

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

EL LUGAR DE LA PRÁCTICA CLÍNICA SISTÉMICA EN EL TRABAJO SOCIAL: UN ENSAYO CRÍTICO SOBRE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL DE DOS TRABAJADORES SOCIALES EN UN PROGRAMA DE REPARACIÓN EN MALTRATO GRAVE Y ABUSO SEXUAL.

Diego Reyes Barría¹
Mauricio Díaz Valdés²

Palabras Claves: Terapia Familiar, Trabajo Social Clínico, Abuso Sexual, Clínica Sistémica.

RESUMEN

El presente ensayo tiene como finalidad proporcionar una serie de aproximaciones reflexivas de carácter clínico sistémico desde una perspectiva narrativa y micropolítica acerca de la praxis terapéutica del Trabajo Social, de acuerdo a la experiencia profesional acumulada de los autores en relación a su contexto laboral situado en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso sexual. La intención principal es reflexionar acerca de la legitimidad del Trabajo Social Clínico como especialidad vinculada a dicho dispositivo de intervención, la cual ha proporcionado una plataforma de pensar y hacer una praxis clínica con personas y familias. De acuerdo a esto, se enfatiza la pertinencia epistemológica sistémica para la intervención terapéutica que realizan los trabajadores sociales en dicho dispositivo, buscando iniciar una socialización sobre la identidad del trabajador social como terapeuta en su ejercicio profesional. Finalmente se realiza una reflexión situada sobre el Trabajo Social Clínico de acuerdo a las posibilidades formativas en nuestro país, vinculando el desarrollo de la práctica clínica sistémica a nuestra profesión.

ABSTRACT

The present essay aims to provide a series of reflective approaches of a systemic clinical nature from a narrative and micropolitical perspective on the therapeutic praxis of Social Work, according to the accumulated professional experience of the authors in relation to their work context located in a Repair Program in Serious Mistreatment and Sexual Abuse. The main intention is to reflect on the legitimacy of Clinical Social Work as a specialty linked to this intervention device, which has provided a platform for thinking and doing a clinical praxis with people and families. According to this, the systemic epistemological relevance for the therapeutic intervention carried out by the social

¹ Trabajador Social y Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de La Frontera. Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar por la Universidad de Chile. Magíster en Psicología Clínica de Adultos: Especialización en Psicoterapia Sistémica Relacional por la Universidad de Chile. Actualmente cursando el Diplomado Internacional en Prácticas Narrativas: Para la Terapia y el Trabajo Comunitario en PRANAS Chile & Narrative Practices Adelaide Australia. Se desempeña como trabajador social en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual en la Región de La Araucanía en Chile. Docente del Magíster en Intervención Socio-Jurídica en Familia de la Universidad Andrés Bello en Santiago, Chile. diegoreyesbarria@gmail.com

² Trabajador Social y Licenciado en Trabajo Social por la Universidad del Bío Bío. Diplomado en Habilidades Sociales e Inserción Laboral por la Universidad del Bío Bío. Postítulo en Mediación Familiar y Comunitaria por la Universidad de La Frontera. Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar de la Universidad de Chile. Se desempeña como trabajador social en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual en la Región de La Araucanía en Chile. mauriciodiazvaldes@gmail.com

workers in this device is emphasized, seeking to initiate a socialization on the identity of the social worker as a therapist in their professional practice. Finally a reflection is made on Clinical Social Work according to the training possibilities in our country, linking the development of systemic clinical practice to our profession.

KEY WORDS: Family Therapy, Clinical Social Work, Sexual Abuse, Systemic Clinical.

1. Contexto, Trabajo Social y práctica clínica sistémica

Desde el año 2011 vienen expandiéndose en nuestro país los programas de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM) como principales plataformas públicas de intervención terapéutica para la atención de niños, niñas y adolescentes³ (NNA) víctimas de vulneraciones graves. En dichos dispositivos se trabaja en equipos multidisciplinarios en donde generalmente los profesionales tratantes son trabajadores sociales⁴ y psicólogos que actúan en calidad de duplas en la co-intervención con dicha población infanto-juvenil y sus familias. Ante esta condición laboral, los profesionales del Trabajo Social han reorientado sus principales roles y funciones para trabajar con dichas problemáticas, lo cual ha producido en muchos casos que la principal característica de su identidad profesional sea la emergencia de una práctica clínica vinculada a la resignificación de experiencias traumáticas y de dinámicas sociofamiliares de alta complejidad subjetiva, siendo promovido desde lo institucional una praxis fundamentada en la epistemología sistémica⁵.

³ Utilizaremos el rótulo de NNA para referirnos a dicho sistema humano. Esto lo realizamos con fines de fluidez para la lectura del presente texto.

⁴ Nos referimos al género masculino solo como una forma de escritura más fluida del texto.

⁵ Según las orientaciones técnicas de los PRM “Es fundamental que el o los esquemas teóricos de intervención integren modelos que consideren distintos niveles de análisis y operaciones para acercarse al fenómeno del maltrato y abuso sexual infantil, tomando en cuenta los distintos contextos donde se desenvuelve el niño, niña o adolescente y sus familias, en una perspectiva

No obstante, y pese a lo señalado con anterioridad, muchos trabajadores sociales niegan, desconocen o ignoran la dimensión clínica que emerge desde su praxis en dicho contexto laboral, dando paso a una micropolítica que restringe o bloquea la legitimidad de nuestra identidad como terapeutas en dicho espacio profesional. (Reyes, 2016) Ante tal dificultad, nuestra intención ulterior es entregar un argumento que sopesa dicha invisibilización disciplinaria, y que al mismo tiempo reivindique nuestra historicidad clínica-terapéutica de acuerdo al saber que nuestra propia disciplina tiene al respecto. Y en relación a esta línea argumental, queremos hacer explícita la especialidad de Trabajo Social Clínico que brota desde la práctica cotidiana en nuestro dispositivo⁶ de intervención de acuerdo a nuestra experiencia profesional acumulada.

Para comenzar, hablar de Trabajo Social Clínico implica asumir conceptual y metodológicamente una forma de práctica especializada que es parte de la historia profesional. Dicha historicidad está relacionada a la práctica del trabajo social de casos que surgió en los Estados Unidos y que posteriormente sería legalizada rotulando de Trabajo Social Clínico a este ejercicio profesional para diferenciarlo del trabajo a nivel de gestión pública y acción comunitaria que eran hegemónicos en la década de los años sesenta a nivel mundial. Según Northen (1995) esto implicó reformular el método de caso y otorgarle mayor precisión en cuanto a su práctica y objetivos de intervención, y ante esto al ser conceptualizado como Trabajo Social Clínico explicitó su función terapéutica y su práctica ligada a la psicoterapia, unificando una serie de prácticas profesionales como el trabajo social de casos, el trabajo con grupos, el trabajo sistémica, holística”. (SENAME, 2015, p.10)

⁶ Por razones de resguardo profesional hemos decidido no nombrar el nombre específico de nuestro dispositivo laboral. Nuestro texto se funda principalmente en nuestra experiencia profesional.

social médico y psiquiátrico, el tratamiento familiar; y principalmente a las terapias familiares, siendo las terapias sistémicas en donde muchos trabajadores sociales serían los principales protagonistas del desarrollo de la práctica clínica sistémica. (Ituarte, 1992; Rosselot y Carrasco, 1997; Bertrando y Toffanetti, 2000/2004; Von Schlippe y Schweitzer, 2003; Aylwin y Solar, 2002/2004; Rivera y Sánchez, 2012).

