



En defensa del Trabajo Social Clínico. El giro pragmático y la contribución de la Terapia Familiar Sistémica en la práctica con personas y familias.

In defense of Clinical Social Work. The pragmatic turn and the contribution of Systemic Family Therapy in practice with individuals and families.

Javier Barría Muñoz¹

Resumen

El presente artículo, tiene por finalidad plantear la necesidad de reconocer la psicoterapia como parte del trabajo profesional en el Trabajo Social. La profesión tiene una historia de exclusión en el ámbito de la psicoterapia. Se establece una genealogía que viene desde el *casework* hasta la introducción de la terapia familiar sistémica y del ejercicio como co-terapeutas o psicoterapeutas informales, sobre todo en las áreas psico-jurídica, hospitalaria y psiquiátrica. Se plantea que la terapia familiar sistémica es un puente en la introducción de la práctica clínica en Trabajo Social. De ello, se desprende la necesidad del reconocimiento y validación del Trabajo Social Clínico como actividad pionera y naciente en Latinoamérica.

Palabras clave: casework, psicoterapia, clínica, terapia familiar sistémica.

Abstract

This essay aims to raise the need to recognize psychotherapy as part of professional work in Social Work. The profession has a history of exclusion in the field of psychotherapy. A genealogy is established that goes from casework to the introduction of systemic family therapy and the exercise as co-therapists or informal psychotherapists, especially in the psycho-legal, hospital and psychiatric areas. It is suggested that systemic family therapy is a bridge in the introduction of clinical practice in Social Work. From this, the need for the recognition and validation of Clinical Social Work as a pioneering and nascent activity in Latin America emerges.

Keywords: casework, psychotherapy, clinic, systemic family therapy.

ACEPTADO: 18/12/2020

PUBLICADO: 21/01/2021

¹ Doctor en Psicoterapia y Etiología Clínica por la Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Psicología Social Pontificia Universidad Católica. Trabajador Social y Psicólogo Clínico. Director Magíster Socio Jurídico en Intervención en Familia, Universidad Andrés Bello de Chile.

✉ Javier Barría Muñoz.
C/ Sazié, 2315. 2º piso.
Universidad Andrés Bello de Chile. C.P. 8320000
barria@gmail.com

Barría Muñoz, J. (2021). En defensa del Trabajo Social Clínico. El giro pragmático y la contribución de la Terapia Familiar Sistémica en la práctica con personas y familias. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 79-86. <https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32041>

1. Introducción

El presente artículo tiene como finalidad concientizar sobre la necesidad de validar el Trabajo Social Clínico como una especialidad dentro del campo ocupacional del Trabajo Social. Tanto en Chile como en Iberoamérica, la intervención de carácter clínico y psicoterapéutico en Trabajo Social cuenta con una historia de aproximadamente 30 años de participación.

La necesidad formativa en psicoterapia en el ámbito de la atención a sujetos y familias desde una perspectiva terapéutica tiene referencias remotas en Quiroz y Peña (1998), quienes habían reconocido el Trabajo Social Clínico en la década de los 90. Sin embargo, el reconocimiento explícito es muy reciente en Iberoamérica, no tiene más de 10 años a la fecha en textos que hablan explícitamente de Trabajo Social Clínico, como es el caso de Salinas (2010), Fombuena (2012), Herrera et al. (2012), Regalado (2017), Ituarte (2017) y Reyes (2019).

La razón principal sobre la validez del Trabajo Social Clínico está sustentada bajo la modalidad de práctica de intervención profesional que se realiza en Chile, donde se utiliza un modelo de intervención psicosocial en duplas de profesionales donde participan un/a trabajador/a social y un/a psicólogo/a. Ambos, trabajan activamente con el mismo procedimiento: hacen y comparten la misma actividad de intervención terapéutica, tanto a nivel indi-

vidual como familiar, solo diferenciados en el diagnóstico, lo cual, trae como resultado la dificultad de reconocer las diferencias en la forma de intervención entre dichas profesiones.

El modelo de intervención antes descrito, se viene desarrollando desde hace 30 años en Chile sobre todo en instituciones como: el Servicio Nacional de Menores, el Servicio Nacional de Equidad y Género, las áreas de Salud Mental y las Municipalidades, entre otras. En ellas la intervención es de carácter psicoterapéutico, como por ejemplo los programas que se ocupan de la reparación en maltrato infantil trabajando con el trauma o los programas de atención a víctimas de delitos sexuales y delincuencia juvenil con psicoeducación. El modelo de trabajo en duplas está siendo lentamente exportado al resto de países de Latinoamérica que trabajan con un modelo similar.

Entendemos que, en los derroteros de la formación del Trabajo Social y desarrollo de la disciplina, se han perdido u omitido importantes avances como es el caso de la formación clínica para el Trabajo Social, la cual, se ha subsanado gracias a profesionales sensibilizados con su trabajo, quienes accedieron y acceden a formaciones especializadas en psicoterapia, sobre todo en terapia familiar sistémica.

Por lo cual inferimos que se está produciendo un cambio

de paradigma en Latinoamérica, lo que podría implicar realizar un cuestionamiento a la formación universitaria que reciben los/las estudiantes de pre y postgrado de Trabajo Social y tensionar la identidad de la profesión, e interrogarse sobre el problema formativo-académico y esencialmente epistemológico en un ámbito tan específico como es la práctica clínica y la psicoterapia con personas y familias.

2. Un esbozo sobre la condición sociohistórica del Trabajo Social con personas y familias. El casework: una práctica clínica con personas y familias.

