

TRABAJO SOCIAL CLÍNICO EN LA PROTECCIÓN INFANTIL DE NIÑOS, NIÑAS Y SUS FAMILIAS: LECCIONES DESDE CLARE WINNICOTT Y SELMA FRAIBERG

MSW, LCSW-C. JOEL KANTER¹

*Introducción, traducción y notas por Mg. Diego Reyes Barria
Con comentario especial de Mg. Estephanie Cruz Catalán, presidenta de la Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico*

SEMINARIO HISTÓRICO

Como director y editor principal de la *Revista Latinoamericana de Trabajo Social Clínico*, en esta ocasión, me siento honrado que poder traducir y publicar en el presente número, la conferencia que realizó Joel Kanter el 6 de diciembre de 2024 en Santiago de Chile en el seminario realizado en conjunto entre el Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico (IChTSC), la Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico (SChTSC), el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: Unidad de Diseño de Programas, y la Universidad de Los Lagos. Aquel encuentro tuvo por nombre: "*Diálogos sobre nuevas perspectivas en la Protección Especializada con niños, niñas, adolescentes y sus familias: Aportes desde el Trabajo Social Clínico*". En este evento presencial asistieron alrededor de 300 personas, profesionales de todas las disciplinas y específicamente del Trabajo Social de todo el país.

Debido a la relevancia de la exposición, le solicité directamente a Joel la necesidad de publicar su conferencia y traducirla, para dejar un testimonio de este hito tan relevante acontecido en nuestro país, como al mismo tiempo, el dejar un acceso a esta gran reflexión del Trabajo Social Clínico en la Protección Infantil, lo cual aceptó él con total

disposición y entusiasmo. Espero que la presente conferencia puede ser una interesante indagación y reflexión sobre cómo desarrollar mejores políticas de atención terapéutica a nuestros niños, niñas, adolescentes y sus familias en el sistema de protección en Chile.

Solo me queda agradecer a las personas que hicieron posible todo esto, a la presidenta de la SChTSC, Mg. Estephanie Cruz Catalán y a la directiva, toda su gestión y ejecución en este evento fue clave. También a Rosa Barría Segovia y Angelica Martínez, quienes en representación y dirección de la Unidad de Diseño de Programas del Servicio de Protección Especializada dieron la cobertura y el financiamiento logístico para llevar acabo esto, y apoyar con evidencia un cambio de paradigma. También a Dieter Karl Koch Zúñiga de la Universidad de Los Lagos, quién nos acogió en la dicha institución para esta actividad, lo cual apreciamos profundamente y por supuesto, a Paola Grandón Zerega quién fue la traductora oficial de Joel en Chile, tanto en la conferencia como en otras actividades. Sin ser extensivo en esta introducción, compartimos con ustedes esta excepcional exposición.

¹ Trabajador Social Clínico estadounidense y psicoterapeuta. Master of Social Work (MSW) por Smith College School for Social Work. Advanced Psychotherapy Training Program Certificate de la Escuela de Psiquiatría de Washington. Socio Honorario de la Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico. Actualmente se dedica a la práctica privada de la psicoterapia y al asesoramiento clínico de casos en Silver Spring, Maryland. También es instructor de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad George Washington y es Editor Consultor de la prestigiosa revista Clinical Social Work Journal. Es miembro de la American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work. Ha sido profesor invitado de las diversas versiones del Diplomado Internacional en Trabajo Social Clínico del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico.

Observaciones introductorias

Es un gran honor para mí estar presente en la primera conferencia co-patrocinada por el Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico y la Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico, como también por el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia del Gobierno de Chile, y la Universidad de Los Lagos. Como un investigador de la historia del Trabajo Social Clínico, ha sido un gran placer para mí observar y participar, aunque sea de alguna manera, en el florecimiento del Trabajo Social Clínico en Chile.

Antes de continuar con esta discusión, me gustaría decir algunas palabras sobre las semánticas del concepto "Trabajo Social Clínico". Cuando comencé mis estudios de posgrado en Trabajo Social en 1972, el término "Trabajo Social Clínico" era casi inexistente para la mayoría de las y los trabajadores sociales. Había dos términos que utilizábamos por aquel entonces: "Trabajo Social Psiquiátrico" y "Trabajo Social de Casos o Casework". Como aspirantes a trabajadores sociales especializados, preferíamos el término "Trabajo Social Psiquiátrico"; ya que aspirábamos a ser profesionales de la salud mental, por lo que el término "Trabajo Social de Casos" nos parecía anticuado o vieja escuela. Sin embargo, todas nuestras clases de métodos de práctica se llamaban "Trabajo Social de Casos". No obstante, todos sabíamos que esto se había convertido en un sinónimo de psicoterapia y, en esencia, todos queríamos ser psicoterapeutas.²

Esencialmente, nosotros, al igual que los psicólogos clínicos, queríamos tener una profesión que no se

identificara simplemente como sirvientes de la Psiquiatría... ya que como: "trabajadores sociales psiquiátricos" eso estaba implícitamente. Y, en gran medida, la motivación para establecer una profesión identificada como "trabajo social clínico" surgió del creciente número de trabajadores sociales que ingresaban a la práctica privada de la psicoterapia. La Asociación Nacional de Trabajo Social no apoyó tales iniciativas al principio y los trabajadores sociales clínicos tuvieron que formar sus propias organizaciones e instituciones.³

Entonces, ¿cómo afectaron estos cambios a mi carrera profesional? Mi primer trabajo después de recibir mi título de Maestría en Trabajo Social (MSW) fue en un programa comunitario que atendía a personas con enfermedades mentales graves que habían sido dadas de alta de hospitales psiquiátricos. A medida que avanzaba el movimiento de la desinstitucionalización, se comprendió que este tipo de programas comunitarios eran necesarios. En nuestro programa, apoyado con fondos gubernamentales, y que también era una agencia de Trabajo Social, brindábamos una amplia gama de servicios: medicamentos, psicoterapia, actividades grupales, apoyo laboral y ayuda con la vivienda. Aproximadamente la mitad de mi tiempo lo dedicaba a realizar psicoterapia individual y apoyo familiar, y la otra mitad implicaba apoyarles en actividades grupales. Yo también los ayudaba a obtener beneficios gubernamentales, a encontrarles vivienda e incluso visitar a las personas en el hospital si recaían. La mayor parte del quehacer se hacía en las oficinas de nuestra agencia, pero una parte también se hacía en los hogares.

² **Nota del traductor:** Es interesante el comentario de Joel, ya que muchos autores que han estudiado la historia del Trabajo Social Clínico han señalado que el Trabajo Social de Casos en sus últimas etapas como método principal se había convertido poco a poco en un método psicoterapéutico.

³ **Nota del traductor:** El nacimiento de las Sociedades de Trabajo Social Clínico en Estados Unidos se debió principalmente a este factor, ya que muchos de estos especialistas estaban desamparados de su propio gremio. Aquello los fortaleció e inclusive nacieron importantes iniciativas como la creación de la *Clinical Social Work Journal* por parte de la Federación Nacional de Sociedades de Trabajo Social Clínico en 1973.