No obstante, estos cambios ocurridos en nuestra profesión en la historicidad angloparlante no han sido del todo influyentes en los países hispanoparlantes, siendo en algunos casos, como en Chile, una realidad histórica que ha sido asediada y subyugada, tanto por el movimiento de reconceptualización como por la dictadura militar. (Bernler y Johnsson, 1988/1997; González, 2010) Estos dos últimos episodios dejaron como secuela que el desarrollo de la práctica de casos y la función terapéutica del Trabajo Social quedara excluida de las mallas formativas universitarias y que durante la época dictatorial predominara el ejercicio básico del asistencialismo en la práctica profesional. (Solar, 1978; Aylwin, 1991; Quiroz, 2004b) Sin embargo, la práctica del trabajo social de casos sobrevivió de manera marginal o exclusiva en las instituciones de salud mental, en donde algunos colegas ejercían práctica clínica con dicha población debido a las necesidades institucionales o por la naturaleza misma que dichos problemas requerían, lo cual gatilló un abordaje terapéutico acorde a las problemáticas psicopatológicas tanto a nivel individual como familiar. (Catalán, 1971; Flores en Gomberoff y Jiménez, 1982; Reyes, 2012)

Por lo tanto ¿Qué ha sucedido entonces durante estas últimas décadas? Lo que ha venido a emerger con la vuelta de la democracia en los años noventa es que precisamente resurgiera el método de casos con mayor legitimidad en la reparación de los derechos humanos y que finalmente eclosionara el interés por la familia como unidad de intervención, enfatizando poco a poco la praxis terapéutica en la identidad del trabajador social. (Quiroz, 2004; Quintero, 2004; González, op.cit)

Esto ha ido acompañado desde el año 2000 al 2010 a que la carrera de Trabajo Social recuperó su calidad de disciplina universitaria que había sido derogada por ley durante la dictadura militar, posibilitando un mayor acceso formativo a los

trabajadores sociales a temáticas postgraduadas especializadas en familia como la intervención sistémica, modelos de intervención en abuso sexual y violencia, psicoterapias principalmente sistémicas familiares, salud mental y psicología clínica. (Toledo, 2004; González, op.cit)

Pero ante tal panorama también ocurren dificultades gremiales, y hoy en día es posible evidenciar un nudo problemático vinculado a nuestra identidad profesional, la cual sigue careciendo de especificidad ante los escenarios laborales locales. (Huaiquiche & Bastias, 2016) Y es precisamente en este contexto en donde se ha producido un interés tanto internacional⁷ como nacional por situar al Trabajo Social Clínico como una especialidad necesaria y acorde a los requerimientos de los colegas vinculados a una praxis clínica en el mundo contemporáneo. Hoy en día y gracias al apoyo virtual de diversos colegas nacionales e internacionales, se encuentra vigente la Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico, la cual nació con la finalidad de promover dicha especialización en los países donde actualmente no existe un espacio de legitimidad o de visualización de nuestro rol clínico, realizando un espacio de socialización y de conexión transnacional sobre nuestra identidad terapéutica.⁸

2. El Trabajo Social y la práctica clínica sistémica que emerge en un Programa de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual: Características locales del ejercicio profesional.

⁷ En marzo de 2017 se publicó el libro “Prácticas del Trabajo Social Clínico” coordinado por Amaya Ituarte junto a 11 trabajadores sociales españoles vinculados al ejercicio terapéutico. En este texto se realiza una panorámica interesante para situar al Trabajo Social Clínico como una especialidad de suma urgencia en el escenario actual.

⁸ Para mayor información ver el sitio web www.trabajosocialclinico.com. En la sección apoyos se pueden ver una serie de mensajes de reconocimiento de diversos colegas emblemáticos de la profesión, como también de otros profesionales de la salud mental.

Como bien se señaló anteriormente, este ensayo nace luego de largos diálogos reflexivos acerca de nuestra experiencia profesional en un PRM. Si bien muchas de estas conversaciones eran espontáneas, poco a poco fueron tomando una intencionalidad: la de mejorar nuestras prácticas en el área clínica desde el Trabajo Social. Fue así como nos percatamos de la escasa literatura existente, en cuanto a investigaciones y sistematizaciones de experiencias profesionales vinculadas a nuestro dispositivo laboral, lo cual acentuó aún más la necesidad de dar a conocer estos conocimientos locales sobre la disciplina en la práctica clínica que se vivencia.

Cabe referir que dado los escasos espacios institucionales para reflexionar en torno a la problemática señalada, nuestras conversaciones tomaron un carácter crítico y un lugar prioritario, lo cual nos permitió dilucidar y afrontar las diversas contradicciones epistemológicas y metodológicas acerca de las problemáticas que emergen en lo cotidiano en la intervención terapéutica con los NNA y sus familias; buscando de esta forma un horizonte que fuera coherente con una metodología que permitiera responder desde el Trabajo Social Clínico al abordaje de la complejidad del maltrato grave y el abuso sexual en nuestro dispositivo, haciendo justicia a los valores y a los enfoques que persiguen las orientaciones técnicas del SENAME en un PRM.

Al revisar las bases técnicas de los PRM, estos dispositivos se definen como programas de protección especializados en la reparación del daño asociado a maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual constitutivo de delito, ejercida en contra de un NNA; centrando su accionar en contribuir a la protección y restitución de los derechos de esos NNA, promoviendo su recuperación integral (física, psicológica, social, sexual, emocional) a través de una intervención especializada de reparación y resignificación de las experiencias abusivas que estos sujetos han vivenciado, y que deben asegurar la interrupción del maltrato y proveer de contextos protectores en el proceso de intervención. (SENAME, 2015)

Respecto al enfoque de trabajo, las mismas orientaciones señalan que los PRM deben incorporar una mirada transdisciplinaria y multidimensional de los fenómenos como el

maltrato y el abuso sexual infantil, por lo que se sugiere incluir una concepción intercultural, intersectorial, con enfoque de derechos, con perspectiva de género, respetando la comprensión evolutiva del ciclo vital y que sea inclusiva con las necesidades especiales. La consideración de los enfoques de trabajo señalados, argumentan la necesidad de abandonar explicaciones causales-lineales que han predominado en la comprensión e intervención con dichas problemáticas de vulneración grave. (op. cit)

Ante esto, y en una primera aproximación crítica, si agrupamos las experiencias de maltrato, violencia intrafamiliar y abuso sexual infantil, vemos que el elemento principal que las une es el desequilibrio de poder dentro de las familias, siendo la edad y el género, los dos ejes en que se organiza tradicionalmente su estructura jerárquica represiva. Por ello, suelen ser las mujeres, los ancianos y los niños, las víctimas más frecuentes de la violencia. (Fuentes, 2012) Con este breve panorama sobre la violencia se nos hace explícito que esto se trata de un fenómeno altamente complejo de intervenir. Por lo cual la necesidad de una dimensión transdisciplinaria para abordar esta temática, se posiciona como un ideal desde lo institucional, dando cabida a una mirada sistémica crítica como paradigma.