El Trabajo Social tiene antecedentes históricos que lo conectan con la psicoterapia y la práctica clínica, en lo que se denominó el *casework*. Por lo cual, el presente esbozo no pretende ser exhaustivo sino marcar una línea de tiempo y una genealogía que conecten el Trabajo Social con prácticas clínicas y psicoterapéuticas, tarea que no es fácil en Latinoamérica marcada por propuestas neomarxistas.

Como interés académico, en Chile, el *casework* fue recuperado a través de una lectura actualizada de algunas autoras como Perlman y Hamilton, por un grupo reducido de trabajadores/as sociales que accedieron a la formación de terapia familiar sistémica en la década de los 90, y que después, por problemas gremiales, dicha formación en terapia familiar fue negada a los/las trabajadores/as sociales. De este grupo se destacan Quiroz (1997), Aylwin y Solar (2009) que teorizaron sobre las contribuciones a la metodología de caso, pero con diferencias significativas respecto a su enseñanza, problematización y foco de atención respecto a las propuestas en Estados Unidos (Quiroz, 1997, 2003), donde un trabajador/a social clínico/a puede ejercer la psicoterapia privada, y en Chile solo puede acceder a la formación académica, pero no a la clínica privada.

La tradición de la profesión nos indica que la génesis radica en pioneras trabajadoras sociales estadounidenses, las cuales, representadas en la obra de Mary Richmond van a dar sustento y legitimidad a la práctica del Trabajo Social con personas. El *casework* como menciona Sánchez (2004) ha sido satanizado, sin embargo, en la mayoría de las instituciones médicas, asistenciales, y educativas, se sigue trabajando en una atención a nivel individual, por lo cual, se requiere una formación necesaria para incidir en el abordaje a nivel de personas y familias.

En una línea similar, pero con una panorámica distinta, Fombuena y Martí (2006) señalan que el método de casos fue

desprestigiado por controlador y denominado asistencial como calificativo de conservador, el trabajo social de casos ha pasado por numerosas vicisitudes...En la actualidad, pasa por un fuerte renacer, al amparo de las teorías vinculadas con el sujeto y con la formación de este (p.2).

El *casework* para Richmond (1922) se establecía “como el conjunto de métodos que desarrollará la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre en su medio social”. Para Richmond (1922) las principales intervenciones que realiza el/la trabajador/a social con las per-

sonas que consultaban tenían que basarse en:

a) comprensión de la individualidad y de las características personales; b) comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social; c) acción directa de la mentalidad de la asistente social sobre la de la persona que consulta; y d) acción indirecta ejercida por el medio social (p. 69).

Es, desde esta forma de trabajo, como se hereda el proceso metodológico que, influenciado por el modelo médico, contempla: la investigación, el diagnóstico, la interpretación, el pronóstico y el plan de tratamiento. A pesar de que comúnmente se menciona que Mary Richmond pudo haber tenido influencias, en la aplicación, de la teoría psicoanalítica, no existen registros escritos que demuestren empíricamente este argumento (Pérez, 2010). Mary Richmond (1922) habló de caso social sin otras interpretaciones, *no de caso psicossocial o psicoanalítico; no aplicó el psicoanálisis al caso social, y la asociación con el psicoanálisis es algo que ocurrió sólo tras su muerte, incentivado por las asistentas sociales de corrientes funcionalistas con orientación freudiana*. La tesis asumida por Mary Richmond es similar a la vertiente culturalista de George H. Mead sobre la construcción de una personalidad cultural, que dio paso posteriormente al desarrollo del interaccionismo simbólico (Miranda, 2003). Por tanto, podríamos afirmar actualmente que Richmond (1922) planteaba una intervención psicossocial.

Un aspecto relevante para considerar es que el método de caso evolucionó con el tiempo (Flores, 2006), volviéndose más complejo y especializado con los aportes de diversas autoras, tales como Towle (1987), Hamilton (1967), Perlman (1970) y Hollis (1981). Gracias a sus contribuciones se logró otorgar dimensionalidades sustantivas a esta forma de trabajar con personas, llegando a desembocar en una finalidad terapéutica tras la aplicación de las corrientes psicodinámicas en la atención de sujetos que experimentaban situaciones problemáticas de corte intrapsíquicas. De ahí viene la denominación de modelo o terapia psicossocial en el Trabajo Social individualizado. Según Kisnerman (1987) fue con el aporte de Hollis & Woods (1981) y su reformulación teórica sobre este método, que fue caracterizado como un tratamiento con dos categorías, por una parte, era una terapia social (ya que buscaba cambios en el medio social de la persona) y por otra, era una psicoterapia (debido a que intentaba cambios en la persona). Para Hollis & Woods (1981), según Huaiqueche y Bastías (2016), el tratamiento psicossocial es muy similar al concepto que se tiene en salud mental, que plantea una dialéctica persona-situación, en la cual se hace un esfuerzo en el trabajo con las emociones, cogniciones y conductas que tengan un impacto en la modificación de la propia persona y de su entorno. La tradición chilena fundada en 1925 tenía en su origen en la influencia europea de origen belga, y no armonizaba con la tradición norteamericana. Dicha situación provocó que los desarrollos del Trabajo Social anglosajón no influenciasen en la práctica de las visitadoras sociales. Según Catalán (1971) y Quiroz (1997) el Servicio Social Chileno de origen europeo es de corte para-médico y para-jurídico y modeló la práctica profesional para adaptarla al foco de atención orientado a abordar problemáticas individuales y familiares, derivadas especialmente de de-

privaciones económicas, y psicossociales. Focalizando una intervención a las familias en condición de marginación, pobreza o miseria, debido a que constituían un problema de *higiene social*. Lo anteriormente señalado, es reafirmado por Catalán (1971) quién nos dice que a pesar de que comúnmente se hablaba sobre casos, muy rara vez se empleaba dicho método, provocando que el *casework* fuera relegado a servicios o instituciones altamente especializadas como los hospitales y los hospitales psiquiátricos.