Estaba muy claro que, como trabajador social clínico, no podría ser utilidad para estas personas con problemas si separaba las intervenciones subjetivas o psicológicas de las intervenciones ambientales-sociales; ya que lo que les sucede a las personas y a las familias en el entorno les afecta directamente en el funcionamiento psicológico y los problemas psicológicos afectan directamente al funcionamiento ambiental-social. Tal como lo comunica el título de un libro de texto de Trabajo Social Clínico, tenemos que trabajar tanto de “adentro hacia afuera” como de “afuera hacia adentro” (Berzoff, Flanagan y Hertz, 2021). Sin embargo, en los Estados Unidos de hoy, el “Trabajo Social Clínico” se ha convertido en gran medida en sinónimo de psicoterapia en consulta privada (o telemedicina), y que es esencialmente indistinguible del trabajo realizado por psicólogos clínicos, consejeros y algunos psiquiatras. Incluso un libro de texto completo sobre Trabajo Social Clínico publicado recientemente (Brandell, 2020) tiene el 90% de su contenido sobre psicoterapia; capítulos que fácilmente podrían haber sido escritos por profesionales de otras disciplinas de la salud mental.

Sin embargo, en el tema actual de la protección infantil, no podemos permitirnos el lujo de separar lo psicológico⁴ de lo ambiental-social. Tal como escribió hace 70 años Clare Winnicott, cuyo trabajo analizaré en más detalle en breve, la primera pregunta del trabajador social clínico en materia de protección infantil suele ser “¿dónde dormirá este niño esta noche?”. Y la primera responsabilidad de este trabajador social clínico es “proporcionar un techo y alguien que pueda cuidar y manejar al niño”.

A medida que los trabajadores sociales clínicos en Chile comienzan a considerar el papel del Trabajo Social Clínico dentro del ejercicio de la protección infantil, debo señalar que, en los Estados Unidos, los campos del Trabajo Social Clínico y la Protección Infantil (llamados “Bienestar Infantil” en los EE. UU.) funcionan hoy en día lamentablemente de manera bastante independiente uno del otro. Existe una organización maravillosa en los Estados Unidos. llamada: “A Home Within” (Un hogar interior) www.ahomewithin.org. Que alienta a las y los trabajadores sociales clínicos y otros profesionales de la salud mental a ofrecer horas de psicoterapia voluntarias para la población infantil que reciben atención de acogida, pero estas actividades se llevan a cabo fuera del sistema de protección infantil y solo atienden a un pequeño porcentaje de los niños y niñas que lo necesitan. Pero, en esencia, los servicios de protección infantil en nuestra nación hoy en día tienen poca participación en el Trabajo Social Clínico y se centran principalmente en cuestiones legales y en brindar apoyo residencial.

Para aprender más sobre cómo una perspectiva de Trabajo Social Clínico puede ser integrada dentro de los servicios de protección infantil, he tenido que estudiar un maravilloso período entre 1940 y 1970 en el Reino Unido, cuando una disciplina llamada “cuidado infantil o child care” floreció en esa nación y donde las valiosas contribuciones de la trabajadora social británica, Clare Winnicott, son muy importantes. En la medida en que Clare Winnicott es conocida hoy, es en gran parte a través de su matrimonio con el renombrado psicoanalista británico, Donald Winnicott, un psicoanalista conocido por conceptos como “entorno sostenedor”

⁴ **Nota del traductor:** Es importante decir que en inglés la palabra “psychological” no se refiere a la disciplina profesional de la Psicología, sino al aspecto “relativo a las formas en que nuestra mente trabaja y la forma en que esto impacta nuestro comportamiento” (Longman Dictionary of Contemporary English).

y “*objeto transicional*”, quien es ampliamente reconocido por su trabajo pionero integrando factores ambientales en la teoría del desarrollo psicoanalítico. Los Winnicott se conocieron en 1940 cuando comenzaron a trabajar juntos ayudando a niños británicos con necesidades especiales que fueron evacuados de Londres y otras ciudades en respuesta a los bombardeos de la Segunda Guerra Mundial. Si bien la mayoría de los millones de niños evacuados fueron alojados en hogares familiares comunes, estos niños no podían ser alojados en tales hogares y tuvieron que ser re-ubicados en hogares grupales (llamados “albergues”) con cuidadores enfocados en sus necesidades. Junto con Clare Britton -su nombre de soltera en ese momento-, la trabajadora social, que supervisaba el trabajo de cinco albergues que cuidaban a más de 80 niños, y Donald Winnicott, el psicoanalista, que hacía consultorías con el personal de los viernes, crearon un sistema ad hoc de atención en el área de Oxfordshire antes de que existiera ningún sistema de protección infantil en el Reino Unido (Kanter, 2004). Ellos comenzaron a escribir sobre sus experiencias y fueron co-autores de un artículo de 1944 titulado “*El problema de los niños sin hogar*” (Ver también en Kanter, 2004), que describía su trabajo con estos niños con problemas que fueron evacuados en circunstancias de guerra...y con presupuestos de guerra.

Después de la guerra, la evacuación masiva de niños británicos y la experiencia acompañante de separación familiar sensibilizaron a la población y al gobierno sobre la necesidad de un sistema organizado de protección infantil y sobre la Ley de la Infancia de 1948 que dio origen a dicho sistema. Al reconocer la necesidad de formar a las y los trabajadores sociales en lo que se llamó “cuidado infantil”, Clare (Britton) Winnicott fue designada para dirigir el primer programa de capacitación de este tipo del Reino Unido en el Departamento de Trabajo Social de la London School of Economics.

Durante la década siguiente, este programa de “cuidado infantil” formó a un grupo importante de trabajadores sociales en este campo para estos nuevos programas en todo el Reino Unido. Al mismo tiempo, estos trabajadores sociales formaron una organización de trabajadores sobre protección infantil, la Asociación de Oficiales del Cuidado Infantil, que ejerció su liderazgo en el Reino Unido hasta 1970.

Simultáneamente, en la década de 1950, los Winnicott se casaron y Clare ingresó en el psicoanálisis con la destacada psicoanalista Melanie Klein. Poco después, comenzó a formarse formalmente en psicoanálisis en el Instituto Psicoanalítico Británico. Luego, en 1963, fue designada para un importante puesto en el gobierno para dirigir la formación de profesionales en el Reino Unido en “cuidado infantil” en todos los niveles, involucrando a los paraprofesionales, profesionales y administrativos. Por este trabajo, Clare recibió el Premio de la Orden del Imperio Británico (OBE) por su servicio nacional en el cuidado de los niños y niñas del Reino Unido. (Observo aquí que a menudo me referiré a Clare Winnicott por su nombre de pila porque el uso de su apellido a menudo evoca a su famoso esposo). Debido a la experiencia única de Clare como trabajadora social con una formación intensiva en psicoanálisis combinada con ejercicio práctico y administrativo en protección infantil, sus ideas sobre la distinción entre “Trabajo Social” (es decir, en la protección infantil) y la psicoterapia tienen un valor especial:

“Al considerar el trabajo con niños y niñas, me parece que se puede hacer una distinción muy simple y clara entre Psicoterapia y Trabajo Social sobre la base del lugar desde que cada una comienza con el niño o niña debido a la naturaleza de su quehacer y las funciones de sus respectivas agencias. El psicoterapeuta comienza desde el

interior y se ocupa de los conflictos internos que obstruyen el desarrollo social. Él o ella permanece, generalmente hasta el final del tratamiento, como una figura subjetiva en el mundo del niño o niña... El o la trabajadora social, por otro lado, comienza desde fuera como una persona real interesada en los eventos externos y las personas relacionadas a la vida del niño o niña. En el curso de su trabajo con él intentará tender un puente entre el mundo externo y sus sentimientos al respecto, y al hacerlo entrará también en su mundo interior. Como una persona que puede moverse de un mundo a otro, la o el trabajador social puede tener un valor especial en todo para el propio niño o niña, y un tipo especial de relación con él, la cual es bastante diferente en su tipo de valor y relación que posee a un psicoterapeuta. En mi opinión, no hay riesgo de que el o la trabajadora social se convierta en un psicoterapeuta, porque el o ella no está solo en condiciones de hacer esto en una sola dimensión. El o ella nunca puede convertirse por completo en el objeto subjetivo en el que se convierte el psicoterapeuta, ya que él o ella está ligada a la realidad externa porque es parte y es una parcela del mundo real del niño y a menudo es responsable de mantener ese mundo.

La trabajadora social que ejerce con niños y niñas se encuentra, por lo tanto, en una posición estratégica en sus vidas porque está en contacto con una situación total que representa una totalidad de la experiencia [Y para mí (Joel) por supuesto, las y los trabajadores sociales con sus consultantes de todas las edades están frecuentemente "en contacto con una situación total"]. La pregunta es cómo utilizar esta posición y operar eficazmente desde aquello. Sin duda que una parte muy valiosa de nuestra relación con los niños, es en relación con su conocimiento, ya que también estamos en contacto directo con sus padres y otras personas que son importantes para ellos.

Por un tiempo, tal vez, nuestra relación sea el único factor integrador en su mundo, y adquirimos un significado que va más allá de lo que hacemos o decimos. Creamos vínculos entre lugares y eventos y construimos un puente entre personas con las cuales ellos -los niños o niñas- no son lo suficientemente capaces para conectar o establecer aquellos puentes por sí mismos. Cuando hablamos de personas reales y de sucesos reales, pronto se hacen evidentes los sentimientos que sentimos por ellos y antes de que sepamos dónde estamos, hemos entrado en el mundo interior del individuo y así salvamos otra brecha, la que existe entre la realidad y la fantasía". (Winnicott, C, 1964, p.45-46 en Kanter, 2004, p.171).

Desde que me encontré con este pasaje hace más de 30 años, todavía no he vuelto a encontrar...Una descripción comparable de la diferencia central entre la psicoterapia y el Trabajo Social. Sin embargo, más allá de diferenciar estas dos dimensiones del Trabajo Social Clínico, una centrada en el "interior", lo subjetivo o psicológico, y la otra en el "exterior", lo ambiental-social. El análisis de Clare desafía una creencia común entre muchos trabajadores sociales clínicos en los Estados Unidos: la noción de que la psicoterapia es inherentemente una intervención más significativa que las actividades convencionales del Trabajo Social con el medioambiente.

Al menos en los Estados Unidos, esta jerarquía se sustenta en cuestiones de estatus profesional y de economía. La psicoterapia suele considerarse una práctica especializada o especialidad de alto estatus, mientras que el Trabajo Social suele estar devaluado. Y los ingresos de un psicoterapeuta, incluso de un trabajador social clínico que ejerce como psicoterapeuta, pueden superar con creces el salario de un trabajador social generalista que ejerce en una agencia.

En Gran Bretaña, el Trabajo Social evolucionó de manera muy diferente y nunca llegó a convertirse en una profesión en la que la psicoterapia fuera un elemento central del trabajo de los trabajadores sociales. Sin embargo, en el Reino Unido, floreció durante varias décadas una perspectiva de Trabajo Social Clínico en la que se integraban genuinamente los mundos internos y externos de los niños, niñas y las familias, hasta que el modelo estadounidense de Trabajo Social generalista se convirtió esencialmente en un elemento central del Trabajo Social británico.

Hago énfasis en estas diferencias internacionales porque ustedes, en Chile, tienen la oportunidad de trazar su propio rumbo a medida que el Trabajo Social Clínico emerge y se expande en su país. Podemos analizar esto más a fondo en nuestra discusión.

Sin embargo, ahora quisiera volver a la valiosa lección de Clare que me ayudó a apreciar la **“posición estratégica”** del trabajador social que está **“en contacto con una situación total que representa una totalidad de la experiencia”**. Detengámonos un minuto y reflexionemos sobre lo que esto puede significar en la práctica en la protección infantil.

En el trabajo de protección infantil, el trabajador social suele entrar en la vida de los niños, niñas, adolescentes y las familias en momentos de crisis, transición y vulnerabilidad. Y, a diferencia del psicoterapeuta, que permanece apartado de la vida cotidiana de los “clientes”, el trabajador social se ve obligado a establecer relaciones reales con los niños, los padres y otros miembros de la red. Para apreciar lo significativo de tales relaciones, todos debemos reflexionar sobre los momentos de crisis y de transición en nuestras propias vidas personales en donde cada breve encuentro con alguien, tanto positivo como negativo, imprime importantes memorias sobre nuestra *psique* o alma. Imaginen,

por ejemplo, si vamos a un hospital mientras vivimos una crisis médica, ya sea por uno mismo o con nuestra familia, y nos encontramos con alguien quién, por un lado, ha sido profundamente compasivo, mientras que, por otro lado, con alguien que ha sido rudo y displicente. Nosotros a menudo recordamos aquellas experiencias por muchos años. Para los niños y niñas y sus familias en el sistema de protección infantil, los encuentros con las y los trabajadores sociales también marcan un impacto, incluso cuando las interacciones son relativamente transitorias.

Debido a su experiencia única, las contribuciones de Clare Winnicott siguen siendo de una importancia singular para comprender cómo el Trabajo Social Clínico puede contribuir a la práctica en la protección infantil. Lamentablemente, el Trabajo Social Clínico en los Estados Unidos, rara vez se entrecruzó con la protección infantil y espero que aquí en Chile sea algo distinto. Pero ante esto, es importante reconsiderar y reflexionar sobre la práctica del Trabajo Social Clínico en estos espacios.

Sobre la comunicación con los niños, niñas y sus familias en el Sistema de Protección Infanto-Juvenil

Para esta parte de la presentación, quiero compartir algunas ideas sobre la comunicación con los niños y niñas en la protección infantil. Por supuesto, la comunicación con los padres, los padres adoptivos y el personal de los hogares grupales también es esencial, pero dadas las limitaciones de tiempo, me centraré en el trabajo directo con los niños y niñas. Quiero comenzar con un informe de caso de Selma Fraiberg, a quien considero la trabajadora social clínica más importante de los últimos 80 años. Además de su maravilloso libro: Los años Mágicos, que trata sobre los primeros 5 años del desarrollo infantil.

