

SALUFAM, Consulta Social y Espacio Terapéutico: Posibilidades para desarrollar un Trabajo Social Clínico desde las prácticas narrativas en los Centros de Salud Familiar en Chile

*Lic. Alexa Altamirano Soto*¹

RESUMEN

El presente artículo de Trabajo Social Clínico (TSC) en Chile, tiene por finalidad contribuir al ejercicio profesional de los y las Trabajadoras Sociales que se desempeñan laboralmente en el ámbito de la salud, específicamente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

La siguiente propuesta aspira a la integración conceptual y práctica de los aportes de la especialidad del Trabajo Social Clínico por medio de la práctica narrativa. Su fundamento radica en la necesidad de fortalecer la práctica clínica de quienes ejercen en dichos espacios sanitarios con el objetivo de constituirse como reales agentes de cambio ante los diversos problemas y malestares psicosociales que expresan las personas en la atención directa de los y las Trabajadoras Sociales, a causa de un panorama social e institucional que se caracteriza por estructuras de opresión y discursos culturales hegemónicos.

En una primera parte, se aborda los fundamentos y la integración del Trabajo Social Clínico, la Práctica Narrativa y el ejercicio profesional en la consulta del Trabajo Social en los Centros de Salud Familiar, para lo cual se inicia contextualizando el instrumento SALUFAM en la consulta social como una posibilidad de espacio terapéutico en los Centros de Salud Familiar. Posteriormente, se analizan los ejes transversales de la Práctica Narrativa en el Trabajo Social Clínico que deben considerarse en la práctica terapéutica, reflexionando sobre los roles de la profesión para luego continuar con una propuesta de integración del SALUFAM al interior de la Consulta Social como posibilidad de Espacio Terapéutico. Si bien este texto está más relacionado al análisis del instrumento SALUFAM, sin duda que los ejes de los abordajes terapéuticos del Trabajo Social Clínico desde la práctica narrativa pueden extrapolarse a todas las acciones en nuestro rol profesional en la salud, incluyendo la consejería, la visita domiciliaria u otras prácticas que se efectúan desde el Trabajo Social en los Centros de Salud Familiar. Finalmente, se presentan algunas conclusiones en relación a la necesidad de integrar y fortalecer el campo terapéutico en el ejercicio de la profesión en este espacio sanitario.

Palabras Claves: Trabajo Social Clínico, Práctica Narrativa, Consulta Social como Espacio Terapéuti-

¹ Trabajadora Social y Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de Valparaíso. Diplomado en Trabajo Social Clínico: Para una práctica terapéutica contemporánea con personas, familias y colectivos del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico.

Possibilities for developing a therapeutic space during social consultations at SALUFAM: Implementing a Narrative Clinical Social Work practice in Family Health Centers of Chile

ABSTRACT

The purpose of this article is to contribute from a clinical social work perspective to the professional practice of social workers who work in the area of health, specifically in Family Health Centre (CES-FAM).

The following proposal seeks towards the integration of conceptual and practical contributions of Clinical Social Work by introducing narrative practices. The paper's foundations are rooted on the need to strengthen clinical practice for those who practice in health settings with the mindset of becoming agents of change regarding diverse psychosocial issues and difficulties expressed by people who are in direct contact with Social Workers, difficulties which are often the result of social and institutional paradigms which are characterized by structures of oppression and hegemonic cultural discourses.

First, the writer will address the foundations and the integration of Clinical Social Work, Narrative Practice and the professional modality of social work consultation at Family Health Centers, which begins by contextualizing the SALUFAM questionnaire as a possibility of developing a therapeutic space at Family Health Centers. Secondly, the writer analyzes the overall axis of Narrative Practice in Clinical Social Work that needs to be considered to develop a therapeutic practice, reflecting on the roles of the profession, to then continue with the SALUFAM integration proposal as a possibility of strengthening the therapeutic space. While this article is more related to the analysis of the SALUFAM questionnaire, there is little doubt that the axis of therapeutic approaches of Clinical Social Work from the narrative perspective can be extrapolated to all actions in the professional role in health, including counseling, home visits or other practices which are conducted in Family Health Centers. Lastly, conclusions are presented with regards to the need to integrate and strengthen the therapeutic field in direct practice in professional health settings.

Keywords: Clinical Social Work, Narrative Practice, Social Consultation as a Therapeutical Space, SALUFAM, Family Health Centres.

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social, como profesión basada en la promoción de los derechos humanos y en la defensa de la justicia social, está constituida como una disciplina que se posiciona como agente de cambio ante los problemas y los malestares que afectan a personas, familias y a otros grupos humanos (FITS y AIETS, 2014). Su epistemología y ejercicio profesional, cuando se sitúa en un contexto público, posicionan al Trabajo Social como el nexo entre las personas y los bienes y servicios que proveen las diversas instituciones en una sociedad. Esto, por lo general, y más aún en la salud, se aprecia en la función asistencial o de asistencia, que ha desempeñado el Trabajo Social en la atención directa en diversos momentos de su historia, en miras a satisfacer las necesidades básicas de las personas. No obstante, no es el única función o rol, y aquí donde este trabajo quiere aportar a la discusión profesional.

Al constituirnos en agentes de cambio, aquello también implica abordar el sufrimiento emocional de las personas que se originan por las experiencias de desigualdad social, ya que, tal como señala Reyes (2019, p. 165) “cualquier problema social que una persona mantenga condiciona su bienestar subjetivo individual o familiar”. De este modo, el bienestar de las personas no tan solo se alcanza satisfaciendo las necesidades básicas, sino que, también abordando el malestar subjetivo que ha ocasionado la experiencia de injusticia y de opresión por no poder satisfacer dichas necesidades. Lo anterior, conlleva comprender la relación que se da entre persona-opresión, a causa de procesos socioculturales que estructuran relaciones de poder en base a variables culturales y que proliferan en discursos dominantes que permean la subjetividad del ser humano y su funcionamiento social.

Esta panorámica señalada y propia de la especialidad del Trabajo Social Clínico, faculta que la disciplina deconstruya el asistencialismo como identidad o práctica preponderante en el ámbito sanitario. Esto convella a integrar sus potencialidades terapéuticas, y tal como señala Burke y Harrison (2002, p.1) existe una necesidad de “comprender y responder a la complejidad de la experiencia de la opresión”, dando respuesta a los malestares psicosociales que emergen a causa de la discriminación y de la exclusión de las personas que al querer satisfacer sus necesidades, no han logrado aquello debido a estructuras y políticas sociales que lo dificultan. Por ello, comprender y abordar el malestar biopsicosocial que ocasiona la experiencia opresiva también es una forma de atención directa del Trabajo Social vinculado a su identidad terapéutica, enfatizando lo “social” en la salud.

En virtud de lo anterior, integrar la Práctica Narrativa al Trabajo Social Clínico en el análisis del SALUFAM en la consulta social de la profesión, permitirá abrir espacios de atención directa para los y las profesionales del Trabajo Social en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) en los cuales, la función asistencial por sí sola, no es suficiente para satisfacer las necesidades básicas de las personas que experimentan malestares biopsicosociales y desmoralización a causa de las experiencias de desigualdad, injusticia social y opresión, siendo fundamental generar espacios que aproximen las prácticas narrativas a las personas que luchan ante problemas de salud y que aparejan problemas sociales. Ante esto, el Trabajo Social Clínico, en dicho espacio, está orientado a reducir la influencia de los problemas sociales en la vida de las personas, trascendiendo la práctica del asistencialismo.

1. EL SALUFAM EN LA CONSULTA SOCIAL COMO ESPACIO TERAPÉUTICO.

El Trabajo Social que efectúa atención directa en la consulta social de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) orienta su quehacer filosóficamente de acuerdo al concepto de justicia social, el cual es definido por Mullay y West (2018, p.23) como: “la distribución (o redistribución) moralmente adecuada de los beneficios y las cargas entre todos los miembros de la sociedad”. En miras a la justicia social, la disciplina se destina a propiciar que las personas logren acceder a los recursos materiales y a los bienes sociales que se encuentran en la sociedad, sin embargo, también, propicia el acceso a los derechos y al poder (Mullay y West, 2018). Para ello, es clave la atención directa que efectúa el Trabajo Social a través de la orientación, la consultoría y el trabajo familiar.

Sin embargo, en un contexto social en el cual, los derechos son vulnerados y los recursos son limitados y segregados en función del poder y la jerarquía social, se torna crucial que el Trabajo Social integre a la atención directa en consulta social nuevas formas de abordajes que comprenda a la justicia social, como refiere Young en Mullay & West (2018, p.23) desde "la eliminación de la dominación y la opresión institucionalizadas", entendiéndolo que existen elementos, en la forma en cómo se estructura económica, cultural, política y normativamente la sociedad, que llevan a prácticas y procesos opresivos que causan distribuciones de derechos inequitativos en la sociedad y que aquello, son aspectos influyentes en la generación de malestares biopsicosociales, en las conclusiones de identidad en las personas y, por consiguiente, en su salud física y mental. De modo que, una persona que experimenta acoso laboral, puede elaborar historias que la lleven a conclusiones de identidad relacionadas con el miedo, el fracaso, la desmotivación, la culpabilidad u otras características, las cuales pese a ser características que pueden parecer internas de la persona, emergen sin lugar a dudas de un contexto relacional, desigual, opresivo y de poder.