Volviendo a la línea estadounidense, el *casework* de la década de los años 60 tuvo otras influencias teóricas, principalmente de la teoría conductista, en la que proliferaron algunos textos como *Socio-Behavioral Approach and Application to Social Work* y *Selected Sociobehavioral techniques and principles: An approach to the interpersonal helping*, ambos de Edwin Tomás, y el *Learning Theory and Social Work* de Derek John. Un texto clásico de la literatura latinoamericana en dicha materia fue el de Scott & Miller (1971), *Caso Individual*, texto en el cual aparecen aplicaciones directas para la práctica del Trabajo Social de casos desde un modelo socioconductista. Sin embargo, en los años 60 y 70, en Latinoamérica el *casework* fue suprimido por el movimiento de reconceptualización. Bernler y Johnson (1997) afirman dicha situación señalando que “*a principios o mediados de los años 70 se eliminó de las bibliografías de las escuelas de Trabajo Social toda literatura norteamericana sobre Trabajo Social de caso (casework)*. Es por eso por lo que entre los trabajadores sociales que han cursado sus estudios en los últimos diez años, hay pocos que sepan lo que es Trabajo Social de caso (casework).” (p.10).

Esta situación también la sufrió Chile, dejando en evidencia que la formación de los/las asistentes/as sociales de aquella época se volcara prioritariamente a los aspectos ideológicos y teóricos del marxismo, y por ende se focalizó en el trabajo político comunitario.

Aguilar (2013), siguiendo la huella del *casework* estadounidense, nos dice que éste adquirió mayor relevancia y consistencia teórica con la creciente aplicación de la terapia familiar al método de caso, y la incorporación de los/las trabajadores/as sociales en equipos interdisciplinarios, dando lugar al llamado modelo de la comunicación-interacción que, en los años 80 estuvo fuertemente influenciado por el enfoque sistémico.

En síntesis, se puede afirmar que hubo una desconexión deliberada en beneficio de modelos marxistas, que han postergado el desarrollo del Trabajo Social Clínico en América Latina. Como lo que sucede en la actualidad en la formación de Trabajo Social en Brasil y Argentina y en escuelas de Trabajo Social chilenas, con una fuerte influencia sociológica en la instrucción, en desmedro de otras áreas de formación.

En relación a la primera escuela Diagnóstica Psicossocial, Escartín (1992) nos dice que Mary Richmond y sus seguidores pensaban y practicaban un Trabajo Social “individualizado” buscando ayudar a las personas que tienen un problema generalmente de relaciones familiares cotidianas, problemas escolares o laborales, con la premisa psicoanalítica de que los desórdenes en el funcionamiento intrapsíquico del individuo determinan su interacción en el entorno social, ocasionando muchas veces su pro-

pia desadaptación al medio.

Aptekar (1955) apunta que el enfoque diagnóstico proviene del New York School of Social Work y que fundamenta sus principios y procedimientos operativos en las ideas de Mary Richmond (citado en Quiroz y Peña, 1998): “*El modelo procura obtener una gran cantidad de información acerca del cliente y de sus problemas antes de iniciar un tratamiento intensivo*” (p. 17). Por otra parte, Kisnerman (1987) afirma que fue Gordon Hamilton quien por 1940 utilizó el concepto psicossocial, señalando que el caso, el problema y el tratamiento deben ser considerados por el/la trabajador/a social como un proceso psicossocial.

La segunda escuela denominada *funcionalista*, se caracterizaba por basarse en la psicología de Otto Rank. Se desarrolló en la década de 1930 como consecuencia de la grave crisis económica, y en cierto sentido como contraposición al determinismo Freudiano (Quiroz y Peña, 1998). El funcionalismo daba menos importancia a los antecedentes individuales del cliente y otorgaba más relevancia a la situación actual conflictiva, y al desarrollo de la personalidad como capacidades resilientes en el individuo. Es decir, en el plano de la intervención, el/la trabajador/a social impulsaba a las personas a tomar una decisión voluntaria y adecuada para la solución de sus problemas, además de una orientación al crecimiento individual, ya que el individuo se conforma por sí mismo y las relaciones interpersonales y las condiciones externas de su vida le dan sentido y funcionamiento (Balbuena, 2001). Por ejemplo, Horney (2017) plantea que los/las trabajadores/as sociales deberían aprender a trabajar con la estructura neurótica y conflictiva del sujeto y recomendaba trabajar en equipo y usar las herramientas propias de la psicoterapia freudiana como son la entrevista y el análisis de caso didáctico.

Kisnerman (1987) expresa que mientras la escuela diagnóstica se desarrolló especialmente en las escuelas de Nueva York, hoy Universidad de Columbia y de Chicago, así como el Smith College, la escuela funcionalista se fue gestando en la década del 30 en la Universidad de Pensilvania, con las trabajadoras sociales Virginia Robinson y Jessie Talf, bajo la influencia de la sociología, la antropología y el psicoanálisis no ortodoxo de Otto Rank. Bajo los ideales del desarrollo humano, la voluntad como control, la fuerza creativa del hombre, el significado de la experiencia presente para lograr el crecimiento potencial y el uso consciente del proceso de ayuda. Todos estos planteamientos presentes en la trabajadora social Jessie Talf, introdujeron el concepto de la función de la institución como elemento básico en la ayuda que el/la trabajador/a social proporciona a quien demanda sus servicios, lo que consolidó el nombre de enfoque funcionalista, que polariza en dos categorías: funcional y disfuncional, su concepción del mundo y de la vida.