Fraiberg trabajó con niños en una variedad de escenarios, realizó una investigación clínica pionera sobre niños y niñas ciegas y fue pionera en el trabajo sobre la salud mental infantil. Su artículo clásico sobre este trabajo *“Fantasmas en la guardería”*, sobre la terapia en el hogar o domicilio con padres con variados problemas e infantes en situación de vulnerabilidad, ha sido citado más de 3000 veces. Pueden obtener más información sobre Fraiberg en mi artículo *“Selma Fraiberg: A Life Journey in Psychoanalytic Social Work”* (*Selma Fraiberg: Un viaje de vida en el Trabajo Social Clínico de Orientación Psicoanalítica*) que está disponible en traducción al español en el volumen 1 de la presente Revista Latinoamericana de Trabajo Social Clínico.

Uno de los artículos menos conocidos de Fraiberg, con el extraño título de *“Un enfoque terapéutico para los trastornos reactivos del yo en niños en acogida”* (1962). Contó la historia de su psicoterapia con un niño de 11 años llamado “George” que vivía en una institución residencial. Su madre lo había entregado al cuidado de esta institución porque no podía cuidarlo. Pese a que Fraiberg tenía formación en psicoanálisis infantil, eligió este caso para demostrar las posibilidades de la psicoterapia en sesiones semanales durante un período de seis meses. Compartiré parte del reporte de Fraiberg:

(George, de 11 años) era el mayor de cinco hijos, todos ellos habían sido colocados por sus padres dos años antes. En el momento de la acogida, los padres estaban considerando el divorcio. La madre planeaba volver a trabajar y los niños se habían convertido en una carga emocional y financiera tan grande para ella que parecía estar peligrosamente cerca de una depresión severa. El plan era una colocación temporal, pero pasaron dos años y quedó claro que la madre jamás se atrevería a reunir a su familia. El padre había desaparecido después del divorcio.

En las entrevistas previas a la colocación, la madre describió a George como el principal problema entre sus hijos. Se le describió como muy testarudo y agresivo y propenso a violentos arrebatos de mal genio. En los primeros meses de colocación en la institución, George presentó toda la gama de sus problemas de conducta. Tanto la institución como la escuela informaron de hostilidad y acoso hacia otros niños, muchas peleas y comportamiento provocador.

Pero poco a poco George dejó de pelear y de intimidar a los demás y se volvió en un niño más bien pasivo y manejable. Las quejas ahora eran de otro orden. Se había vuelto quejoso y temeroso de los niños mayores de la institución. Se quejaba constantemente de que los niños mayores lo golpeaban y de que ellos destruían sus juguetes. En cuanto a la segunda queja, los niños de su grupo parecían realmente desconcertados y afirmaban que el propio George había sido visto destruyendo los juguetes que su madre le había enviado y que luego acusaba a otros niños de haberlos roto.

Junto con este cambio de activo a pasivo se produjeron dos novedades. George había comenzado a ganar peso rápidamente y al final del primer año de internado había engordado 14 kilos. Durante el segundo año siguió comiendo vorazmente y ganando peso. Tenía unos 18 kilos de sobrepeso cuando lo conocí. Antes de internarse, se hacía pis en la cama de vez en cuando. Cuando se completó la internalización de sus conflictos, al final del primer año, George se había convertido en una constante enuresis. A menudo se hacía pis en la cama dos y tres veces. Una noche. Cuando vi por primera vez a George era un muchacho obeso y perezoso con una cara redonda y rosada. Nunca sonreía. Tenía las uñas mordidas hasta la carne. Su habla era cursi, indistinta, carente de afecto.

En las primeras entrevistas con George me impresionaron ciertas características de su relación conmigo. Era afable, superficialmente amistoso, locuaz y, sin embargo, no mostraba ningún interés por la nueva trabajadora social de casos. Primero que nada, tenía la impresión de que las trabajadoras sociales eran intercambiables, y que una haría lo mismo que la otra. Él se lamentaba tener que se sintiera muy mal por haber abandonado a su antigua trabajadora social. Incluso le había expresado cierto pesar cuando se enteró del traslado, pero no pudo recuperar nada de ese sentimiento cuando lo invitó a hablar de sus sentimientos sobre esa transferencia. Empecé a comprender que su relación conmigo, con las trabajadoras sociales anteriores y con los miembros del personal de la institución se derivaba de su sentimiento de impotencia. Éramos protectoras contra el peligro del hambre, el abandono y una variedad de peligros físicos. Y como estas relaciones eran importantes sólo para proporcionar satisfacción de necesidades y protección, ya que cualquier miembro del personal podía sustituir a otro. Durante los primeros meses de tratamiento casi nunca mencionaba a su ama de casa a menos que yo iniciara la conversación a través de preguntas. Aprendí que esto no debía tomarse como una deficiencia en las capacidades de la cuidadora; y que era el resultado de la falta de interés de George en los adultos que lo cuidaban o de su falta de compromiso con ellos. Durante el mismo período, nunca mostró ningún interés en mí, ni curiosidad por mí.

Como la mayoría de los niños en hogares de acogida, George se aferró a una fantasía sobre sus padres y las razones de su internamiento. Su madre, en la fantasía, quería que sus hijos estuvieran en casa, pero no tenía suficiente dinero para mantenerlos. Cuando ahorrara suficiente dinero, traería a los niños de regreso a casa. No hubo críticas a su madre y no hubo reproches.

En muchas ocasiones la madre descuidó visitar a los niños. Cuando ella lo había prometido, George, si es que hablaba de esas ocasiones, las relataba con hechos y sin afectación. Nuestro primer trabajo, entonces, comenzó a ocuparse de las defensas contra (sus dolorosas emociones). Aproveché cada buena oportunidad para darle permiso a George para que sintiera y para mostrarle las omisiones de sentimientos justificables de ira o decepción...

Muy pronto en el tratamiento empezamos a entender por qué sus defensas contra la agresión eran tan fuertes. En una ocasión en que George se peleó con uno de los chicos de su escuela (y en realidad no fue más que una pelea leve en la que se empujaron mutuamente), George pasó la mayor parte de la hora alternando entre la furia contenida contra su enemigo y el miedo de que lo enviaran a una institución correccional para chicos delincuentes.

Había dos componentes en este miedo exagerado a las consecuencias de la agresión. Una, por supuesto, era la expectativa de que cualquier agresión, por leve que fuera, daría como resultado que lo enviaran lejos. La otra era claramente que el castigo exagerado era igual a la fuerza de la agresión no descargada le infundía miedo; tenía miedo del poder destructivo de su rabia. A través de una serie de ejemplos de ese miedo exagerado al castigo, comencé a ayudar a George a ver que en realidad tenía miedo de sus propios sentimientos, que la ira interior era tan fuerte a veces que temía que si salía a la luz podría herir a alguien. Le ayudé a entender que cuanto más hablara de sus sentimientos en la entrevista, menos necesidad tendría de temer a los sentimientos.

Gradualmente comenzamos a comprender las diversas formas de desplazamiento de la ira. El miedo de George a ser atacado por otros chicos, sus constantes quejas de que lo molestaban,

comenzaron a disminuir cuando comprendió que estos temores estaban, hasta cierto punto, relacionados con el miedo que tenía a su propia ira. En ocasiones pude llamar su atención sobre su forma salvaje de morderse las uñas mientras hablaba de la ira, y le impresionó ver cómo los sentimientos podían estar relacionados con ese síntoma. Además, comenzó a establecer algunos vínculos entre la enuresis y los sentimientos de ira y miedo que guardaba en su interior.