El Trabajo Social Clínico pretende replantear la comprensión que realiza el y la profesional hoy en día en base a un concepto de justicia social y de derechos humanos focalizando en el acceso a los recursos, para integrar desde una comprensión epistemológica, según lo refieren Burke & Harrison (2002, p.2) que “las experiencias personales están indisolublemente ligadas y determinadas por las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas dentro de situaciones específicas geográficas e históricas”. Consecuente con esta comprensión, los Centros de Salud Familiar (CESFAM), funcionan estratégicamente de acuerdo al enfoque de los determinantes sociales² de la salud, el cual permite comprender a las personas que presentan un problema de salud condicionado por elementos de carácter social. Parte de aquello, lo constituye el SALUFAM, elaborado en el año 2012 con la finalidad de constituirse en un instrumento de tamizaje que analice el funcionamiento de la persona en relación a su familia y predecir a través de éste la predisposición y evolución de la persona en relación a su estado de salud física y mental. Al respecto Puschel, Repetto, Solar, Soto y González (2012, p.417) señalan que “precisa dimensiones de funcionamiento familiar que se asociaran con una mejor o peor evolución de problemas clínicos frecuentes y que fueran susceptibles de intervenir por los equipos de salud”. En relación a lo anterior, un panel de 10 expertos de diversas universidades e instituciones evaluó e identificó las dimensiones contenidas en el instrumento, arrojando como factores: Acuerdo, Afecto, Afrontamiento, Ciclo Vital, Cohesión, Compromiso, Estructura Familiar, Red de

² Conceptualización utilizada para integrar los planteamientos existentes en planes y orientaciones técnicas del Ministerio de Salud que permiten abordar integralmente la influencia de los diversos factores de la persona en la comprensión de su salud. Término abstraído del Manual de orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario del Ministerio de Salud año 2012.

Apoyo y Salud, distribuidos en 13 afirmaciones. En razón de lo anterior, la práctica narrativa en el Trabajo Social Clínico pretende configurar el instrumento SALUFAM³, integrando las conversaciones de externalización, reautoría y remembranza a la consulta social, para crear un espacio terapéutico que permita al profesional del Trabajo Social efectuar una atención directa que sitúe los relatos de las personas en un contexto social que considere la influencia de las conductas y de los factores que condicionan la salud de las personas, así como también, comprender y abordar las experiencias que poseen las personas ante la desigualdad, discriminación, opresión y exclusión de sus relaciones sociales, políticas y culturales; y sus efectos en la configuración de la percepción sobre sí mismas y en sus propias identidades.

2. FUNDAMENTOS DE LA PRÁCTICA NARRATIVA EN EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

2.1. Trabajo Social Clínico: Características de la práctica de atención directa

El término “clínico” hace alusión principalmente a las competencias que posee una profesión en relación a la práctica directa con personas. En Trabajo Social, el término fue acuñado según Carlton en Northen (1995, p.3) “en el hospital federal y en clínicas para describir la práctica de los trabajadores sociales con y a favor de los pacientes”, siendo utilizado por primera vez en el año 1931 por Edith Abbott, una profesora de Trabajo Social de la Universidad de Chicago. Este acontecimiento aparejó una gran resistencia en algunos sectores del Trabajo Social que hacían alusión a que no se puede ayudar a las personas cuando las causas de los problemas son de origen estructural, por lo que relacionaban esta práctica con el ámbito privado, vinculada directamente con la perspectiva psicoanalítica que se orientaba al ámbito sanitario, no así a lo social (Northen, 1995).

Steward en Northen (1995, p.3) puntualizó que en Estados Unidos “el término no fue realmente incorporado sino hasta la década de 1960, primeramente, debido a los eventos en la profesión y en las consideraciones políticas”, década en la cual, también existió un hecho controversial de negación legislativa hacia la profesión de Trabajo Social en el estado de California para practicar la psicoterapia. Sin embargo, los movimientos gremiales a favor del Trabajo Social, lograron el reconocimiento de la especialidad del Trabajo Social Clínico a nivel de postgrado y, posteriormente, se aprobó la licencia para el ejercicio de la práctica directa de los trabajadores sociales clínicos, y con ello, la práctica de la psicoterapia (Northen, 1995). Junto a todos estos eventos, en el año 1987 se logró otorgar una definición de Trabajo Social Clínico, donde se involucraron en su elaboración, según Northen (1995, p.8) “los Consejos de directores de NASW, la Junta del Registro Nacional de Proveedores de Atención de Salud, que habían sido establecidos por la Federación de Sociedades de Trabajo Social Clínico, y la Junta Estadounidense de Examinadores en Trabajo Social Clínico”:

“La práctica del Trabajo Social Clínico es la aplicación profesional de la teoría y los métodos del Trabajo Social para el tratamiento y la prevención de la disfunción psicosocial, la discapacidad o el deterioro, incluidos los trastornos emocionales y mentales. Se basa en el conocimiento y la teoría del desarrollo psicosocial, del comportamiento, la psicopatología, la motivación inconsciente, las relaciones interpersonales, las limitaciones ambientales, los sistemas sociales y la diversidad cultural, prestando especial atención a la persona en el entorno. Compartiendo con toda la práctica del Trabajo Social el objetivo de mejorar y mantener el funcionamiento psicosocial de individuos, familias

³ Instrumento de Tamizaje se encuentra integrado en el anexo del presente artículo.

y grupos pequeños. El Trabajo Social Clínico abarca la intervención directa hasta las interacciones interpersonales, dinámicas intrapsíquicas, soporte vital y gestión de problemáticas. Esto incluye, pero no se limita a la psicoterapia para individuos, matrimonios, familias y grupos”.

Por otro lado, según el Diccionario de Términos de uso frecuente en el Trabajo Social Chileno de Quiroz y Salazar en Reyes (2019, p. 164) refiere que el Trabajo Social Clínico “constituye una parte de la práctica del trabajador social, focalizada en ofrecer servicio directo al incremento del funcionamiento social”. A continuación, se entrega una síntesis de algunas características de que es lo clínico en el Trabajo Social según Northen (1995) y Ramírez (2019):

-Persona en su situación: El Trabajo Social se orienta a comprender la relación de las personas con su entorno social, y cómo este incide en el funcionamiento psicosocial de las personas, grupos y comunidades, para lo cual es pertinente efectuar una atención directa que disminuya la incidencia de estos aspectos sociales y acercar los recursos que colaboran con el bienestar. Al respecto, Nortén (1995, p.15) define los aspectos que configuran el entorno social proviniendo desde “las instituciones y organizaciones de la sociedad, programas, políticas, y recursos que afectan la salud, educación, y los servicios de bienestar; el ambiente puede obstaculizar o ayudar; las redes sociales, diversos grupos populares; y los efectos de los prejuicios y la discriminación sobre las vidas de las personas”.

-Valor inherente en la persona: El Trabajo Social Clínico se caracteriza por su convicción en la inherencia del valor y la dignidad en la persona y su capacidad para alcanzar su potencial y lograr vidas que, siendo similares o diferentes a las de otras personas, son igualmente satisfactorias, para lo cual es fundamental proveerles y respetar el acceso a los diversos recursos, a sus derechos y a su responsabilidad en el alcance de su bienestar individual y colectivo (Northen, 1995).

-Modificación del ambiente: El Trabajo Social Clínico se caracteriza por su propósito en modificar el entorno socioeconómico de la persona (Ramírez, 2019), generando cambios en el funcionamiento psicológico y social de las personas y de sus familias y comunidades y en los entornos de las personas tendientes a proporcionar oportunidades y disminuir sus obstáculos (Northen, 1995).

-Recursos personales: El Trabajo Social en su práctica clínica busca reconocer los recursos personales de las personas y colaborar mejorando la imagen que poseen de sí mismas a través de diversos abordajes (Ramírez, 2019).

2.2 Práctica Narrativa: Características del abordaje terapéutico

Las Prácticas Narrativas, entendidas a partir de la conceptualización de la Terapia Narrativa, tuvo sus orígenes en la década de 1980, con el emblemático libro “*Medios Narrativos para fines terapéuticos*” publicado por los trabajadores sociales, Michael White y David Epston, constituyéndose actualmente como una aproximación a la psicoterapia y al trabajo comunitario (Sued, 2006).