Por lo tanto, como mencionan Aylwin y Solar (2009), en una proposición que ha tenido sus detractores, ellas proponen un avance epistemológico de abordaje pragmático desde lo individual a lo familiar con una clara y evidente influencia de la escuela Estructural de la terapia familiar sistémica. Al realizar esta integración, debido al nuevo enfoque que ellas aportan, el trabajo de casos cambia de naturaleza y pasa a constituirse en una moda-

lidad del Trabajo Social centrado en la familia.

3. Los aportes a la clínica desde la Salud Mental y la necesidad de formación en psicoterapia: caminos y emergencia para un Trabajo Social clínico.

La evidente naturaleza clínica del *casework* y las facilidades de desarrollo práctico en instituciones especializadas, dieron lugar a que la terapia familiar sistémica fuera ampliamente empleada y adaptada a los contextos de salud mental, en donde operaban trabajadores/as sociales, situación que en todas las tradiciones se desarrolló de forma similar. Este contexto obligó a los profesionales trabajadores/as sociales a introducir en el método de casos otros fundamentos teóricos para enriquecer su ejercicio profesional, los cuales, por la década de los años 50 y 60, fueron la psicopatología psiquiátrica y el psicoanálisis, que abordaron algunas directrices para el trabajo con pacientes con problemas de salud mental, y específicamente para familias con pacientes con esquizofrenia, delincuentes y consumidores de drogas. Como plantea Fombuena (2011b) en la actualidad los/las trabajadores/as clínicos norteamericanos usan herramientas propias de la psicología y de la psiquiatría como el DSM-IV producto del sistema de seguros que impera en Estados Unidos, en el cual la persona usuaria tiene que percibir la atención dentro de un marco de apoyo o asesoramiento para que la empresa de seguro y el sistema social norteamericano pague la atención.

Para poder mostrar el nuevo surgimiento del Trabajo Social clínico al alero de *casework*, Fombuena y Martí (2006) plantean un inicio bastante similar al surgido en los últimos 30 años en Latinoamérica, donde, por una parte se enseñan esquemas de docencias basados en intervenciones comunitarias desde las que trabaja un grupo minoritario de la población de Trabajo Social, versus todas las otras instituciones, que son la mayoría, que prestan atenciones individualizadas, por lo cual, los/las profesionales por propia iniciativa han ido adquiriendo formación en distintas escuelas de formación clínica y de orientaciones psicoterapéuticas, como la terapia familiar sistémica en sus distintas modalidades; la corriente humanista y Rogeriana, y la cognitivo-conductual, entre otras. Incluso en el año 2006 se formuló una propuesta de formación bastante llamativa, incorporándose competencias en entrevista, epistemología constructivista y terapia familiar sistémica.

En una nueva síntesis, se quiere sustentar que hay bases históricas suficientes en distintos países de Europa y América latina para afirmar que es posible desarrollar el Trabajo Social clínico como campo de especialización del Trabajo Social.

4. Aportes de la teoría general de sistemas al Trabajo Social con familias.

Continuando con los hitos que fundan la incorporación al Trabajo Social de herramientas clínicas, pareciera que la introducción y masificación de la teoría general de sistemas en la formación de los/las trabajadores/as sociales ha sido un puente para conectar el *casework* con las prác-

ticas clínicas. A partir de la década de los noventa, la terapia familiar sistémica permitió trascender la concepción de las atenciones centradas en las necesidades de las personas, e incorporar la variable *individual* a una concepción que entiende los problemas psicosociales desde una visión holística y dinámica de la realidad, reconociendo la naturaleza interpersonal y multicausal de los problemas humanos, y otorgando especial énfasis al trabajo *vinculatorio* entre el individuo y su familia por una parte, y al medio social por otra, también permitiendo abordar a la familia y sus conflictos en diferentes niveles de complejidad (Bertrando y Toffanetti, 2004). A su vez, se fue incorporando la necesidad de herramientas de psicoterapia a la atención de sujetos y sus familias, se comenzó a entender que hay que ayudar al otro a organizar y ordenar su vida en base a sus propios recursos, viendo a la familia como una red de soporte de ayuda, tanto a nivel material como emocional (Fombuena, 2011a).

En este contexto, los/las trabajadores/as sociales, se vieron en la obligación de replantear la intervención profesional de manera simultánea al surgimiento de una nueva concepción de familia en donde priman la visión *cibernética* de las relaciones especialmente *afectivo-comunicativo* (Bertrando y Toffanetti, 2004). El concepto de *cibernética* fue creado por Bateson (citado en Watzlawick y Nardone, 2012) para indicar el nacimiento de una ciencia que va a estudiar los procesos de transmisión de información en sus diversos formatos, sobre todo el *lenguaje humano*. Además, se comenzaron a analizar otras formas epistemológicas no lineales (Watzlawick y Ceberio, 2006).