Lo anterior tiene coherencia con los documentos especializados de intervención del SENAME en materia de trabajo con los NNA y sus familias⁹, siendo estos acordes con el desarrollo de la historia de la Terapia Familiar (Bertrando y Toffanetti, op. cit; Rosselot y Carrasco, op. cit; Von Schlippe y Schweitzer, op. cit) advirtiéndonos que los

⁹ Se recomienda revisar el Manual para las intervenciones de los programas de protección especializados del departamento de protección de derechos de SENAME (2008); como también el Manual de Herramientas Teórico-Prácticas para las intervenciones de calidad, centradas en el vínculo (2009); Guía de estrategias de intervención familiar: Apoyo para el trabajo con familias en contextos de vulnerabilidad y exclusión social (2014); y Guías de estrategias de intervención: en la ruta de la promoción y desarrollo de competencias parentales en contextos de vulnerabilidad y exclusión social (2013).

profesionales que ven sólo a sujetos de manera individual¹⁰ y aislados de su contexto relacional, dicha inclinación podría traducirse en un grave problema para cualquier intervención, ya que al dejar afuera las interacciones que los sujetos tienen con su entorno, se omite la dimensión relacional existente en las vulneraciones de derecho con dicha población.

Dicha perspectiva centrada en lo individual daría paso, sin duda alguna, a una micropolítica que invisibiliza las influencias que los sistemas más amplios como la cultura y la política tienen sobre la experiencia humana de las personas, eximiendo, por lo tanto, las relaciones de poder existentes entre los sujetos y el sistema social. (Pakman, 1997)

En cuanto al equipo profesional, las bases técnicas señalan que “deberán estar compuesto por psicólogos y trabajadores sociales, *quienes deben ejecutar colaborativamente las intervenciones psicoterapéuticas, familiares y sociocomunitarias*”. (Op, cit, p.22) En este sentido, y con respecto al requerimiento anterior, y considerando lo ausente pero implícito de dicha sentencia, podemos afirmar que no existe diferencia sustantiva entre ambas disciplinas, por lo que ambos profesionales asumen un rol como terapeutas desde su propio campo profesional. Dicha condición, ha posibilitado de manera significativa desde nuestra experiencia, el ejercicio de la coterapia, en donde las “duplas psicosociales” realizan de manera conjunta acciones terapéuticas orientadas hacia el bienestar familiar, contribuyendo a una mirada transversal e integrativa del ejercicio clínico.

¹⁰ Cabe referir que existe una tendencia general en la forma de trabajar en los PRM como también en otros programas de la red SENAME como PFF o PIE; en donde los psicólogos ven a los niños y los trabajadores sociales ven a los padres. Dicha orientación divisoria representa el positivismo más conservador y recalcitrante, y que sin embargo sigue imperando en las instituciones sociales. No obstante es importante señalar que no existen resultados evidentes que demuestren o justifiquen la validez de dicha orientación de trabajo, siendo tan solo una operación del sentido común materializada en el dogmatismo institucional.

Con todas estas consideraciones dispuestas en el marco institucional y contextual, cabe preguntarnos acerca de: ¿Cuáles son las características del ejercicio del trabajador social en su praxis cotidiana? ¿Y qué contribuciones otorga nuestra disciplina en la comprensión y en el tratamiento de las personas que son derivadas a este dispositivo?

Los PRM reciben derivaciones de casos desde Fiscalía y Juzgados de Familia mediante orden judicial, por lo que las primeras acciones están destinadas a revisar los antecedentes relevantes que dieron inicio a la causal que origina el ingreso del NNA, las cuales generalmente son: abuso sexual, violación, testigos de violencia intrafamiliar grave, maltrato físico grave y en algunas ocasiones prácticas abusivas sexuales de niños menores de 10 años. En gran parte de estos ingresos se debe verificar que existan las medidas cautelares y de protección necesarias que garanticen la interrupción de dichas vulneraciones. Durante esta etapa de ingreso, se realiza el primer contacto con la familia, generalmente mediante visita domiciliaria en donde se entrevista al adulto responsable y/o al NNA, también se hace la presentación de la dupla a cargo, informando a la familia sobre los lineamientos, los plazos estipulados para la intervención¹¹, y los objetivos generales del programa.

El consentimiento informado que se firma posteriormente con la familia, contiene compromisos de ambas partes para garantizar el adecuado desarrollo de la intervención reparatoria. Una característica importante a señalar, es que gran parte de las causales de ingreso son delitos que suceden dentro del contexto intrafamiliar, por lo tanto, la orden judicial y la firma de este consentimiento surge como una obligatoriedad de participación de la familia con el programa y la dupla tratante. Ante esto generalmente consideramos que puedan surgir tensiones y resistencias por parte de algunos miembros de la familia con los profesionales¹², y en esta situación

¹¹ Lo mínimo son 6 meses y lo máximo 24 meses de intervención.

¹² Según nuestra experiencia, generalmente los NNA y familias que son derivadas a PRM, ya han pasado por una larga serie de peritajes tanto físicos como psicológicos. Por lo tanto nuestras primeras acciones son ofrecer contención

empleamos diversas estrategias como duplas tratantes para co-construcción de un vínculo terapéutico que pueda garantizar la intervención restitutiva de forma efectiva y bajo la aceptación de los sistemas humanos involucrados.

Posteriormente al ingreso, las intervenciones con los NNA y la familia se centran en una etapa inicial¹³ rotulada como “de diagnóstico”¹⁴. Durante esta etapa se desarrollan las primeras hipótesis clínicas, en conjunto a la conformación del vínculo terapéutico, para posteriormente realizar una devolución de este proceso de diagnóstico a la familia. Esto es una forma de transparentar y socializar las apreciaciones que se tienen sobre el sistema familiar, de manera de dar lugar a la expresión de sus propias ideas y si estas son compartidas o no con la de los profesionales. Desde el Trabajo Social Clínico, se busca democratizar esta información, dejando atrás los diagnósticos heredados del modelo biomédico, los cuales muchas veces son etiquetas reservadas, patologizantes y clasificadoras de las familias y los NNA. De esta manera se propone un plan de intervención co-construido, en donde los objetivos

emocional en esta etapa evitando indagar en aspectos que no son necesarios, a fin de evitar la revictimización.

¹³ En esta se contempla como mínimo 3 meses de duración en términos administrativos.