Michael White y David Epston, basan sus postulados en visualizar que las historias o narrativas que las personas relatan, representan metáforas que emergen producto de los significados que le atribuyen estas personas a su experiencia con el contexto social y a las relaciones que establecen

con otros y otras, asimismo, enfatizan en que estas historias son construidas socialmente y caracterizadas por ser políticas (White y Epston, 1993). Estas ideas inspiradas desde la perspectiva del Construcionismo Social y del Posestructuralismo, destacan que las historias e identidades de las personas no son constructos fijos e invariables, sino por el contrario, son supuestos que se construyen constantemente en la relación que se establece con el contexto social. Aquello es respaldado por Brown (2020, p.22) señalando que “la metáfora de la historia sugiere que creamos nuestras historias y nuestras historias nos crean a nosotros”, entendiendo que nuestras narrativas se construyen a partir del significado que le atribuimos a la experiencia. Asimismo, el significado que las personas le otorgan a sus experiencias podemos identificarlo y comprenderlo a partir de sus narrativas o relatos que se dan en el vínculo que la persona genera con él o la profesional. Al respecto, Bruner en Brown (2020, p.17), adhiere que “las narrativas no solo son estructuras de significado, sino que también son estructuras de poder”, que nos otorgan una comprensión de cómo se define la identidad que la persona posee en función a las relaciones de poder que han emergido de la experiencia en su contexto social. Esto significa que a través de las narrativas, no tan solo podemos conocer y comprender el significado que la persona atribuye a su experiencia, sino también, podemos conocer cómo este significado de la experiencia y cómo la identidad que posee la persona de sí misma se ha formado en relación a la estructura de poder que caracterizó aquella experiencia.

Para abordar las historias de identidad que las personas interiorizaron en función del significado que atribuyeron a su experiencia con las relaciones de poder de su entorno social, la autora Brown (2020, p.17) refiere que las “conversaciones clínicas críticas pueden interrumpir deliberadamente los mecanismos discursivos del poder que a menudo dan forma a las historias de las personas y a las conclusiones negativas de identidad”. En estas conversaciones clínicas que establece la o el Trabajador Social con las personas notará que aquellas han internalizado ideas negativas de sí mismas que se han construido a partir de la experiencia que han tenido de sus relaciones de poder, llevando a creer según Sued (2006, p.20) que “el problema se localiza adentro, que ellos son el problema, que una parte de su ser, o de su identidad está dañada, contiene un déficit, y que esto les impide ser mejores personas, esposos, padres, trabajadores, etc”. En relación a estas conclusiones negativas de identidad que poseen las personas a causa de las historias que crean tras sus experiencias, las prácticas narrativas comprenden diversos abordajes terapéuticos, siendo tres los destacados para el presente artículo:

-Externalización: El abordaje de la externalización se basa según Sued (2006, p.20) en “que la persona no es el problema, sino que la persona tiene un problema”, lo cual implica tener la convicción de que las dificultades son algo que afecta al individuo, no algo que forma parte de aquél, ya que lo que las personas realizan es responder a las situaciones problemáticas. Por tanto, una parte importante de este abordaje se centra en externalizar el problema, introduciendo metáforas que permitan que la persona se separe del problema y lo identifique como algo externo a ella que acude a invadirla (Payne, 2001).

-Reautoría: El abordaje de la reautoría se basa en el supuesto de que ante la existencia de historias que definen una identidad negativa de la persona, siempre habrán acontecimientos excepcionales que permitan crear una historia alternativa de identidad, lo cual es definido por Sued (2006, p.7) como “aquellos sucesos que escapan de la influencia del problema”, para lo cual es fundamental identificar aquellos acontecimientos que escapan de la influencia del problema de la persona y realizar una co-autoría de historias alternativas, que sean diferentes a la historia de conclusión de identidad que domina a la persona.

-Remembranza: Este abordaje terapéutico se basa en el supuesto de que la identidad de las personas se forja en base a una asociación de vida, la cual según White (2016, p.159), “la componen figuras e identidades significativas del pasado, del presente y del futuro” que influyen en la construcción de identidad de la persona, siendo importante que a través de este abordaje se logren identificar y analizar las asociaciones de vida, para otorgar autoridad a ciertas figuras significativas y revocar las voces de algunas figuras que han influido negativamente en la identidad de la persona.

3. PRÁCTICAS CRÍTICAS: APORTES A LA PRÁCTICA NARRATIVA DESDE TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

Perspectiva de Empoderamiento:

La Perspectiva de Empoderamiento colabora con la Práctica Narrativa en el Trabajo Social Clínico, en la comprensión del bienestar y el funcionamiento psicosocial positivo de las personas, a partir de un trabajo que permita en aquella poseer sentimientos de mayor control de sí misma, entendiendo que este empoderamiento se puede desarrollar a nivel personal, con afectación a las esferas más inmediatas de la vida de la persona y a nivel macrosocial. Esto último según Lee en Paquin (2009, p.2) “surge por las consideraciones ante la justicia social y el compromiso para subvertir la pobreza, la opresión y la discriminación” de modo que una persona puede sentir que posee control sobre la relación que tiene con su familia, sin embargo, puede sentirse desesperanzada y que no posee el control en relación a las esferas del entorno social menos inmediatas, sea su trabajo, el acceso a vivienda, la sensación de injusticia por no acceder a un beneficio, por discriminación, entre otros aspectos de origen estructural. Asimismo, la perspectiva de empoderamiento, se fundamenta en que la sensación de control emerge de la propia persona y de la comunidad, siendo el profesional un facilitador del proceso que orienta y educa en relación a la defensa de sus derechos.

Perspectiva de Fortalezas:

La perspectiva de fortalezas aporta a la práctica narrativa en el Trabajo Social Clínico, el alejamiento del supuesto, según refiere Sabeley (2020, p.5), de que “las personas se convierten en personas porque tienen déficits, problemas, patologías y enfermedades” y, por el contrario, se centra en la búsqueda de enaltecer y potenciar las fortalezas y los recursos que las personas poseen y que se encuentran mitigados por el problema. Para ello se debe reconocer la existencia de construcciones negativas en las personas que generan una identidad negativa en ellas mismas, de cómo se ven así mismas y que limitan el despliegue de sus metas, por lo que, según Sabeley (2020, p. 2) “más que focalizarnos exclusivamente en los problemas, esto provocará que tu visión de un giro hacia las posibilidades”, siendo trascendental que en la práctica narrativa desde el Trabajo Social Clínico, el abordaje terapéutico se avoque a identificar la historia alternativa a la identidad dominante de la persona, entendido aquello desde la perspectiva de fortalezas como los intereses de las personas, sus capacidades, sus recursos y sus emociones en el trabajo para alcanzar sus esperanzas y, asimismo, deshacer aquellos problemas que impiden el alcance de sus metas y sueños (Sabeley, 2020).

Perspectiva Anti-opresiva:

La Perspectiva Anti-Opresiva desde la Práctica Narrativa en el Trabajo Social Clínico, extrapola según Burke & Harrison (2018, p.1) la “responsabilidad moral, ética y legal para subvertir la inequidad y la desigualdad”, esto significa que es responsabilidad del Trabajo Social comprender y abordar a las dificultades que personas, grupos y comunidades experimentan ante la opresión y marginalización, comprendiendo que las experiencias personales están indisolublemente ligadas y determinadas por las relaciones sociales, culturales, políticas y económicas dentro de situaciones específicas geográficas e históricas. De este modo, la perspectiva anti-opresiva apareja a la práctica narrativa desde el Trabajo Social Clínico, la comprensión de la relación de los problemas del poder, la opresión y la subordinación que determinan las vidas de las personas que reciben los servicios de atención social, integrando que el accionar se centra en desafiar las desigualdades que surgen producto de esta opresión, externalizando el problema en cuestión y otorgando una identidad que sea alternativa a la del grupo subordinado (Burke & Harrison, 2018).

Perspectiva Feminista:

La perspectiva feminista desde la Práctica Narrativa en el Trabajo Social Clínico, implica poner atención y comprender las dinámicas de poder que emergen de las relaciones (Land, 2020). En esta misma línea, la autora Ramírez (2019, p.27) señala que es primordial el “reconocimiento de la autoría de las personas en relación con las narraciones de sus vidas, como también la consideración de que hay relatos que han sido subyugados por las estructuras dominantes, y la especial atención a los discursos saturados como conocimientos dominantes de la vida y como unidades de poder”, de modo que a partir de los relatos de las personas es posible pesquisar la influencia de la estructura social en sus vidas y en sus conclusiones de identidad, debiendo ser cuestionadas estas dinámicas de poder y las verdades normalizadoras. De este modo, la perspectiva feminista comprende una práctica que no tan solo sea sensible al género, sino que también a prácticas opresivas como el racismo y a las diversas manifestaciones de discriminación y exclusión que experimentan las personas, aparejando conceptos como la interseccionalidad para comprender como emergen las diferencias de poder.

4. EJES TRANSVERSALES DE ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA NARRATIVA EN EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO.