Los modelos cibernéticos de Bateson, permitieron reflexionar en torno a sistemas no lineales humanos como es la familia y cuestionar el concepto tradicional de ésta, que en el Trabajo Social había evolucionado hacia el reconociendo de la importancia del lenguaje y la comunicación en el desarrollo de sus miembros, considerando que cada persona dispone de recursos y destrezas que les permiten confrontar, asumir y resolver sus conflictos de manera responsable, a partir de una narrativa o relato donde los aspectos comunicacionales trascienden a los materiales o de sustento.

Es decir, se comienzan a incorporar nuevas variables propias de la evolución de la psicología y de la psiquiatría, a saber: la teoría de comunicación humana, la relación de la comunicación como instrumento de transformación de la conducta social, y la necesidad de incorporar herramientas propias de la psicoterapia como es la terapia sistémica familiar (Fombuena, 2012; Watzlawick et al., 1991).

La corriente sistémica, fue posibilitando la comprensión y abordaje de la familia en diferentes niveles. La propuesta de Bowen (citado en Rodríguez y Martínez, 2015) de un modelo ecológico donde se interrelacionan distintos tipos de niveles y sistemas, se popularizó como modo de entender a la familia inserta en un modelo societal, que abarca de lo individual a lo social.

Sin embargo, progresivamente se fue produciendo como efecto no deseado una tensión metodológica al hacer una distinción entre dos niveles que no necesariamente son compatibles entre sí, como son: a) la intervención psicosocial institucional y b) la terapia de familia, ambos

como herramientas de modificación de comportamientos (Viscarret, 2017). Por ejemplo, una familia puede requerir asesoría o ayuda en trámites judiciales o policiales o una intervención puntual en crisis, como intervención psicosocial institucional, pero si se requiere de la modificación de la conducta de la familia, se está creando la figura de la psicoterapia, por lo cual, se comienza a producir un desplazamiento hacia las otras profesiones ligadas a la terapia, en este caso la psicología y la psiquiatría, que excluyeron al Trabajo Social sin fundamentos aparentes, existiendo como se ha visto una tradición también en el campo de la psicoterapia del Trabajo Social (Herrera et al., 2012).

Fombuena (2012) menciona que el ejercicio de la clínica psicoterapéutica no es privativo de ninguna profesión en específico. Ya Foucault (2008) hacía especial mención de la lucha por el campo de la clínica, representado especialmente por la Psiquiatría, y el saber médico. Por lo cual, las razones de la exclusión del Trabajo Social del ámbito clínico han sido más bien por el privilegio de mantener áreas económicas en el ámbito del ejercicio privado de la clínica como sustento económico profesional.

A su vez, existen antecedentes que muestran que el campo de la psicoterapia no está regulado, que se pueden emplear distintos tipos de modelos de intervención, los psicoterapéuticos. Y la formación clínica especializada se basa en el requisito de un diploma que permita tener una cobertura privada y acceso a los fondos de seguros para la atención privada de personas.

5. La interpretación de lo sistémico: aportes y dificultades.

La introducción de la teoría general de sistemas ha permitido la incorporación de herramientas psicoterapéuticas novedosas en el Trabajo Social y de una nueva mirada a la intervención psicosocial institucional. La teoría general de sistemas le dio acceso a tener una visión globalizante de la familia en cuanto a: estructura, función y ciclo vital. De modo que, al asumir una mirada *supraparadigmática*, se reconoce la complejidad de la realidad, y que ningún problema social puede ser entendido en forma unicausal (Opazo, 2017). Se comienza, por lo tanto, a requerir nuevos modelos que superen o se integren a la teoría general de sistemas dentro de ámbitos de la complejidad de la realidad en la cual se mueve el Trabajo Social. Como mencionan Bertrando y Toffanetti (2004) la terapia familiar se ha ido convirtiendo en la principal herramienta de las instituciones de ayuda y de los servicios sociales.

Se hipotetizó que la teoría general de sistemas en su modalidad ecológica de Bowen podría ser la superación natural de los niveles previos asistenciales, al considerar a la familia de manera ecológica, entendiendo lo holístico como ecológico o multidimensional, vinculando a la persona con su contexto familiar y social (Rodríguez y Martínez, 2015). Cada integrante, podía ser considerado como un recurso individual que dispone de sus propias capacidades, y recursos comunicacionales y de interacción. El comportamiento de cada miembro es visto como importante, donde la variable principal es el *vínculo intencional con otros*. Por lo cual, los focos de atención comienzan a reconocer que, al estar afectada la estabilidad familiar, la

necesidad de atención profesional surge cuando la familia no es capaz de desarrollar estrategias para movilizar sus recursos y destrezas obstaculizando el crecimiento de sus miembros (Minuchin, 1998).

En la modalidad más clásica, la *estructural* de Minuchin (1998), la intervención profesional sistémica, se orientaba a generar cambios en las pautas transaccionales e interaccionales en el núcleo familiar, por lo cual, el objetivo de la terapia familiar sistémica tuvo como finalidad ayudar a los profesionales a fundamentar sus intervenciones en pos de restablecer "*el equilibrio familiar potenciando las destrezas y recursos individuales y familiares con el propósito de generar un cambio*" (Minuchin, 1998).

Como plantea Fombuena (2012) la evolución de nuestros países iberoamericanos hacia una mejor calidad de vida, hace que emerjan nuevas necesidades psico-asistenciales, donde no solamente el sujeto sobreviva o se inserte laboralmente, o adquiera una vivienda, sino que requiere de un proyecto de vida y felicidad. En estas condiciones va a ser necesario un Trabajo Social que revise sus planteamientos a nivel de caso y familia e incorpore estas nuevas dimensiones necesariamente psicoterapéuticas a su ejercicio profesional.