Sin embargo, sólo fue capaz de experimentar ira y resentimiento hacia otros niños. No podía reconocer de ninguna manera sus sentimientos de enojo hacia los adultos de la institución, hacia los maestros o hacia mí. Una vez, cuando sentí que estaba luchando con sentimientos hostiles hacia mí, le pregunté qué pensaba que pasaría si se enojaba conmigo y que me lo dijera. Y él dijo, sin dudarlo un momento, "¡Por qué te irías!". Lo dijo con tanta convicción que ahora podía decirle que pensaba que ese miedo estaba relacionado con un suceso real en su vida, que así debe haber sido como se sintió cuando su madre lo colocó en el hogar. Dije que todos los niños tienen miedo de que, si son malos o tienen pensamientos de enojo, se enojen. Inclusive de que mamá o papá puedan irse y dejarlos, y dije que cuando los niños son colocados lejos de casa no pueden evitar sentir en lo profundo que tal vez fue por algo por lo que habían hecho o porque se habían portado mal.

A partir de ese momento de la entrevista, George parecía estar luchando con todo tipo de sentimientos. Varias veces lloró o estuvo a punto de llorar. Lo animé a hablar más sobre su madre y su padre y sobre sus sentimientos acerca de la ubicación... ¿Era posible, pregunté, que incluso cuando un niño ama a sus padres también pudiera sentir algo de ira hacia ellos por decepcionarlo? Con esto, George se dio la vuelta para que no pudiera ver sus lágrimas y con una voz llena de furia dijo:

<<A veces pienso que voy a estar en este lugar durante cuatro años más y que nunca voy a regresar a mi propia casa>..

A medida que los sentimientos iban creciendo en su interior, empezó a hablar por primera vez sobre el período inicial de la internación. Recordó cuando su madre les dijo por primera vez a los niños que irían a un hogar. No sabía cómo sería y hasta pensó que sería divertido vivir en un lugar con muchos otros niños y tener columpios y toboganes. (George me dijo) **<<Entonces recuerdo la primera noche y todo era tan extraño y me desperté en medio de la noche y estaba oscuro y no sabía dónde estaba y mi cama estaba toda mojada... Y luego al día siguiente cuando me desperté miré por la ventana y vi todos los barrotes alrededor del lugar y las puertas estaban cerradas>>..**

Yo le dije <<Creo que te habrías sentido como si estuvieras en una jaula. Te habrás sentido como si estuvieras siendo castigado>>, le dije. Asintió en silencio. En esta sesión establecimos las primeras conexiones entre el miedo de George a sus impulsos agresivos y su sensación de que su internamiento era un castigo por ser malo. Esta hora dio, inicio a muchos nuevos desarrollos. George, que había sido el chivo expiatorio de su grupo y que agotaba a los adultos del hogar con sus lloriqueos y quejas constantes de persecución, ahora empezó a contraatacar. George estaba tan atónito como sus antiguos atormentadores. Sintió un tremendo alivio cuando descubrió que podía contraatacar y defenderse incluso de los chicos mayores y más poderosos.

Durante un tiempo fue difícil controlar las peleas. Logré que ejerciera cierto criterio en las peleas y que recuperara buena parte de su rabia y hostilidad durante las horas de terapia, donde podría ser beneficioso.

Al mismo tiempo, mantuve una estrecha comunicación con la encargada de la residencia de George y con el director de la institución. Su comprensión del significado de este comportamiento les permitió manejar diversas situaciones difíciles con firmeza y sin castigos. Despues de unas semanas, el comportamiento agresivo disminuyó hasta alcanzar un nivel casi normal para un niño de su edad. Ahora veíamos que George ya no temía su propia agresión ni los castigos atroces por tener sentimientos agresivos...

También había mejorado considerablemente su rendimiento escolar, y George se jactaba de que estaba sacando mejores notas que nunca en su vida. Sin embargo, en ese momento apenas se había tocado toda la ambivalencia hacia sus padres. Ahora, sin embargo, había un nuevo tema en las comunicaciones de George. Le preocupaba que la gente muriera. Le preocupaba su padre. No sabía dónde estaba. Podría estar muerto, por lo que todos sabían. Echaba de menos a su padre. A veces le preocupaba que su madre pudiera morir. Por sus fantasías, me quedó muy claro que sus temores estaban estrechamente relacionados con deseos destructivos hacia sus padres. Ahora comprendí también otra razón por la que a George le resultaba tan difícil expresar incluso una leve hostilidad hacia sus padres. Para el niño que está separado de sus padres, los deseos hostiles y destructivos son necesariamente más peligrosos que para el niño que todavía tiene a sus padres.

Para todos los niños, la presencia física de los padres es una garantía contra el peligro de que las personas amadas puedan resultar dañadas o destruidas por los propios malos deseos del niño. En ausencia de sus padres, George no podía tolerar sus propias fantasías peligrosas, porque no podía tener garantía contra la omnipotencia de sus pensamientos.

"¿Es realmente cierto?" George quería saber **"¿que se podía maldecir a alguien y hacerlo morir?"** No lo creía, pero una vez había visto una historia en la televisión. En una de las sesiones, Me dio a conocer una serie de historias similares relacionadas con hechos ficticios en los que los malos deseos provocaban la enfermedad o la muerte de "alguien". Cuando comencé a relacionar estos temores con sus propios miedos, George, que tenía miedo de que sus malos deseos pudieran dañar a alguien, rápidamente negó haber tenido tales pensamientos. Luego, con mucha cautela, comenzó a explorar este peligroso territorio conmigo ofreciéndome historias sobre un niño ficticio que sí tenía tales pensamientos. En el transcurso de esta hora hablamos sobre sus miedos de que los malos deseos pudieran hacerse realidad y yo volví a vincular estos miedos con la experiencia de la ubicación y los sentimientos de que los pensamientos de enojo podían hacer que alguien se fuera. Al final de esta sesión, George, por primera vez desde que lo conocí, parecía relajado y feliz.

En la reunión del grupo de juego de la semana siguiente, George hizo algo sin precedentes. Se enojó con el líder de su grupo por permitir que alguien usara sus materiales y anunció que abandonaba el grupo. Pero cuando me contó esta experiencia en su siguiente sesión, me aseguró que en realidad no tenía intenciones de abandonar el club. Le gustaba su grupo. George se enojó mucho con ella ese día. Sally, según contó asombrado, no estaba enojada con él; <<fue muy amable al respecto>>. Parecía tremadamente animado por esta experiencia. Fue una de las primeras ocasiones que se nos ofrecieron en las que George pudo permitirse mostrar hostilidad hacia un adulto que le agradaba y hacerlo sin temor a perder el amor de esa persona...

Y justo en ese momento nos encontramos de repente ante un nuevo comportamiento...

Con todas las ventajas que había obtenido en sus relaciones con los adultos y con todas las nuevas satisfacciones que parecía estar recibiendo, George se vio envuelto en un conflicto en otra esfera. Tanto el líder del grupo como la madre de la casa informaron de que George estaba en constante lucha con Jimmy, uno de los chivos expiatorios de su grupo. George se había autoproclamado el principal atormentador de Jimmy y constantemente provocaba peleas con él.

