



El Trabajo Social en Salud Mental: Un Trabajo Social Clínico

Mg. Diego Reyes Barría¹

Resumen

“En Latinoamérica el Trabajo Social Clínico se encuentra invisibilizado en el imaginario colectivo y en el gremio profesional debido a diversos problemas políticos, sociales y culturales que han afectado su consolidación como saber-hacer. La finalidad principal de este trabajo apunta a reflexionar sobre la existencia del Trabajo Social Clínico en Chile, el cual a nuestro parecer está representado en la práctica de los trabajadores(as) sociales de la salud mental y algunas áreas emergentes. Nuestra intención primordial es realizar un análisis meta-teórico que permita reconstruir la práctica clínica del Trabajo Social desde su historicidad, conceptualizándolo y definiéndolo para generar una posibilidad de legitimación dentro de los contextos académicos y profesionales.”

Abstract

“In Latin America, Clinical Social Work is invisible in the collective imagination and professional guild because of various political, social and cultural issues that have affected its consolidation as know-how. The main purpose of this paper aims to reflect on the existence of Clinical Social Work in Chile, which in our view is represented in the practice of workers (as) social mental health and some emerging areas. Our primary intention is to conduct a meta-theoretical analysis to reconstruct the clinical practice of social work from its historicity, conceptualize and defining a possibility to generate legitimacy within academic and professional contexts.”

Palabras claves: Trabajo Social Clínico, Psicoterapia, Casework, Salud Mental, Contextos Clínicos.

¹ Trabajador Social, Licenciado en Trabajo Social. Universidad de La Frontera. Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar. Universidad de Chile. Diplomado Internacional en Prácticas Narrativas: Para la Terapia y el Trabajo Comunitario por PRANAS Chile y Narrative Practices Adelaide Australia. Magister en Psicología Clínica de Adultos: Mención Psicoterapia Sistémica-Relacional. Programa interdisciplinario de la Facultad de Medicina (Clínica Psiquiátrica Universitaria) y Facultad de Ciencias Sociales (Departamento de Psicología). Universidad de Chile.

² El texto original fue dialogado en conjunto con Mg. Isabel Antipan en el año 2012. No obstante, esta revisión y profundización fue hecha por Diego Reyes Barría en el año 2014. Agradezco el camino inicial emprendido junto a esta profesional, quién ayudó a sembrar un fuerte núcleo de ideas que representan un elemento central de reflexión y crítica.

1. Acerca de lo clínico, la metamorfosis del Trabajo Social en los servicios de la salud mental: ¿Un Trabajo Social Clínico?

Cuando habitualmente hablamos de lo clínico en salud mental, nos asechan varios presupuestos respecto al tema. De hecho, y casi sin ningún cuestionamiento atribuimos que se trata de algo vinculado al tratamiento de patologías psíquicas, las cuales son tratadas única y exclusivamente por profesionales expertos en lo “mental” (psiquiatras y psicólogos) a los cuales asignamos poder y autoridad sobre la práctica clínica.

De acuerdo con las propuestas de Maturana, H (2006: 147-148) “en nuestra cultura occidental actual este poder o autoridad se otorga socialmente a aquellas personas bajo la suposición de que poseen un conocimiento objetivo, que las capacita para distinguir de entre sus prójimos a aquellos que estarían en la categoría de psicológicamente sanos, de aquellos que estarían en categoría de psicológicamente enfermos”. Para Pérez, C (2009: 45) “el que la psicología sea una ciencia, si se tiene en cuenta el saber acumulado en la tradición de la epistemología moderna, no puede significar que tenga un método único, reconocido de manera uniforme por los profesionales que la practican.

Ninguna ciencia posee algo semejante”. Estas tesis son interesantes, ya que la constitución social de las disciplinas –Psi³– en nuestra sociedad han tenido un impacto en el imaginario colectivo, atribuyéndose una autoridad total sobre lo malestar psíquico, opacando muchas veces a los diversos profesionales⁴ que también trabajan en dicho campo. Sin embargo, cuando intentamos aproximarnos a complejos fenómenos como la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el maltrato infantil, la enfermedad mental, etc. Se tienden a psicologizar y/o psiquiatrizar, ocasionando suposiciones que deben ser abordadas o tratadas exclusivamente por los profesionales –Psi–.

