignidad. Ante esto, podríamos afirmar entonces que todas estas formas de violencia estructural suelen estar excluidas y ocultas por las conceptualizaciones psicológicas o psiquiátricas

dominantes del trauma. Sin duda alguna, esto no solo se trata de una cuestión de resistencia personal individual a lo insoportable, sino de opresión estructural (Timothy y Umana, 2020; Mullan, 2023; Tucci; Mitchell; Porges y Tronick, 2024). Por lo que las conceptualizaciones sobre la disfunción personal y el trauma tienden a oscurecer más que a revelar, contribuyendo activamente a culpar a las personas y a las familias de su propio sufrimiento desde esta forma dominante de pensar. A raíz de las consideraciones anteriores, he intentado sintetizar las formas más comunes de comprender el trauma y que claramente, nos ayudará a comprender en qué sentido, lo anterior ha dado paso a lo que hoy conocemos como *ser informados por el trauma*.

2. SER INFORMADOS POR EL TRAUMA: CONCEPCIONES, NOCIONES Y PREMISAS GENERALES

Tal como el surgimiento de muchos movimientos intelectuales, prácticos e ideológicos. El *devenirnos o ser informados por el trauma*, hoy en día tiene una razón de ser respecto a variadas integraciones. Para Knight (2020) en los últimos 40 años ha existido un interés para la unificación de diversas áreas disciplinarias, investigaciones clínicas, propuestas terapéuticas y campos de ejercicio profesional respecto al trauma como una condición transversal en la práctica clínica y en el conocimiento, y que en otras épocas habían estado prácticamente separadas o disgregadas, ya sea por sus objetivos, como por sus aplicaciones profesionales o visiones de la época. En este sentido, durante estas décadas recién existe un masivo interés teórico y empírico sobre el trauma y su impacto, tanto en los clínicos mismos como en las personas sobrevivientes con las cuales trabajamos. Debido a esto, ha surgido un paradigma comprensivo e integrativo para las distintas profesiones de ayuda.

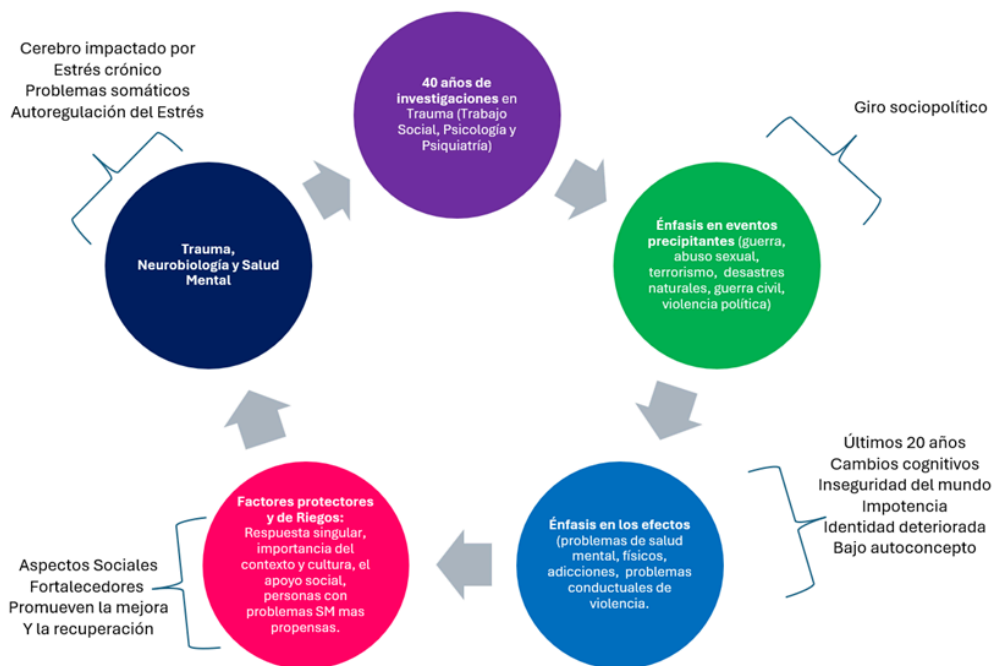
La literatura pionera estuvo principalmente centrada en dos puntos. Primero en el énfasis de eventos precipitantes del trauma, principalmente en entender los efectos que son potencialmente traumáticos y que tenían las personas que estaban expuestas a ellos -abuso sexual, violencia en mujeres, victimización en relaciones interpersonales, veteranos de guerra, etc-. Este período entre 1980 a 1990 también tuvo el énfasis sobre los efectos del trauma, principalmente comprender las secuelas comunes ante su exposición. Aquí se dio cuenta que el abuso de sustancias, el suicidio, los trastornos alimentarios, el dolor crónico, los trastornos psiquiátricos graves, los somáticos e identidad disociativa, etc. Todos estos dieron cuenta que los problemas sociales, psiquiátricos, psicológicos, conductuales y físicos tenían en común experiencias traumáticas subyacentes. A posterioridad, y en la década de los 2000, se sumaron a esto las situaciones como el atentado de Oklahoma City y los ataques terroristas del 2001 en Estados Unidos y los desastres naturales como el huracán Katrina del 2005. En estos años, por ejemplo, el interés ha sido entorno a los acontecimientos sociopolíticos como las guerras civiles, genocidio, trata de personas y la violencia comunitaria. Esto produjo un esfuerzo tanto para investigadores como para los clínicos en que tengan que amplificar su foco para incluir el impacto traumático de los desastres naturales y el daño físico o emocional del propio ser humano a otros seres humanos, sumado a experiencias colectivas, históricas y de represión política (Knight, 2020; Goelitz, 2020; Tucci, Mitchell, Porges y Tronick, 2024).

Otras líneas de investigación durante estas décadas se centraron en los cambios cognitivos y los impactos en nuestra neurobiología. El estar expuestos al trauma transforman al mundo en un lugar inseguro e impredecible, generando sensaciones y sentimientos de impotencia respecto a uno mismo y en nuestras relaciones.

Aquí, los estudios han dado cuenta que quienes sobreviven a traumas infantiles tienen mayor riesgo de victimización en violencia de pareja o violación, además de que estas personas tienen dificultades adicionales en el pensamiento sobre sí mismos, como autopercepción de inutilidad, y con respecto a un punto relacional con las demás personas, existen mayores sentimientos de desconfianza (Haskell, 2012; Steele y Malchiodi, 2012; van der Kolk, 2015).

Por lo que, las contribuciones transdisciplinarias de las neurociencias han sido claves para comprender las raíces biológicas y corporales del trauma en su relación con los aspectos psicológicos, sociales y estructurales (Goelitz y Stewart-Khan, 2013; Shapiro y Applegate, 2018; Fisher, 2020; Maté, 2021). Como hemos comprendido en esta síntesis histórica, investigativa, clínica y epistemológica. Todos estos elementos han originado una *emergencia de ser*

Esquema 2. Movimientos y aspectos que han configurado el paradigma de ser informados por el Trauma de acuerdo con épocas e influencias según Goelitz y Stewart-Khan (2013), Levenson (2017), Knight (2020), Reyes-Barría y Grandón (2020) y Tucci, Mitchell, Porges y Tronick (2024)



Los impactos en nuestra neurobiología sin duda han promovido una integración entre las distintas disciplinas, ya sea en ciencias sociales y medicina. Los descubrimientos en los cambios bioquímicos del cerebro han manifestado que estos interfieren con la capacidad de procesar el trauma, afectando los sistemas de respuesta al estrés del cuerpo. Esto da como resultado que los efectos emocionales, subjetivos y cognitivos a largo plazo del trauma reflejan procesos cerebrales desadaptativos vinculados a la regulación del estrés en las personas.

informados por el trauma. Al reconocer que el trauma es un factor central en muchos problemas de salud mental, psicosociales u otros afines esto va provocando que tengamos que redefinir cuales podrían ser las mejores prácticas en nuestra contemporaneidad para hacer frente a las personas con las cuales trabajamos. Es importante considerar que el trauma suele volverse una característica definitoria en muchas ocasiones lo que afecta en diversos aspectos de la vida, sean estos, en lo psicológico, lo social, lo físico y lo cognitivo.

Muchas veces, tal como ha sucedido en el pasado, las reacciones al trauma pueden ser inexactamente “diagnosticadas” como: depresión, problemas de déficit atencional, trastornos oposicionistas desafiantes, trastornos conductuales, trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad, ansiedad por separación o trastornos de apego reactivos. Lo que nos demuestran todos estos aspectos es que algo se ha ido aceptando ampliamente, y que tiene que ver con que las reacciones de un trauma no tratado, quizás, son el resultado de una variedad de condiciones médicas manifestadas avanzadamente en la vida, incluyendo enfermedades al corazón, cáncer, problemas respiratorios, y condiciones sociales tales como el sin hogarismo o vagabundeo, la prostitución o la conducta en conflicto con la ley (Steele y Malchiodi, 2012; Maté, 2021; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

Filosofías del Cuidado Informado por el Trauma: Para una Práctica, Cuidado y Terapias Informadas y/o Centradas en el Trauma: Un cambio de Paradigma

Desde mi punto de vista, considero que el *ser informados o centrados* en el trauma hoy en día implica más bien un conjunto de filosofías centradas en el cuidado, tanto en el profesional, como en la práctica con las personas, incluyendo el compromiso directo de las instituciones y los servicios sociales, y que inclusive puede ir más allá de estos, por ejemplo, la creación de políticas públicas sensibles al trauma. El origen de la *práctica informada por el trauma*, que podríamos considerar el anatema de todas estas visiones, fue promovido por los psicólogos clínicos Maxine Harris y Roger Fallot (2001) en su clásico libro “*Using Trauma Theory to Design Service Systems*”. Su definición respecto a que se entiende clásicamente por ser informados por el trauma es la siguiente:

“Primero, ser informados por el trauma significa conocer la historia del abuso pasado y actual en la vida de los consumidores con quienes uno está trabajando. Tal información permite planificar un tratamiento más holístico e integrado. Pero en un segundo aspecto, y mucho más importante en este sentido, es que ser informados por el trauma significa la comprensión del rol que la violencia y la victimización juega en las vidas de muchos de los consumidores de servicios de salud mental y de adicciones, y también, como el uso de aquella comprensión nos permite diseñar sistemas de servicios que se acomoden a las vulnerabilidades de los sobrevivientes a los traumas y que estos permitan servicios que sean deliberados en las formas de que faciliten la participación de los consumidores en el tratamiento” (p. 4).

Tal como refieren Tucci, Mitchell, Porges y Tronick (2024) respecto a los autores anteriores. En ellos se ilustra el caso de como las organizaciones de los servicios humanos debían considerar las implicaciones sobre el creciente reconocimiento de que un número sustancial de personas presentan necesidades de apoyo que estaban ancladas en niveles significativos de trauma a nivel de la población en general. Se hicieron dos grandes diferenciaciones. Los servicios específicos de trauma (aquellos diseñados para sanar las consecuencias del abuso y la violencia) tales como psicoterapia, consejería, psicoeducación, terapias de todo tipo y otros tratamientos directos. Mientras que, por otro lado, estaba lo que podría volverse como servicios informados por el trauma (aquellos con objetivos más amplios como ofrecer soporte y asistencia, incluyendo salud mental y programas para el tratamiento de alcohol y drogas o residenciales).

Esta iniciativa pionera inspiró una serie o colección de otros artículos que desde esta década poco a poco fueron inspirando un cambio de paradigma en la planificación y deliberación de servicios humanos en organizaciones. Algunos ejemplos son Bebout (2001), Elliott, Bjelajac, Fallot, Markoff y Reed (2005), Bath (2008) o Ko, Ford, Kassam-Adams, Berkowitz, Wilson, Wong, y Layne (2008) entre otros. Por lo tanto y llegado a este punto. Quisiera introducir los

más populares y que nos ayudan a diferenciar entre: *perspectiva informada por el trauma, práctica informada por el trauma, cuidado informado por el trauma y terapias informadas por el trauma.*

Dentro de las definiciones más conocidas está por ejemplo la del *Substance Abuse and Mental Health Services Administration -SAMHSA-* (2014, p. 9) que refiere que una perspectiva informada por el trauma significa que:

“Todas las personas, en todos los niveles de las organizaciones o sistemas, tienen una comprensión básica del trauma y comprenden cómo puede afectar a familias, grupos, organizaciones y comunidades, así como a los individuos. La experiencia y el comportamiento de las personas se comprenden en el contexto de las estrategias de afrontamiento diseñadas para sobrevivir a la adversidad y a circunstancias abrumadoras, ya sea que hayan ocurrido en el pasado (por ejemplo, un cliente o usuario que lidia con abuso infantil previo) y que se están manifestando actualmente (por ejemplo, un miembro del personal que vive con violencia doméstica en el hogar) o que estén relacionadas con la angustia emocional que resulta de escuchar las experiencias de primera mano de otra persona (por ejemplo, estrés traumático secundario experimentado por un profesional de atención directa). Se entiende que el trauma desempeña un papel en los trastornos mentales y en el consumo de sustancias y que debe abordarse sistemáticamente en escenarios de prevención, tratamiento y recuperación. De igual manera, se comprende que el trauma no se limita al sector de servicios especializados de salud conductual, sino que es parte integral de otros sistemas (p. ej., bienestar infantil, justicia penal, atención primaria de salud, organizaciones comunitarias y dirigidas por pares) y, que a menudo, también constituyen un obstáculo para obtener resultados efectivos en dichos sistemas”.

Para Knight (2015, p. 26) una definición de práctica informada por el trauma es:

“Cuando los clínicos trabajan en escenarios que probablemente sean un espacio de atención de adultos que tienen antecedentes de trauma infantil, siendo importante que consideren la posibilidad de que la persona pueda tener dicha historia, independientemente de si ella o no, se presente a sí misma como un sobreviviente. La práctica informada por el trauma no significa que el profesional asuma que la persona sea simplemente un sobreviviente. . Tampoco significa que el

enfoque de la intervención será sobre el trauma pasado. Sino más bien que, el profesional es sensible a la posibilidad y a las formas en las que los problemas actuales de la persona pueden ser comprendidos en el contexto de una victimización pasada. El profesional también reconoce las implicaciones potenciales que suele tener un sobreviviente para la voluntad y capacidad de él para comprometerse en una alianza profesional...”