A continuación, se dará a conocer determinados ejes transversales de análisis de la práctica narrativa en el Trabajo Social Clínico, que deben integrarse a la atención directa que llevan a cabo los y las profesionales con las personas, basados en los planteamientos de Brown (2020), Sued (2006) y Paquin (2009):

-Historias o Relatos Dominantes: Las historias que las personas relatan sobre sí mismas y sobre sus vidas, incorporan discursos que suelen dar descripciones incompletas y muy limitadas sobre su identidad. Estos discursos que emergen de las experiencias de las personas con sus relaciones sociales, culturales, políticas y económicas y, por tanto, que responden a una construcción social, se compren-

de la unión estructural que se da entre el conocimiento y el poder en la sociedad. Esta unión permite comprender que estas historias se han construido en base a un conocimiento que se ha considerado como “*verdadero y legítimo*” en un período de la historia y que, por lo demás, se ha impuesto y divulgado de acuerdo al poder que ha ejercido un grupo dominante de la sociedad. Brown (2020, p.7) hace alusión a ello, señalando que “de hecho, la realidad dominante construida socialmente se da tan por sentada que perdemos de vista su creación social, tratándola como si fuera natural”, destacando en la sociedad actual las actitudes y conocimientos dominantes en relación a la raza, al género y a la clase, entre otros discursos (Sued, 2006). Esta construcción social de la historia dominante en la persona, conjuga los conceptos de poder-conocimiento y de práctica normalizadora de la siguiente forma.

- *Poder y conocimiento*: En todas las culturas se establecen ciertos patrones de comportamiento con la finalidad de cumplir con los estándares de normalidad de las culturas (Paquin, 2009), de modo que las personas aprenden qué es lo correcto, bueno y qué es malo para la cultura, fundamentándolo a partir de un conocimiento verdadero y legítimo, sin embargo, es a través del poder y de acuerdo a un conocimiento considerado como legítimo, que se generan divisiones en la sociedad y se discriminan a aquellas personas que son consideradas como diferentes.

- *La práctica normalizadora*: Por otro lado, la práctica normalizadora, hace alusión a que en las sociedades se enaltecen conocimientos que culturalmente son considerados como verdaderos, legítimos y únicos, conllevando a categorías de normalización y anormalización, cuando surgen conocimientos o realidades que son diferentes. De este modo, aquellas personas que no responden al orden cultural son consideradas como desviadas y se genera la necesidad de que sean reparadas. Según Paquin (2009, p. 9) “estas categorías de normalidad son fundadas por la ciencia dominante que está disponible en la época y en la sociedad, lo cual provoca que las personas vean esto como verdades por el solo hecho de tener una fundamentación científica”, llevando a la subordinación de aquellas bajo la creencia de lo que es “verdad” y lo que es “correcto”, y definiendo “desviadas” a aquellas personas que poseen un conocimiento diferente o resisten al conocimiento verdadero.

-Atención a la dinámica de poder en la relación: La dinámica de poder que establezca el o la profesional con la persona, debe cuestionar la asimetría histórica que existe en la consulta social tradicional y enaltecer una dinámica de poder que se defina en función de la justicia y la igualdad en la relación. White en Paquin (2009, p.21), refiere que “cuando observamos las relaciones terapéuticas en una perspectiva bidireccional, tal como las prácticas narrativas incentivan, estas tienden a disminuir las relaciones de poder”. Considerando que la persona se relaciona en un contexto social caracterizado por asimetrías y opresiones, la finalidad de la consulta es encontrar según Land en Ramírez (2019, p.220) “la voz subyugada por los relatos dominantes de las personas” y, para ello, es fundamental integrar lineamientos que permitan empoderarlas desde el primer encuentro.

-Posición de no saber: La posición de no saber puede aportar a que el compromiso del trabajador social clínico que efectúa una práctica terapéutica crítica y posmoderna es diferente a los modelos tradicionales de la práctica clínica imperante, ya que se caracteriza por mantener una posición comprometida de respetuosa curiosidad en relación a la otra persona y no suelen verse a ellos mismos como expertos, por el contrario, se basa en una posición de no saber (Anderson & Goolishian, 1996) que le permite conocer a la persona e interpretar su experiencia de vida bajo sus mismos significados.

-**Ética Narrativa:** La ética narrativa para el trabajador social clínico, plantea que su práctica narrativa no puede estar guiada por creencias morales unificadas que han surgido en base a conocimientos verdaderos para mantener un orden cultural, sino a través de una discusión abierta que pueda desafiar las opiniones y normas aceptadas (Paquin, 2009). Se plantea la pertinencia de que el trabajador social clínico puede tener una visión amplia de la persona y de sus relatos que considere el contexto y el significado que la persona le atribuye a la experiencia.

-**Ética del Cuidado:** La ética del cuidado en la práctica narrativa para el Trabajo Social Clínico plantea que el profesional debe sentirse indignado por la influencia del problema en la persona y no por la incapacidad que pueda tener la persona para manejar el problema. Para ello es pertinente considerar el poder social y económico, y la consecuente estructuración jerárquica de las relaciones como factores que mantienen los problemas en las personas (Paquin, 2009) y esta pertinencia requiere una posición colaborativa y de ignorancia que permita examinar la narrativa de las personas en torno a los discursos opresivos.

5. PROPUESTA DE INTEGRACIÓN: EL SALUFAM EN LA CONSULTA SOCIAL COMO ESPACIO TERAPÉUTICO.

5.1. Análisis crítico de la consulta social del Trabajo Social

Cuando las personas ingresan a consulta con un profesional del Trabajo Social, acuden, por lo general, siendo derivadas por otros profesionales o instituciones que pesquistan que la persona necesita ayuda en su necesidad inmediata o que en definitiva necesitan “ser reparados” y contenidos ante el malestar que la contraparte identifica. En ciertas ocasiones, la necesidad de consulta no surge espontáneamente desde la propia persona, sino que es otro u otra profesional quien les indica que poseen un problema, que necesitan ayuda, y dónde y con quien deben acudir. Si se analiza desde los ejes transversales de la práctica narrativa propuesta para el Trabajo Social Clínico, la persona acude a la consulta desprovista de un poder que le fue arrebatado por otro profesional o institución, dando comprender que la persona:

-**Posee un problema:** Se efectúa una práctica de internalización del problema, contraria a la práctica narrativa de externalización del problema.

-**No puede resolver el problema por sí sola:** Se le arrebató el poder a la persona sobre la influencia que puede tener sobre el problema.

-**Necesita la ayuda de un tercero experto para resolver ese problema:** Se ignora desde la perspectiva de empoderamiento y fortalezas, sus potencialidades y recursos para resolver el problema, y se fortalece una posición unidireccional entre la persona y el profesional, en base a un rol de experto.

Cuando las personas acuden a consulta, la conversación usualmente es desigual, ya que el profesional y la persona esperan que, el primero sea quién realice las preguntas y la persona sea quien deba entregar las respuestas. Se establece una relación unidireccional, donde el profesional es el experto y la persona es el sujeto de ese conocimiento (Anderson & Goolishian, 1996). En este sentido, es pertinente considerar que las personas aparejan problemas o situaciones difíciles consigo mismo y/o con otras personas que llevan a que se sientan perturbadas, confundidas y preocupadas, y suelen sentir que en cierto modo sus historias y relatos están saturados de problemas (White y Epston, 1993).

Importante es que en la atención directa se promueva una relación bidireccional con la persona desde una posición del no saber que defina la responsabilidad moral del profesional con la persona y que reconozca su historia desde su propia experiencia, comprendiendo que siempre detrás de un problema existe una historia o narrativa por relatar (Paquin, 2009). Asimismo, es pertinente comprender en la relación terapéutica que todas las personas tienen una historia que contar, independiente de si son derivadas por otros profesionales o acuden espontáneamente, siempre cuentan relatos, cuentan sus experiencias, su vida y sus historias, ya que, son estas historias las que los hacen humanos y, a la vez, las que las aprisionan (Payne, 2001). Para ello, requieren que el profesional forme parte de aquellas experiencias y pueda comprenderlas, no desde la propia convicción del profesional, sino que, desde los propios significados de las personas, ya que, como señala Payne (2001, p.65) “son los autores de sus relatos y precisan de un coautor”, requieren de un profesional que se comprometa a ser un co-autor de una nueva historia, para aliviar la opresión que sienten por sus historias dominantes.

6. INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS NARRATIVAS PARA EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO EN LA CONSULTA SOCIAL

6.1. *Terreno Familiar*

¿Cómo debe responder un trabajador o trabajadora social ante una persona que acude por primera vez a su consulta y comparte la existencia de un malestar o problema que le genera preocupación?

Primero, debe comprenderse que el sistema político, social y cultural que impera es coercitivo en las personas, por lo que puede haber situaciones en que las personas acuden a consulta por voluntad propia. Sin embargo, existen situaciones en las cuales las personas acuden por sugerencia de su familia, amistades, de sus vecinos e incluso ingresan a la consulta no voluntariamente, sino por la sensación coercitiva de la derivación de un/a profesional, alguna institución o de terceras personas. En esta situación, cuando las personas se inscriben en el centro de salud y responden al instrumento SALUFAM, algunas no comprenden el motivo por el cual debe ser respondido. En ciertas ocasiones, relatan desconocer por qué deben ingresar a consulta con un trabajador o trabajadora social cuando este instrumento arroja una baja valoración. Incluso, algunas veces consultan qué hicieron mal o en qué están mal al responder el instrumento.