¹⁴ Para ello, tanto el trabajador social como el psicólogo se valen de distintas fuentes de información, como son la revisión del expediente judicial, la aplicación de instrumentos sociofamiliares y psicológicos, entrevistas directas con la familia y/o NNA, como también con personas significativas, instituciones involucradas, entre otras redes. Dentro de las técnicas que nos ayudan a representar el sistema familiar es la construcción del genograma, ecomapa, y mapa de relaciones que nos proporcionan información sobre los miembros del sistema familiar, las relaciones entre ellos, y los hitos biográficos importantes sobre la historia familiar e individual. Por lo general para incluir a los niños en este proceso recurrimos a un lenguaje más simbólico, utilizando técnicas como el genograma lúdico, acuario familiar, uso de títeres, juego libre, cuentos y/o metáforas.

son compartidos con la familia, enfocándose en las fortalezas personales por sobre sus limitaciones.

Durante la etapa de intervención¹⁵, se emplean distintas técnicas terapéuticas en las sesiones de terapia individual y familiar, desde el enfoque sistémico relacional principalmente. Algunas aproximaciones terapéuticas más cercanas a nuestra práctica clínica son las prácticas narrativas, la terapia conversacional y la terapia de la escuela de Milán. Estos referentes de terapia tienen su origen epistemológico en el construccionismo social, el postestructuralismo y el posmodernismo, buscando principalmente la co-construcción de nuevas historias entre el terapeuta y la familia por medio de procedimientos que reconocen su carácter social y relacional, siendo estos referentes teóricos coherentes con nuestra visión filosófica de la práctica clínica. (McNamee y Gergen, 1992/1996)

Si bien el fin último del presente texto no es profundizar en las técnicas de cada escuela o en sus formulaciones teóricas, si creemos que es necesario explicitar algunos principios que integran nuestra forma de hacer terapia y particularmente la forma de entender el maltrato y el abuso sexual infantil. Dentro de los principios comunes más relevantes para nuestra praxis clínica sistémica, se encuentran:

- La experticia de la persona con su vida. (Anderson y Goolishian, 1992/1996)
- Conversaciones de externalización: “La persona no es el problema, el problema es el problema”. (White y Epston, 1993/2010)
- La utilización de documentos terapéuticos como también de expresiones estéticas y literarias. (Freeman, Lovobits y Epston, 1997/2001)
- Curiosidad como postura terapéutica y como actualización del contexto

¹⁵ Las principales acciones que se realizan en esta etapa se encuentran: entrevistas con el sistema familiar, visitas domiciliarias, fortalecimiento de recursos familiares, intervención en crisis, grupos terapéuticos, terapia familiar, terapia individual, asesorías jurídicas, consultas psiquiátricas, supervisiones de casos, coordinaciones con otros programas de intervención y/o redes anexas a los casos, etc.

terapéutico en constante transformación (Cecchin, 1989; White, 1989/2004)

- La conversación interna del terapeuta, sobre aquello que piensa, siente y experimenta, como recurso que permite abrir nuevas posibilidades en la terapia. (Rober, 2005)
- Irreverencia como estrategia de supervivencia terapéutica (Cecchin, Lane y Ray, 1992/2002)
- Práctica descentrada pero influyente para la co-construcción de la relación terapeuta-consultante, la ética de la colaboración, y conversaciones de re-autoría, andamiaje y remembranza. (White y Epston, op.cit; White, 1997/2002; White, 2007/2016).
- Prácticas narrativas colectivas para responder al trauma y a las dificultades sociales. (Denborough, 2008)
- La subjetividad encarnada a los contextos sociales y a la propia singularidad: Micropolítica y poética como crítica social en terapia. (Pakman, 2010)

Todos estos principios, ofrecen posibilidades para tomar distintas posiciones en la emergencia de nuevas ideas, narraciones y significados dentro del sistema terapéutico. Lo cual otorga reflexionar sobre las propias hipótesis clínicas que tenemos acerca de nuestros sujetos de atención y de sus problemas. Por otra parte nos hace plantearnos sobre nuestras propias premisas que llevamos al espacio terapéutico, es decir, los prejuicios y sentimientos que no son posibles de desprender, por lo que el reconocimiento legítimo de su existencia, nos abre a variadas perspectivas en las distintas acciones y decisiones que como terapeutas empleamos.

Finalmente, y una vez alcanzados los objetivos propuestos en el Plan de Intervención, deviene la etapa de seguimiento, a fin de corroborar si los logros y avances alcanzados se mantienen en el tiempo, y si la familia logra una resignificación respecto a su malestar subjetivo. En nuestra experiencia durante esta etapa los NNA han resignificado sus experiencias de vulneración, con el apoyo de alguna figura significativa, y ante esto se socializa un cierre del proceso, invitando

también a las personas a seguir en contacto posterior a su egreso¹⁶.

Al repasar nuestra experiencia sobre los distintos momentos del proceso de intervención, nos damos cuenta que están presentes los elementos básicos de un proceso clínico -diagnóstico, creación de un plan de intervención, ejecución del plan o tratamiento, seguimiento, egreso y evaluación- Tal como lo expresan distintos autores del Trabajo Social Clínico (Chescheir, 1984; Ituarte, 1992; Quintero, 1997; Quiroz, 2004; Fombuena, 2012; Ituarte, 2017) A su vez, consideramos que nuestra praxis clínica del Trabajo Social es una traducción de los principios comunes anteriormente señalados de la clínica sistémica contemporánea y que orientan nuestra práctica terapéutica en este dispositivo. Por lo tanto, el Trabajo Social Clínico que representamos está fundado en una filosofía y epistemología que se sustenta en el postestructuralismo, la teoría crítica social, el posmodernismo, la hermenéutica y la narrativa. Siendo principalmente una praxis clínica cualitativa y una forma de terapia que está centrada en la crítica social y en un trabajo colectivo sociopolítico.

3. Una nota crítica sobre la identidad del trabajador social como terapeuta: explorando narrativas alternativas para la constitución de una identidad atingente.

“Se dice que es a través del cuestionamiento de la represión en nombre de la emancipación personal que se nos revelará la verdad de quiénes somos. Por medio de este cuestionamiento podemos escapar a lo

¹⁶ Es así como han existido propuestas para que las personas colaboren directamente en otros procesos de intervención que llevamos a cabo con otros NNA y adultos, un ejemplo de aquello es que se le ha solicitado la escritura de documentos terapéuticos a personas que han terminado su proceso con el programa y que han superado sus problemas, para que puedan enviar mensajes de apoyo a los usuarios que están actualmente en proceso de intervención. Esto ha significado para estas personas una potenciación de su agencia personal. (White y Epston, op.cit)

que les fue impuesto a nuestras identidades...” (White, 1997/2004, p. 266)

Para iniciar esta reflexión sobre la identidad del trabajador social como terapeuta, consideramos necesario comenzar con un cuestionamiento sobre algunos vicios que entorpecen la discusión en Trabajo Social como también en las disciplinas afines involucradas en el ejercicio de la terapia.

En primer lugar debemos tener en cuenta que las profesiones de ayuda como Trabajo Social, Psicología, Enfermería o Psiquiatría, por dar algunos ejemplos, son profesiones que tienen determinadas particularidades en sus ejercicios profesionales dependiendo del país, contexto social y político, como también del estatus disciplinar que han logrado posicionar al interior de sus determinadas sociedades y culturas. No obstante, estas profesiones independientes de sus particularidades geo-locales, tienen una constitución mundial, ordenadas bajo organizaciones globales a nivel gremial que se preocupan de la sobrevivencia de dichas profesiones.