[Joel] Fraiberg describe la sesión con más detalle de la siguiente manera:

- **George:** Odio a Jimmy, lo odio. Es el peor chico de la unidad.
- **SF:** ¿Cuál crees que es el problema con Jimmy? ¿Qué le hace comportarse de esta manera?
- **George:** "¡Te lo diré! Está lleno de odio. Ese es su problema. Simplemente lleno de odio. Por eso también roba. Simplemente lleno de odio".
- **SF:** "Bueno, puede que tengas razón. Pero ¿por qué crees que está lleno de odio?"
- **George:** "No lo sé y no me importa."
- **SF:** "Creo que está lleno de odio porque siente que nadie lo ama".
- **George:** "Entonces supongo que él y yo estamos en el mismo barco, porque yo tampoco tengo a nadie que me quiera". (Llorando). "Estoy tan mal como él. No tengo papá ni mamá, no creo que ella nos lleve a casa nunca y creo que la única forma de salir de este lugar es cuando sea lo suficientemente grande para trabajar".
- **SF:** ¿Alguna vez te has cuestionado si tu madre también te ama?
- **George:** (asiente con la cabeza; con un nudo en la garganta)
- **SF:** Cuando piensas que tu mamá no te llevará a casa, ¿eso también te hace sentir << lleno de odio >>?
- **George:** (vacilando dolorosamente) "A veces."

Por primera vez, George pudo expresar su amargura hacia su madre y su añoranza por ella. En esta entrevista, habló de lo gordo que estaba y porque había engordado; recordó que no había tenido sobrepeso antes de llegar al Hogar. Le ayudé a ver cómo se sentía ante lo miserable y solo que debía haberse sentido y que comer era una forma de aliviar el dolor de por aquel entonces y de ahora. A partir de este punto en el tratamiento, la ambivalencia de George hacia la madre se volvió accesible para nosotros con toda la fuerza de los poderosos sentimientos que lo acompañaban. Ya no se consolaba con la fantasía de que su madre iba a recuperar a los niños y hacía la desgarradora observación de que su madre ya no hablaba de volver a formar un hogar para los niños.

A medida que trabajábamos con los sentimientos ambivalentes hacia la madre durante esos meses, George mostró un crecimiento considerable en todas las áreas de su vida. Ese verano, después de los primeros ocho meses de tratamiento, todos observamos que George se había convertido en un niño feliz. Su relación con la directora y la encargada de la residencia era cálida y espontánea, e incluso podía permitirse el lujo de expresar sentimientos negativos hacia ellas en ocasiones. En un momento del verano, cuando la madre de George empezó a hablar sobre la posibilidad de traer a sus hijos de vuelta a casa, las reacciones de George fueron muy interesantes. Estaba realmente feliz ante la perspectiva, pero, me dijo con seriedad, extrañaría mucho a (la encargada de la residencia) y a la directora. Dijo que si volvía con su madre le preguntaría a la directora si podía volver al hogar para visitarla "quizás tres veces por semana". Sin embargo, su madre volvió a cambiar de opinión, e incluso George pudo arreglárselas con esto, con comprensibles fuertes sentimientos, pero sin regresión.

Me doy cuenta de que incluso la psicoterapia semanal es un lujo para los niños que se encuentran en el sistema de protección infantil. Dicho esto, el relato de Fraiberg nos ayuda a apreciar tanto las emociones dolorosas que subyacen a la conducta problemática de muchos niños bajo tutela como también ante la necesidad de los niños y niñas de defenderse ante estas emociones. Tal como le escribió Fraiberg (1962b) a un psiquiatra de los Países Bajos que había leído este informe: *"Tampoco sé cómo se puede hacer que un niño comprenda el rechazo de sus padres. Para ser sincera, creo que cualquier niño que no haya alcanzado la adolescencia y que reconociera plenamente el hecho de que sus padres lo rechazaron no tendría ningún incentivo para desarrollarse. Si necesita conservar una pequeña parte de una ficción sobre el amor que sus padres sienten por él, creo que esto debería ser necesario. En el caso de George... le bastó con reconocer la ambivalencia de su madre hacia él y reconocer sus propios sentimientos ambivalentes hacia ella sin tener que llegar a la dura y terrible verdad de que su madre no amaba a sus hijos".*

Clare Winnicott (Kanter, 2004, p.185-186) también analizó la vida emocional de los niños en el sistema de protección infantil:

Nuestro verdadero objetivo es mantener vivos a los niños y niñas, y ayudarles a establecer un sentido de su propia identidad y un valor en relación con otras personas. Cuando digo mantener vivos a los niños, me refiero, por supuesto, a mantener su capacidad de sentir. Si no hay sentimientos, no hay vida, sólo hay existencia. Todos los niños que llegan a nuestro encuentro han pasado por experiencias dolorosas de un tipo u otro, y esto ha llevado a muchos de ellos a reprimir sus sentimientos y a otros a sentirse enojados y hostiles, porque esto es más tolerable que sentir pérdida y aislamiento.

Nuestro trabajo, por lo tanto, no es fácil, porque nos llevará a buscar el contacto con la parte suficiente de cada niño, porque encerrado en el sufrimiento está el potencial de cada uno para vivir y para sentir amor, así como para sentir odio y rabia. Sentir una sensación de pérdida implica que se pierde algo de valor, algo amado, de lo contrario no habría pérdida. La conciencia de la pérdida, por lo tanto, restaura el valor de lo perdido y puede conducir con el tiempo a una reinstauración de la persona perdida y de los sentimientos de amor en la vida interior del niño. Cuando esto sucede, surge los verdaderos recuerdos, a diferencia de las fantasías, de buenas experiencias pasadas pueden volver a fluir y pueden utilizarse para contrarrestar las decepciones y frustraciones que también forman parte del pasado. De esta manera, el pasado puede volver a cobrar sentido. Muchos de los niños que conocemos no tienen sentido del pasado y, por lo tanto, no tienen sentido del presente ni del futuro. El niño que ha alcanzado su propio potencial amoroso está entonces en condiciones de descubrir nuevas relaciones amorosas en el presente y en el futuro. Si intentamos tranquilizar a los niños y sacarlos de su desesperación, podemos privarlos de la oportunidad de alcanzar su propio potencial, es decir, de alcanzar el amor del que eran capaces antes de sufrir la pérdida.

Al analizar cómo abordar estos sentimientos en estos niños, Clare abordó el tema desde una perspectiva algo diferente a la de Fraiberg, la de una trabajadora social de la protección infantil que no puede ejercer totalmente como una psicoterapeuta:

Ahora quisiera abordar la cuestión de cómo nos proponemos para ponernos en contacto con los verdaderos sentimientos del niño. Descubrimos que, por lo general, no es bueno que emprendamos esta tarea de forma deliberada, intentando ahondar en su mundo interior, porque encontraremos resistencia si lo hacemos.