Las acciones anteriores, reflejan cómo a las personas a medida que ingresan y participan de las gestiones y servicios son desprovistas de su poder y coaccionadas al funcionamiento de aquella, llevando incluso a internalizar y culpabilizarse por el resultado de un instrumento que no esperaban y que genera en ellas confusión y una preocupación adherente a la que ya aparejan.

Sin duda, con la finalidad de efectuar la devolución del poder que a la persona se le ha arrebatado, se deben efectuar algunas acciones que para muchos pueden resultar obvias, pero es pertinente recalcarlas considerando la finalidad del presente artículo.

- Primeramente, se debe comentar en profundidad a la persona el motivo por el cual fue derivada a la consulta,
- Segundo, se le debe explicar el significado de que el puntaje del instrumento haya salido alterado,
- Tercero, se les debe consultar si comprendieron la finalidad del instrumento y sus apartados y,
- Cuarto, es pertinente consultar por su apreciación en relación al instrumento y su voluntad en relación a elaborarlo y a acudir a la consulta.

Posterior a abordar la apreciación de la persona en relación al instrumento y a la dinámica institucional en relación a pérdida del poder, se debe introducir el tema en cuestión.

6.2. *Introducimos en la historia de la persona*

En esta instancia, es adecuado continuar con el terreno familiar consultando por la historia de la persona, esto según Payne (2001, p.66) es “invitar a la persona a hablar de lo que la ha traído a terapia”. En la consulta social, y en cualquier otra instancia de atención directa es probable que la persona pueda sentirse incómoda y dudar de su asistencia ante él o la profesional, por ello es muy pertinente que la forma de introducirnos a su historia se realice conversando trivialmente sobre los motivos que llevaron a la persona a requerir de su inscripción al sistema de salud. Probablemente comentarán que su motivo se debe a que poseen necesidades médicas o asistenciales, expresando sus diagnósticos o sintomatologías, o algo muy cotidiano que ha sucedido con la situación sociosanitaria desde el año 2020, es que las personas han decidido renunciar a sus planes de salud privados y por ello han optado por un sistema de salud público. Sea cual sea la respuesta de las personas, podremos identificar que manifiestan en sus relatos la existencia de malestares internos o relacionales, respecto a los cuales, puede ser que haya logrado encontrar el bienestar, que se encuentran en proceso a alcanzarlo o que aún el problema o malestar se encuentra latente. En esta última instancia, es pertinente que como profesional, para abordar aquel malestar, se establezcan los primeros lineamientos:

- La identificación del problema o necesidad inmediata de la persona.*
- La identificación del contexto social a grandes rasgos.*
- La identificación del malestar psicosocial.*

Para continuar con aquello y durante toda la consulta, es importante que la persona no se sienta interrogada, ya que estableceríamos una dinámica de poder en que la persona solo hablará para responder preguntas, considerando que ya existe una predisposición de ella a este tipo de relación profesional por insertarnos en una sociedad que estructura relaciones de poder en base a un personaje experto (el o la profesional). Por ello, Brammer en Payne (2001, p.1), afirma que “hacer preguntas en la primera sesión es un error táctico, puesto que los entrevistados suelen sentirse interrogados y, por ende, amenazados”, por el contrario, refiere que es pertinente que se realicen preguntas afirmativas con fines exploratorios (Payne, 2001), lo cual será fundamental para complementar los abordajes de la práctica terapéutica.

6.3. *Identificación de la historia dominante*

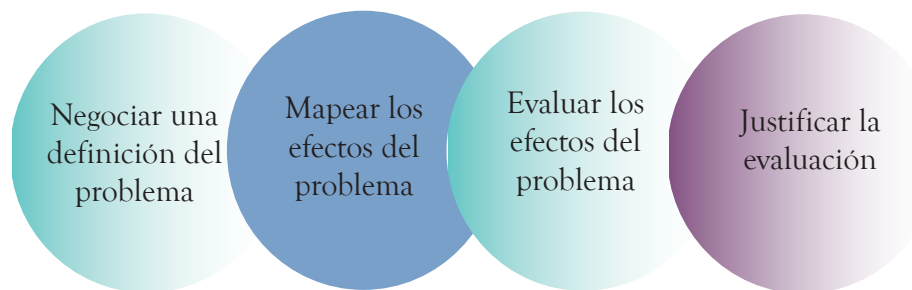
Las personas que acuden a consulta y manifiestan un problema, una necesidad o un malestar, por lo general aparejan consigo un relato dominante sobre sí mismas, sobre sus historias y sobre sus relaciones, que dificultan el alcance de su bienestar y la tranquilidad consigo misma. La práctica narrativa nos plantea tres abordajes terapéuticos que permiten desentrañar este relato dominante y la saturación del problema de la persona. A modo de ejemplo, se expone la situación de una mujer que presenta como malestar psicosocial el miedo por no sentirse preparada para satisfacer las necesidades de su hijo que posee una condición y desmoralizada con el futuro de aquél. El problema ha saturado su vida de tal forma que ha abandonado todas sus relaciones familiares y de amistad, constituyéndose en su relato dominante.

6.4. *Favorecer un relato más completo de la historia*

Una vez que la persona ha llegado a una pausa natural, lo que indica que ha completado la descripción inicial de su problema, se debe animar a la persona a *explayarse* sobre esta situación. Si evidenciamos que la persona presenta una saturación de su vida por el problema es pertinente proseguir con conversaciones de externalización, para separar a la persona de aquel, sin embargo, si la persona ve el problema como algo ajeno se puede proseguir con conversaciones de reautoría y de remembranza. Es pertinente que, para los diversos tipos de conversaciones, *se realicen preguntas detalladas que demuestren el interés de él o la profesional en la vida de la persona*. Importante clarificar que estas preguntas no son un interrogatorio, sino que van conjuntamente al diálogo, abarcando todos los aspectos del problema para la obtención de una descripción más completa que disminuya la tensión, de modo que perciba que su historia es tomada en cuenta y no minimizada.

6.4.1. *Conversaciones de Externalización*

Las conversaciones de externalización se centran en abordar la saturación del problema que presenta la persona cuando acude a consulta y que se suele ver reflejado cuando la persona solo se focaliza en hablar del problema (o necesidad inmediata) y de cómo la ha afectado, no logrando el o la profesional proseguir consultando por otros aspectos diferentes al problema y en definitiva sin poder continuar con el proceso terapéutico. Esta saturación del problema apareja la construcción de un autoconcepto negativo en las personas a causa de sus experiencias e historias de vida, relacionadas, por ejemplo, con situaciones de consumo de sustancias, de violencia intrafamiliar o de género, acoso laboral, entre otras situaciones (Sued, 2006), llevando a conclusiones de identidad como que son muy tímidos, que son miedosos, que son celosos, que son mala madre o padre o en definitiva que son culpables de la situación y el problema que les apareja. Este abordaje ayuda a que la persona se libere de la sensación de culpa o de fracaso cuando sienten que no puede superar el problema, externalizándolo de la persona, identificando la influencia del problema en su vida y en sus relaciones, analizando la esfera de la influencia de aquel en lo conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal de la persona, así como el efecto del problema sobre varios vínculos, como entre el problema y varias personas, entre el problema y varias relaciones (Payne, 2001).



Un Mapa para Conversaciones de Externalización de acuerdo a Michael White (2016)

a) Invitar a la persona a nombrar el problema – Negociar una definición del problema:

La finalidad de esta apuesta es invitar a la persona a otorgar un nombre a su problema, con la finalidad de recobrar un poco de control sobre aquél, ya que más allá de un gesto simbólico permite aclarar y normalizar los problemas y convencer a la persona de que puede tomar una postura diferente. Es muy importante que las preguntas o aseveraciones que realice el o la profesional integren esta concepción diferenciada de la persona con su etiqueta o patologización.

Por ejemplo, si acude a consulta una persona señalando que se siente sola e inútil, luego de que sus hijos hayan partido de la casa donde crecieron, será importante que conjuntamente se otorgue una denominación al malestar que presenta la persona, consultándole *¿Tienes algún nombre en particular para referirte a lo que estas atravesando en este momento?*

La persona puede otorgar una denominación elaborada o puede denominar el malestar como “la soledad”. En esta situación, se debe consultar: *¿Cuándo te empezó a atacar “la soledad”?* Es importante que la devolución en preguntas o afirmaciones que realice el o la profesional sobre el malestar o el problema que presenta la persona sea en tercera persona para externalizarlo, de lo contrario si preguntamos *¿Cuándo comenzaste a sentirte sola?* Estamos internalizando en la persona “la soledad”.