Respecto al Cuidado informado por el Trauma, Levenson (2017) refiere que es una comprensión de la frecuencia y los efectos de las primeras adversidades en el funcionamiento psicosocial a través del ciclo vital. Se diferencia de la terapia centrada en el trauma ya que su principal objetivo no es abordar directamente el trauma pasado, sino visualizar como los problemas presentes en el contexto de una persona están ancladas a experiencias traumáticas. Ante esto, existe un conjunto básico de principios los cuales son: seguridad, confianza, elección, colaboración y empoderamiento. Estos conceptos se entrelazan y se aplican de forma coherente durante las fases de admisión o ingreso, evaluación, en el involucramiento del proceso, en el tratamiento y en la finalización de los servicios profesionales.

Al integrarse en la práctica, estos principios minimizan la probabilidad de que se repitan dinámicas disfuncionales en la relación de ayuda y aprovechan la oportunidad de crear una experiencia correctiva para los usuarios de los servicios. En los componentes de este enfoque a nivel micro comienzan desde un compromiso con un tratamiento basado en el cuidado por el trauma con cualquier persona, involucrando un trato amable y respetuoso, una escucha motivada por la curiosidad y la compasión. Y a nivel macro o sistémico, el cuidado informado por el trauma, su implementación involucra un cambio de paradigma en la cultura organizacional de una agencia y/o programa y/o centro. Para complementar lo anterior, Levenson, Willis y Prescott (2022) refieren

que el cuidado informado por el trauma es una integración de los conocimientos acerca de lo neurobiológico, psicológico y de las consecuencias sociales del trauma en políticas, procedimientos y prácticas que guían una seguridad, compasión, y un ambiente de terapia respetuoso. Siendo lo más importante el reconocimiento de que las intervenciones en cualquier servicio social (y especialmente en aquellos que son obligatorios) pueden ser potencialmente desempoderadores y opresivos, los cuales pueden replicar condiciones traumatogénicas infantiles. Por lo tanto, desde esta concepción, se busca una proactividad para abolir la retraumatización en cualquier escenario de práctica en donde se ofrezcan servicios a personas, y principalmente aquellos servicios terapéuticos.

Finalmente, *una terapia informada por el trauma* de acuerdo con Yadav, McNamara y Gunturu (2024) es una forma de abordar diversas afecciones a la salud mental en las que el trauma desempeña un papel importante en el desarrollo de síntomas o etiología. Estas afecciones incluyen el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de apego reactivo, el trastorno de interacción social desinhibida, el trastorno de duelo prolongado y los trastornos de adaptación. También se pueden considerar los trastornos disociativos, que están estrechamente relacionados con las afecciones relacionadas con el trauma. Muchas personas con diagnósticos de trastornos límites de la personalidad tienen antecedentes de trauma. Las terapias de esta orientación más comunes son la terapia conductual dialéctica, la terapia basada en la mentalización y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), las cuales pueden ayudar a abordar la angustia relacionada con el trauma, incluyendo flashbacks, pesadillas, ansiedad y depresión. Estas terapias desde principios informados por el trauma también pueden mejorar el manejo de los síntomas del trastorno límite de la personalidad al promover

habilidades como la regulación emocional, la eficacia interpersonal y la tolerancia a la angustia. La integración de la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias puede ser particularmente eficaz debido a la conexión entre el trauma y el consumo de sustancias. La evidencia indica que la gran parte de estas terapias mencionadas y otros enfoques orientados cognitivamente, como los ejercicios de atención plena, pueden ser terapias eficaces basadas en el trauma para la depresión y la ansiedad. No obstante, desde mi punto de vista, aquí también pueden ser informadas por el trauma, tanto la terapia narrativa, como el arte-terapia o la terapia familiar u otras terapias no convencionales. Levenson, Willis y Prescott (2022) también refieren que la *terapia informada por el trauma* integra información acerca del trauma en las prácticas para promover el respeto por las personas, comprometiéndose con su autodeterminación, y facilitar la reconstrucción de habilidades relacionales saludables -las cuales suelen ser a menudo abandonadas en favor de habilidades interpersonales de sobrevivencia frente a las adversidades de la infancia. Este tipo de terapia ocurre en un ambiente seguro y centrado en el consultante en los cuales los proveedores de servicios visualizan y responden a las conductas maladaptativas en los contextos de las experiencias traumáticas.

Si bien, en este apartado he presentado algunos conceptos diferenciadores, su discusión y contraste pueden ser motivo para otro escrito. Aquí más que nada, he querido expresar las distinciones ante conceptos comunes que están ingresando en nuestro lenguaje y que el público general puede confundirlos unos con otros. Finalmente, quiero pasar al otro punto vinculado principalmente al título de este artículo.

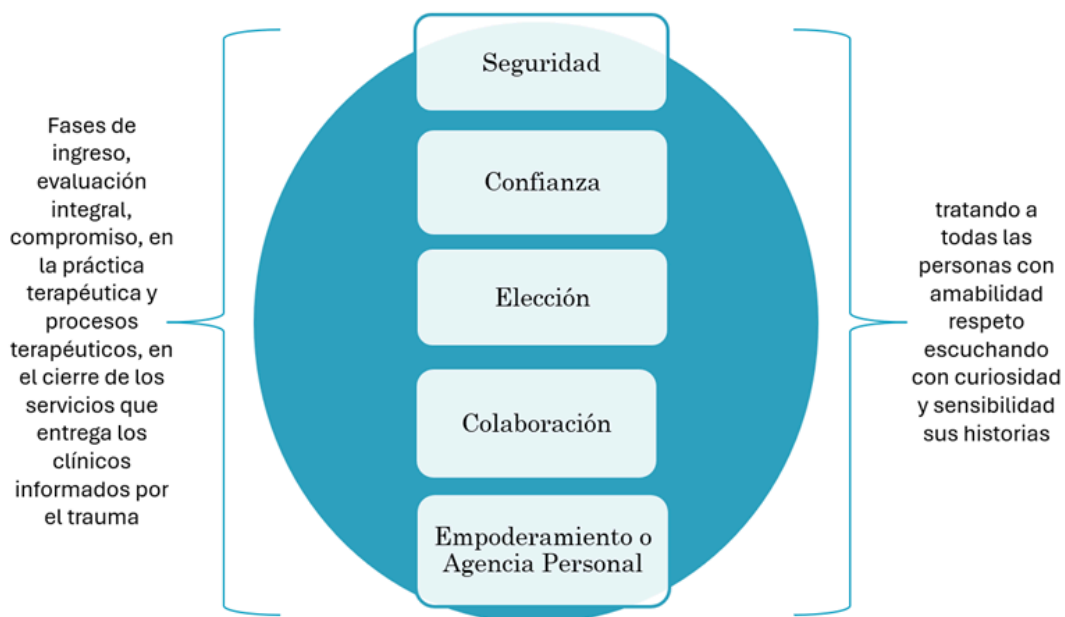
**3. TRABAJO SOCIAL CLÍNICO Y TRAUMA:
HISTORICIDAD, IDENTIDAD PROFESIONAL Y
VINCULOS DISCIPLINARIOS**

He dejado este apartado exclusivo para reflexionar sobre nuestra disciplina y principalmente analizar los vínculos históricos que nos unen a nosotros con el trauma, tanto en lo práctico, terapéutico, teórico, epistemológico y con sus principales autores pasados y de hoy en día.

Orígenes del Trabajo Social Moderno y las respuestas al trauma

Según Ross, Brown y Johnstone (2023) señalan que como disciplina tenemos una historia de práctica que tiene sus raíces en las respuestas al trauma a individuos, familias y comunidades con una data de más de 100 años. Esta se ha centrado en la incorporación y comprensión de que el daño relacional está en gran medida asociado a las

Esquema 3. Filosofías del Cuidado Informado por el Trauma para una Práctica Informada y/o Terapias Centradas en Trauma: Un cambio de Paradigmas según Steele y Malchiodi, 2012; Berthold, 2015; Knight, 2015, 2019; Bonheimer, 2017; Levenson, 2017; Szczygiel, 2018; Reyes y Grandón, 2020; Quiros, 2021 y Tucci, Mitchell, Porges y Tronick (2024)



Esta necesidad emerge ante la casi inexistencia de artículos relacionados a este aspecto y principalmente de las relaciones históricas desde el Trabajo Social con esta temática en idioma español. Además, mi argumentación busca derribar algunos falsos mitos tales como que *el Trabajo Social nunca ha ejercido en trauma o que no tiene referentes intelectuales de su propia autoría*. Debido a esta última línea, mi contribución al esclarecimiento de las relaciones disciplinarias es lo que cobra una especial relevancia desde mi punto de vista.

experiencias de violencia y trauma, y que a menudo estas dañan el sentido de agencia y seguridad de las personas, impactando negativamente a su autoestima, creando dificultades para regular las emociones y navegar por relaciones de confianza tanto personales como interpersonales y con el medio social.

Si consideramos la historia más amplia del Trabajo Social y desde sus raíces como profesión moderna desde finales del siglo XIX. Sin duda alguna que el

punto de partida referencial comienza cuando los movimientos de los *Settlement Houses* y las *Charity Organization Societies* tanto en Estados Unidos, Canadá, Alemania y Reino Unido, se fueron fusionando para brindar mejores servicios a personas, familias y comunidades en vulnerabilidad. Ante aquello, debemos recordar que nuestra práctica y conocimiento estuvo dirigida principalmente a los nuevos inmigrantes y sus familias, focalizándose específicamente en las mujeres con graves problemas de salud mental, a luchar contra la feminización de la pobreza, a resolver la discordia familiar, las adicciones, ya sea por abandono de los esposos o violencia. Estas respuestas también incluyeron hacer frente a los recursos sociales inadecuados para los grupos inmigrantes, a la falta de educación y vivienda en las personas vulnerables socioeconómicamente en las zonas urbanas, a mejorar el acceso a asistencia para la atención de salud que era precaria para los grupos vulnerabilizados, complementándose con un foco en la infancia en riesgo ante problemas físicos y psiquiátricos. A esto se le sumó el asistir a familias empobrecidas por el desempleo en los cuidadores, dar atención a los ancianos y personas con discapacidad, defender a los obreros explotados laboralmente, incluyéndose también los hijos de éstos que eran niños y niñas con necesidades básicas insatisfechas, entre otros problemas afines (Kisnerman, 1981; Land, 1998; Graham y Taylor, 2000; Carniol, 2000; Malagón y Sarasola, 2006).

Desde una relectura de quienes fueron las y los consultantes de las pioneras del Trabajo Social, claramente que, desde una concepción de trauma actual, podemos afirmar que muchas de estas personas en su época estaban teniendo realmente o habían sufrido de graves experiencias traumáticas y opresiones sistémicas de forma conjunta - explotación laboral, pandemias, abuso problemático de alcohol, violencia, discriminación, deprivación

socio-material, maltrato físico, abuso y explotación sexual, racismo, etc- (Mullan, 2023).

Pese a que el concepto de trauma por aquella época no tenía una amplitud y mucho menos una presencia tan masiva para comprender dichas experiencias, ni en la etiología clínica de la medicina psiquiátrica o psicósomática ni en las concepciones psicosociales de las nascentes ciencias sociales. Sin embargo, esto no exime el comprender que todas estas experiencias de adversidad eran en realidad experiencias traumáticas y que las personas estaban luchando por sobrevivir a éstas. Por lo tanto, nuestra profesión tiene una base primaria sobre trabajar con las condiciones de existencia de las personas con antecedentes de trauma, y estas fueron quienes las y los trabajadores sociales dirigieron su atención profesional desde nuestro propio origen.

Por ejemplo, no es azaroso que la psiquiatra feminista Judith Herman (2004) en su clásico libro y específicamente en el apartado sobre la histeria analice las condiciones traumáticas de la sexualidad de las mujeres y los abusos que enfrentaban. Aquí ella narra la historia de Bertha Pappenheim. Quién fue el caso 1 del origen y nacimiento del psicoanálisis, quién fue tratada por Josef Breuer -el maestro de Freud- bajo el nombre de "Anna O". Años más tarde y pese a su controversial tratamiento, ella sería una de las trabajadoras sociales y feministas judías más importante de Alemania (Kaplan, 1979). Ella fue la creadora de tres tipos de curas: *la cura por la palabra, la cura por la escritura y la cura mediante la acción social. Sus contribuciones darían origen a la psicoterapia moderna, al arte-terapia de medios literarios y al activismo social como acción terapéutica colectiva* (Ellenberger; 1970; Blechner, 2022; Boyano, 2022).

Bertha es para algunos la primera trabajadora social clínica de la historia de la profesión, quién a lo largo

de su trayectoria profesional dirigió orfanatos para niñas, fundó organizaciones feministas para mujeres judías, fue traductora de libros de feminismo y realizó viajes por toda Europa y Medio Oriente para hacer campañas contra la explotación y el abuso sexual de mujeres, niñas y niños, escribiendo libros e investigaciones sobre esta temática (Swenson, 1994; Herman, 2004, Borch-Jacobsen, 2021; Brownstein, 2024). De acuerdo con Herman (2004, p.43):

“La paciente de Breuer, Anna O, fue la única de esos primeros investigadores que siguió con la exploración de la histeria hasta sus conclusiones lógicas. Al parecer, después de que Breuer la abandonara, siguió enferma durante varios años y luego se recuperó. La histérica muda que había inventado la “cura por la palabra” recuperó la voz, y la cordura, en el movimiento de liberación femenina...Bajo su nombre real, Bertha Pappenheim, se convirtió en una destacada trabajadora social feminista, en una intelectual y organizadora política”.

¿Cómo no considerar este trabajo pionero como una de las raíces clínicas históricas más relevantes de nuestras respuestas al trauma en nuestra profesión? Absolutamente que esto es un hecho irrefutable. Ante esto, y complementando lo anterior, desde una mirada histórica y deconstructiva de las contribuciones y obras de Jane Addams y Mary Richmond en Estados Unidos. Si analizamos el contexto social de la época, podemos referir que las personas con las cuales trabajaron estas pioneras estaban sumidas en una “pobreza crónica” influida por determinantes sociales que radicaban en causas migratorias debido a razones religiosas, raciales y políticas. Esta migración forzada de europeos, judíos, asiáticos y afrodescendientes se debió a guerras, pobreza rural, a la huida de nuevas formas de esclavitud desde el sur del país, además de la persecución religiosa o represión imperial que acontecía en Europa, etc. Muchas de estas personas se vieron en la obligación de huir de Europa hacia Estados Unidos y de lugares del sur del país hacia las zonas industrializadas en el caso de la población negra (Hull-House Museum, 2006; Addams, 2010).

Sin embargo, cada comunidad tenía ciertas desventajas, tales como: el no manejo del idioma, las limitadas oportunidades laborales que facilitaba la explotación ante el proceso de industrialización, ausencia de acceso a la educación o baja escolarización en muchas de estas personas y familias, sistemas precarios de salud que no garantizaban una salud adecuada para ancianos e infantes, las aporías del racismo que, pese a que se había abolido legalmente en 1865, la población afrodescendiente era considerada como humanos de segunda categoría y estaban sujetas a segregación racial en todos los ámbitos (Hull-House Museum, 2006; Addams, 2013, 2014; Menakem, 2017).