La intervención psicosocial en una línea sistémica, como mencionó en su momento Hoffman (2001), ha posibilitado considerar que sus miembros establecen relaciones de interdependencia, a su vez, se asume que la intervención tendría como objetivo potenciar un abordaje en la construcción de nuevos significados familiares, donde los/las trabajadores/as sociales formados en la línea sistémica, puedan asumir roles de facilitador/a, coparticipando en la intervención, focalizando en el proceso de intervención del cambio del sujeto, y no solo de la solución material de la situación.

El/la trabajador/a social en la línea sistémica tuvo que profundizar en cómo se comprometen los miembros de la familia en el *proceso de cambio* y como éstos pueden descubrir y construir nuevos significados en las formas de relacionarse y de funcionar. Sin embargo, toda la práctica que han desarrollado los/las trabajadores/as sociales ha quedado invisibilizada bajo el supuesto que no es un experto/a en psicoterapia o en la modificación de la conducta de las personas (Herrera et al., 2012).

Se cree, que en el fondo el Trabajo Social se puso a tono con la evolución del pensamiento complejo y con la necesidad de dar nuevas y mejores respuestas a la solución de problemas psicosociales. Por lo cual, se insiste en que se requiere que se difunda la necesidad de una formación en Trabajo Social clínico, que deslinde los aportes reales del Trabajo Social en el ámbito de la psicoterapia e ir creando un marco teórico propio que sustente su larga tradición con trabajos con sujetos y sus transformaciones psicoindividuales (Aylwin y Solar, 2009).

6. En defensa de la formación clínica del Trabajo Social.

Se plantea, por lo tanto, que es en el Trabajo Social con familias donde se vislumbra la mejor opción de desarrollo de un Trabajo Social clínico y, sobre todo, desde el uso masivo de la metodología de la terapia familiar sistémica, en la cual se ha ido creando la imagen de un/a trabajador/a

social como “co-terapeuta” o “consejero/a familiar” con una orientación profesional más clínica, que entiende a la familia desde la perspectiva de su organización, estructura, y redes de relaciones comunicacionales y afectivas. Incluso, desde una postura post-moderna el rol profesional se asume más co-participativo, existiendo mayor respeto por las divergencias en la configuración familiar, trascendiendo a la clasificación tradicional de funcionalidad y disfuncionalidad, potenciándose las transacciones comunicacionales a través de los significados que la familia como conjunto tiene de la situación problema y co-creando nuevos significados para modificar la situación problemática que la propia familia (y no el/la profesional) identifica como problema nuclear (Aylwin y Solar, 2009).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la frontera con la psicoterapia se hace insostenible, quedando dos posibilidades: a) asumir la situación divergente y generar un movimiento educativo que encause la formación especializada en pre y postgrado; o b) seguir como se está en la actualidad y tomarlo solo como una modalidad de un enfoque de intervención disciplinar, o teorías de moda, sin cuestionar el hecho de que hay que demostrar que el Trabajo Social se presenta también como predominantemente clínico en el ámbito de la atención individual. Lo más probable es que en algún momento se requieran alcances más políticos y de defensa gremial para defender la posibilidad de la formación clínica de los/las trabajadores/as sociales en el ámbito de la familia en lo que respecta a la orientación sistémica-relacional, que es el enfoque que tendría una mayor legitimidad histórica dentro del Trabajo Social.

Como menciona Fombuena (2012) la idea de que el/la trabajador/a social “es un/a terapeuta” puede producir una satanización del sujeto que la plantea o un llamado de atención desde la psicología o la psiquiatría, pero es indesmentible que desde el momento en que se ofrece una relación de ayuda, sea cual sea el modelo en que se enmarque, donde se proponga un objetivo terapéutico, una promoción o lograr cambios como un fin último de la intervención, encaminado a lograr el restablecimiento del funcionamiento del sujeto y de su familia, debería ser considerado como una actividad legítimamente terapéutica.

Por lo cual, no hay que tener miedo a que la noción de intervención se pueda interpretar como otra forma de psicoterapia, ya que el nuevo contexto de terapia implica, que el/la trabajador/a social al ingresar al ámbito familiar incorpora una nueva variable, que es el/ella mismo/a, generando un nuevo sistema familia - trabajador/a social, que es exactamente el mismo principio que psicólogo/a - paciente o médico/a - psiquiatra - paciente.

En síntesis, la teoría general de sistemas en su variante de la psicoterapia familiar sistémica y últimamente también de los enfoques postmodernos narrativos, ha ofrecido importantes aportes a la comprensión terapéutica de la familia en el Trabajo Social. Debería tender a la transformación de lo que llamamos problema familiar hacia una mirada de cómo podemos interpretar estos problemas y generar nuevas elaboraciones simbólicas y meta-cognitivas. Se plantea que la terapia de familia puede ser un puente para ir configurando la nueva evolución de la

intervención psicosocial como Trabajo Social clínico.

7. Ejemplo de la disolución de las fronteras en la intervención psicoterapéutica y el pensamiento complejo.

Se plantea, por lo tanto, que es en el Trabajo Social con Entregaremos un ejemplo concreto de cómo el/la trabajador/a Social cumple funciones de terapeuta y de clínico/a. La psicoterapia no es privativa ni de la psicología ni de la psiquiatría, tampoco está regulado el mercado de la psicoterapia, y puede llamarse psicoterapia a distintas técnicas de intervención curativa hacia un sujeto (Fombuena, 2012). Lo que se encuentra regulado es la obtención de grados académicos en psicología y psiquiatría para el ejercicio de la profesión de “clínico”. Por lo cual, ha existido una exclusión del / de la trabajador/a social del ámbito clínico, transformándose en un/a terapeuta informal o lego. A su vez, y a pesar de la exclusión del campo de la clínica, el/la trabajador/a social ha seguido trabajando como clínico/a, entendiendo que clínica, según Reyes (2011), viene de la palabra griega *Klinikos*, que significa observar a una persona que está acostada. Es decir, el clínico es quien opera en el ámbito de la clínica y formula estrategias de intervención para curar la patología (Reyes y Antipán, 2013). Se puede desprender, por lo tanto, que no existirían impedimentos suficientes para excluir al Trabajo Social del ámbito de la clínica.