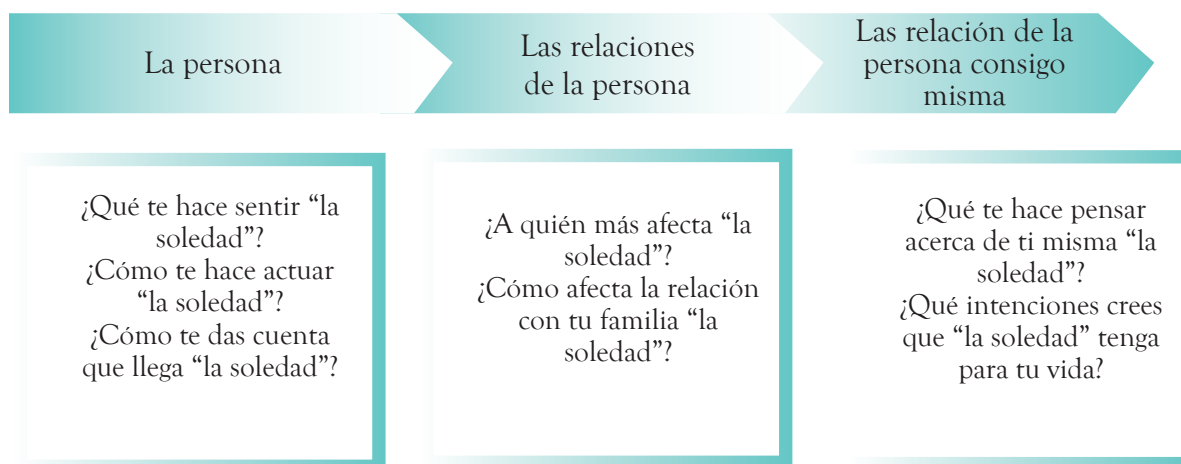
En la misma línea, si la persona tiene un problema con el consumo de sustancias se debe consultar, *¿Cuándo el consumo de sustancias comenzó a invadir tu vida?* En vez de, *¿Cuándo empezaste a consumir sustancias?*

b) Mapear los efectos del problema.

La finalidad de este apartado es investigar los efectos que el problema ha tenido en los diversos contextos de la vida de la persona, sean estos según White (2016, p.204):

“Los contextos como el hogar, el lugar de trabajo, la escuela, los pares. Las relaciones familiares, las relaciones con uno mismo, las amistades. La identidad, incluidos los efectos de los problemas sobre las metas, esperanzas, sueños, aspiraciones y valores de la persona. Las posibilidades para el futuro y los horizontes de vida”

Al respecto, la autora Sued (2006, p.301) refiere que es pertinente abordar tres dimensiones, para identificar los efectos del problema según su incidencia en:



Durante la conversación con la persona, no tan solo se identificará la influencia del problema en la vida de la persona, sino también los ámbitos en los cuales el problema no influye, siendo capaz la persona de mencionar partes de su vida a las que el problema no ha afectado o a las que ha afectado mínimamente (Payne, 2001).

c) Evaluar los efectos de las actividades del problema

Asimismo, es pertinente que en la consulta se evalúen los efectos que ha generado en la persona las consecuencias que ha aparejado el problema. Para ello White (2016, p.44) refiere las siguientes preguntas:

¿Están de acuerdo con estas actividades? ¿Cómo se sienten con lo que está pasando? ¿Qué les parecen estas consecuencias? ¿Qué opinan de estos resultados? ¿Cuál es su postura sobre lo que está pasando? ¿Estos efectos les parecen positivos o negativos –o ambas cosas, o ninguna, o algo intermedio? Si les dijeran que es algo inevitable, ¿lo cuestionarían?

La finalidad de evaluar los efectos del problema, es abstraer de la persona lo que significa para ella las consecuencias que ha aparejado el problema. Por ejemplo, si la persona refiera sentir que la soledad ha afectado sus relaciones familiares, es necesario consultar: *¿Está de acuerdo con los efectos que ha generado “la soledad” en sus relaciones familiares? y ¿Cómo se siente con los efectos que ha tenido “la soledad” en aquellas?*

d) Justificar la evaluación

Finalmente, es necesario consultarles a las personas el motivo de su postura frente a los efectos de las consecuencias del problema, invocando una historia que permita fundamentar su posición y que se relacione con algo que es valioso para la persona, al respecto White (2016, pp.47) refiere:

¿Me podrías contar una historia de tu vida que me ayude a entender por qué tomas esta posición? ¿Cuáles son los relatos de tu historia que me podría compartir tu padre para aclarar por qué te preocupa tanto este desarrollo? ¿Por qué está/no está bien para ti? ¿Por qué te sientes así con lo que pasa? ¿Por qué tomas esta postura?

Al señalar la persona que no se siente bien con los efectos que genera el problema en su vida, es pertinente indagar en el motivo por el cual manifiesta esa postura, por ejemplo, si la persona refiere que no está de acuerdo con cómo “la ansiedad” ha afectado su trabajo, es necesario consultar: *¿Por qué no está bien los efectos que ha generado “la ansiedad” en tu trabajo? ¿Me podrías contar por qué tomas esta posición en relación a lo que generado “la ansiedad” en la relación con tu hijo, con tu familia y con tus amistades?*

A continuación, se expone una síntesis de cómo integrar las Conversaciones de Externalización a la atención directa:

Síntesis Conversaciones de Externalización	
Relato Dominante	El relato dominante es el de aquella mujer que se presenta a consulta manifestando miedo por no sentirse preparada para satisfacer las necesidades de su hijo recién nacido que presenta una condición.
Negociar una definición del problema	Para negociar una definición del problema que presenta la mujer, se debe invitar a denominar el malestar que presenta. Por ejemplo, <i>¿Me pregunto cómo podemos llamar a este problema? ¿Tiene algún nombre en particular para referirte a lo que estas atravesando en este momento? Si la persona otorga una denominación al problema como “miedo” hay que proseguir consultándole Me pregunto ¿cuándo te empezó a atacar “el miedo”?</i>
Mapear los efectos del problema	Para mapear los efectos del problema en la persona, en las relaciones de la persona y en relación de la persona consigo misma y los ámbitos en los cuales no influye, se puede continuar consultando: <i>¿Cómo te hace actuar “el miedo”? ¿Cómo afecta en la relación con tu familia? ¿Qué te hace pensar acerca de ti misma?</i>

<p>Evaluar los efectos del problema</p>	<p>Para evaluar los efectos del problema indagados anteriormente, se consulta: <i>¿Está de acuerdo con los efectos que ha generado “el miedo” en tus relaciones familiares? y ¿Cómo te sientes con los efectos que ha tenido “el miedo” en aquellas?</i></p>
<p>Justificar la evaluación</p>	<p>Finalmente, es necesario consultarle a la persona <i>¿Por qué no está bien para ti los afectos que ha generado “el miedo”? ¿Me podrías contar por qué tomas esta posición en relación a lo que genero “el miedo” en la relación con tu hijo, con tu familia y con tus amistades?</i></p>

Es importante clarificar que estas preguntas desempeñan un papel fundamental a la hora de ayudar a las personas a identificar y a desarrollar concepciones de vida que les importan, a identificar que su posición ante los efectos que genera el problema en su vida, se debe a lo que valoran en la vida, a sus habilidades, a sus logros, sus aspiraciones y compromisos (White, 2016), con la finalidad terapéutica de que la persona alcance conclusiones de identidad más positivas, y que la identidad en función del problema sea desplazada.

6.4.2. Conversaciones de Re-autoría

Cuando la gente acude a consulta social, presentan su vida como si fuera una sola historia y ello lleva a que se sientan atrapadas en una vida de una sola dimensión. Es pertinente considerar que las conclusiones de identidad de las personas se basan en historias de vida que se les ha dado forma por la influencia de relaciones, experiencias, eventos, entre otros aspectos de la vida de la persona. De este modo, las conversaciones de re-autoría invitan a las personas a continuar desarrollando y narrando sus vidas, pero también las ayudan a incluir algunos de los acontecimientos y experiencias olvidadas más significativas de sus vidas, aquellos eventos que se desentienden de las tramas de vida dominantes y que se denominan como *desenlaces o acontecimientos extraordinarios* (White, 2016). En el desarrollo de estas *historias alternativas*, las historias dominantes de la persona no se invalidan, no se borran, sino que la persona encuentra otro lugar para situarse, un lugar donde descubre la oportunidad de expresar su experiencia sin que sienta que esta la define.



Un Mapa para Conversaciones de Re-autoría de acuerdo a Michael White (2016)

Parte importante de las conversaciones de reautoría también, es la identificación del relato dominante en la persona, por ejemplo, en el caso de una persona que se define como “alcohólica”, es pertinente que en las conversaciones de reautoría se identifiquen aquellos acontecimientos que son la excepción a esta historia dominante.

1. Identificar un acontecimiento excepcional: Es crucial que cuando las personas manifiestan conclusiones de identidad negativas, en el apartado de favorecer un relato más completo de la historia se identifiquen acontecimientos que sean la excepción a esta conclusión de identidad negativa. Por ejemplo, si la persona manifiesta culpabilidad y sensación de fracaso ante los intentos por dejar de consumir alcohol, será clave identificar aquel acontecimiento excepcional en el cual la persona no fue o no es invadido por el consumo de alcohol.