Todas estas inequidades sociales estaban insertas en instituciones y en la propia cultura norteamericana. De hecho, a finales del siglo XIX y a inicios del siglo XX, estas grandes ciudades americanas -como era Chicago en el caso de Jane Addams y Nueva York en Mary Richmond- estaban sobrepobladas y contaminadas, y tenían una oleada de inmigrantes que buscaban una vida mejor en las áreas urbanas. Eran 14 millones entre 1860 y 1900, después llegaron otros 9 millones entre 1900 y 1910. La mayoría de los inmigrantes trabajaban como obreros no calificados en las fábricas, sujetos a condiciones brutales de explotación laboral, sumado a periódicos despidos que los mantuvo presos de la pobreza y la miseria (Dorfman, 1988, 1996). No obstante, también estaban las condiciones subjetivas de la población, la cual poseía una prevalencia a problemas de salud y salud mental graves, discapacidad, adicciones como el alcoholismo u otras “males” individuales. Todo esto demuestra un conjunto de condiciones interaccionales, tanto sociales como subjetivas, que desde una mirada actual podríamos entender como traumas raciales o colectivos migratorios o por dislocación en interacción con traumas sistémicos - *cabe mencionar que siempre los traumas individuales e históricos están en mutua interacción con los sistémicos*- a las cuales las pioneras del

Trabajo Social tuvieron que dar respuestas (Kanter, 2013; Haines, 2019; Hübl, 2021; Hardy, 2023).

Si nos detenemos a analizar en detalle la propia historia de la *perspectiva de la persona en su ambiente* que surge principalmente de las contribuciones de Jane Addams y que también se está performada en Mary Richmond (Dorfman, 1988, 1996; Kondrat, 2008). En la primera se relevaba la importancia del ambiente social, cultural y político en las vidas de las personas y las familias, impulsando el cambio socio-ambiental como una forma de mejorar las vidas de las personas que estaban deterioradas por la pobreza y el estrés social. Su crítica hacia las antiguas formas de caridad basadas en la "amistividad", el "tratamiento" de los asentamientos o settlements era una especie de "activismo integrado". Si faltaban lugares de cuidado infantil se creaban guarderías infantiles, si no había acceso a educación y materiales educativos, se creaban bibliotecas populares, si faltaba alimentos se hacían dispensarios, si se requería de trabajo se creaban oficinas de empleos, si faltaba recreación y formación se impartían clases de literatura, arte y actividades de recreación social y círculos de organización vecinal. Aquí un relato impactante de la realidad narrada por Jane Addams que será por lo menos de alrededor de 1905 (2010, p. 245):

"Pronto aprendimos a reconocer a los hijos de madres que trabajan todo el día, en ocasiones dejando a sus pequeños hijos bajo la descuidada atención de un vecino y con más frecuencia encerrándoles en sus casas. Los primeros tres niños inválidos que encontramos en el vecindario habían resultado heridos cuando sus madres estaban en el trabajo: uno se había caído desde la ventana de un tercer piso, otro se había quemado y el tercero tenía desviación de columna debido a que durante tres años había pasado días enteros atado a la pata de la mesa de la cocina; solo lo soltaban a mediodía, cuando su hermano mayor volvía a casa a toda prisa desde la fábrica del vecindario para compartir con él su comida. Cuando llegaba el calor, los niños impacientes eran incapaces de tolerar el estar confinados en habitaciones sin ventilación y, dado que no se consideraba seguro dejar las puertas abiertas por los ladrones, a los niños se les dejaba fuera de las casas.

Durante nuestro primer verano, un número creciente de esos pobres niñitos paseaban por el vestíbulo de Hull House, que estaba fresco. Allí los cuidábamos y les dábamos de comer a medio día..."

Las trabajadoras sociales de los settlement o asentamientos obtuvieron y ofrecieron juegos infantiles, gimnasios, colecciones de garaje y casas de baños públicas para sus comunidades y muchas de estas actividades se realizaban en la propia Hull House. Poco a poco se transformaron en las líderes de la reforma social y en el activismo por los derechos civiles, al derecho al sufragio femenino y al apoyo a comunidades oprimidas como las afrodescendientes. Inclusive fueron mediadoras en algunos casos entre la burguesía empresarial industrial y la clase obrera (Miranda, 2014). Como podemos ver y según la propia Addams en Pharis (1974, p.153):

"yo era, como tú puedes ver, todo en tres aspectos: trabajadora social de casos, trabajadora de grupo y organizadora comunitaria. ¿Puede acaso algún trabajador social realmente ejercer un solo y único rol? Yo encuentro que esto es una creencia difícil... Pensé que una instrucción moral cuidadosa podría ir mucho más lejos en el alivio del dolor de muchos de los residentes de mi vecindario".

En el caso de la Caridad Científica promovida por Mary Richmond y desde su propuesta de *Diagnóstico Social* (1917) libro que surge de su integración y síntesis de sus conferencias, como también de su experiencia práctica y dirección en la *Philadelphia Society for Organizing Charity*, sumado a su rol como investigadora en el *Departamento de Caridad Organizacional de la Russell Sage Foundation*. A esto se le complementa el análisis de la realidad laboral de los trabajadores sociales de la época y la integración de sus amplios conocimientos y habilidades profesionales sobre historia, derecho, lógica, Trabajo Social en servicios médicos, filosofía social, sociología incipiente, medicina somática, estudios psicológicos y psiquiatría. Sin duda que fue la evidencia aclamada de la profesionalización del Trabajo Social y fue la primera formulación de teoría

y método para identificar los problemas de los consultantes, y que más adelante se complementaría con la publicación 1922 de su siguiente libro que entrega todo lo operativo del casework o Trabajo Social de Casos como método (National Association of Social Workers Foundation, s/f; Richmond, 1917).

De acuerdo con Kondrat (2008) mediante un proceso de diagnóstico y tratamiento se fue focalizando en la identificación y correcciones de los déficits individuales, familiares y del medioambiente. Recordemos que la finalidad del Trabajo Social de Casos por la propia Richmond (1917, p. 25) “en la práctica, esto es, aquello que tiene por objetivo inmediato la mejora de individuos o familias, uno por uno, tal como se ha distinguido de su mejoramiento masivo o colectivo. El mejoramiento masivo e individual son interdependientes, no obstante, la reforma social y el Trabajo Social de Casos necesariamente progresan juntos. Esto es una verdad fundamental...”

De hecho, la misma autora refiere que “cuando un ser humano, cualquiera sea su estatus socioeconómico, desarrolla alguna forma visible de dificultad y necesidad social ¿qué es lo que debemos saber sobre él y sobre su dificultad (o más a menudo sus dificultades) antes de que nosotros podamos arribar en alguna forma de encontrarnos con su necesidad” (Richmond, 1917, p. 26). Aquí nuevamente ella señala algo fundamental: “el problema puede estar vinculado a la infancia o adultez, a la enfermedad, a la explotación o a las oportunidades pérdidas, pero en la medida en que esto preocupa a un individuo en sus relaciones sociales, esto no es ajeno al Trabajo Social tal como aquí se comprende” (op. cit, 26). Si uno analiza los últimos capítulos del apartado III del diagnóstico social encontraremos consideraciones, cuestionarios y preguntas dirigidas a poblaciones y ciertos

problemas tales como: la discapacidad social, la familia inmigrante y sus problemas comunes, el abandono y la viudez marital, la infancia vulnerada, la madre soltera, los ciegos, las personas sin hogar y el alcoholismo, la demencia y la discapacidad mental e intelectual.

Ante todo lo expresado, la abogacía por una vivienda adecuada, por la seguridad alimentaria y las relaciones no violentas claramente que en este contexto se reconocen como las primeras prácticas y consideraciones fundamentales para la seguridad, que es el primer principio filosófico de ser informados por el trauma y sus distintas aplicaciones -cuidado, práctica, terapia, etc-. La priorización de la seguridad implicaba reconocer que las circunstancias del contexto social pueden contribuir a la vulnerabilidad al daño y que el acceso a los determinantes sociales como la salud, el empleo, el hospedaje y la asistencia económica son necesarias para sentirse seguro ante un mundo traumatizante y riesgoso (Ross, Brown y Johnstone, 2023).

Si bien, tal como hemos apreciado en la etapa pionera de profesionalización del Trabajo Social, obviamente que la relación con el trauma es implícita en las obras analizadas, pero con los lentes informados por el trauma podemos comprender su obra desde otra perspectiva. Sin embargo, es importante rescatar una enseñanza muy relevante que nos aporta el trabajador social clínico Resmaa Manakem (2017) quién señala que el trauma no es una invención que surja recién gracias a la autorización del saber médico en 1619, sino que por varias décadas anteriores, y a medida que los seres humanos han lidiado con los asesinatos, las masacres, la conquista, la tortura, la opresión, el abuso, la esclavitud y la colonización de unos a otros, el trauma siempre ha sido el telón de fondo. Por lo tanto, y de acuerdo con el contexto de las primeras dos décadas del siglo XX, muchos de los inmigrantes

que he hecho referencia fueron víctimas o testigos en primera mano de una adversidad sin precedentes, lo que podría considerarse como una forma de trauma por dislocación (Kanter, 2013). Por otra parte, ellos estaban intentando salir de una pobreza traumática, caracterizada por la hambruna, la precariedad y el hacinamiento y las respuestas ofrecidas sin duda que fueron lo más avanzado que se podía ofrecer ante el avance científico de la época.

Desde las contribuciones de Richmond se aprecia, por ejemplo, que sus concepciones clínicas debido a sus fundamentos promovieron y sentaron las bases para la emergencia de la teoría y práctica de la naciente psicoterapia moderna y popular en el trabajo social de casos, y esto será relevante en el periodo posterior a la primera guerra mundial (Baird, 1982; Specht, 1990, Kondrat, 2008). Mientras que Pappenheim y Addams nos guían ética, crítica y políticamente a que las experiencias traumáticas también deben enfrentarse por medio de movimientos sociales, abogacía y por medio de acciones comunitarias y políticas siendo coherentes con la mirada de Herman (2004). No obstante, cabe mencionar lo siguiente, que si bien Richmond sería quién obtuvo una influencia mayoritaria en esta primera parte, principalmente ante las secuelas de la Primera Guerra Mundial, siendo el casework en gran medida una respuesta para sus víctimas -los veteranos de guerra- y que estuvo fundamentado en el enlace entre el Trabajo Social con la nueva Psiquiatría. Addams por su parte en sus compromisos por la reforma social y con los movimientos pacifistas que en 1914 ya estaba fuertemente ligada, esto luego además daría origen a su Premio Nobel de La Paz. Sin embargo, se transformaría en un movimiento que fue declinando por cierto tiempo del Trabajo Social estadounidense, por lo menos en el campo clínico hasta el nacimiento de nuevas prácticas como la terapia de grupo (Konopka, 1956; Black, 1991).

Bajo mi mirada, sus legados deben ser reintegrados ante las consideraciones clínicas dominantes que no tienen un compromiso ético-político o que carecen de respuestas colectivas críticas y de acción social ante el sufrimiento humano. Por lo cual, aquello es totalmente relevante en el análisis de nuestro legado ante el trauma.

Las influencias del Trabajo Social Psiquiátrico, el Trabajo Social de Casos Psicoanalítico y las respuestas al trauma

A partir de la década de los 20 en los Estados Unidos el psicoanálisis entró en escena como una gran metateoría influenciando gran parte del pensamiento clínico de la profesión, como también a las otras disciplinas dominantes de la salud mental como la Psicología Clínica y la Psiquiatría (Dorfman, 1996; Kondrat, 2008; Cautin, 2011). Por otro lado, y según Germain (1972) el Smith College creó en 1918 una certificación en *Trabajo Social Psiquiátrico* como respuesta a la creciente demanda de profesionales para manejar los problemas emocionales de los veteranos que regresaban de la Primera Guerra Mundial y sus familias. Groshong (2009) refiere que este antepasado clínico que fueron las y los trabajadores sociales psiquiátricos, tanto durante como después de la primera guerra mundial tuvieron que tratar y también investigar clínicamente a veteranos de guerra víctimas de "shell shock" o "neurosis de guerra". Ya durante y posterior a la segunda guerra mundial tratarían a los veteranos con "fatiga por batalla", evidenciándose los diagnósticos antecesores al estrés postraumático (Black, 1991). Como podemos ver aquí, tenemos la evidencia de la presencia de nuestra profesión con la población más representativa sobre el trauma en este contexto (Loveland, 2008; Jennings, 2022).

A partir de entonces, el Trabajo Social se extendió a otros tipos de personas más allá del umbral vinculado a la pobreza.

Esto también fue acompañado por el movimiento de Higiene Mental y las nacientes clínicas de orientación infantil derivadas del mismo (Cautin, 2011). El giro hacia lo familiar e individual estaba dado principalmente por la gran depresión de los años 20 y como aquello dio origen a muchos nuevos servicios sociales tales como los centros de atención familiar e infantiles, focalizándose en los ciudadanos promedios (Dorfman, 1988). De acuerdo con Agnew (2004, p. 181):

“...el movimiento de higiene mental alcanzó su máximo auge a medida que las técnicas psiquiátricas para tratar los traumas de guerra se popularizaban, y la prosperidad de la posguerra contribuyó a un cambio de la preocupación por la pobreza y la necesidad social hacia un enfoque en la adaptación personal de los ciudadanos estadounidenses comunes. Debido a que los directores de las federaciones financieras respaldaban las nuevas técnicas psiquiátricas, las agencias familiares privadas debido a esto, a menudo se vieron obligadas a adoptar el nuevo estilo y abstenerse al trabajo social de casos tradicional, con el riesgo de perder su financiación”.

La escuela funcional tempranamente bajo una de sus pioneras, Virginia Robinson (1930, p.117, las cursivas son mías para dar más énfasis) en su clásico libro explicita la relación con la fragilidad de la infancia y el desarrollo del yo en un proceso terapéutico, señalando que:

“en la experiencia humana, el proceso natural de crecimiento se ve complicado por dos experiencias que, en las condiciones de la civilización occidental del siglo XX, se han vuelto traumáticas: la separación al nacer y la separación durante el destete. Por esta razón, no tenemos base para saber qué equilibrio encontraría el niño entre sí mismo y el yo del otro bajo la influencia de un proceso de crecimiento más natural. Lo que observamos, en cambio, son los problemas de la relación entre el yo y el otro en el proceso, donde la separación traumática inhibe los impulsos naturales de crecimiento”.