El método de preguntas y respuestas simplemente no funciona y, además, reconocemos que los niños tienen derecho a su privacidad y sólo cuando adquiramos experiencia en reconocerlo implícitamente podremos esperar ganarnos su confianza. Sabemos que debemos relajarnos y ver primero si cumplimos adecuadamente nuestro papel en relación con los niños. Nuestro papel estará determinado en gran medida por la naturaleza de las responsabilidades que tengamos en nombre de nuestra agencia. Esto tendrá que quedar claro para que el niño llegue gradualmente a saber qué puede esperar de nosotros, quiénes somos y por qué estamos allí de todos modos. En nuestro rol, también está la cuestión de cómo somos nosotros mismos como personas. ¿Hablamos con los adultos e ignoramos al niño, o ignoramos a los adultos y nos quejamos de inmediato del niño en un intento de provocar una respuesta a toda costa? ¿Le dedicamos tiempo al niño y también le prestamos toda nuestra atención? ¿Somos fiables? ¿Cumplimos nuestras promesas o las olvidamos? ¿Somos del tipo alegre o del tipo tranquilo y somos siempre los mismos? Hay muchas cosas sobre nosotros como personas que los niños necesitan establecer, y ellos, incluso más que los adultos, son rápidos en descubrirnos, pero esto es algo que deben hacer si quieren saber cómo utilizarnos (op. cit, 188).

*En nuestro trabajo con niños y niñas, por tanto, nos damos cuenta de que dedicamos mucho tiempo a crear las condiciones que hacen posible la comunicación. Tratamos de establecer entre nosotros y los niños y niñas un espacio neutral en el que la comunicación sea indirecta. En otras palabras, participamos en experiencias compartidas, en las que tanto nosotros como los niños sentimos algo sobre otra cosa, **una tercera cosa**, que nos une pero que al mismo tiempo nos mantiene separados de forma segura porque no implica un intercambio directo entre nosotros.*

Las experiencias compartidas son quizás la única forma de comunicación no amenazante que existe. Pueden referirse a casi cualquier cosa en la que ambos participemos: paseos, viajes en coche, juegos, dibujos, escuchar algo, mirar algo o hablar de algo. Una oficial del cuidado infantil descubrió que la única manera de comunicarse con un niño de cuatro años que estaba triste era sentarse tranquilamente a su lado mientras veía su programa de televisión favorito. Esto no era una pérdida de tiempo, porque el programa de TV los unía y los acercaba de una manera que era tolerable para el niño. Después de que esto sucediera unas cuantas veces, el niño pudo sentarse más cerca de la cuidadora de niños, de modo que ella podía rodearlo con su brazo con bastante naturalidad. De este modo se logró una comunicación no verbal. Si la oficial del cuidado infantil hubiera intentado rodear con su brazo al niño al principio, este se habría sentido amenazado y se habría resistido. Las experiencias compartidas forman vínculos invisibles entre las personas que se fortalecen a medida que comienzan a tener una historia. Poco a poco, las experiencias se irán repitiendo y repasando y reviviendo en retrospectiva, y descubriremos que entre nosotros y el niño o niña se desarrolla en un lenguaje para hablar que es muy especial para cada niño porque contiene sus propias palabras y su forma de recordar e imaginar, que nos tomamos el trabajo de aprender y utilizar. Si primero nos preocupamos de aprender las palabras del niño y su significado especial para las cosas, con el tiempo el niño incorporará y utilizará nuestras palabras y significados como propios.

Una vez que se ha establecido la comunicación indirecta mediante experiencias compartidas, existe entonces un ámbito de la vida en el que es posible la comunicación directa, el dar y recibir directamente.

De hecho, ahora todo es posible: se podrían abrir las compuertas o podrían saltar chispas. Ambos acontecimientos serían signos de vida y evidencia de que se estaban estableciendo relaciones reales entre las personas, que implican dar y recibir, amar y odiar.

Por ejemplo, el final de la historia de la oficial del cuidado infantil y el niño de 4 años que veían televisión juntos fue que, una vez que ella había establecido comunicación con él, en una ocasión posterior él pudo arrojarse a sus brazos y llorar por su madre, que estaba en el hospital. La intensidad de su amor y añoranza por su madre se sintió en esos momentos, y esto en cierto sentido la devolvió a él y la hizo más real. No podría haber llegado a ese punto solo. Después de este evento, estaba notablemente menos deprimido y se sintió infeliz y comenzó a comer más.

En visitas posteriores, este pequeño no quería volver a llorar ni tampoco quería que la cuidadora volviera a rodearlo con el brazo. Quería volver a la comunicación indirecta de experiencias compartidas. Le llevaba sus libros y sus juguetes, y ella leía y jugaba con él. Sin duda esperaba con ansias las visitas de la cuidadora y las necesitaba porque sabía que en cualquier momento la comunicación de sus verdaderos sentimientos hacia ella era una oportunidad posible.

Y así es como la comunicación indirecta que implica una tercera cosa -la experiencia compartida- alivia la tensión de la vida, porque permite que las personas se conozcan y al mismo tiempo mantengan su separación, porque sienten algo más que el uno por el otro. Dentro de esta área neutral no se hacen exigencias en ningún sentido, aunque siempre podrían hacerse en cualquier momento (op.cit, 189-190).

Tanto Clare Winnicott como Selma Fraiberg eran profundamente sensibles a la experiencia vivida del niño o niña en la protección infantil, y específicamente de las relaciones familiares con varias problemáticas y los confusos trasladados residenciales. Sin embargo, sus estrategias de intervención o de práctica dependían del rol del trabajador social clínico en la vida del niño o niña. Cuando la estructura básica de una relación psicoterapéutica era posible —con sesiones de terapia regulares durante un período prolongado—, Fraiberg podía abordar los sentimientos y defensas del niño con un enfoque más directo.

Por el contrario, Clare Winnicott señaló que el trabajador social en la proyección infantil a menudo no puede funcionar con la estructura y la consistencia de una relación de psicoterapia convencional.

Aceptando estas limitaciones, ella describió cómo la o el trabajador social clínico puede utilizar productivamente enfoques indirectos para abordar las preocupaciones de los niños y niñas en el sistema de protección infantil.

Tanto los enfoques directos como los indirectos para estas personas en situación de vulnerabilidad pueden ser métodos eficaces para la o el trabajador social clínico en escenarios de la protección infantil. Y por lo tanto, es nuestra tarea comprender cuándo, dónde y cómo cada enfoque puede ser más útil dependiendo de cada caso.

REFERENCIAS

- Berzoff, Flanagan Y Hertz (2021). *Inside Out and Outside In: Psychodynamic Clinical Theory and Psychopathology in Contemporary Multicultural Contexts*. Fifth Edition. Rowman & Littlefield Publishers: United States.
- Fraiberg, S. (1959/1996): *The Magic Years: Understanding and Handling the Problems of Early Childhood*. Scribner: United States.
- Fraiberg, S. (1962a). A therapeutic approach to reactive ego disturbances in children in placement. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 32(1), 18-31.
- Fraiberg, S. (1962b). Correspondence with Dr. D. J. De Levitz, March 12, 1962.
- Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal American Academy of Child Psychiatry*. 1975 Summer;14(3):387-421.
- Kanter, J. (2020). Selma Fraiberg: A Life Journey in Psychoanalytic Social Work. *Psychoanalytic Social Work Journal*. 27(2), 119-138.
- Winnicott, C. (1963). *Face to Face with Children*. In Kanter, J. (Ed.) *Face to Face with Children: The Life and Work of Clare Winnicott*. Routledge 2004.
- Winnicott, C. (1964). *Communicating with Children*. En Kanter, J. (Ed.) *Face to Face with Children: The Life and Work of Clare Winnicott*. Routledge 2004.