Expuesto lo anterior, consideramos que se hace necesario vislumbrar el significado de lo “clínico”, debido a que dicho concepto es necesario entenderlo para no caer en la tentación del reduccionismo psicológico o psiquiátrico. Si recurrimos a un análisis básico de la palabra, según la Real Academia Española ésta “hace alusión al ejercicio práctico de la medicina basada en la observación directa de los pacientes y en su

³ Utilizamos esta denominación para referirnos a las profesiones de psicólogo, psiquiatra, psicoanalista, psicoterapeuta, etc. A pesar de las diferencias constitutivas de cada una de esas profesiones o prácticas, sin embargo en el imaginario social existe la tendencia a hacer isomórfica a cada una de estas designaciones.

⁴ Estos pueden ser terapeutas ocupacionales, enfermeros(as), trabajadores(as) sociales, antropólogos, consejeros familiares, orientadores familiares, sociólogos, etc.

tratamiento, como nombre, designa a la persona consagrada al ejercicio práctico de la medicina”.

Según Kars, S (2007: 156) “las primeras menciones del término *clinique*, en francés, datan de 1586. De origen griego, los términos *klinikos*, *klinien*, se vinculan a <<estar acostado>>, a <<la observación directa de la enfermedad a la cabecera del enfermo>>, los síntomas clínicos son aquellos que el médico puede percibir mediante la simple observación”. Etimológicamente la palabra “clínica” deriva de *Kliniké* y es el adjetivo femenino de *Klinikós*, que hace referencia “a la práctica médica de atender pacientes en la cama”. Por lo tanto, lo clínico es sinónimo de práctica clínica, por lo cual, el clínico es aquel que opera al interior de la clínica, y su principal motivo es la contemplación de la enfermedad (buscando signos y síntomas) para luego formular estrategias de intervención que permitan curar la patología. Debido a esto, es importante desarticular los prejuicios sobre lo clínico debido a que habitualmente se les acusa a los(as) trabajadores(as) sociales de no tener práctica u formación clínica. Situación que desde el imaginario colectivo lo imposibilitaría como un profesional vinculado a procesos terapéuticos. Siguiendo con las ideas de Kars (2007: 157) “la clínica como concepto es utilizada sobre todo por corrientes psicológicas y psicoanalíticas que, escindidas en orientaciones divergentes, no otorgan

sin embargo a la clínica el mismo sentido, ni contenidos idénticos. Multiplicidad que, justamente, conforta la representación corriente, que asocia clínica y psicología, y/o psicoanálisis, y/o psiquiatría: la clínica sería automáticamente psíquica”.

Para nosotros, lo clínico tiene que ver con una actitud, junto con una forma determinada de abordar los problemas mediante la articulación de diversas disciplinas que permiten la constitución de un programa transdisciplinar, permitiendo un análisis e intervención en problemáticas que afectan a la salud mental de las personas. De acuerdo a esto, se persigue una finalidad terapéutica, que promueve el cambio a nivel subjetivo y relacional en los sistemas humanos⁵. En síntesis, lo clínico es el encuentro entre teoría y práctica en relación a como se puede enfrentar el malestar humano de la subjetividad y en las relaciones sociales.

Bajo estas complejas consideraciones, surgen las siguientes preguntas: ¿Existe un Trabajo Social Clínico? ¿Cuál es su origen? ¿Cuáles son las

⁵ Para nosotros es central el proceso de pensar la práctica clínica, ya que permite realizar una articulación transdisciplinar (antropología, filosofía, trabajo social, psiquiatría, sociología, etc.) Lo cual desde los distintos aportes en materia de teoría social y avances científicos en medicina permiten hacerse cargo de los fenómenos que afectan a la salud mental de las personas.

corrientes teóricas y filosóficas que lo han influenciado? ¿Es posible definir su quehacer? ¿Cuáles son las funciones y el rol del(la) trabajador(a) social clínico(a)?

Desde la década de los años 60, una de las figuras emblemáticas del Trabajo Social, Hamilton (1967: 281) decía que “el asistente social encuentra trastornos, frustraciones y traumas que surgen de la vida familiar, y tiene que tratar con estas desviaciones. Para muchas personas no son accesibles los psiquiatras, ni procuran este tipo de tratamiento. Los asistentes sociales constantemente tratan con personas que, proyectando sus problemas en factores sociales o en otras personas, no buscan inicialmente ayuda porque no reconocen su autoimplicación... Es inevitable que los asistentes sociales se preparen para la psicoterapia”. De acuerdo con aquella aclaración, afirmamos que cuando el Trabajo Social opera desde los servicios de la salud mental, sean estos hogares protegidos, servicios de psiquiatría, centros de rehabilitación psicosociales, centros comunitarios de salud mental, comunidades terapéuticas u otros dispositivos que componen la red de servicios sanitarios. Se va delimitando una práctica especializada denominada Trabajo Social Clínico, especialidad que para algunos profesionales del gremio es totalmente desconocida, para otros una

práctica marginal y para algunos otros ejercida pero no sistematizada teórica y/o metodológicamente.