En el clásico libro de Jessie Taft (1933) cuando reflexiona sobre el emblemático caso de Helen, la cual atendió bajo el auspicio de una clínica de orientación infantil. Respecto a las particularidades, intimidades del proceso terapéutico y sobre el trabajo clínico con niños y niñas menciona que:

“no es posible pensar que los contactos de uno, incluso con un niño, estén justificados por la posibilidad de que éste elabore verbalmente o en la acción los traumas de su infancia o reproduzca y resuelva cualquiera de ellos” (p. 106). En esta cita que tiene más de 92 años, vemos una crítica importante al creer que la terapia por sí misma es un espacio sacrosanto en el cual puedan resolverse los traumas -*cómo si fuese posible hacer una cirugía a la memoria y extraerlos*-. Ella enfatizará en este aspecto que la realidad terapéutica es la dinámica real de la relación tal como se desarrolla de hora en hora entre los seres humanos que entran en ella, uno como consultante y el otro quién lo asiste. Y que el consultante hará lo que puede hacer en tan sólo una cosa; que es tratar de experimentar cualquier nueva experiencia que se le permita en el presente viviente en la relación con el que esté a cargo del proceso terapéutico. Aquí vemos otro principio filosófico de ser informados por el trauma, la necesidad de generar confianza.

De hecho, una de las exponentes más importantes de la escuela psicosocial, Gordon Hamilton (1940, p. 286) declararí lo siguiente respecto a que los trabajadores sociales de casos cualificados tienen “una idea diagnóstica aguda sobre qué tipos de tensión familiar se deben a *situaciones traumáticas externas*, que se pueden aliviar mediante el diálogo, el alivio y todos los servicios comunes del Trabajo Social de Casos”. Posteriormente, ella misma agudizaría más aún su conciencia plena sobre el trauma y cómo las experiencias traumáticas afectan en la vida de las personas y la infancia. Ante esto señalaba que “las experiencias traumáticas, como una enfermedad grave, la separación de los padres o los accidentes de la infancia, se perciben como un castigo y amenazan aún más la estructura de la personalidad debilitada o disminuida” (Hamilton, 1947, p. 84). De hecho, en un análisis que realiza sobre la terapia de juegos con niños y niñas en este libro, menciona que es una de las prácticas más

adecuadas porque estas permiten expresar mejor, ofreciendo oportunidad para desarrollarse, liberar tensiones, ejercitar nuevos logros, probarse y cultivarse. Además, aprende al afrontamiento de nuevas situaciones, aumentando su movilidad y a “conectar la fantasía con la realidad y a distinguirlas, fortaleciendo su yo y atenuando los eventos aterradores y traumáticos al reproducirlos con vestimentas inofensivas” (Hamilton, 1947, p.182).

El Trabajo Social, la infancia y las consecuencias de la II Guerra Mundial: dos importantes respuestas al trauma desde nuestra disciplina

Desde mi consideración, dos grandes contribuciones ligadas al periodo de la Segunda Guerra Mundial y después de ella, tiene que ver con el trabajo clínico integrativo realizado por un lado con la trabajadora social británica Clare Winnicott con los niños y niñas británicos evacuados ante los bombardeos nazis, una situación altamente estresante y traumática. Y por otro lado, el trabajo terapéutico grupal realizado por la trabajadora social de origen alemán Gisela Konopka con los niños, niñas y adolescentes huérfanos por el holocausto en Alemania. Aquí podemos encontrar si bien una misma experiencia traumática de guerra, pero con diferencias significativas para ambas partes.

En el caso de Clare Winnicott (en Kanter, 2006, p. 200) debemos recordar lo siguiente de sus palabras: “Claro que el dolor de separarse de quienes amamos es devastador para todos, pero para un niño dependiente, todo su mundo se derrumba y pierde sentido. Lo peor que puede pasar es que el trauma sea tan profundo y el niño se sienta tan impotente ante él, que reprima todos sus sentimientos, lo que le lleva al desánimo y la depresión”. Ella tiene un foco en la comprensión de la vida interior de los niños y niñas en necesidad, y especialmente de aquellos que han sufrido pérdidas, separaciones y

transiciones, con un anclaje en el medioambiente social lo cual era atípico en la psiquiatría infantil de la época que prescindía de aquel. Cabe mencionar que el 1 de enero de 1971, Clare fue homenajeada por sus contribuciones en el cuidado infantil y en la reconstrucción de los servicios sociales infantiles del Reino Unido, recibiendo la medalla de la Orden del Imperio Británico (OBE) en el Palacio de Buckingham (Kanter, 2006).

En el caso de la trabajadora social Gisela Konopka, quién era de origen judío alemán pero radicada en Estados Unidos. Al terminar la segunda guerra mundial y algunos años después fue invitada por el propio departamento estatal de E.E.U.U para que regresara a la Alemania para la reconstrucción de los servicios sociales y educativos de ese país. Como madre del Trabajo Social de Grupos promovió en Alemania su filosofía de “*justicia con el corazón*” un concepto que valoraba al ser humano y a la dignidad ante el estrés humano, con interdependencia y mutualidad (Lewin, 2011). Ella tenía una especial consideración al trauma y a los escenarios en donde ejercían las y los profesionales del Trabajo Social. En su clásico libro “*Group Work in the Institution: A modern Challenge*” (1954) refería que:

“Tenemos en nuestras instituciones problemas que van desde el niño o niña que ha tenido la experiencia traumática de la ruptura de las relaciones familiares, por muerte, enfermedad u otras dificultades, hasta la persona que tiene un colapso mental, o que ha ofendido las leyes de la sociedad, hasta finalmente el que acaba de envejecer y no tiene los recursos en su propia familia para permanecer con ellos (Gisela Konopka, 1954, p. 16).

Posteriormente en su libro “*The Adolescent Girl in Conflict*” (1966) se enfocó en las adolescentes mujeres en conflicto con la ley y en el embarazo precoz, el cual definía como “un evento traumático... que golpeaba a la familia” (p. 48). Esta autora tuvo una prolífica carrera intelectual, no solo escribió 11 libros y publicó más de 300 artículos. También

recibió la Medalla del Amplio Merito de Alemania por sus contribuciones señaladas, además de 42 premios a lo largo de su vida (Lewin, 2009).

Otras propuestas relevantes al trauma pasado la mitad del siglo XX: La resolución de problemas, la terapia psicosocial y la terapia no convencional

Siguiendo esta continuidad histórica, claramente que ante las integraciones de la escuela psicosocial y la funcional, sumado a la incorporación de la psicología del yo, realizadas por Hellen Harris Perlman, encontraremos nuevamente en el Trabajo Social de Casos una sensibilidad al Trauma. En el clásico libro de Perlman (1957) ya decía que el trabajador social de casos debe conocer las realidades de una situación vital presente en el consultante, y principalmente las realidades que lo moldean o lo maltratan en la actualidad. Ante esto, Perlman (1957, p. 20) señala que: “deberá considerar los cambios necesarios en esas realidades para que el trauma y las frustraciones de la vida actual no agraven viejos problemas ni creen nuevos desajustes emocionales en el consultante”. Ya que lo más importante era descubrir los recursos en su entorno que puedan enriquecer su vida. Además, referirá que existen personas que debido a ciertas circunstancias adversas en el transcurso de la vida han desarrollado formas rígidas, persistentes y crónicas del “yo” que impiden formas adaptativas en la percepción de las personas, resultando en comportamiento inapropiados para la realidad, esto se presenta principalmente en “personas que han sido sometidas a ataques o privaciones de naturaleza emocional y psicológica que, corrosivas o traumáticas, las han dejado sintiéndose impotentes y desesperanzadas” (Perlman, 1957, p. 15).

Más adelante en otro de sus clásicos libros: “*Persona: Social Role and Personality*” (1968) en el primer apartado sobre consideraciones teóricas señala que

gran parte de nuestra forma de ser se hace en la infancia y que se expresa en su adultez posteriormente. Aquí ella menciona la paradoja del cambio en los profesionales en donde piensan que muchas personas creen en un cambio que es para “peor”. Ella en una crítica al pesimismo y la visión reduccionista patologizante, señala que, pese a que “creemos en la presencia latente de viejas heridas que esperan ser abiertas por un nuevo trauma, de viejas heridas que esperan ser revividas por nuevas amenazas....a pesar de esta visión pesimista, somos optimistas incurables, pues nos aferramos a la idea de la capacidad humana para cambiar para mejor” (Perlman, 1968, p. 13).

Asimismo, en las consideraciones prácticas que refiere en su obra, señala que bastantes personas requieren de asistencia en su día porque viven en un acoso constante ante un problema tras otro, los cuales proliferan. Por lo que “Se sabe que algunos de sus problemas son creados y otros exacerbados por déficits o agotamientos del yo, y que estos pueden ser el resultado final de la avalancha de traumas sociales” (Perlman, 1968, p. 202). Además, añade que “las capacidades personales pueden verse temporalmente agotadas por la fatiga, la depresión o un bombardeo de trauma” (op. cit, p. 208). Ella también da algunos ejemplos sobre lo que pueden ser las adversidades más frecuentes “la muerte en la familia, una discapacidad física que amenaza la vida o el estatus, un fracaso en el trabajo, la escuela o el matrimonio, alguna <<desgracia>> social; estos y otros traumas e insultos a la personalidad pueden causar el colapso o el deterioro de las relaciones y tareas habituales” (op. cit. 211).

Otra contemporánea en este contexto es Florence Hollis, a quién claramente podemos atribuir la creación del concepto Terapia Psicosocial a partir de su clásico libro en el cual genera un interesante marco-teórico para la práctica clínica (Hollis, 1964; Turner, 1988). En su conceptualización teórica

integra la psicología del yo y otros psicodinámicos (Anna y Sigmund Freud, Erik Erikson, Melanie Klein, Harry Sullivan, John Bowlby), distintas tradiciones de escuelas de Trabajo Social tales como la psicosocial (Gordon Hamilton, Charlotte Towle, Annette Garrett, Lucille Austin), la terapia relacional y no convencional (Selma Fraiberg), la resolución de problemas (Helen Harris Perlman), la escuela funcional (Virginia Robinson) y la corriente conductual (Scott Briar). Sumando elementos de la nueva corriente en terapia familiar (Nathan Ackerman) y el pensamiento sistémico y ecológico (Urie Bronfenbrenner). En ediciones posteriores de este libro y en conjunto con su discípula Mary Woods, se van a incluir apartados específicos de Trabajo Social Clínico, Género, pensamiento crítico, entre otras derivas epistemológicas.

Desde la primera edición, Hollis tiene una consideración al trauma la cual expresa que el trabajador social de casos al estar conectado con el mundo cotidiano (siendo su laboratorio) y que aquello le ha permitido conocer las fuerzas internas y externas de interacción en las personas por lo que ha visto “repetidamente cómo las personas cambian, tanto para bien como para mal, bajo el impacto de entornos tanto benignos como traumáticos” (Hollis, 1964, p. 16). Advirtiéndonos que: “tenemos tendencia a pensar en un trauma como un acontecimiento dramático repentino, pero en realidad el shock repetido de acontecimientos menores puede tener un efecto comparable en sus proporciones a un único golpe relevante” (op.cit, 36).

Cabe mencionar que las o los consultantes del Trabajo Social son personas que usualmente están lidiando con variadas necesidades insatisfechas, múltiples niveles de trauma y opresión sistémica en continua interacción (Szczygiel, 2018) por lo que, “los trabajadores sociales han visto repetidamente cómo las personas cambian para mejor o para peor ante el impacto de entornos benéficos y traumáticos”

(Woods y Hollis, 2000, p. 56). Ante esto, Hollis mencionará que “muchas veces, la realidad inicial ha sido extremadamente dolorosa o incluso traumática” (op.cit, 127). Por lo cual, la aceptación empática por parte del trabajador social clínico y la comprensión de cómo los eventos tempranos influyen necesariamente en su vida actual (Hollis, 1964). Aquí nuevamente se aprecia el principio de confianza y colaboración desde ser informados por el trauma. Nuevamente señala que “las experiencias tempranas dolorosas han sido de proporciones tan traumáticas que revivirlas implica una ansiedad extrema. En tales casos, suele haber una fuerte resistencia a recordarlas, lo que debería servir como señal de advertencia para el profesional” (op. cit, 232). Aquí, Woods y Hollis (2000, p. 547) referirán que: “Muchos de nuestros consultantes han quedado traumatizados por separaciones tempranas o abandono emocional, y las reacciones a la terminación a menudo reflejan respuestas a pérdidas anteriores”. Sin duda alguna aquí existen las consideraciones básicas y antecesoras sobre entender que muchos problemas de salud mental o psicosociales se deben a experiencias traumáticas, siendo esto una premisa que después aparecería como algo fundamental en los psicólogos clínicos como Harris y Fallot (2001).

Por último, quisiera expresar y recordar las lecciones pioneras de la trabajadora social clínica psicoanalítica Selma Fraiberg. Para la destacada psiquiatra estadounidense Lenore Terr, refiere a Fraiberg como una maestra que no solo le entregó una visión clínica importante con el trabajo con niños, niñas y sus padres, sino que fue quién la introdujo y formó en trauma infantil (Terr, 2018).

Selma Fraiberg es quizás una de las figuras más relevante del Trabajo Social Clínico Infantil y Familiar desde mediados del siglo XX. Su legado a más de 40 años ha dejado huellas importantes, ya sea en su popular libro “Los años Mágicos” el cual ha vendido

más de 1.000.000 de copias y se ha traducido a 11 idiomas en el mundo. Su obra involucró investigación en salud mental infantil, trabajo con madres en riesgo social, estudios clínicos con bebés con ceguera, trabajo terapéutico grupal infantil, comprensiones teóricas sobre madres adolescentes, trabajo social de casos informado por el psicoanálisis y aplicado a niños, las conceptualizaciones del bebé como "paciente" en terapia, la terapia en la cocina, trabajo terapéutico no convencional con niños que viven en hogar protegidos, etc (Kanter, 2021).

Su conciencia respecto al trauma fue crucial para el quehacer clínico entre padres y niños que pasaban por situaciones de riesgo psicosocial e institucionalización. En este sentido, en su libro *Every Child's Birthright: In Defense of Mothering* (1977) cuando analiza el caso clínico de la bebé Lenore la cual había sido dada en adopción por su madre al poco tiempo de nacer debido a una sentencia judicial. En este proceso, la madre comenzó una medida para recuperarla, lo cual logró después de 1 año, pero existió un proceso relacional complejo con la familia adoptiva quienes seguían con el cuidado de la bebé y habían formado un apego con ella y ella con ellos. Al respecto Fraiberg (1977, p. 79) nos dice lo siguiente: "el coste de sufrimiento para la niña es incalculable y los efectos de esta pérdida traumática pueden perdurar durante todos los años venideros". Ella se cuestionaba algo que para la luz de hoy en día puede parecer obvio, que se traducía en la pregunta ¿Puede un bebé pequeño de apenas un año "recordar" esta "separación traumática de sus padres cuidadores principales"? Claramente que no lo recordará como imágenes en serie sobre los eventos, sino que más bien "lo que recuerda o se preserva, es la ansiedad, un tipo primitivo de terror, que regresará más adelante en vida como oleadas". Aquí ella nos señalaba el lenguaje somático y cómo aquello queda en la memoria corporal de la memoria emocional vivida.