Lo que queremos decir es que una profesión tiene un cúmulo de valores, teorías, definiciones, prácticas y ejercicios profesionales anexados legítimamente a una identidad global que los gremios esperan velar por el cumplimiento de dicha identidad profesional en cada lugar del mundo. Por lo tanto, hablar de Trabajo Social en Estados Unidos sin duda que involucra afirmar sus diferencias con respecto al Trabajo Social de Chile o al de España, pero sigue siendo la misma profesión y no otra. Por lo tanto, Trabajo Social es la misma profesión en cada país, pero con singularidades locales que la dotan de sentido.

Y en este aspecto, si nos preguntamos: ¿Es el trabajador social un terapeuta? Uno puede responderse desde lo que la Federación Internacional de Trabajadores Sociales definió en su asamblea del año 2000 en la ciudad Montreal de Canadá, sobre lo que se espera en la práctica de los trabajadores sociales, según esta institucionalidad:

“las intervenciones de trabajo social abarcan desde los procesos psicosociales focalizados a nivel individual, hasta el

compromiso con la política, la planificación y el desarrollo social. Estos incluyen el asesoramiento, el trabajo social de casos, el trabajo social con grupos, la pedagogía social y *el tratamiento y terapia familiar*, así como esfuerzos para ayudar a las personas a obtener servicios y recursos comunitarios”. (FITS, 2000)

De acuerdo a lo explicitado, al considerar que el tratamiento y la terapia familiar son parte constitutiva del Trabajo Social a nivel global, lo que se deja en evidencia es precisamente la identidad clínica del trabajador social, por lo tanto la identidad como terapeuta es legítima y autorizada para ser practicada. Ante esto, y como profesión de ayuda que comparte el ejercicio clínico junto a otras profesiones, sus características distintivas de su praxis clínica y de su concepción de la terapia mantiene ciertas particularidades con respecto a las demás.

Por lo general, los trabajadores sociales tienen determinados valores a considerar en su práctica clínica como son la justicia social y el respeto por la dignidad de las personas, imprimiendo un sello distintivo que busca la transformación social en las relaciones humanas. (Reyes, 2017) El énfasis de considerar siempre la relación de la persona con su entorno conlleva a reflexionar y a considerar tal como afirma Lioi (2017) y Martins (2012) sobre las diversas condiciones sociocontextuales, de género, económicas, políticas y culturales que encarnan la subjetividad de los sistemas humanos con los cuales se trabaja; y que dichas singularidades mencionadas deban ser asumidas en cada acontecer clínico¹⁷. (Ituarte, 2002; 2017)

En este escenario nos preguntamos nuevamente ¿Para qué hablar de estos valores, de las consideraciones socioculturales de la relación terapéutica o de la definición mundial de la

¹⁷ No solo desde la subjetividad individual de la persona sino también en cómo ésta última está conectada a un tejido social permanente. Bajo esta consideración se desmoronan los prejuicios acerca del término clínico en Trabajo Social como algo ligado a la psicoterapia psicoanalítica, que solo se favorece una visión médica, asistencial y psiquiátrica, y que sería estrictamente privada. (Northen, op.cit)

profesión? Esta pregunta viene a visualizar una realidad que reproduce una micropolítica que constriñe nuestra identidad como terapeutas. Al respecto Meyer (2001; 2012) se preguntaba sobre ¿Por qué los trabajadores sociales son tratados como ciudadanos de segunda categoría en la comunidad de la salud mental? Dicho autor refiere algo relevante ante nuestra pregunta inicial:

“En parte, creo que es por el hecho de que, la realidad del trabajador social es trabajar con la clase más pobre o los que son marginados por la sociedad...Otros profesionales del área también ven al trabajador social como alguien debajo de ellos, descalificándonos porque los valores de nuestra profesión nos ponen en contacto con los menos afortunados”. (Meyer, 2001, p.3)

Dicha reflexión nos permite escudriñar que existe un prejuicio general que asocia a los trabajadores sociales a profesionales que realizan intervenciones meramente superficiales en cuanto al tipo de problema que enfrentan a diario, y que al ser depositarios de trabajar en su mayoría con poblaciones excluidas de la sociedad, se reproduce indiscriminadamente que esta disciplina no hace terapia. Debemos considerar que en Chile nos desempeñamos prioritariamente en ámbitos públicos, con poblaciones que por lo general están en condición de exclusión y vulnerabilidad social; personas que en su gran mayoría no pueden pagar por servicios terapéuticos privados, servicios que ingenuamente son asociados por varios profesionales desde el sentido común como lo verdaderamente terapéutico.

Pero ¿A qué se debe que digamos esto? No debemos olvidar que la psicoterapia o la terapia es un campo que nace de una cultura privada de atención individual y que sus principales usuarios eran personas que pagaban por dichos servicios profesionales, de los cuales el psicoanalista era la figura principal de dicha empresa capitalizada originariamente (Feixas y Miró, 1993/2010; Rose, 2007). Sin embargo, la práctica de la terapia familiar y su desarrollo clínico vino a reivindicar una praxis terapéutica alterna, la cual nació principalmente con las poblaciones más carenciadas de sociedad en sus cimientos sociohistóricos. (Pakman, 2016)

Hoy en día, la terapia como ejercicio clínico no es una práctica reservada solo a las disciplinas

psicológicas, por lo que poco a poco se ha ido deconstruyendo aquellos discursos del sentido común que asocian a que son solo los psicólogos los que hacen terapia con las personas. El escenario contemporáneo muestra una polifonía de prácticas terapéuticas, entre las que se destacan las prácticas narrativas o las intervenciones sistémicas relacionales que vienen a constituir una variada gama de ejercicios profesionales acordes a las necesidades de diversas profesiones. (Ávila, 2002) No obstante, no debemos olvidar la privatización que ha sufrido la terapia familiar, la cual ha sido despojada de lo público, y por otra parte la psicologización (Pérez, 1997/2009) que predomina en los espacios laborales. Estas dos situaciones contribuyen enormemente a la invisibilización de nuestra identidad como terapeutas, y que muchas veces somos nosotros mismos quienes aceptamos incrédula y pasivamente dichos discursos de exclusión. Siendo los trabajadores sociales los principales reproductores del poder positivo según la mirada foucaultiana.

4. Esbozando respuestas y engrosando la contratrama del Trabajo Social Clínico: una invitación a la identidad de terapeuta que renace del ejercicio profesional.

Una vez realizada la contextualización de nuestro ejercicio clínico profesional de acuerdo a nuestro dispositivo y después de haber reflexionado sobre nuestra identidad como terapeutas, aún queda por esbozar y engrosar algunas respuestas que ayuden a enriquecer nuestra historia profesional a nivel local, expandiendo estas reflexiones a otros ámbitos transnacionales en donde existe nuestra profesión.