2. Descubrir aquello que la persona valora: Al identificar el acontecimiento excepcional, es necesario que indagemos en aquello profundizando en este acontecimiento excepcional e identificando aquello del acontecimiento que la persona valora. Por ejemplo, puede ser que la persona señale que no es invadida por el alcohol cuando está con sus hijos o hijas, señalando que ellos son muy valiosos para ella.

3. Descubrir otros acontecimientos que respalden el valor: En este ítem es pertinente complementar el valor identificado con otros acontecimientos que lo respalde, indagar en acciones de la persona que reflejen lo que es valioso para ella, por ejemplo, indagar si existen otros acontecimientos relacionados con el valor que le otorga a sus hijos.

4. Denominar el acontecimiento: Es importante que cuando se identifiquen otros acontecimientos a los cuales la persona les da valor, sean denominados estos acontecimientos, es decir, denominar como se llama la acción que realizó la persona.

5. Denominar el valor que emana del acontecimiento: Finalmente, cuando ya fueron identificados los acontecimientos y se le otorgó una denominación a la acción de la persona, es importante conocer que dice de ella el valor asociado a la acción.

Las conversaciones de reautoría, se caracterizan por navegar y vincular el comportamiento de las personas con sus habilidades, conocimientos, creencias y valores, fundamentado en que las acciones emergen en función de aquellas, los que son conocidos como panoramas de acción y de identidad (White, 2016). La integración del instrumento SALUFAM en este artículo no tiene por finalidad valorar, por ejemplo, si una persona está de acuerdo con lo que es importante para su familia, como si una respuesta negativa de la persona a esta pregunta fuese algo categorizado como malo; asimismo, tampoco pretende predecir la evolución de la salud de una persona en razón del funcionamiento familiar, es decir, diagnosticar. Por el contrario, el propósito del instrumento se centra en trabajar terapéuticamente, aliviando el problema y malestar que aqueja a la persona, rescatando aquello a lo que la persona da valor en relación a sí misma, a su red de apoyo y a su contexto social de manera indirecta, rescatando acontecimientos pasados, presentes y futuros que respalden una valoración positiva de sí misma⁴. En cuanto a este instrumento las conversaciones de reautoría se desarrollarán en relación a las afirmaciones 1 a la 8.

⁴ En las diversas consultas sociales, el instrumento SALUFAM arrojaba una valoración baja a los ítems “estoy de acuerdo en cómo debe actuar los miembros de nuestra familia” o “Podemos confiar en los demás cuando algo va mal”, sin embargo, en la profundización emergían relatos que denostaban la existencia de acontecimientos excepcionales a lo respondido e incluso las personas identificaban figuras significativas familiares y no familiares que desconocían como parte de su valoración de identidad.

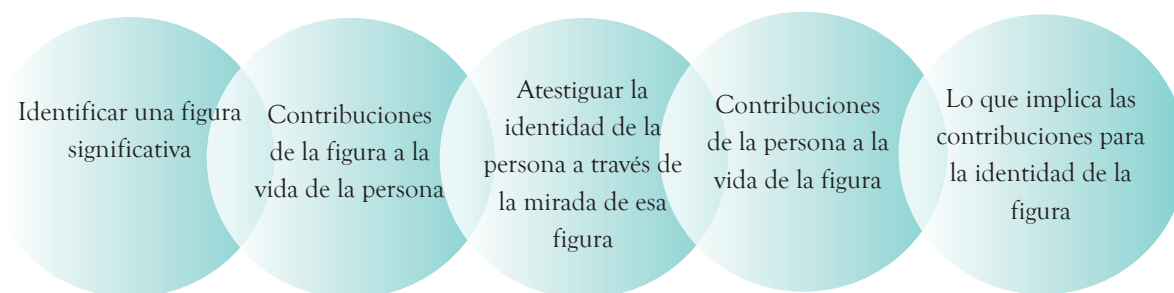
En la situación que la persona sea derivada a consulta social por un SALUFAM alterado y presente una baja valoración en el apartado de “Intentamos mirar el lado positivo de las cosas”, aquella puede referir, por ejemplo, “que siempre ve las cosas negativas” “que todo le sale mal” “que es un fracaso” “que le da miedo tomar decisiones por miedo a que salgan mal”, entre otros motivos. Estos relatos, facultan identificar la historia dominante que posee la persona sobre sí misma en relación al ítem del SALUFAM, con lo cual se puede proseguir integrando las conversaciones de reautoría:

Síntesis Conversaciones de Reautoría	
Ítem SALUFAM	El SALUFAM arroja que el ítem “Intentamos mirar el lado positivo de las cosas” posee una puntuación baja.
Relato Dominante	Como relato dominante la persona señala: “Siempre veo las cosas negativas” “todo me sale mal” “soy un fracaso”.
Identificar un acontecimiento excepcional	A medida que se indague en la historia de la persona, será posible identificar algún momento que la persona pensó que las cosas saldrían bien, como, por ejemplo, la rendición de algún examen o la búsqueda de un empleo, situaciones que permitan contradecir el relato dominante.
Descubrir aquello que la persona valora	Identificado el acontecimiento excepcional, se debe indagar en lo que valora, consultando: <i>¿Qué crees que hizo posible que pensaras que las cosas saldrían bien? ¿Qué cosas pensabas en aquel momento que resultó las cosas más sencillas? ¿Qué crees que dice de ti el hecho de que a pesar de los efectos de “la negatividad”, lograste escapar en aquel momento?</i>
Descubrir otros acontecimientos que respalden el valor	Para descubrir más acontecimientos que respalden el valor anterior identificando, se puede consultar: <i>¿Ha habido otros sucesos en que hayas escapado de “la negatividad”? ¿Ha habido otras veces en que hayas tenido la determinación de pensar que las cosas saldrían bien?</i>
Denominar el acontecimiento	Parte importante es darle un nombre al momento que contradice el relato dominante: <i>¿Como podríamos denominar esa vez en que escapaste de la “negatividad”?</i>
Denominar el valor que emana del acontecimiento	Finalmente, se debe profundizar en el valor que emana de los acontecimientos, de modo que la persona fundamente su identidad en aquellos valores: <i>¿Qué crees que dice de ti el hecho de que lograste escapar de los efectos de “la negatividad” en varias ocasiones? ¿Qué indica esta acción acerca de las esperanzas para tu vida?</i>

Es importante clarificar, que estas preguntas son solo ejemplos y se pueden formular las que él y la profesional estime conveniente. Asimismo, durante la consulta pueden emerger varios acontecimientos excepcionales y variar los valores también que emerjan de estos, respaldando conclusiones de identidad positivas, para lo cual es necesario que se realice el mismo ejercicio por cada acontecimiento, siendo necesario resumir las conclusiones de identidad y las acciones futuras que la persona pueda efectuar para respaldar el o los valores emanados y que estén en armonía con su nueva conclusión de identidad.

2.4.3. Conversaciones de Remembranza

Las Conversaciones de Remembranza se fundamentan en que la identidad se basa en una asociación de vida y no en un yo individual. Esta asociación de vida la componen figuras e identidades significativas del pasado, del presente y del futuro proyectado por una persona y cuyas voces influyen mucho en la construcción de la identidad de la persona. Las conversaciones de remembranza brindan a las personas la oportunidad de analizar las afiliaciones de sus asociaciones de vida: les permiten enaltecer y honrar algunas y atenuar o revocar otras, les permiten otorgar autoridad a algunas voces respecto a su identidad personal y descalificar otras (White, 2016).



Un Mapa para Conversaciones de Remembranza de acuerdo a Michael White (2016)

La importancia radica en pesquisar la existencia y la contribución de las figuras significativas en las personas, señalando White (2016, p.134) que “aquellas voces influyen mucho en la forma en que las personas construyen su propia identidad”, lo cual las diferencia de la figura de red de apoyo, ya que esta última solo considera las personas que tienen la disposición de brindar apoyo o la disposición de ayuda ante situaciones adversas (Aranda y Pando, 2013). En cambio, las figuras significativas, considera familia, amistades, vecinos, profesionales, instituciones e incluso personajes no humanos, que han configurado positivamente en la identidad de la persona, siendo su finalidad la de aliviar el malestar de la persona, enalteciendo, través de las conversaciones de remembranza, aquellas figuras que contribuyen positivamente a la identidad de la persona y revocar aquellas que han contribuido negativamente.

En esta oportunidad, el instrumento SALUFAM comprende las afirmaciones 9 a 13 para ser integradas las conversaciones de remembranza.