Otro trabajo interesante de la autora es su artículo de (1971) sobre dos niños ciegos con crisis de separación traumática. En los cuales la propia autora refiere que "en las historias retrospectivas de muchos niños ciegos con mayor edad, aprendemos acerca de las separaciones traumáticas, de la regresión y el fracaso en la recuperación (Fraiberg, 1971, p. 363). Posteriormente, en su clásico libro "Los niños ciegos" (1977) donde se realizan estudios de variados casos clínicos y de propuestas comprensivas respecto a este programa y su práctica terapéutica. La misma Fraiberg (1977, p. 146) expresará que: "todos los niños y niñas que experimentaron estas separaciones traumáticas se recuperaron, y nosotros le proveímos bastante ayuda a las familias durante estos períodos críticos".

Finalmente, en su libro compilatorio sobre "*Clinical Studies in Infant Mental Health*" (1980) donde fue la editora y escritora de algunos capítulos, ella al principio nos relata el proyecto de desarrollo infantil en un programa perteneciente al Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Michigan en la Escuela de Medicina. Esta fue una experiencia profesional donde había un equipo compuesto por clínicos del campo de la Psiquiatría, Psicología y el Trabajo Social. Cuando ella refiere al tratamiento breve, el cual incluía intervención en crisis y orientación parental con padres que tenían bebés que "habían sufrido de trauma (separación, hospitalización, cirugía, etc)" (Fraiberg, 1980, p. 16). En la sección sobre algunos reportes de casos clínicos, hay uno sobre Beth, una madre adolescente que tenía un historial de abandono y privación de alimento, lo cual estaba acompañado de dificultades emocionales en el desarrollo. Cuando había quedado embarazada a los 17 años, ella fue extremadamente negligente con su bebé debido principalmente a los conflictos internos de su propia vida con una tendencia a la repetición del abandono pasado con consecuencias peligrosas tanto para ella como para el bebé. En este sentido Fraiberg en su

análisis y práctica con este caso dice que “cuando Beth recuperó parte del afecto asociado con el trauma pasado, y al sentirse valorada por su terapeuta, se abrieron caminos hacia el afecto positivo. En tan solo un mes, fue posible ayudar a Beth a empezar a criar a su bebé en lugar de dejarla morir de hambre” (Fraiberg, 1980, p. 236). Claramente que esta autora estaba siendo vanguardia y al mismo tiempo, consideraba el daño asociado por las rupturas en el desarrollo familiar e infantil de las familias en riesgo social. Siendo estos estudios y prácticas bastantes pioneras y que son una antesala a nuestros fundamentos disciplinarios en el trabajo en trauma.

Contribuciones del Feminismo al Trauma y al Trabajo Social: Un análisis breve de las trabajadoras sociales feministas en su integración del trauma en la práctica clínica, la terapia familiar y en la vida cotidiana

De acuerdo con Ross, Brown y Johnstone (2023) las trabajadoras sociales feministas *-recordemos que muchas de ellas eran también terapeutas feministas-* y las mujeres sobrevivientes de trauma interpersonal fueron quienes influyeron en relevar la priorización de la seguridad como campo emergente basado en la no violencia de género por la década de los 70; contribuyendo a desarrollar servicios para responder a la violencia intrafamiliar, el incesto y el abuso sexual, tanto en lo colectivo como en lo psicoterapéutico. Una de las trabajadoras sociales clínicas feministas más relevantes, pero al mismo tiempo, poco conocida en nuestra profesión en nuestras latitudes, no es nada más ni nada menos que la propia nieta de Sigmund Freud, la destacada Sophie Freud-Loewenstein. No olvidemos lo que ella nos dice respecto a las consultantes más frecuentes del propio Trabajo Social, Freud-Loewenstein (1983, p. 518):

Nuestras consultantes son madres solteras en situación de pobreza (que sufren depresión), madres de niños con problemas (que sufren depresión), dueñas de casa de mediana edad con depresión, madres maltratadoras (que sufren depresión) y sus hijos maltratados; adolescentes embarazadas que necesitan un aborto o que desean conservar a sus bebés para cubrir sus necesidades de dependencia, y mujeres que han sido violadas o abusadas sexualmente por sus padres, o maltratadas por sus esposos. Hay otras consultantes, pero son principalmente estas mujeres las que acuden a nosotras por necesidad, valentía o desesperación.

Volviendo a Freud-Loewenstein (1991) nos señalará que el: “el trauma tiene diferente impacto sobre los niños y niñas, dependiendo de su etapa de desarrollo” (p. 309). Y rescatando las enseñanzas de Anna Freud nos dirá que existe una: estrecha conexión entre el cuerpo y la mente en el infante; a las inevitables repercusiones no sólo de enfermedad física pero también procedimientos médicos en la vida emocional del niño; a los efectos nocivos de la restricción de la motilidad; al trauma de renunciar a avances en el desarrollo durante la atención hospitalaria; y a la importancia de las visitas periódicas de los padres” (p. 322). En su libro “*My Three Mothers and Other Passions*” en una sección nos relatará sobre su trabajo con niños y padres adoptivos y de los contextos adversos donde ella podía “oír en mi mente las risas de las trabajadoras sociales que ahora dan en adopción a niños con discapacidades graves, niños mayores con historias de vida traumáticas o niños birraciales. Pensé que sería estimulante ilustrar los dramáticos cambios en las prácticas de bienestar infantil en una corta vida profesional” (p. 108).

La relación entre la práctica clínica feminista en el Trabajo Social y la realidad ligada a los movimientos sociales más amplios hicieron una contribución pionera en considerar que el trauma también se vivía como una forma de guerra interior dentro el propio núcleo familiar (Herman, 2004). Para Zerbe (1997) esto también fue complementado porque a mediados de la década de 1970, las trabajadoras

feministas de crisis describieron el síndrome de trauma por violación y observaron cómo las reacciones de las mujeres ante la violación representan respuestas apropiadas y comprensibles a crisis y traumas extremos. Se pusieron a disposición de las sobrevivientes de violación diversos servicios, incluyendo líneas telefónicas de crisis, sesiones informativas y de gestión de crisis en sesión única, grupos de apoyo entre pares, entrenamiento en defensa personal, terapia individual y grupal, asistencia médica, exámenes de violación y asistencia legal. Los servicios para sobrevivientes de violación se centraron en ayudar a las mujeres a superar sus creencias destruidas y a recuperar su autonomía y capacidad de decisión.

Por la época, la terapia familiar dominante de corte sistémica fue ampliamente cuestionada por las terapeutas feministas. Es importante considerar que esta tuvo importantes sesgos. De hecho, ante sus tendencias reduccionistas se rechazaba al trauma como concepto debido a que se asociaba con el psicoanálisis y con el psiquismo individual. En este sentido, las nuevas tendencias como la terapia familiar feminista contribuyeron a relevar el trauma específicamente ante la violencia y el abuso sexual en la vida cotidiana de las mujeres, dinámicas que se veían invisibilizadas por comprensiones que no enfatizaban las relaciones de poder, género y las dinámicas de dominación y opresión patriarcal.

Un libro clave en este sentido fue: *La Red Invisible: Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares* (1988). Escrito por el grupo de trabajadoras sociales clínicas -Marianne Walters, Betty Carter, Peggy Papp y Olga Silverstein- perteneciente al Women's Project in Family Therapy que se fundó en 1977. Aquí el concepto de "trauma" aparece algunas veces como una crítica reduccionista a las corrientes dominantes como el psicoanálisis, lo psicosocial y lo sistémico de identificación masculina, sumándose contra las

afirmaciones que van desde asociar que gran parte de los traumas del desarrollo era atribuidos a las madres, o en algunos casos sobre las consideraciones clínicas sobre traumas en la intimidad presente en la crianza de madres hacia sus hijos varones como también en casos clínicos de mujeres con antecedentes de trauma (Walters, Carter, Papp y Silverstein. 1996). Cómo era de esperar, el movimiento feminista a modo general y también en la práctica clínica, ya sea en forma de terapia familiar o psicoterapia feminista fueron un factor clave para comprender que las experiencias de abuso, violencia y maltrato -*aspectos relacionales del trauma*- (Dietz, 2000) eran experiencias traumáticas cotidianas y que tienen mayor frecuencia en mujeres.

Panorama actual del Trabajo Social Clínico y el Trauma

Después de este breve recorrido histórico disciplinario, al fin puedo entender lo que el psiquiatra Bessel van der Kolk (2024) dijo en una de sus clases, la cual trataba sobre los fundamentos del Trauma y en específico sobre las consecuencias de los traumas infantiles. Les comparto una reflexión que entregó relacionada a las profesiones de la salud mental:

...se demostró un efecto profundo y generalizado del trauma en la vida de las personas, en particular del trauma infantil. Pero todavía no tenemos un diagnóstico de lo que ocurre si de pequeño te traumatizan tus propios cuidadores. Así que las sociedades profesionales se han mostrado completamente reacias a ir allí, **excepto en el caso del Trabajo Social**. Pero para la psicología y la psiquiatría, les gustaría más centrarse en los trastornos, en nuestro pequeño manual ficticio... (van der Kolk, 26 de febrero del 2024, las negritas son mías para énfasis).

Como hemos revisado, todos los aportes desde Bertha Pappenheim, Jane Addams, Mary Richmond, Virginia Robinson, Jessie Taft, Clare Winnicott, Gisela Konopka, Selma Fraiberg, Sophie Freud, etc. Han

demostrado diversas prácticas clínicas, conceptualizaciones, preocupaciones, compromisos, formas de políticas e inclusive líneas de investigación en trauma -y más aún en las consecuencias del trauma infantil en la vida adulta- lo cual está documentado en nuestra propia literatura profesional revisada. En una de mis conversaciones personales con Joel Kanter, una vez le consulté directamente sobre: *¿Cuáles eran las contribuciones históricas del Trabajo Social entorno a la práctica clínica o a las investigaciones en Trauma?* Después de un largo intercambio crítico sobre nuestras concepciones respecto al trauma y al uso del término en nuestra literatura profesional, más aún ante los prejuicios que suelo escuchar de colegas y otras profesiones de que nosotros no tenemos una relación con el trauma. Él me dice lo siguiente: *“Francamente: ¿Cuándo han pasado por alto o no han considerado las y los trabajadores sociales las trágicas circunstancias de las personas con las cuales ejercen su práctica? Se podría decir que el <<trabajo en trauma>> siempre ha estado presente en el torrente sanguíneo de las y los trabajadores sociales”* (Kanter, comunicación personal del 27 de diciembre del 2024).

Precisamente, lo que he intentado hacer es un recorrido de ese torrente sanguíneo, trazar sus preocupaciones y líneas claves. Sin duda alguna que lo que podemos afirmar es que en algunas épocas el ejercicio y las conceptualizaciones del trauma fueron más implícitas obviamente debido a que el “trauma” no era ni una categoría diagnóstica, como tampoco, existió una conceptualización adecuada del mismo -tal como fue en la época de Addams, Richmond, Pappenheim-. Obviamente, esto no implicaba que sus respuestas no fueran sensibles o centradas en las graves adversidades psicosociales que hoy en día se definen como “traumáticas” -la guerra, la dislocación por migración, la pobreza crónica, el racismo, etc-.

Pero en otra época fue explícita y directa, había plena conciencia, atención y focalización del trabajo clínico en trauma en sus diversos niveles de práctica directa -tal como es en el caso de Robinson, Taft, Hamilton, Winnicott, Fraiberg, Hollis, Perlman, Konopka, Sophie Freud y en el grupo feminista de Walters-. Claramente que desde, durante y después de los años 30, el trabajo en trauma y sus diversas prácticas clínicas -desde la terapia, psicoterapia, consejería, terapia de grupo, terapia familiar, intervención en crisis, la educación familiar, etc- fueron las preocupaciones centrales en la teoría y práctica del Trabajo Social, más aún en el tratamiento familiar, grupal y comunitario (Grant, 2008).

En un clásico artículo sobre Trauma que aparece en la destacada Enciclopedia de Trabajo Social editada por Mizrahi y Davis (2008). La autora Smith (2008, p. 244) expresa una importante reflexión:

“Muchos trabajadores sociales consideran a la perspectiva del trauma como congruente con la perspectiva de las fortalezas porque mucho de lo que tradicionalmente se consideraba psicopatología (por ejemplo, la autolesión del cliente) puede ser visto como adaptativo y significativo dentro del contexto de la situación traumática original. La perspectiva de la persona en su ambiente del Trabajo Social es especialmente útil para comprender e intervenir en problemas relacionados con el trauma. Para los trabajadores sociales de nivel macro, los conceptos de vulnerabilidad y resiliencia comunitaria entran en juego cuando trabajan con barrios, ciudades, regiones y el país. Los trabajadores sociales fueron el grupo más grande de voluntarios de salud mental que trabajaron con la Cruz Roja después del 11 de septiembre del 2001. Las políticas y prácticas informadas por el trauma son muy compatibles con los valores del Trabajo Social en el sentido de que se considera esencial la necesidad de empoderar a los clientes que han experimentado trauma. Como resultado, existe una crítica necesidad de que los trabajadores sociales aboguen por políticas y prácticas informadas por el trauma en todos los sistemas”.

Claramente que después de los años 90 y en adelante, las y los trabajadores sociales clínicos se abocaron más directamente al trabajo terapéutico en trauma desarrollando importantes contribuciones a la terapia familiar, a la psicoterapia y al trabajo comunitario. Aquí se destaca por ejemplo el desarrollo del *modelo de trauma relacional* en Terapia Familiar por las trabajadoras sociales clínicas Marcia Sheinberg y Fiona True, en colaboración con el psicólogo clínico Peter Fraenkel en el Instituto Ackerman de Estados Unidos (Ackeman Institute, s/f). El libro sobre el Trauma Relacional del Incesto (Sheinberg y Fraenkel, 2001) es una lectura clásica sobre este tema. Marcia y los colegas mencionados fueron premiados por la American Family Therapy Academy en 2012 por sus contribuciones al campo de la terapia familiar ante este proyecto.