Para nosotros, es necesario responder acerca del origen de esta rama especializada de Trabajo Social. A continuación intentaremos realizar una reorganización explicativa meta-teórica sobre la génesis y su genealogía de esta especialidad en nuestro lugar geográfico. El Trabajo Social Clínico nace del Casework (Trabajo Social de Caso), complementándose con los modelos de Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y se fortaleció con el ejercicio profesional de trabajadores(a) sociales en servicios psiquiátricos. Paradójicamente con aquel método (casework) que la reconceptualización había desechado por considerarlo de poca utilidad para el cambio macrosocial. Sin embargo, hoy en día y debido a la búsqueda de sentido de los trabajadores(as) sociales que se dedican a la salud mental, y para los que tratamos de delimitar los campos de acción profesional del Trabajo Social, nos hemos reencontrado con una modalidad que ha sobrevivido y sigue siendo ejercida (algunas veces con plena certeza) desde la salud pública.

Para Fombuena, J & Martí, A (2006) “el trabajo social clínico ha sido recuperado desde la práctica, desde aquellas profesionales que ya no encontraban en las posiciones macrosociales respuestas a sus

dificultades. ¿Cómo intervenir con una persona toxicómana, con un adolescente que se niega a acudir a la escuela, con una joven que busca en la maternidad aquella familia de origen que no pudo atenderla?”. En este sentido, las problemáticas que involucran desde problemas existenciales, patologías psíquicas, disfuncionalidades en la estructura personal y familiar, hasta necesidades de corte espiritual; van esbozando un saber-hacer que difiere abruptamente con aquellas intervenciones tan estereotipadas centradas en la asistencialidad⁶, las cuales, a su vez son comúnmente asignadas a la identidad del trabajador(a) social en el imaginario social.

Para Garcés, E (2010) “el Trabajo Social en Salud Mental es fundamentalmente un Trabajo Social Clínico que tiene lugar con una población determinada. En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un Trabajo Social que

⁶ Estas no tienen por qué ser excluidas dentro del propio hacer por supuesto.

tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares”. En una aproximación similar, Garcés, C (2011: 26) nos dice que “desde los hospitales de salud mental hasta el desarrollo de centros de servicios para la comunidad, los trabajadores sociales dan consejería/psicoterapia a individuos y a familias, hacen esfuerzos para prevenir enfermedades mentales y alivian sus efectos, desarrollan programas, abogan por la creación de programas públicos y fondos para asegurar que las enfermedades mentales sean tratadas a la par con las enfermedades fisiológicas”.

Por lo tanto, consideramos que cuando el Trabajo Social está inserto en la salud mental su finalidad ya no es generalista, sino clínica. Esta situación lo configura y lo reorienta a procesos de comprensión subjetiva sobre los problemas relacionales que afectan a las personas y que provocan malestar, esto sin duda que va redefiniendo ontoepistemológicamente su saber-hacer. Esto conlleva inevitablemente a la adaptación de los métodos propios para la atención de personas que poseen problemas de salud mental. Según Ituarte en Salinas (2006)

“el Trabajo social Clínico en cuanto proceso psicoterapéutico, sigue las reglas básicas de las psicoterapias, tal y como han sido estudiadas y analizadas en la Teoría del Trabajo Social (y más específicamente, en el Casework, Groupwork y el tratamiento familiar) y utiliza las técnicas psicoterapéuticas pertinentes; además de que pueda ser enriquecido con la formación complementaria que el trabajador social pueda tener en una u otra orientación psicoterapéutica.”