Cuando acude una persona a consulta social derivada por baja valoración de SALUFAM, y se identifica, por ejemplo, que la persona respondió con una valoración negativa al ítem de “Podemos pedir ayuda a alguien de afuera de nuestra familia si lo necesitamos” y/o “Podemos confiar en el apoyo de los demás cuando algo va mal”, se puede abordar esta situación, indagando sobre su historia e integrando conversaciones de remembranza de la siguiente manera:

Síntesis Conversaciones de Remembranza	
Ítem SALUFAM	El SALUFAM arroja que el ítem “ <i>Podemos confiar en el apoyo de los demás cuando algo va mal</i> ” posee una puntuación baja.
Relato Dominante	Como relato dominante una persona señala: “ <i>Nunca nadie me apoya</i> ” “ <i>yo siempre los apoyo, pero nadie nunca a mí</i> ”
Identificar la figura significativa.	Parte importante de este apartado es identificar una figura significativa que haya contribuido o contribuya positivamente en las conclusiones de identidad de la persona.
Contribuciones de la figura en la vida de la persona.	Asimismo, es trascendental indagar de qué forma ha contribuido la figura en la persona con las siguientes preguntas: <i>¿De qué modo esta figura fue un apoyo para ti? ¿Por qué crees que esa persona se relacionó contigo? ¿De qué modo esta forma contribuyó en tu vida? ¿Cómo fue para ti esta experiencia de confiar en esa figura? ¿Cómo fue esta experiencia de pedir ayuda?</i>
Atestiguar la identidad de la persona a través de la mirada de esa figura.	Ahora bien, será pertinente continuar realizando preguntas que sustenten conclusiones de identidad positivas en la persona desde la figura, como: <i>¿Por qué crees que esta figura contribuyó a tu vida? ¿Qué crees que pensaba y apreciaba de ti? ¿Qué crees que valoró de ti que la motivó a relacionarte contigo?</i>
Contribuciones de la persona a la vida de la figura.	Fundamental es también que se consulte sobre la contribución de la persona en la figura: <i>¿De qué forma respondiste al apoyo de esa figura? ¿Cómo crees que fue para ella que la hayas apoyado? ¿Cómo crees que cambió su vida el relacionarse contigo? ¿Cómo crees que debió ser para esa figura el que hayas confiado en ella?</i>
Enriquecer los modos en que esta conexión conformó el sentido de identidad de esta figura y el sentido que tiene su vida.	Finalmente, es importante reforzar el sentido de identidad que emergió producto de la relación con esta figura, consultando: <i>¿Cómo crees que cambió el sentido de vida de esta figura al conocerte? La confianza y ayuda que le diste ¿pudo haber reforzado algunos valores en tu figura significativa? ¿Cómo crees que cambió el sentido de vida de esta figura al conocerte? ¿De qué forma tus acciones pudieron contribuir en forjar lo que motiva y valora de su vida tu figura? La confianza y ayuda que le diste ¿pudo haber reforzado algunos valores en tu figura significativa?</i>

Lo trascendental en la integración de las conversaciones de remembranza al instrumento SALUFAM como espacio terapéutico se relaciona con aliviar el malestar que presenta la persona en cuanto a sus conclusiones de identidad negativa, considerando que la identidad surge en base a las relaciones que se establecen con otros es pertinente recordar estas asociaciones de vida para configurar la identidades de las personas que acuden a consulta social.

CONCLUSIONES

El Trabajo Social Clínico, desde una perspectiva crítica y fundamentado en la práctica narrativa se ha configurado en una especialidad y práctica fundamental para comprender y abordar la confluencia de la realidad social en los fenómenos psicológicos, lo que ha permitido a través de la integración de fundamentos y abordajes un entendimiento crítico de la influencia del contexto socio-político, económico y cultural en las personas y la comprensión de que los problemas y malestares no son característicos de lo subjetivo de la persona, sino a causa de un contexto social que pretende internalizar en ellas los problemas que les aquejan.

Parte importante de esta comprensión de las personas y su realidad social desde el Trabajo Social Clínico, es su modalidad de abordar el malestar biopsicosocial de las personas, integrando una práctica clínica basada en abordajes terapéuticos desde las prácticas narrativas, fundamentado en la necesidad de aliviar el dolor que presentan las personas como efecto de sus experiencias de desigualdad social y de opresión emergidas de sus relaciones familiares, culturales, políticas, económicas y sociales, que han aparejado en ellas malestares internos y conclusiones de identidad negativas.

La integración de las prácticas narrativas al Trabajo Social Clínico en la atención directa del profesional del Trabajo Social que se desempeña en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y que se desarrolló en el presente artículo, pretende constituirse en un insumo para que las y los profesionales puedan abordar el malestar biopsicosocial que presentan las personas que acuden a consulta social y que pueden estar asociadas a una experiencia de desigualdad. Parte importante de la atención directa de la profesión se debe centrar en efectuar un proceso terapéutico que permita a las personas externalizar sus problemas y malestares que les aquejan, revocar sus conclusiones de identidad negativas y forjar conclusiones positivas de identidad, co-construyendo historias que sean alternativas a las que dominan a estas personas y enaltecendo las voces de figuras significativas en sus vidas. Al respecto, White (2016, p.208), refiere que “las personas se vuelven más curiosas y a medida que se despliega la indagación, se empiezan a fascinar” de aspectos de sus vidas que previamente estaban descuidados.

Finalmente, uno de los desafíos de esta propuesta es que los y las trabajadoras sociales abracen el apogeo de esta identidad terapéutica, y que varios sectores de la disciplina miran con recelo, pero que, sin embargo, yace desde sus inicios en respuesta al malestar subjetivo que presentan las personas producto de las desigualdades sociales, comprendiendo al Trabajo Social Clínico y su identidad terapéutica, como un lugar distinto desde el cual responder y abordar a las nuevas complejidades sociales que aquejan el bienestar y la subjetividad de las personas. Sin lugar a dudas, el presente artículo invita al público profesional del Trabajo Social a reflexionar sobre sus bases epistemológicas e integrar a su práctica una filosofía que cuestione las estructuras dominantes y hegemónicas que oprimen a las personas, así como un ejercicio profesional que integre nuevas formas de dar respuestas a estas problemáticas desde lo clínico, incluyendo en ello, una práctica humanizadora y justa que integre lo terapéutico de la disciplina.

REFERENCIAS

- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Comp). La terapia como construcción social. (45-60). Barcelona: Paidós.
- Aranda, C. y Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. REVISTA IIPSI. Vol. 16. Guadalajara. (pp. 233-245).
- Brown, C. (2020). "Trabajo Social Clínico Crítico: Consideraciones teóricas y prácticas. (Trad. D. Reyes). En M. Brown y MacDonald (comp) Trabajo Social Clínico Crítico: Contrarreloj para Justicia Social. (pp. 16-58). Canadian Scholars. Canadá. (Original en inglés, 2020)
- Burke, B. y Harrison, P. (2018). Práctica Crítica en Trabajo Social. (Trad. J. Ramírez y D. Reyes). Palgrave MacMillan: United Kingdom. (Original en inglés, 2002). Segunda edición. (pp. 1-13).
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. (2014). Definición Global de Trabajo Social. Recuperado de:
<https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Land, H. (2020). The feminist approach to Clinical Social Work. ((Trad. J. Ramírez). En Rachele A. Dorfman (comp.). Paradigms of Clinical Social Work. (pp.227-257). Volume 2. Estados Unidos: Brunner-Routledge. (original en inglés, 1998).
- Mullaly, B. y West, J. (2020). Desafiando la Opresión y Confrontando los Privilegios: Un Enfoque Crítico para la Teoría y Práctica Anti-Opresiva y Antiprivilegios. (Trad. J. Ramírez y D. Reyes). Oxford University Press: Canada. (Original en inglés, 2018). (pp. 1-34).
- Northen, H. (1995). Clinical Social Work: Knowledge and Skills. Columbia Press University. Second Edition. (pp. 1-22).
- Payne, M. (2001). Terapia Narrativa. Barcelona: Paidós. (pp.61-89).
- Paquin, G. (2020). Trabajo Social Clínico: Una Perspectiva Narrativa. (Trad. D. Reyes). Council On Social Work York Education Press. United States. (Original en inglés, 2009). (pp.59-86).
- Paquin, G. (2009). Clinical Social Work: A Narrative Approach. Council On Social Work Education. Virginia. United States. (pp.1-36).
- Ramírez, J. (2019). Fundamentos de un trabajo social clínico feminista: una perspectiva de género, raza e interseccionalidad. Revista Perspectivas. Nº 33, (pp. 207-243).
- Reyes, D. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: una historia en construcción y un comentario profesional. Revista Perspectivas. Nº 34, 2019. (pp. 161-199)
- Sabeeley, D. (2020). La perspectiva de Fortalezas en la Práctica del Trabajo Social. (Trad. J. Ramírez). Edición Pearson. 5ta edición. (Original en inglés, 2009). (pp. 1-23).
- Sued, E. (2006). Terapia Narrativa. En A. Roizblatt (Comp) Terapia Familiar y de Pareja. Santiago: Editorial Mediterráneo Ltda. (pp. 296-310).
- White, M. y Epton, D. (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos, España: Editorial Paidós.
- White, M. (2016). Mapas de la Práctica Narrativa. Santiago de Chile. Editorial Pranas.