Otra línea relevante en trauma es la desarrollada por los trabajadores sociales de la terapia narrativa y las prácticas colectivas. En este sentido, el trabajo pionero de Michael White por medio del Dulwich Centre durante la década del 2000 fue totalmente innovador. Aquí se destaca, por ejemplo, el trabajo en trauma múltiple con víctimas de guerra en Palestina (White, 2004), el trabajo con niños y niñas que luchan contra el trauma (White, 2006; 2006a) y sus conceptualizaciones sobre trauma en la comunidad (White, 2003). Precisamente de este trabajo sobre el trauma, Michael White desarrollará una de las prácticas narrativas más innovadoras "*lo ausente pero implícito*" (White, 2000; Freedman, 2012). El interés de los profesionales narrativos por el trauma puede apreciarse en el libro *Trauma: Narrative Responses to traumatic experience* (Denborough, 2006) o también en artículos sobre trabajo comunitario narrativo (Epston, 2014).

En una línea más general, y más allá de lo propiamente terapéutico, nos encontramos con trabajadoras sociales clínicas como Ann Goelitz

(2013, 2020) y su clásico texto *From Trauma to Healing*. Un libro dirigido exclusivamente a trabajadores sociales sobre y para el trabajo en trauma, en donde incluye no solo análisis sobre los temas más recurrentes sino también consejos prácticos que pueden guiar nuestro trabajo con sobrevivientes de experiencias traumáticas. En una línea similar está Hilary Jacobs Hendel (2020) con su metodología del triángulo del cambio en trauma.

En líneas más psicoterapéuticas críticas desde trabajadores sociales clínicos nos encontramos las formas de psicoterapia anti-racista para responder al trauma racial con Resma Menakem (2017) y David Archer (2021). Como también las psicoterapias corporales como las desarrolladas por Babette Rothschild (2014, 2016) o Deb Danna con la terapia centrada en la teoría polivagal (2019, 2022). Por último, los colegas como Carolyn Knight (2015, 2019, 2020), Jill Levenson (2017, 2020) o Laura Quiros y Ronni Berger (2013, 2021) quienes son los que se disputan por ser los pioneros en introducir el concepto de *Práctica Informada por el Trauma en Trabajo Social*. Ellos y muchos otros han introducido importantes consideraciones intelectuales de ser informados por el trauma en temas como la tutoría en terreno, la formación, la supervisión clínica y la práctica generalista de los trabajadores sociales informados por el trauma. Obviamente y debido a las limitaciones del presente trabajo, no puedo hacer un análisis más exhaustivo sobre nuestras contribuciones disciplinarias en el mundo de hoy pero este primer intento busca otorgar algunas luces centrales y que sin duda alguna volveré a retomar en líneas de investigación posteriores.

4. TRABAJO SOCIAL CLÍNICO INFORMADO POR EL TRAUMA

Dada nuestra herencia profesional y ante el panorama actual en la práctica del Trabajo Social Clínico. Se vuelve inevitable el hecho de que esta

especialidad coloque atención y centre sus esfuerzos en otorgar servicios directos y en realizar formas de acción social dirigidas a reducir los efectos negativos de las experiencias traumáticas en las personas. Si bien, han existido consideraciones directas o indirectas sobre *trabajar y/o estudiar* el trauma, esto de por sí, no garantiza que nuestra práctica en realidad sea realmente *informada por el trauma*. El solo hecho de trabajar con personas que tienen trauma y el tener experiencia laboral en un ámbito donde se atienden personas con estas experiencias, no te vuelven informado por el trauma o que tu práctica clínica esté haciéndose en este sentido (Phoenix Trauma Center y Giacomucci, 7 de mayo del 2021).

Por lo tanto, esto claramente aplica al Trabajo Social Clínico, ya que este de por sí no es automáticamente informado por el trauma y para que lo sea, debe integrar algunas nociones, filosofías y cosmovisiones. Después de todo, el *ser informado por el trauma* más que un enfoque que uno pueda elegir voluntariamente –de hecho, me pregunto: ¿si es que acaso se puede obviar el trauma?–, en realidad es más bien una forma de pensar y hacer –siendo para mí una perspectiva transversal de práctica clínica hoy en día–. De hecho, podríamos afirmar que lo esencial es su perspectiva de fortalezas y focalización en las potencialidades de las personas, incluyendo una comprensión del comportamiento humano en un contexto relacional y la contemplación de las estrategias de afrontamiento que las personas han desarrollado al enfrentar experiencias traumáticas. Ante esto, lo fundamental es que el profesional desarrolle una amplia comprensión del trauma y sus dimensiones neurobiológicas, psicosociales y políticas; implementando simultáneamente una visión que considere a las personas no solo como víctimas de incidentes traumáticos, sino como personas con un importante conocimiento de sobrevivencia y resistencia, y que en algún momento pueden

inclusive colaborar con otras personas a desafiar dichas experiencias en colaboración y asociación (Bent-Goodley, 2019; Reynolds, 2020; Denborough, 2022).

Una conceptualización relevante sobre trauma es la ofrecida por las trabajadoras sociales clínicas Marlene Cooper y Joan Granucci-Lesser (2014) quienes refieren que un trauma es una experiencia que es emocionalmente dolorosa, angustiada y que abruma la capacidad de una persona para sobrellevar una determinada situación. Siendo el resultado general una sensación de vulnerabilidad e impotencia. Para algunos, el trauma puede referirse a circunstancias que están fuera de la experiencia humana normal. Para otros, el trauma puede ocurrir con frecuencia y convertirse en parte de la experiencia humana. Un elemento clave es que la experiencia subjetiva de eventos objetivos es la que determina si un evento es traumático. Por lo que es importante recordar esto, ya que minimizar el impacto del trauma en una persona da como resultado una falta de validación que intensifica la respuesta traumática de la misma. Además, agregan que el trauma se puede clasificar de varias formas. La experiencia traumática puede incluir eventos a corto plazo o inesperados. Puede inclusive haber una serie de eventos traumáticos o exposición a un evento traumático prolongado. Los traumas pueden involucrar experiencias directas o eventos experimentados indirectamente. Por ejemplo, los desastres naturales pueden ser traumáticos, pero son más aún, los traumas causados por la inhumanidad del ser humano hacia otros seres humanos (Goelitz y Steward-Khan, 2013; Cooper y Granucci-Lesser, 2014). Dado lo anterior, una definición sobre Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma que puedo ofrecer y que se basa en las ideas, reflexiones y consideraciones de trabajadores sociales clínicos como Cooper y Granucci-Lesser (2014), Knight (2015, 2019, 2020), Levenson (2017, 2020), Szczygiel (2018), Laura Quiros (2021), Berger y

Quiros (2013), Berger, Quiros y Benavidez-Hatzis (2017) es la siguiente: *Es una forma especializada de práctica terapéutica y de acción colectiva enfocada e intencionada que contiene una comprensión y un marco teórico amplio basado tanto en la investigación sobre el impacto del trauma en lo biológico, psicosocial y político, como también en las relaciones interpersonales y en nuestro enlace con la sociedad. Su foco central está en la emergencia y en la vanguardia que nos lleva a introducir las mejores prácticas y conocimientos que contribuyan a restablecer, sanar o recuperarnos de eventos traumáticos. Se fundamenta en paradigmas, filosofías, éticas y saberes que sostienen la necesidad de crear relaciones profesionales de apoyo, basadas en la confianza, en la no traumatización, creando entornos seguros y espacios terapéuticos que reconocen el impacto central de los traumas en las personas, familias, parejas, grupos y comunidades, por lo que la o el trabajador social clínico deberá generar procesos terapéuticos que contribuyan a la reducción de los daños traumáticos mediante una relación contenedora. Su énfasis también está en una comprensión integral y sus respuestas buscan reducir los efectos del trauma a todo nivel, ya sea en la prevención de la re-traumatización, como también en la sanación o reparación de dichas experiencias. Sosteniendo un foco en el empoderamiento y agencia de las personas con las cuales se trabaja mediante prácticas que generen seguridad. Sus principios claves son: la seguridad, la confianza, la elección, la colaboración, el empoderamiento y ser receptivos a la dignidad cultural, de género y raza.*

El Trabajo Social Clínico informado por el trauma tiene una comprensión de que la propia biología puede verse afectada por una variedad de experiencias traumáticas: desastres naturales, represión política, violencia, catástrofes, percances

inesperados y/o procedimientos médicos negligentes, guerras, maltrato institucional, presencia de abusos y opresión social continua, etc. Esto implica, que la biología afectada condiciona la experiencia psicosocial de las personas en el mundo y en sus relaciones interpersonales, generando una sensación inseguridad y peligro. El *ser informados por el trauma* en nuestra profesión es el desarrollo y la puesta en práctica de una conciencia profesional ante los desafíos y dificultades singulares que las y los sobrevivientes de trauma pueden enfrentar dentro del contexto de las relaciones sociales, ya sean personales o en relaciones terapéuticas (Szczygiel, 2018).

Un Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma significa que la evaluación integral, las prácticas terapéuticas y la acción social que se desarrollan están fundamentadas en los principios y/o saberes que emergen de los paradigmas informados por el trauma y que involucra tanto a las perspectivas, el cuidado, las prácticas y terapias. Obviamente, todo esto está anclado en las mejores prácticas que la investigación en trauma puede ofrecernos desde una constante actualización en el campo. Un panorama de estos principios está adaptado de las propuestas del Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014) incluyendo también las de Knight (2015, 2019, 2020), Levenson (2017, 2020), Szczygiel (2018), Laura Quiros (2021), sin limitarse a estas, pueden ser hoy las siguientes:

- **Comprender el trauma y su impacto:** Vislumbrar el estrés traumático y como esto impacta a las personas implica reconocer que muchas conductas y respuestas que podrían parecer inefectivas y poco saludables en el presente representan o representaron respuestas adaptativas o formas de sobrevivencia y resistencia a las experiencias traumáticas vividas.

- **Promover la seguridad:** El establecimiento de ambientes físicos y emocionales seguros, en donde las necesidades básicas son reunidas y satisfechas es una prioridad central. Esto también implica que existan también medidas de seguridad en el lugar donde se desarrolla la práctica profesional, y que los organismos ejecutores de dichas políticas respondan consistentemente, predecible, continua, anticipatoria y respetuosamente, tanto a las personas como a los profesionales.
- **Asegurar la dignidad cultural:** La comprensión de como los contextos culturales influyen en las percepciones y las respuestas a los eventos traumáticos y al proceso de recuperación, debe ser una pieza clave en todo proceso terapéutico, respetando la diversidad dentro de los programas o instituciones, entregando oportunidades para que las personas que usan dichos servicios puedan participar en sus rituales culturales y usar prácticas locales o saberes alternativos siendo respetados y sostenidos, principalmente aquellos bagajes culturales específicos, tanto en la terapia como en el trabajo comunitario u otros afines.
- **Apoyar el control de las personas, la elección y la autonomía:** Asistir a las personas a recuperar un sentido de control a lo largo de su vida diaria y construir competencias que fortalezcan su sentido de autonomía, acordando con ellas que se les informará acerca de todos los aspectos del sistema y sus procesos terapéuticos, esbozando expectativas claras, ofreciendo oportunidades para que las personas puedan tomar decisiones diarias y participar en la creación de metas personales, manteniendo conciencia y respeto por los derechos humanos y las libertades. Esto también involucra lo que ellas decidan en sus propios procesos terapéuticos -por ejemplo, si quieren invitar a la terapia a sus amistades u otras personas significativas, etc-.
- **Compartir el poder y la gobernanza:** Promover democratización y la equidad de las diferencias de poder transversalmente en los programas o centros, compartiendo el poder y la decisión de quehacer integralmente en todos los niveles de una organización, ya sea relacionado a las decisiones diarias, a los procesos clínicos o en la revisión y creación de políticas y procedimientos.
- **El cuidado integral:** Mantener una visión holística de las personas y sus procesos de sanación, facilitando la comunicación dentro y entre los servicios que entregan directamente y los sistemas sociales más amplios. Aquí también se incluye la necesidad de una supervisión clínica informada por el trauma y prácticas de cuidado profesional y capacitación en trauma, tanto como una responsabilidad institucional como profesional individual.
- **Conciencia de que la curación sucede en las relaciones sociales:** Existe una convicción a que el establecer seguridad, autenticidad y relaciones positivas puede ser correctivo y restaurativo en los sobrevivientes de trauma, más aún si se hace en alianza con quienes confían o han desarrollado un refugio emocional -sean estas personas cercanas, amigos, grupos, familiares, colectivos u otros profesionales relacionados-.
- **El axioma de que siempre la recuperación es posible:** Comprender que la recuperación es posible para todos, independientemente de cuan vulnerables ellos puedan parecer. Proveen oportunidades para las personas y formar a personas en la participación en todos los niveles del sistema, facilitando el soporte de compañeros, focalizándose en las fortalezas y resiliencia, con la finalidad de establecer metas orientadas al presente y futuro.

CONSIDERACIONES FINALES

En el transcurso del presente texto se ha realizado una importante contextualización del trauma como condición de existencia en nuestras sociedades contemporáneas y mucho más aún como eje transversal en la práctica clínica de hoy. Si bien *el ser informados por el trauma* puede parecer un concepto relevante y que requiere de una rápida introducción a nuestra práctica y pensamiento. Debemos detenernos a pensar algunas cosas, primeramente. Por un lado, es importante considerar que es en estas últimas dos décadas en donde esta propuesta o movimiento social, ha estado tratando de instalarse en la cultura profesional, en diversas prácticas, organismos públicos o privados, en la ética profesional y más aún en el Trabajo Social Clínico (Tucci, Mitchell, Porges y Tronick, 2024).

Si bien existen críticas importantes tales como que ser informados por el trauma lleva consigo un cargado sesgo psicologizador o variadas ideas centradas en los neurobiologismos. Estos pueden ser incompatibles en algunas ocasiones con los propios valores del Trabajo Social y con nuestras concepciones más construccionistas sobre el "yo", el cual suele ser comprendido en el contexto de las narrativas de género, las relaciones de poder y las dinámicas de los sistemas estructurales de opresión. Ante esto, pareciera que las epistemes vigentes de ser informados por el trauma sostienen ciertas prácticas que enfatizan más una nueva semántica de una nueva forma de neopsicopatología neoliberal casi imperceptible (Moulding, 2017). Si bien es importante comprender las contribuciones de las neurociencias, la psicoterapia sensible al trauma y el aparataje filosófico de ser informados por el trauma, esto no debe invisibilizar u oscurecer nuestra identidad profesional y visión propia sobre estos temas, por lo que debemos hacer esfuerzos para no perder nuestra identidad y nuestras teorías ante la

avalancha del neurocientificismo psiquiátrico. Esto conlleva a hacer una revisión y deconstrucción de nuestros autores y a trazar las éticas, las teorías clínicas y las prácticas terapéuticas que sean concordantes con nuestro devenir como un Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma sustentado en los valores y misiones de la profesión.