Como ejemplo ilustrativo de lo que implica ejercer el rol de psicoterapeuta o co-terapeuta, se mostrará el caso del programa nacional de atención a Hombres Maltratadores de Chile “Hombres por una vida sin violencia” del Servicio nacional de la Mujer. Se debe constatar que la situación del / de la trabajador/a social como terapeuta informal o co-terapeuta se repite en distintos programas de la red de atención del Servicio Nacional del Menor y red de salud de Chile, entre otros.

El/la trabajador/a social en los programas de atención a hombres maltratadores trabaja en conjunto con el/la psicólogo/a, ambos como co-terapeutas. Independientes de los objetivos planteados en las bases de las normas técnicas de la política social, el hecho de la causa es que ambos profesionales realizan una intervención psicoterapéutica. Intervienen en la persona del maltratador para reducir, incluso hacer desaparecer posibles agresiones lesionales hacia la víctima. Al intervenir con la persona del maltratador se está trabajando con lo intrapsíquico, con la personalidad del sujeto, con sus creencias, etc. Aquí las variables psicosociales son contextuales, edad, sexo, trabajo, educación, lo que importa es la persona. Ambos profesionales reciben inducción en la aplicación de instrumentos para realizar el diagnóstico diferencial del sujeto, realizan coterapia de grupo e intervenciones iniciales de sujetos, enriquecen sus perspectivas de formación desde sus correspondientes paradigmas de formación.

Como vemos, este tipo de intervención requiere de una mirada multiaxial (Barría, 2017). El sujeto, es un universo en donde están involucrados distintos factores de riesgo multicausales. Primeramente, existen *factores relacionales y de la historia familiar*, como haber presenciado o sufrido abuso en la niñez; y, por tanto, antecedentes de

violencia transgeneracional en la familia; actitudes en favor de la justificación de actos violentos; que se justifican desde la posesividad y el control que el hombre maltratador ejerce sobre la mujer, sintiéndose su “propietario”; por actos de “desobediencia” de la mujer según las creencias sexistas del hombre. Es decir, elementos en una dimensión emocional, conductual, cognitiva, e inconsciente, donde las variables sociales pasan a ser contextuales y subordinadas a la persona del sujeto.

8. Conclusión. Hacia la formación de Trabajadores Sociales Clínicos.

Se pretende terminar con una propuesta sobre cómo debería ser un/a trabajador/a social clínico/a. Las fronteras de la división entre profesiones como era la propuesta del movimiento positivista se están volviendo difusas. Parecería ser que el profesional del futuro tendería a ser híbrido, en el sentido de especializarse en distintas disciplinas, por lo cual, en el presente los quehaceres de distintas profesiones tienen fronteras más de defensa corporativa entre disciplinas que de realidad en sí mismas. En este sentido, Reyes (2011) reflexiona:

Por lo tanto, solo la toma de conciencia, respecto a la especialización que se necesita en los ámbitos de la psicoterapia y la terapia familiar, serán claves para la construcción de un Trabajo Social Familiar acorde a los desafíos de la actual sociedad globalizada (p.16).

La propuesta es que la terapia familia sistémica ha obligado a repensar el campo de atención del servicio social con familias, por lo cual, sería la instancia natural de evolución hacia un Trabajo Social clínico y de psicoterapia donde el/la trabajador/a social ha quedado excluido/a sin una razón aparente. Sin embargo, se cree, que no se puede seguir ejerciendo una psicoterapia informal sin la debida especialización del Trabajo Social con familias. Se requiere una formación que apunte a la especialización en una o varias formas o escuelas de psicoterapia predominantes hasta la fecha, tales como la cognitivo-conductual, la experiencial (centrada en la emoción), la sistémica relacional, y el modelo de terapia estratégica Breve (Herrera et al., 2012) que están más en congruencia con establecer una psicoterapia psicosocial.

9. A modo de cierre.

A través del presente ensayo, se ha hecho una defensa, una apología al derecho de ser reconocido como especialidad el Trabajo Social clínico, emergente, vivo y que trae implícito un cambio de paradigma. Tiene una historia también ligada a la psicoterapia, por medio del *casework* y la terapia familiar sistémica. Que la psicoterapia no es un campo privativo ni de la psicología ni de la psiquiatría, y que existe cabida para que otras profesiones puedan entrar en el mercado de las psicoterapias y que la psicoterapia puede ser un campo legítimo para el Trabajo Social.

Para ello, se requiere una formación de postgrado o especialización que supere a las formaciones blandas de pregrado y que permita perfilar un dominio propio denominado Trabajo Social clínico o, dicho en otros términos, se requiere una formación en competencias psicoterapéuticas hacia la formación de trabajadores/a sociales.

péuticas hacia la formación de trabajadores/a sociales.