A continuación y de manera especial para esta edición hemos incorporado un comentario especial de la presidenta de la Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico. Estas son sus reflexiones generales sobre la exposición de Joel en nuestro país y constituyen una representación de algunas inquietudes y resonancias respecto a su enseñanza y cómo aquello nos invita a pensar en nuestro sistema de protección especializada a la niñez y adolescencia.

UNA REFLEXIÓN por MG. Estephanie Cruz Catalán

Ser testigo de cómo el Trabajo Social Clínico en Chile ha logrado generar espacios tan relevantes como estos, no hace nada más que impregnar una suerte de esperanza y convicción de que llegará el momento en el que el reconocimiento por esta especialidad no sea discutible o transable y para mí. En relación a lo anterior, el desarrollo de este primer Seminario Nacional "Diálogos sobre nuevas perspectivas en la Protección Especializada con niños, niñas, adolescentes y sus familias: Aportes desde el Trabajo Social Clínico" fue una representación lúcida del impacto que pueden generar las alianzas entre Instituciones públicas y privadas, y que en este caso, en dos días abrazaron un mismo objetivo: reflexionar sobre la práctica del Trabajo Social Clínico y su vínculo inseparable con los escenarios contemporáneos, y específicamente respecto a la Protección Especializada de la Niñez y Adolescencia.

Al reflexionar sobre este encuentro me resulta imposible no situar mis pensamientos o recuerdos en una sola dirección y creo que esto ocurre porque confluyeron diferentes escenarios que impregnaron aprendizajes, experiencias y momentos muy significativos a propósito de los diferentes roles que desempeño yo misma como trabajadora social clínica y que desearía dejar en los y las lectoras, algunas de estas reflexiones, que espero, pueda transmitirles, algo de esa esperanza y convicción.

Primero, quisiera compartir que conocí sobre MSW, LCSW. Joel Kanter gracias al Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico en el año 2020, cuando a propósito de mi formación, pude escuchar sobre él como un investigador capaz de reconstruir las historias más importantes de los grandes colegas de esta especialidad, tales como Selma Fraiberg, Clare Winnicott, James Robertson, entre otras.

En el año 2021 tuve acceso a la traducción de su artículo “*Selma Fraiberg: Un viaje de vida en el Trabajo Social Clínico de orientación psicoanalítica*” publicado en el volumen 1 de la Revista Latinoamericana de Trabajo Social Clínico del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico y fue desde ese momento en el que, gracias a sus obras, pude apreciar la infinidad de experiencias y legados de mujeres históricas del Trabajo Social Clínico. Siendo esto un trabajo pionero y demasiado importante para nosotros como especialistas.

terapeuta que ha desarrollado toda su carrera profesional en el área de infancias, adolescencias y familias, escuchar parte de la vida de Clare Winnicott y Selma Fraiberg; sus trayectorias, sus esfuerzos por generar abordajes sensibles, respetuosos, situados desde las experiencias únicas de cada niño, niña o adolescente y observar cómo hace más de 70 años ya desarrollaban prácticas que hoy resultan ser tan necesarias, sin duda que genera una invitación forzada a re-mirar el cómo hoy el Trabajo Social, en ocasiones, se transformado en una



Fotografía 1: Aquí podemos ver a Paola Grandón-Zerega que fue la traductora oficial de Joel Kanter en el evento. Esta imagen representa cuando se estaba presentando a nuestro expositor al público general y al mismo tiempo, estaba dando unas palabras de bienvenida el actual director del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, Claudio Castillo.

Por lo tanto, el tener la posibilidad de contar con su presencia en este evento pensado para reflexionar sobre la práctica con niños, niñas, adolescentes y sus familias, significó una posibilidad única de aprender y escuchar en primera persona, esas historias que no solo transmiten una narrativa o una idea, sino que además te permiten adentrarte en el contexto más íntimo de esas historias, teniendo incluso la posibilidad de revisar sesiones, grabaciones de la época y contenido exclusivo que reafirman con cada palabra esa esperanza y convicción con el Trabajo Social Clínico. Por otra parte, al situarme como

profesión que ejerce control social, sin considerar el poder terapéutico o el impacto verdadero de sus acciones. En este punto, una de las reflexiones que grabé en mi memoria fue aquella que nos invita a reconocer que “*las experiencias compartidas forman vínculos invisibles*” -Tal como expresa Joel respecto a Clare Winnicott-, y que nuestro rol como Trabajadores Sociales Clínicos puede colaborar a que niños, niñas o adolescentes puedan transitar por sus historias acompañados/as, siendo capaces de manifestar sus dolores, frustraciones y sobre todo sus resistencias, aquellas experiencias que pueden

ser comprendidas como actos de violencia y que no son nada más que sus batallas internas para lidiar con aquello que les resulta intolerable. En resumen, no queda duda alguna que los aprendizajes que deja esta ponencia se traducen en reflexionar, repensar, re-mirar y re-contruir de forma permanente nuestras prácticas cotidianas y nuevamente, a pesar de que durante la exposición de Joel Kanter transitó entre la frustración; al pensar en aquello que nos falta como sistemas vinculados a niñez y adolescencia para alcanzar estos abordajes tan sensibles. La sorpresa para mí, fue el de ver cómo

respuestas. Sin embargo, el desarrollar este Seminario, en colaboración con la Universidad de Los Lagos, el Servicio de Protección Especializada a la niñez y adolescencia y el Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico, no es más que un reflejo de la necesidad que existe de reunirnos, reencontrarnos, reflexionar de manera permanente sobre nuestro quehacer, situándonos desde un lugar de apertura para ser capaces de deconstruir algunos saberes y dejar un buen espacio para aquellos nuevos que vienen a otorgar un sentido humanizado, sensible y único a nuestro quehacer.



Fotografía 2: Aquí podemos ver a Joel Kanter exponiendo en el evento y a Paola Grandón asistiendo en la traducción con el público.

hace medio siglo ya existía tanto conocimiento que por muchas razones no han sido incorporados en nuestros sistemas de protección y la admiración; al reconocer en Fraiberg y Winnicott profesionales capaces de impactar con sus acciones intencionadas la vida de tantos niños, niñas y adolescentes, me quedo nuevamente con la esperanza y convicción, al ver cómo el Trabajo Social Clínico fue capaz de ocupar un lugar tan importante en los sistemas de protección infantil hace tantos años. Finalmente, en mi rol como presidenta de la *Sociedad Chilena de Trabajo Social Clínico*, solo siento gratitud por ser parte de esta historia, una que comenzó con más sueños que certezas, con más preguntas que

Ahora, luego de haber transitado por innumerables sensaciones, solo quiero dejarles aquello que se hizo más fuerte al término de este evento y creo que a estas alturas ya podrán anticiparlo; esperanza y convicción, esperanza en que a través de estas acciones se construyen espacios propicios para dialogar y reconstruir significados de lo que hacemos y por qué lo hacemos y por último convicción de que el Trabajo Social Clínico debe tener un lugar de reconocimiento en el área de niñez, adolescencias y familias que solo es posible lograr si conocemos el aporte invaluable que nuestra disciplina ha generado al ámbito terapéutico hace más de medio siglo.