El Trabajo Social Clínico para nosotros viene a dotar de sentido a nuestra profesión en diversos contextos de ejercicio profesional, aclarando y reivindicando toda una tradición disciplinaria que ha sido subyugada sistemáticamente ante los discursos dominantes que reducen nuestro ejercicio profesional a meras prácticas de gestión política, control social y administración de recursos institucionales; discursos que en última medida se encuentran habitando en la cultura dominante de nuestra sociedad, como también en las disciplinas psi y principalmente en las instituciones sociales en donde ejercemos. Lo que queremos lograr en

última medida es desenmascarar la imagen benévola que estas prácticas de asistencia social representan, las cuales esconden la normalización de las injusticias sociales del sistema político, y que nuestra profesión ya no sea una tecnología más con la cual el estado gobierne las subjetividades de las personas. (Epstein, 1999)

El asumir la práctica clínica conlleva a considerar preferentemente el ejercicio de la intervención directa, el encuentro cara a cara, lo que establece una relación de transformación de las subjetividades involucradas en el contexto de intervención, tanto en el profesional como en el sujeto de atención. (Fombuena, 2012) Al explicitar esto, lo que queremos decir es que toda intervención clínica en Trabajo Social es la que se orienta a los cambios en las subjetividades de los sistemas humanos involucrados, y que persiguen la mejora de una situación problemática que atenta al bienestar de una persona o colectivo. Lo que en palabras de Raurich; Valls y Bernales (2007) aquella mirada clínica implica una ética de lo particular; del respeto al otro, de la relevancia de la singularidad -el caso a caso- y de una exigencia a la eficiencia como profesionales tratantes.

Cuando relevamos la reivindicación del Trabajo Social Clínico como especialidad al interior de nuestra disciplina, lo que queremos afirmar es precisamente la necesidad de hacer presente el desarrollo de habilidades especializadas y el poder contar con una formación terapéutica sistemática que nos otorgue la experticia adecuada (Ituarte, 2017; Regalado, 2017) para enfrentar las diversas problemáticas de alto impacto subjetivo con las cuales trabajamos día a día. Nos referimos a una formación sistemática, específicamente, a la adquisición de teorías clínicas pertinentes, como también a la utilización de técnicas terapéuticas según un marco epistemológico delimitado, y a una supervisión clínica que sea acorde a nuestros procesos de intervención con los distintos sistemas humanos con los cuales trabajamos y que dote al mismo tiempo de sentido a la identidad de nuestra profesión en el ámbito clínico. (Ituarte, 2012)

No obstante, y debido al escaso desarrollo clínico a nivel formativo y postgraduado en Chile, como también en otros países hispanoparlantes, hoy por hoy no contamos con programas de magíster o doctorado en Trabajo Social Clínico; por lo cual

nuestro currículum profesional en materia terapéutica ha tenido que ser complementado con formaciones anexas en departamentos de Psicología o en escuelas de Psicoterapia.

En este sentido, la Línea Sistémica de la Universidad de Chile y específicamente el departamento de Psicología ha reconocido la importancia de incluir a otras disciplinas en su formación terapéutica, destacando la preferencia por los trabajadores sociales debido al reconocimiento histórico que nuestra disciplina tiene con respecto al desarrollo de la terapia familiar¹⁸. De acuerdo al académico representante de la línea sistémica, Felipe Gálvez (comunicación personal 03 de octubre, 2017) los trabajadores sociales hemos sido pioneros en la intervención familiar, teniendo ésta última en su origen un profundo componente social más que psicológico o psiquiátrico.

Respecto a lo anterior, dicha casa formativa reconoce que el Trabajo Social ha brindado a la práctica clínica sistémica una mirada contextual, como también analítica de los procesos sociales hacia los sujetos y los grupos familiares, sumado a la necesidad de trabajar colectivamente o de forma comunitaria en el ejercicio terapéutico. Por otra parte, destacan la perspectiva de lo político y de lo sociocomunitario en la práctica clínica sistémica, motivados principalmente por el trabajo realizado por el movimiento de la terapia narrativa y específicamente por el trabajador social Michael White, por lo cual se ha visualizado una terapia sistémica en un territorio más transdisciplinar y más allá del mundo Psi.

Ante tal panorama, quisiéramos explicitar las principales dificultades que hoy en día atravesamos en el ámbito terapéutico como trabajadores sociales. Creemos que si existe exclusión o invisibilización de nuestro rol terapéutico, esto tiene que ver por una parte con los discursos dominantes que operan en las instituciones o en otras disciplinas. Pero creemos más bien que una

¹⁸ Para mayor detalles visitar: <https://www.trabajosocialclinico.com/sin-gle-post/2017/11/01/SOBRE-LOS-TRABAJADORES-SOCIALES-EN-LA-FORMACI%C3%93N-TERAP%C3%89UTICA-DE-LA-UNIVERSIDAD-DE-CHILE>

causa principal, pasa por la no legitimidad que muchos colegas tienen ante el ejercicio clínico, el cual miran con resquemor o con cierta hostilidad, ya que lo asocian a un quehacer psicológico o que lo clínico es trabajo solo de psicólogos. Lo que en nuestra experiencia ha ocurrido es que muchos trabajadores sociales descalifican o derechamente reniegan del ejercicio clínico debido a prejuicios infundados, mitos disciplinares e inclusive relacionan que el asumir funciones terapéuticas es una especie de intrusismo disciplinar.

Nos parece curioso que uno de los principales terapeutas familiares contemporáneos, Marcelo Pakman (comunicación personal 14 de marzo, 2017) exprese que los trabajadores sociales clínicos son “profesionales que por definición se encuentran sensibilizados tanto con las cuestiones socio-culturales como con las cuestiones psicológicas, preparándolos para el modo único en que ambos aspectos están de hecho unidos en experiencias que preceden a la distinción disciplinar entre los mismos”¹⁹.

Pensamos que el escenario actual de nuestra profesión se vive de manera amenazante, y esto se ha expresado por ejemplo en la exclusión del Trabajo Social en la nueva reforma del código sanitario chileno. Dicha situación ha movilizó a diferentes organizaciones profesionales, académicas y políticas las cuales han estado haciendo eco ante la grave vulneración que implica que los trabajadores sociales no sean considerados profesionales sanitarios. La negación del rol histórico del Trabajo Social en el ámbito de la salud y la salud mental afecta directamente a la profesión en su desarrollo disciplinar, más aún cuando el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 espera fomentar la inclusión de la salud mental en la formación universitaria del Trabajo Social como prioridad formativa²⁰.