Otras críticas relevantes son las generadas por Ross, Brown y Johnstone (2023) quienes sostienen que *ser informados por el trauma* ha conllevado una estandarización de prácticas que suelen ser despolitizadas, descarnadas del género, medicalizadas e individualizantes dentro de sistemas con constricciones neoliberales. Estas autoras canadienses proponen por ejemplo el concepto de: *ser informadas por el trauma y contra la violencia* como una forma de localizar que el sufrimiento, el dolor y la angustia surgen dentro de un sistema de desigualdades estructurales, históricas y culturales, lo que nos lleva a considerar el racismo y el colonialismo. Esta perspectiva sobre el contexto social es más coherente con el Trabajo Social, conllevando una reflexión crítica y un acercamiento de práctica biopsicosocial que es útil para reconocer la forma en que el comportamiento puede ser entendido como respuestas acumulativas ante la violencia y el abuso que ocurrieron dentro de entornos o contextos traumatizantes e invalidantes.

Todo lo anterior es compatible con lo que Tucci, Mitchell, Porges y Tronick (2024) refieren cuando dicen, por ejemplo, que la clásica pregunta informada por el trauma sobre que: "*¿Qué te pasó?*" debería convertirse en: "*¿Cómo te han lastimado? ¿Quién te lastimó? ¿Cómo puedo entender lo que significa esto para ti? o ¿Qué necesitas de las relaciones que te rodean o que están cerca de ti?*"

Son variadas las reflexiones que podríamos realizar sobre los desafíos y cambios que involucra ser

informados por el trauma y su intersección con el Trabajo Social Clínico. Primero que nada, el hacer ciertas modificaciones para no perder nuestra identidad profesional y diferenciarnos de otras profesiones clínicas que trabajan en el mismo campo es una urgencia desde mi punto de vista. Por otro lado, estaría la necesidad de integrar prácticas terapéuticas que no necesariamente se basen en una "evidencia" sostenida bajo un paradigma de corte científico occidental. Esto involucra integrar conocimientos y saberes populares e indígenas a la comprensión del trauma, lo cual nos llevará a la inclusión de prácticas no convencionales o populares que suelen responder mejor a las necesidades terapéuticas culturales particulares más que a la necesidad de implantar una homogenización paradigmática de una salud mental globalizada e imperialista. Ante lo dicho, y lo más relevante de considerar, es el mantener una comprensión anti-opresiva y más sociopolítica del trauma, la cual contribuya a desafiar las inequidades sociales y los sistemas de opresión social invisibilizados que muchas veces las comprensiones dominantes sobre el trauma suelen oscurecer. Finalmente, solo me queda señalar que queda un largo camino por recorrer y estamos recién dando nuestros primeros pasos en América Latina. Ante lo cual, todos estamos involucrados en construir un Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma que sea coherente y con una adecuada traducción a cada contexto particular, país y geografía.

REFERENCIAS

- Ackerman Institute. (s/f). *Children and Relational Trauma: Overview*. Disponible en: <https://www.ackerman.org/research/children-and-relational-trauma/>
- Addams, J. (2010). *Veinte años en Hull House*. Ediciones de la Universidad de Murcia: España.
- Addams, J. (2013). *Hull House: El valor de un centro Social*. Paraninfo: España.
- Addams, J. (2014). *El largo camino de la memoria de las mujeres*. Prensas de la Universidad de Zaragoza: España.
- Agnew, E. (2004). *From Charity to Social Work: Mary E. Richmond and the Creation of an American Profession*. University of Illinois Press: United States.
- Archer, D. (2001). *Anti-Racist Psychotherapy: Confronting Systemic Racism and Healing Racial Trauma*. Each One Teach One Publications: Canadá.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™*. American Psychiatric Publishing: England.
- Barry, E. (25 de abril del 2023). *She Redefined Trauma. Then Trauma Redefined Her. Dr. Judith Herman, who helped launch the field of trauma studies, has returned to publishing after a long, mysterious ordeal*. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2023/04/24/health/judith-herman-trauma.html>
- Baird, M. (1982). *Social Work Contributions to Psychotherapy*. En Lieberman, F. *Clinical Social Workers as Psychotherapists* (pp. 21-35). Gardner Press: United States.
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming children and youth*, 17(3), 17-21.
- Benedetti, M. (2021). *Poesía trunca: Poesía latinoamericana revolucionaria*. Visor: España.
- Bent-Goodley T. B. (2019). The Necessity of Trauma-Informed Practice in Contemporary Social Work. *Social Work*, 64(1), 5–8. <https://doi.org/10.1093/sw/swy056>
- Berger, R., & Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, 20(4), 296–301. <https://doi.org/10.1037/h0099835>
- Berger, R., Quiros, L., & Benavidez-Hatzis, J. R. (2017). The intersection of identities in supervision for trauma-informed practice: Challenges and strategies. *The Clinical Supervisor*, 37(1), 122–141.

- Bercelli, D. (2011). *Liberación del Trauma: Perdón y Temblor es el camino*. Cuatro Vientos: Chile.
- Bebout R. R. (2001). Trauma-informed approaches to housing. *New directions for mental health services*, (89), 47-55.
- Berthold, S. M. (2015). *Human Rights-Based Approaches to Clinical Social Work*. Springer: United States.
- Bodenheimer, D. (2017). *On Clinical Social Work: Meditations and Truths from the Field*. The New Social Worker Press: United States.
- Boyano, J. (2022). *Eso no estaba en mi libro de la historia de la Psicología*. Almuzara: España.
- Borch-Jacobsen, M. (2021). *Freud 's Patients: A Book Of Lives*. Reaktion Books: United States.
- Bowen, E; Shaanta, N; Brylinski-Jackson, A y Gatenio, S. (2019). *Moving Toward Trauma-Informed and Human Rights-Based Social Policy: The role of the Helping Professions*. En Butler, L; Critelli, F; y Carello, J. *Trauma and Human Rights: Integrating Approaches to address Human Suffering* (pp.55-74). Palgrave Macmillan: Switzerland.
- Black, W. G. (1991). Social Work in World War I: A Method Lost. *Social Service Review*, 65(3), 379-402. <http://www.jstor.org/stable/30012406>
- Blechner, M. J. (2022). The Three Cures of Bertha Pappenheim (Anna O): "The Talking Cure, the Writing Cure and the Social Cure". *Contemporary Psychoanalysis*, 58(1), 3-25.
- Bloomenfeld, J. y Rasmussen, T. (2012). *The Evolution of Trauma-Informed Practice at the Jean Tweed Centre*. En Poole, N. y Greaves, L. (Ed). *Becoming Trauma Informed* (pp.135-144). Centre for Addiction and Mental Health: Canadá.
- Brownstein, G. (2024). *The Secret Mind of Bertha Pappenheim: The Woman Who Invented Freud's Talking Cure*. Public Affairs: United States.
- Brydon, K. (2011). Promoting diversity or confirming hegemony? *In search of new insights for social work*. *International Social Work*, 55(2), 155-167. <https://doi.org/10.1177/0020872811425807>
- Brown, J.M. (2012). Theory, practice and use of self in the open dialogues approach to family therapy: A simple complexity or a complex simplicity? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33: 266-282.
- Brown, J. (2015). Family therapy with foster families of maltreated children. *Journal of Family Therapy*, 37: 286-307.
- Brown, C. (2020). *Critical clinical social work: theoretical and practice considerations*. En C. Brown & J. McDonald (Eds.) *Critical clinical social work: counterstorying for social justice* (pp. 16-58). Canadian Scholars: Canadá.
- Brown, J. (2019). *Anti-Oppressive Counseling and Psychotherapy: Action for Personal and Social Change*. Routledge: United State
- Brown, C y MacDonald, J. (2022). *Critical Clinical Social Work: Working in the Context of Trauma and (dis)Ability*. En Baines, D; Clark, N y Bennett, B (Eds.) *Doing Anti-Oppressive Social Work: Rethinking Theory and Practice*. 4th Edition. Fernwood publishing: Canadá.
- Carniol, B. (2000). *Cuestionamiento sobre los servicios sociales en Canadá*. En Tello, N. (coor). *Trabajo Social en algunos países: Aportes para su comprensión* (pp. 81-99). Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Cautin, R. (2011). *A century of psychotherapy, 1860-1960*. En Norcross, J; Vandenbos, G & Freedheim, D. *History of Psychotherapy: Continuity and Change* (pp. 3-38). American Psychological Association: United States.
- Cooper, M y Granucci-Lesser, J. (2014). *Clinical Social Work Practice: An Integrative Approach*. 5th Edition. Pearson: United States.
- Danna, D. (2019). *La Teoría Polivagal en Terapia: Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Editorial Eleftheria: España.
- Danna, D. (2022). *Anclados: Cómo entablar amistad con tu sistema nervioso con la teoría polivagal*. Editorial Eleftheria: España.

- Denborough, D. (2014). Michael White and Adventures Downunder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35: 110-120.
- Denborough, D. (2022). Daño Moral y Reparación Moral: Las posibilidades de las prácticas narrativas inspiradas en una relación fraterna australiana-afgana. *Revista Latinoamericana de Trabajo Social Clínico*. 2(1), 106-155.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Gedisa: España.
- Denning, P y Little, J. (2014). *Practicando la Psicoterapia de Reducción de Daños: Un enfoque alternativo a las adicciones*. Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños: Chile.
- Dietz, C. A. (2000). Responding to Oppression and Abuse: A Feminist Challenge to Clinical Social Work. *Affilia*, 15(3), 369-389.
- Dickerson, V.C. (2014). The Advance of Poststructuralism and Its Influence on Family Therapy. *Family Process*, 53: 401-414.
- Dominelli, L y MacLeod, E. (1999). *Trabajo Social Feminista*. Cátedra: España.
- Dorfman, R. (1988). *Clinical Social Work: The Development of a Discipline*. En R. Dorfman (comp.). *Paradigms of Clinical Social Work: Volumen 1* (pp. 3-24). Brunner/Mazel. United States.
- Dorfman, R. (1996). *Clinical Social Work: Definition, Practice and Vision*. Brunner/Mazel: United States.
- Ellenberger, H. (1976). *El descubrimiento inconsciente: Historia y Evolución de la Psiquiatría Dinámica*. Editorial Gredos: España.
- Etymology Online Dictionary. (s.f.). *Trauma*. En Etymology Online. Recuperado en 10 de diciembre del 2024 de: <https://www.etymonline.com/word/trauma>
- Elliott, D.E., Bjelajac, P., Fallot, R.D., Markoff, L.S. and Reed, B.G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33: 461-477.
- Epston, D. (2014), To Christchurch with Love: Family, Neighbourhood and Community Responses to Earthquake-Related Trauma. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(1), 341-352.
- Fraiberg, S. (1971). Separation Crisis in Two Blind Children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26(1), 355-371.
- Fraiberg, S. (1977). *Every Child's Birthright: In Defense of Mothering*. Basic Books: United States.
- Fraiberg, S. (1977). *Insights from the Blind: Comparative studies of blind and sighted infants*. Basic Books: United States.
- Fraiberg, S (ed). (1980). *Clinical Studies in Infant Mental Health*. Basic Books: United States.
- Freud-Loewenstein, S. (1983). *A Feminist Perspective*. En Rosenblatt, A & Waldfogel, D. *Handbook of Clinical Social Work* (pp. 518-548). Jossey-Blass Publishers: United States.
- Freud-Loewenstein, S. (1991). *My Three Mothers and Other Passions*. New York University Press: United States.
- Freud, S. (2016). *Autobiografía: Historia del movimiento psicoanalítico*. Alianza: España.
- Freedman, J. (2012). Explorations of the absent but implicit. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 4(1), 1-10).
- Fisher, J. (2020). *Cómo sanar la fragmentación interna de los sobrevivientes de trauma y superar la alienación interior*. Pléyades: España.
- Germain, C. (1972). *Casework and Science: A Historical Encounter*. En Roberts, R & Nee, R (ed). *Theories of Social Casework* (pp. 3-32). The University of Chicago Press: United States.
- Goelitz, A y Steward-Khan, A. (2013). *From Trauma to Healing: A social worker's guide to working with survivors*. Routledge: United States.
- Goelitz, A. (2020). *From Trauma to Healing: A social worker's guide to working with survivors*. Second Edition. Routledge: United States.

- Gómez De Silva, G. (2012). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. Fondo de Cultura Económica: México.
- Glicken, M. (2004). *Using the Strengths Perspective in Social Work Practice: A positive Approach for the Helping Profession*. Pearson: United States.
- Grant, D. (2008). *Clinical Social Work*. En Mizrahi, T & Davis, L (ed). *Encyclopedia of Social Work: Volumen 1 A-C* (pp. 316-326). 20th Edition. NASW Press & Oxford University Press: United States.
- Grandón-Zerega, P. (2024). Latin American Critical Clinical Social Work: A proposal for incorporating anti oppressive decolonial perspectives and local knowledge in justice-focused clinical practice. *Clinical Social Work Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10615-024-00944-z>
- Graham, J & Taylor, S. (2000). *La historia del Trabajo Social en Canadá*. En Tello, N. (coor). *Trabajo Social en algunos países: Aportes para su comprensión* (pp. 63-80). Universidad Nacional Autónoma de México: México.
- Grooshong, L. (2009). *Clinical Social Work Practice and Regulation: An Overview*. University Press of America: United States.
- Haines, S. (2019). *The politics of Trauma: Somatics, Healing and Social Justice*. North Atlantic Books: United States.
- Haskell, L. (2012). *A Developmental Understanding of Complex Trauma*. En Poole, N. y Greaves, L. (Ed). *Becoming Trauma Informed* (pp.09-27). Centre for Addiction and Mental Health: Canadá.
- Hamilton, G. (1940). *Theory and Practice of Social Case Work*. Columbia University Press: United States.
- Hamilton, G. (1947). *Psychotherapy in Child Guidance*. Columbia University Press: United States.
- Hamber, B. (2011). *Transformar las sociedades después de la violencia política: Verdad, Reconciliación y salud mental*. Ediciones Bella Terra: España.
- Hardy, K. (2023). *Racial Trauma: Clinical Strategies and Techniques for Healing Invisible Wounds*. W.W Northon: United States.
- Harris, M y Fallot, R. (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems*. Jossey-Blass: United States.
- Herman, J. (2004). *Trauma y Recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa: España.
- Hull House Museum. (2006). *An Experiment in Democracy*. [DVD]. College of Architecture and the Arts of University of Illinois at Chicago: United States.
- Hollis, F. (1964). *Casework: A psychosocial therapy*. Random House: United States.
- Hübl, T. (2021). *Sanar el Trauma Colectivo: La integración de nuestra heridas intergeneracionales y culturales*. Gaia: España.
- Ife, J. (2022). *Human Rights for Social Work*. En Shaheen, S; LeFrancois, B; y Macías, T (eds.) *Critical Social Work Praxis* (pp.87-94). Fernwood Publishing: Canadá.
- Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico. (07 de octubre del 2019). *Se realiza curso de Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma entre CELATS y ICHTSC*. Disponible en: <https://bit.ly/3UYhWeL>
- Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico. (28 de febrero del 2020). *Intercambios Técnicos sobre Trabajo Social Clínico entre ICHTSC y SENAME*. Disponible en: <https://bit.ly/4iQtfkH>
- Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico. (03 de agosto del 2020). *Se realiza con éxito el II curso internacional sobre Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma*. Disponible en: <https://bit.ly/4kNzaJb>