10. Bibliografía.

- Aguilar, M. (2013). *Trabajo Social: Concepto y Metodología*. Madrid: Paraninfo.
- Aptekar, H. (1955). *The Dynamics of Casework and Counseling*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Antipán, I. y Reyes, D. (2013). *El Trabajo Social en Salud Mental ¿Un Trabajo Social Clínico?* Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000447.pdf>
- Aylwin, N. y Solar, M. (2009). *Trabajo Social Familiar (3ª Ed.)*. Santiago: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Barría, J. (2017). *Hombres maltratadores. El hombre agresor de su pareja íntima: un actor desconocido*. Santiago de Chile: Forja.
- Bernler, G. y Johnson, L. (1997). *Teoría para el Trabajo Psicosocial*. Argentina: Editorial Espacio.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Grupo Planeta (GBS).
- Balbuena (2001). La terapia de la voluntad de Otto Rank, una ruptura con el modelo freudiano. *Revista de historia de la psicología*, 22, (3-4), 271-274.
- Catalán, H. (1971). *Servicio Social: Conceptos Fundamentales*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Escartín, M. (1992). *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. Alicante: Editorial Aguacalera.
- Fombuena, J. y Martí, A. (2006). *Trabajo Social Clínico*. Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2002440&orden=86726
- Fombuena, J. (2011a). ¿Quién es el otro del Trabajo Social? *Alteridad y Trabajo Social. Portularia*, XI (2), 61-68.
- Fombuena, J. (2011b). Un estudio de las familias de origen de los y las trabajadoras sociales desde el modelo contextual. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 2, 07, 23-37.
- Fombuena, J. (2012). Trabajo Social Clínico: Teorías, Técnicas y prácticas. Trabajadores sociales suficientemente buenos. *Revista de la asociación española de Trabajo Social y Salud*. 72. 17-36.
- Foucault, M. (2008). *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Ediciones Siglo XXI.
- Flores, A.L. (2006). *Trabajo Social de Casos: Análisis de algunos de sus programas de enseñanza de escuelas y facultades de Trabajo Social*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Nueva León, México. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/6940/1/1080129399.PDF>
- Hamilton, G. (1967). *Psicoterapia y orientación infantil*. Buenos Aires: Paidós/HORMÉ.
- Huaiquiche, T. y Bastías, C. (2016). *Trabajo Social y práctica clínica individualizada-familiar en salud mental: una mirada analítica y sociohistórica*. Recuperado de: <http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2016/07/3.pdf>
- Herrera, J.M., Mesa, J.R. y Almeida, M. (2012). *La práctica de la psicoterapia desde el Trabajo Social*. Recuperado de <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/2315>

- Hoffman, L. (2001). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas* (5a ed.). México D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Hollis, F. & Woods, M. (1981). *Casework: a psychosocial therapy*. Nueva York: Random House.
- Horney, K. (2017). *El Proceso Terapéutico*. Barcelona: Editorial La Llave.
- Ituarte, A. (coord.) (2017). *Prácticas del Trabajo Social clínico*. Valencia: Nau Llibres.
- Kisnerman, N. (1987). *Atención individualizada y familiar*. Argentina. Editorial Hvmánitas.
- Minuchin, S. (1998). *Calidoscopio Familiar: imágenes de violencia y curación*. Buenos Aires: Paidós.
- Miranda, M. (2003). *Pragmatismo, Interaccionismo simbólico y Trabajo Social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas*. [Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili]. Recuperado de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8406/tesis_completa.pdf
- Opazo, R. (2017). *Psicoterapia integrativa. Profundizando la comprensión potenciando el cambio*. Santiago: Ediciones Icpsi.
- Perlman, H. (1970). *El Trabajo Social Individualizado*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Pérez, C. (comp.) (2010). *Escuelas Universitarias de Trabajo Social. Pioneros del Trabajo Social: Una apuesta por descubrirlos, exposición biográfica*. España. Universidad de Huelva. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3040/b13438177.pdf>
- Quiroz, M. (1997). *Antología del Trabajo Social chileno*. Concepción: Editorial Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. y Peña, I. (1998). *El sociodiagnóstico*. Chile: Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (2003). *Fundamentos teóricos y epistemológicos del Trabajo Social*. Chile: Universidad de Concepción.
- Regalado, J. (2017). La evaluación y el diagnóstico en Trabajo Social Clínico. En A. Ituarte (coord.), *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (pp. 87-106).
- Reyes, D. (2011). *Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar Chileno: propuestas para la reintegración de la Terapia Familiar*. Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de estudiantes de Trabajo Social, Universidad de Concepción, Chile. (31 de Mayo de 2020). <http://www.ts.ucr.ac.cr/bv/perspectiva.php>
- Reyes, D. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: una historia en construcción y un comentario profesional. *Revista Perspectivas*, 34, 161-199.
- Richmond, M. (1922). *Caso social Individual: What is social case work*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000029.pdf>
- Rodríguez, M. y González, M. (2015). *La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica*. Madrid: Mc Graw – Hill.
- Salinas, M. (2010). *Trabajo Social Clínico y Ejercicio libre de la profesión*. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/24625/39-44.pdf>
- Sánchez, M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Scott, B. & Miller, H. (1971). *Problems and Issues in Social Casework*. New York: Columbia University Press.
- Towle, C. (1987). *Common Human Needs*. New York: National Association of Social Workers Press.
- Viscarret, J. (2017). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. (6a ed.) Pamplona: Alianza.
- Watzlawick, P.; Beavin J. y Jackson, D. (1991) *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Ceberio, M. (2006). *La Construcción del Universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2012). *Terapia Breve filosofía y arte*. Barcelona: Herder.