¹⁹ Dicho comentario de apoyo se encuentra disponible para su socialización en el sitio web de la Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico, y quizás represente el apoyo académico transnacional más relevante. Ver: <https://www.trabajosocialclinico.com/copia-de-comenta>

²⁰ Para mayor información: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>

Recordemos que dentro de la discusión política que ocurrió cuando recuperamos la calidad universitaria del Trabajo Social en Chile se expresó que “la labor de los asistentes sociales chilenos ha quedado marcada en la historia social y política...incluyendo la apertura de métodos innovadores en su tiempo, como fueron el desarrollo de la terapia familiar...Las y los asistentes sociales día a día hacen su aporte al progreso humano de nuestra Nación”. (Congreso Nacional de Chile, 2002, p.5)

La lucha por la legitimización de nuestra profesión ha sido una constante histórica en nuestro país. Recientemente se encuentra en discusión en el Congreso Nacional, la incorporación del Trabajo Social en el Código Sanitario, dado que la modificación que se propone, excluye a nuestra profesión del ejercicio en los distintos dispositivos del área de la salud. Al respecto, la Red de Escuelas de Trabajo Social de las Universidades de pertenecientes al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) expresa públicamente su rechazo a la modificación mediante un comunicado, en el que solicita su incorporación, señalando que “esta profesión ha sido un aporte importante en el abordaje de problemáticas complejas que deben ser atendidas en el ámbito de la salud. Su participación queda expresada en la intervención directa en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario”. (UTEM, 2017, noviembre 19)

Al mismo tiempo, otras organizaciones como la CONFUSAM²¹, y el Colegio de Trabajadores Sociales de Chile²², han presentado a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, argumentos con respecto a la disciplina tales como que:

“el trabajo social ha desarrollado modelos y estrategias de intervención especialmente valorables en temas de alta sensibilidad como es el caso de la discapacidad, rehabilitación y

²¹ Para Mayor información: <https://confusam.cl/index.php/2017/11/11/confusam-demanda-que-modificacion-del-codigo-sanitario-se-incluya-al-trabajo-social/>

²² Para Mayor información: <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmTIP O=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=60904>

reinserción social, adicciones, trastornos de salud mental, derechos sexuales y reproductivos, derechos y equidad en salud, interculturalidad en salud, entre otros, aportando en los ámbitos de planificación, ejecución y evaluación de la gestión social en políticas sanitarias”. (Colegio de Trabajadores Sociales, 2017, p.2)

De acuerdo a lo planteado anteriormente, y considerando que el Trabajo Social Clínico es una especialización sanitaria y específica de la salud mental tal como lo señalan las definiciones internacionales (Dorfman, 1996; NASW, 2005). Esperamos que proliferen los programas postgraduados en Trabajo Social Clínico dentro de los próximos años, para que de esta forma ocurran las transformaciones necesarias para nuestra disciplina en el ámbito clínico, proporcionando de esta forma una comunidad gremial que asegure a sus generaciones futuras el mayor beneficio para practicar lo clínico en Trabajo Social; ya sea por un sentido identitario que requiere la profesión, como también por los nuevos escenarios laborales que requieren de profesionales con mayor cualificación en sus prácticas. Creemos que esta situación proporcionará una mayor legitimidad académica, en donde la inclusión y el reconocimiento profesional a nivel institucional, cultural y social serán los principales motores para la certificación de trabajadores sociales clínicos acordes a nuestra realidad como país.

El lugar de la práctica clínica sistémica como lo hemos revisado en este ensayo viene a situar un ejercicio profesional que se encuentra legitimado desde la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y cuenta con un abanico de trabajadores sociales que han sido iconos de la terapia familiar como Virginia Satir, Michael White, Harry Aponte, Lynn Hoffman y Marianne Walters, solo por mencionar algunos. Para finalizar, dejamos unas preguntas para seguir en diálogo, ya sea conversando o narrando nuevas historias ¿Es el Trabajo Social Clínico una respuesta a nuestra identidad contemporánea y a los escenarios profesionales actuales? ¿Es la terapia un camino para seguir haciendo crítica social? ¿Puede ser el Trabajo Social Clínico la especialidad sanitaria que requerimos hoy? Invitamos a expandir el debate y a reflexionar sobre el recorrido explorado en este trabajo.

REFERENCIAS

- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En McNamee, S., y Gergen, K. *La terapia como construcción social* (pp.45-60). España: Paidós. (1996)
- Ávila, A. (2002). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 87, 67-84.
- Aylwin, N. (1991). Trabajo Social y Salud Mental. *Revista del colegio de Asistentes Sociales de Chile*. 1(1). 32-35.
- Aylwin, N., y Solar, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Chile: Ediciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (2004)
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2000). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. España: Paidós. (2004)
- Bernler, G., y Johnsson, L. (1988). *Teoría para el trabajo psicosocial*. Argentina: Espacio. (1997)
- Catalán, H. (1971). *Servicio Social: Conceptos Fundamentales*. Chile: Editorial Universitaria.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*, 5(1), 9-17.
- Cecchin, G., Lane, G., y Ray, W. (1992). *Irreverencia: Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. España: Paidós. (2002)
- Congreso Nacional de Chile. (2002). Historia de la Ley N° 20.054. Recuperado de: http://www.bcn.cl/historiadelailey/fileadmin/file_ley/5547/HLD_5547_f8ac76fb64482b83f173cc982789c184.pdf
- Chescheir, M. (1984). Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1(43) 5-9.
- Denborough, D., y White, C. (2008). *Respondiendo al trauma y a las dificultades: Historias de resistencia psicológica y social, el uso de prácticas*

- narrativas colectivas.* (Ítalo Latorre Trad). En Denborough. *Collective Narrative Practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma.* Australia: Dulwich Centre Publications.
- Dorfman, R. (1996). *Clinical Social Work: Definition, Practice and Vision.* United States: Brunner/Mazel Publishers.
 - Epstein, L. (1999). *La cultura del Trabajo Social.* En Chambon, A., Irving, A., y Epstein, L. *Foucault y el Trabajo Social.* (pp.81-107). España: Editorial Maristán.
 - Federación Internacional de Trabajadores Sociales. (2000). El Trabajo Social según la federación de Trabajadores Sociales. Recuperado de: <http://www.uv.es/fombuena/docencia.html>
 - Feixas, G., y Miró, T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos.* España: Paidós. (2010)
 - Fombuena, J. (2012). Trabajo Social Clínico: Teorías, técnicas y prácticas. Trabajadores Sociales suficientemente buenos. *Revista Trabajo Social y Salud.* 72, 17-36.
 - Fuentes, G. (marzo, 2012). Abuso sexual infantil intrafamiliar: el abordaje desde el Trabajo Social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. *Revista Margen.* (64). Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen64/fuentes.pdf>
 - Flores, O. (1982). *El Trabajo Social en el tratamiento.* En Gomberoff, M., y Jiménez, J. *Psiquiatría.* (pp.555-564). Chile: Ediciones MEDCOM Ltda.
 - Freeman, J., Epston, D., y Lovobits, D. (1997). *Terapia Narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego.* España: Paidós. (2001)
 - Gálvez, F. (2017). Sobre los trabajadores sociales en la formación terapéutica de la Universidad de Chile. (Gálvez, Felipe, comunicación personal, 03 de Octubre de 2017).
 - González, M. (2010). *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008.* Chile. Ediciones Técnicas de Educación Superior.
 - Huaiquiche, T., y Bastias, C. (2016). Trabajo Social y práctica clínica individualizada-familiar en Salud Mental: Una mirada analítica y sociohistórica. *Revista de Trabajo Social de la Universidad de Concepción.* 1(13), 33-50.
 - Ituarte, A. (1992). *Proceso y procedimiento en Trabajo Social Clínico.* Siglo XXI. España.
 - Ituarte, A. (2002). El acontecer clínico en Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy,* 35, 42-59.
 - Ituarte, A. (2012). *Una reflexión sobre los modelos de intervención de los trabajadores sociales desde la experiencia de la supervisión.* En Sobremonte de Mendicuti. *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social.* (pp.191-204). España: Publicaciones Universidad de Deusto.
 - Ituarte, A. (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico.* España: Nau Ediciones.
 - Lioi, J. (23 de agosto del 2017). So Your Therapist Is A Social Worker. Huffpost. Recuperado de: http://www.huffingtonpost.com/entry/so-your-therapist-is-a-social-worker_us_596442dde4b0deab7c646b59
 - Martins, S. (2012). Una nueva mirada sobre el Trabajo Social: Subjetividad y la práctica clínica. *Revista Aportes.* 3(26), 7-17.
 - Meyer, W. (2001). Trabajo Social Clínico: Un mensaje de un colega americano. (Diego Reyes Trad.) *Clinical Social Work Journal.*
 - Meyer, W. (2012). Mensaje de Apoyo del profesor William S. Meyer, miembro del comité ejecutivo de la Asociación de Psicoanálisis en el Trabajo Social Clínico de los Estados Unidos. (W. Meyer, comunicación personal, 18 de enero del 2012). Recuperado de: https://www.academia.edu/35125204/William_Meyer_2012_Mensaje_de_apoyo_del_profesor_William_S._Meyer_miembro_del_comit%C3%A9_ejecutivo_de_la_Asociaci%C3%B3n_de_Psicoan%C3%A1lisis_en_Trabajo_Social_Cl%C3%ADnico_de_los_Estados_Unidos