- Lewin, R. (2009). *Gisela Peiper Konopka: February 11, 1910–December 9, 2003*. Disponible en: <https://jwa.org/encyclopedia/article/konopka-gisela-peiper>
- Lewin, R. (2011). *Gisela Konopka (1910 – 2003) — Social Group Worker, Researcher, Educator and Author*. Disponible en: <https://socialwelfare.library.vcu.edu/people/konopka-gisela/>
- Loveland, J. L. (2009). Smith College School for Social Work and Combat-Related Trauma: Allegiance, Scholarship, and Commitment. *Smith College Studies in Social Work*, 79(3–4), 471–491.
- Kondrat, M. (2008). *Person-in-Environment*. En Mizrahi, T & Davis, L (ed). *Encyclopedia of Social Work: Volumen 3 J-R* (pp. 348-354). 20th Edition. NASW Press & Oxford University Press: United States.
- Kumsa, M. (2022). *Human Rights for Social Work?* En Shaheen, S; LeFrancois, B; y Macías, T (eds.) *Critical Social Work Praxis* (pp.112-115). Fernwood Publishing: Canadá.
- Knight, C. (2015). Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clinical Social Work Journal*. 43, 25–37.
- Knight, C. (2019). Trauma Informed Practice and Care: Implications for Field Instruction. *Clinical Social Work Journal*. 47, 79–89.
- Knight, C. (2020). *Trauma-informed supervision: Historical antecedents, current practice, and future directions*. En Knight, C y Borders, L (ed). *Trauma-Informed Supervision: Core components and unique dynamics in varied practice contexts* (pp.07-37). Routledge: United States.
- Land, H. (1998). *The Feminist Approach to Clinical Social Work*. En Dorfman, R (Ed.) *Paradigms of Clinical Social Work: Vol. II* (pp. 227-256). Brunner/Mazel: United States.
- LaCapra, D. (2005). *Escribir la historia, escribir el trauma*. Nueva Visión: Argentina.
- Levenson J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social Work*, 62(2), 105–113.
- Levenson, J. (2020). Translating Trauma-Informed Principles into Social Work Practice. *Social Work*, 65(3), 288–298.
- Levenson, J; Willis, G y Prescott, D. (2022). *Trauma-Informed Care: Transforming Treatment for People Who have Sexually Abused*. Safer Society Press: Unites States.
- Lee, J. (1994). *The Empowerment Approach to Social Work Practice*. Columbia University Press: United States.
- Lillo, M. (2010). *Silencio, Trauma y Esperanza: Novelas chilenas de la dictadura 1977-2010*. Ediciones UC: Chile.
- Maté, G. (2021). *Cuando el cuerpo dice No: La conexión entre el estrés y la enfermedad*. Gaia: España.
- Malagón, J & Sarasola, J. (2006). *Nacimiento y Evolución del Trabajo Social*. En Fernández y Alemán (coord). *Introducción al Trabajo Social Social* (pp.78-109). Alianza: España.
- Medina, R. (2022). *La terapia familiar de tercer orden: Del amor indignado al diálogo solidario*. Morata: España.
- Menakem, R. (2017). *My grandmother's Hands: Racialized Trauma and the Pathway to Mending Our Hearts and Bodies*. Central Recovery Press: United States.
- Miranda, M. (2014). *Prólogo*. En Addams, J. *El largo camino de la memoria de las mujeres* (pp. IX-XX). Prensas de la Universidad de Zaragoza: España.
- Mullan, J. (2023). *Decolonizing Therapy: Oppression, Historical Trauma and Politicizing your practice*. W.W. Northon & Company: United States.
- Muller, R. (2020). *El trauma y la lucha por abrirse. De la evitación a la recuperación y el crecimiento*. Desclée De Brouwer: España.
- Mullaly, B., & West, J. (2018). *Challenging oppression and confronting privilege: A critical approach to anti-oppressive and antiprivilege theory and practice*. Oxford: Canadá.

- Moosa-Mitha, M. (2022). *Interrogating Routes to Feminist Theorizing: Indigenous, Anti-Racist, Poststructural and Liberal Frameworks*. En Shaheen, S; LeFrancois, B; y Macías, T (eds.) *Critical Social Work Praxis* (pp.148-157). Fernwood Publishing: Canadá.
- Moulding, N. (2017). Damned If You Do, Damned If You Don't: Conflicted Femininities in Women's Narratives of Childhood Emotional Abuse. *Affilia*, 32(3), 308-326.
- National Association of Social Workers Foundation (s/f). *Mary Ellen Richmond (1861-1928)*. Disponible en: <https://www.naswfoundation.org/Our-Work/NASW-Social-Work-Pioneers/NASW-Social-Workers-Pioneers-Bio-Index/id/477>
- Perlman, H. (1957). *Social Casework: A Problem-Solving Process*. The University of Chicago Press: United States.
- Perlman, H. (1968). *Persona: Social Role and Personality*. The University of Chicago Press: United States.
- Pharis, M. (1974). Conversation with Jane Addams. *Clinical Social Work Journal*, 2, 148-157.
- Phoenix Trauma Center y Giacomucci, S. (7 de mayo del 2021). *Trauma Informed Principles & Practices*. [Archivo de Video]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ANRIWfuWOGQ&t=104s>
- Quiros, L., & Berger, R. (2013). Responding to the Sociopolitical Complexity of Trauma: An Integration of Theory and Practice. *Journal of Loss and Trauma*, 20(2), 149-159. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.836353>
- Quiros, L. (2021). *Incorporating Diversity and Inclusion into Trauma-informed Social Work Transformational Leadership*. Routledge: United States.
- Real Academia Española. (s.f.). *Trauma*. En Diccionario de la lengua española Online. Recuperado en 10 de diciembre del 2024 de: <https://dle.rae.es/trauma>
- Reyes-Barría y Grandón-Zerega. (2020). Trabajo Social Clínico, Trauma y Salud Mental: Consideraciones generales, aspectos transversales y elementos contemporáneos. *Nueva Acción Crítica*, 9(1), 103-111.
- Reynolds, V. (2020). Trauma and resistance: 'hang time' and other innovative responses to oppression, violence and suffering. *Journal of Family Therapy*, 42: 347-364.
- Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. Russell Sage Foundation: United States.
- Robinson, V. (1930). *A changing psychology in social case work*. The University of North Carolina Press: United States.
- Rodríguez, J. (2023). *Derecho a la Verdad y Derecho Internacional en relación con graves violaciones de los Derechos Humanos*. Biblioteca Derechos Humanos Berg Institute: España.
- Rothschild, B. (2014). *8 Claves para superar los traumas de forma segura: Estrategias para tomar las riendas de su curación*. Editorial Eleftheria: España.
- Rothschild, B. (2015). *El cuerpo recuerda: La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma*. Editorial Eleftheria: España.
- Rothschild, B. (2016). *Ayuda para el profesional de la ayuda: Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Desclée De Brouwer: España.
- Ross, N., Brown, C., & Johnstone, M. (2023). Beyond medicalized approaches to violence and trauma: Empowering social work practice. *Journal of Social Work*, 23(3), 567-585. <https://doi.org/10.1177/14680173221144557>
- Szczygiel, P. (2018). On the Value and Meaning of Trauma-Informed Practice: Honoring Safety, Complexity, and Relationship. *Smith College Studies in Social Work*, 88(2), 115-134. <https://doi.org/10.1080/00377317.2018.1438006>
- Saleebey, D. (2009). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Fifth Edition. Pearson: United States.

- Sanfelippo, L. (2018). *Trauma: Un estudio histórico en torno a Sigmund Freud*. Miño y Dávila Editores: Argentina
- Seikkula, J. y Arknil, T. (2016). *Diálogos Terapéuticos en la Red Social*. Herder: España.
- Seikkula, J. y Arknil, T. (2019). *Diálogos Abiertos y Anticipaciones Terapéuticas: Respetando la Alteridad en el Momento Presente*. Herder: España.
- Selekman, M. (2019). *Working with High-Risk Adolescents: A collaborative Strengths-Based Approach*. The Guilford Press: United States.
- Specht, H. (1990). Social Work and the Popular Psychotherapies. *Social Service Review*, 64(3), 345-357. <http://www.jstor.org/stable/30012102>
- Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (s/f). *Intervenciones Ambulatorias*. Disponible en: <https://www.servicioproteccion.gob.cl/portal/Programas/Intervenciones-ambulatorias/>
- Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). *Programa de Acompañamiento Familiar Territorial: Línea de Acción Intervenciones Ambulatorias de Reparación*. Disponible en: <https://www.servicioproteccion.gob.cl/descargas/doc-MN/ot/2023/REX-979-2023-APRUEBA-OOTT-ACOMPANAMIENTO-FAMILIAR.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Disponible en: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf
- Steele, W y Malchiodi, C. (2012). *Trauma-Informed Practice with Children and Adolescent*. Routledge: United States.
- Swenson, C.R. (1994). Freud's "Anna O.": Social work's Bertha Pappenheim. *Clinical Social Work Journal*, 22, 149-163. <https://doi.org/10.1007/BF02190471>
- Shapiro, J y Applegate, J. (2018). *Neurobiology for Clinical Social Work: Theory and Practice*. Northon: United States.
- Smith, N. (2008). *Trauma*. En Mizrahi, T & Davis, L (ed). *Encyclopedia of Social Work: Volumen 4 S-Y* (pp. 241-245). 20th Edition. NASW Press & Oxford University Press: United States.
- Taft, J. (1933). *The dynamics of therapy in a controlled relationship*. Dover Publications: United States.
- Terr, L. (2018). *Terr: Fraiberg and Me*. [Archivo de Vídeo]. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=JQyxZ_ZK8Cw
- Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 9(2), 117-125. <https://dx.doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>.
- Timmothy, R. (2012). *Anti-Oppressive Psychotherapy as trauma informed practice*. En Poole, N. y Greaves, L. (Ed). *Becoming Trauma Informed* (pp.135-144). Centre for Addiction and Mental Health: Canadá.
- Timothy, R. K., & Umana Garcia, M. (2020). Anti-oppression psychotherapy: An emancipatory integration of intersectionality into psychotherapy. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 8(2).
- Tondora, J., Miller, R., Slade, M., & Davidson, L. (2014). *Partnering for recovery in mental health: A practical guide to person-centered planning*. Wiley Blackwell: United States.
- Tucci, J; Mitchell, J; Porges, S y Tronick, E. (2024). *Looking Beyond: Examining the contribution and future of the Trauma-Informed Approach*. En Tucci, J; Mitchell, J; Porges, S y Tronick, E (ed). *The Handbook of Trauma-Transformative Practice: Emerging Therapeutic Frameworks for Supporting Individuals, Families or Communities Impacted by Abuse and Violence* (pp.09-50). Jessica Kingley Publishers: England.

- Turner, F. (1988). *Psychosocial Therapy*. En R. Dorfman (comp.). *Paradigms of Clinical Social Work: Volumen 1* (pp. 106-122). Brunner/Mazel. United States.
 - van der Kolk B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12(2), 293-ix. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(03)00003-8)
 - van der Kolk, B. (2007). *The history of trauma in psychiatry*. En Friedman, M; Keane, T y Resick, A. *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp.19-36). The Guilford Press: United States.
 - van der Kolk B. (2013). Interview: what is PTSD really? Surprises, twists of history, and the politics of diagnosis and treatment. Interview by Lisa M Najavits. *Journal of clinical psychology*, 69(5), 516-522. <https://doi.org/10.1002/jclp.21992>
 - van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria: España.
 - van der Kolk, B. (24 de febrero del 2024). *Understanding Trauma: Foundations*. [Archivo de Vídeo] Trauma Research Foundation. No disponible
 - Vetere, A y Dallos, R. (2012). *Apego y Terapia Narrativa: Un modelo integrador*. Morata: España.
 - Universidad de Chile. (14 de septiembre del 2013). *Seminario Internacional "Confieso que ha ocurrido. Trauma y relato: voces de la memoria hoy"*. Disponible en: <https://uchile.cl/agenda/94467/confieso-que-ha-ocurrido-trauma-y-relato-voces-de-la-memoria-hoy>
 - Walters, M; Carter, B; Papp, P y Silverstein. O. (1996). *La red invisible: Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. 1º Reimpresión. Paidós: Argentina.
 - Winslade, J. (2009). Tracing Lines of Flight: Implications of the Work of Gilles Deleuze for Narrative Practice. *Family Process*, 48: 332-346. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01286.x>
 - Woods, M y Hollis, F. (2000). *Casework: A Psychosocial Therapy*. 5th Edition. McGraw-Hill Higher Education: United States.
 - World Health Organization. (2022). *Clasificador Internacional de enfermedades: CIE-11*. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#2070699808>
 - White, M y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton: United States.
 - White, M. (2000). *Reflections on narrative practice: Essays and Interviews*. Dulwich Centre Publications: Australia.
 - White, M. (2003). Narrative practice and community assignments. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2(1), 17-55).
 - White, M. (2004). Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 1(1), 44-75).
 - White, M. (2006). *Children, Trauma and subordinate storyline development*. En Denborough (ed). *Trauma: Narrative responses to traumatic experience* (pp. 143-165). Dulwich Centre Publications: Australia.
 - White, M. (2006a). *Responding to children who have experienced significant trauma*. En White y Morgan. *Narrative Therapy with Children and their families* (pp. 85-97). Dulwich Centre Publications: Australia.
 - Yadav, G; McNamara, S y Gunturu, S. (2024). *Trauma-Informed Therapy*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604200/>
 - Zerbe, C. (1997). *Feminist Theories and Feminist Psychotherapies: Origins, Themes and Variations*. The Harrington Park Press: United States.
- Nota:** Todas las traducciones del inglés al español fueron realizadas por mi propia autoría.