- McNamee, S., y Gergen, K. (1992). *La terapia como construcción social*. España: Paidós. (1996)
- National Association of Social Workers. (2005). *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*. United States. Recuperado de: <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=YOG4qdefLBE%3D&portalid=0>
- Northen, H. (1995). *Clinical Social Work: Knowledge and Skills*. United States: Colombia University Press
- Pakman, M. (1997). Micro-política de clase social en la vida familiar: La terapia como práctica social crítica. *Sistémica: Revista de la Asociación Andaluza de terapia familiar y sistemas humanos*. 1(2). 69-80.
- Pakman, M. (2010). *Palabras por venir, palabras que permanecen: micropolítica y poética en psicoterapia*. España: Gedisa.
- Pakman, M. (2016). Clínica Sistémica: Una breve nota macroscópica sobre sus orígenes y desarrollo en contraste con el psicoanálisis. *Boletín de la asociación mexicana de terapia familiar*. Recuperado de: https://issuu.com/asociacionmexicanadeterapiafamiliar/docs/boletin_amtf_mayo_2016
- Pakman, M. (2017). Mensaje de apoyo para la Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico. (Pakman, Marcelo, comunicación personal, 14 de Marzo de 2017).
- Pérez, C. (1997). *Sobre la condición social de la psicología*. Chile: LOM. (2009)
- Quintero, Á. (1997). *Trabajo Social y procesos familiares*. Argentina: Lumen/Hvmanitas. (2004)
- Quintero, Á. (2004). *Trabajo Social Familiar y enfoque sistémico*. Argentina: Hvmanitas.
- Quiroz, M. (2004). *Aportes Teóricos conceptuales para el Trabajo con familias*. Chile. Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (2004b). *Apuntes para la historia del Trabajo Social en Chile*. En Tello, Nelia. *Trabajo Social en algunos países: aportes para su comprensión*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Raurich, C., Valls, G., y Bernal, S. (2007). La intervención en el contexto de pobreza: Reflexiones sobre una experiencia. *Revista De Familias y Terapias*. 15(24), 7-19.
- Regalado, J. [trabajosocialclinico] (2017, 26 de Febrero). Trabajo Social Clínico en España: Experiencias desde el ámbito público y práctica privada. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=HPLoI_prvMU&t=73s
- Reyes, D. (2012). Trabajo Social Clínico, Salud Mental y Psicoterapia: pasos para una práctica integral en los servicios de salud mental y psicosociales. Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Estudiantes en Trabajo Social de la Universidad Arturo Prat de Iquique. Chile, Noviembre. Recuperado de: https://www.academia.edu/35012593/Diego_Reyes_Barr%C3%ADa_2012_Trabajo_Social_Cl%C3%ADnico_Salud_Mental_y_Psicoterapia
- Reyes, D. (2016). *Trabajo Social Clínico, Subjetividad y Psicoterapia Sistémica: Una mirada micropolítica y poética a la práctica clínica de profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos: Línea Sistémica Relacional. Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145231>
- Reyes, D. (2017). *Trabajador social clínico: la identidad subyugada, la identidad que renace*. Recuperado de: <https://www.trabajosocialclinico.com/sing-le-post/2017/03/13/Trabajador-social-cl%C3%ADnico-la-identidad-subyugada-la-identidad-que-renace%E2%80%A6>
- Rivera, N., y Sánchez, F. (2012). Práctica y formación del Trabajo Social Clínico en el contexto socio-económico y político de Puerto Rico. *Tandil*. 7(4). 349-363.
- Rober, P. (2005) The Therapist's Self in Dialogical Family Therapy: Some Ideas

- About Not-Knowing and the Therapist's Inner Conversation. (Ariel Berezin Trad.) *Family Process*. 44(1). 477-495.
- Rose, N. (2007). *Terapia y Poder: Técnica y Ethos*. Archipiélago. 76. 101-124.
 - Rosselot, F., y Carrasco, E. (1997). Modelos y escuelas de Terapia Familiar: Mapa histórico de referencia 1. *De Familias y Terapia*. 5(18), 64-89.
 - Servicio Nacional de Menores. (2015). Orientaciones Técnicas: Línea Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave. Recuperado de: http://www.sename.cl/wsename/licitacion/es/p10_20-07-2015/OT_PRM.pdf.
 - Solar, M. (1978). Retorno al Trabajo Social Individualizado. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1(26), 4-7.
 - Trabajo Social, Universidad Tecnológica Metropolitana. (2017, noviembre 19). Declaración Pública de la Red de Escuelas de Trabajo Social de las Universidades del Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas. Recuperado de: <https://www.facebook.com/neilgaiman/posts/10150574185041016>
 - Toledo, U. (2002) ¿Una epistemología del Trabajo Social? *Revista Cinta Moebio de la Universidad de Chile*. 1(21), 200-204.
 - Von Schlippe, A., y Schweitzer, J. (2003). *Manual de Terapia y Asesoría Sistémicas*. España: Herder.
 - White, M. (1989). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa. (2004)
 - White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós. (2010)
 - White, M. (1997) *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Editorial Gedisa. (2002)
 - White, M. (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. Chile: PRANAS Chile Ediciones. (2016)



Universidad de Concepción



REVISTA ELECTRÓNICA DE TRABAJO SOCIAL

www.revistatsudec.cl

ISSN: 0719-675X

latindex