En este contexto, se hace vigente la exploración hacia otros referentes teóricos que por lo general están ausentes en la formación común de Trabajo Social, tanto en pregrado como en post-grado en Latinoamérica. Esta situación obliga a buscar especialización en otras disciplinas, generalmente en programas impartidos por escuelas de Psicología, ya sea en Terapia Familiar, Psicoterapia Sistémica o Psicología Clínica, los cuales permiten adquirir conocimientos y habilidades para una práctica clínica. Insistimos que dicha demanda se debe principalmente a la necesidad de comprensión clínica y teórica sobre la vida subjetiva de las personas, como a su vez, para construir procesos reorientadores en la matriz metodológica disciplinar en materia de salud mental. Es importante dejar explícito que no todos trabajadores sociales tienen que requerir esta formación, sino, solo aquellos que ejercen en contextos

clínicos⁷, por lo cual es una necesidad y un requisito particular para aquellos profesionales que buscan especializar su formación. Para continuar, daremos a conocer algunas definiciones que provienen del contexto anglosajón e hispanoparlante y que permiten delimitar el Trabajo Social Clínico como rama especializada. El interés principal es diferenciar la práctica del trabajador social clínico respecto a la del trabajador social genérico. Para Barker (2005) “el Trabajo Social Clínico es la aplicación profesional de los métodos y teorías del Trabajo Social al diagnóstico, tratamiento y prevención de disfunciones psicosociales, incluyendo desordenes emocionales, mentales y conductuales”.

Así mismo, la N.A.S.W (2005) dice que: “el Trabajo Social Clínico tiene un enfoque primario sobre el bienestar mental, emocional y conductual de individuos, parejas, familias y grupos. Se centra en un acercamiento holístico a la psicoterapia y a la relación del cliente con su medio ambiente. El Trabajo Social Clínico ve la relación del cliente con su medio ambiente como esencial para la planificación de un tratamiento. Por lo tanto, los trabajadores sociales, a menudo son los primeros en diagnosticar y tratar a personas con desordenes mentales y varias

⁷ El contexto clínico hace referencia a instituciones en donde se ejerce una práctica clínica (los hospitales son un ejemplo tradicional), estas generalmente están orientadas a entregar salud y bienestar emocional por medio del tratamiento directo (cara a cara) el cual se caracteriza por una finalidad terapéutica.

perturbaciones emocionales conductuales. Los trabajadores sociales clínicos son esenciales para una variedad de establecimientos centrados en el cliente, que incluyen centros comunitarios de salud mental, hospitales, programas de tratamiento por uso de sustancias, colegios, centros de cuidados de salud primaria, agencias de bienestar del niño, servicios de vejez, programas de asistencia de empleados y establecimientos de práctica privada”.

Según La American Board of Examiners in Clinical Social Work definen el Trabajo Social Clínico como⁸: “una profesión de la salud mental cuyos profesionales, educados en las escuelas de postgrado en trabajo social y entrenados bajo supervisión, poseen un cuerpo maestro distintivo de conocimientos y habilidades a fin de evaluar, diagnosticar y mejorar los problemas, trastornos y condiciones que interfieren con la salud bio-psico-social del funcionamiento de personas-individuos, parejas, familias, grupos de todas las edades y procedencias”.

Para Ituarte, A en Salinas (2010) “el Trabajo Social Clínico es una forma especializada del Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento

⁸ Para consultar sobre más información sobre Trabajo Social Clínico, les recomendamos visitar a la máxima institución que regula, certifica y entrega las licencias para los trabajadores(as) sociales en Estados Unidos: <http://www.abecsw.org/>

científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social”.

Siguiendo con lo anterior, Quinteros (2004) quien basada en las ideas de Peña, Quiroz & Segal nos dice que “desde una perspectiva más amplia el Trabajo Social ha incursionado en la clínica y pese a que solamente pocos países en el contexto latino, acreditan el título como tal, tiene impacto y relevancia en las relaciones interdisciplinarias. La principal orientación teórica del Trabajo Social Clínico es la de los sistemas ecológicos y sociales, entendiendo al individuo como un sistema biopsicosocial que interactúa con una red de individuos y sistemas sociales”. Reflexionando sobre la existencia del Trabajo Social Clínico en los servicios de la salud mental en Chile, para nosotros existen dos

argumentos por los cuales esta práctica se originó dentro de dichos servicios:

1. Debido a que el trabajador(a) social desde sus inicios en la salud mental ha estado ligado al tratamiento psicosocial de las personas producto de un equipo profesional limitado (psiquiatras, enfermeras, técnicos paramédicos). Situación que nos obligó a asumir otras capacidades y habilidades para la atención e intervención con personas que padecían de perturbaciones emocionales y que influían directamente en la dinámica personal o familiar durante el tratamiento psiquiátrico.
 2. Debido a que la atención psiquiátrica solo colocaba énfasis en la persona y en su problema mental del momento, centrándose básicamente en proporcionar ayuda psicofarmacológica para disminuir los síntomas negativos. Esto muchas veces excluía variables de tipo sociofamiliar, lo cual conllevó al trabajador(a) social por derivaciones del psiquiatra, a intervenir terapéuticamente en las problemáticas psicosociales a nivel familiar e individual.
- **Por la naturaleza de la institución y por los problemas que necesitan una orientación clínica:** Dependiendo del ámbito en donde está inserto el(la) trabajador(a) social y de los problemas que debe enfrentar se definirá su práctica clínica. Esta puede ser en contextos clínicos tradicionales (servicios de salud mental) o en contextos clínicos emergentes (escuelas, programas de violencia intrafamiliar, instituciones de menores, etc.). Por lo general, requieren de una perspectiva clínica todas las instituciones en donde exista una apertura al tratamiento directo⁹ a nivel individual, familiar o grupal y que estén orientadas hacia un proceso de cambio en la subjetivo.
 - **Por las problemáticas de las personas:** Cuando los problemas están vinculados a la atención e intervención directa sobre temáticas emocionales, relacionales, de desorganización familiar, disfuncionalidad social y patologías mentales.
 - **Por el tipo de consulta, atención y/o intervención:** Cuando la demanda de las personas y/o de las instituciones están orientadas a

Para nosotros Trabajo Social Clínico se caracteriza operacionalmente por los siguientes tres rasgos:

⁹ Entendemos como tratamiento directo a toda relación entre el profesional y el sistema que es atendido, en la cual se basa en un encuentro cara a cara y en un proceso activo de interacciones en búsqueda de un cambio que modifique la situación problema que afecta al sistema atendido. Generalmente por medio de la entrevista se busca generar conciencia (*insight*) sobre el problema que afecta al sistema, estableciendo las bases para un motivo de consulta que funda la intervención clínica entre el profesional y los sujetos.

solicitar apoyo o cambio a nivel subjetivo. Esto puede ser desde una demanda de orientación y/o de reparación de vínculos a nivel individual, familiar o social. Como también puede estar expresada en una necesidad de comprender aspectos personales que se ven afectados por los problemas que vivencian las personas.

Finalmente, **Reyes (2014) tomando las ideas de Antipan y Reyes (2012)** definen como **Trabajo Social Clínico**: *“Una rama especializada del Trabajo Social, ejercida por un profesional trabajador(a) social, formado y capacitado para intervenir en materia de salud mental. Su finalidad es reconocer problemas de patología mental, como también para contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y de deterioro en la salud psicosocial. Para llevar a cabo esto, ejecuta medidas profesionales que favorezcan la potenciación, el tratamiento, la reparación y la mejora de la calidad de vida en la personas; a través de atención, diagnóstico, planes de tratamiento y apoyo profesional. De esta forma, procura establecer una relación terapéutica en la cual se implementan los conocimientos y métodos del Trabajo Social con una orientación clínica, en conjunto con la administración de otros saberes en ciencias sociales que permitan llevar a cabo una aproximación holística de la psicoterapia. Por último, su misión es intentar contribuir a la solución de necesidades y de problemas que las personas consideran*

como factores negativos para su desarrollo de vida personal, de pareja, familiar, grupal o comunitario”.

2. El(la) trabajador(a) social clínico(a): Definición, práctica e identidad

Según Gomez (2000) el trabajador social clínico es “aquel que está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud. Por tanto, como profesional de la atención de la salud que es, va a proporcionar apoyo a individuos y familias, y este apoyo es el que puede incluir a la psicoterapia”.

Como se ha argumentado, el Trabajo Social Clínico en Latinoamérica se ejerce generalmente desde la práctica del trabajador(a) social en la salud mental, sin embargo, dicho saber-hacer se encuentra invisibilizado producto de los diversos procesos históricos (cambios en la denominación de nombre de la profesión –Servicio Social, Asistencia

Social, Trabajo Social–, movimientos reconceptualizadores, hegemonía de disciplinas –psi– etc.) que han interferido en el desarrollo disciplinar para un Trabajo Social Clínico en nuestro continente.

Para Bernler, G & Johnson, L (1997:10) dicen 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 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). Otros grupos de profesionales que se dedican al trabajo psicosocial desconocen, en general, casi totalmente el tema. Pero aún asistentes sociales mayores tienen un conocimiento muy limitado de esta tradición.”

Es importante destacar que dicha modalidad tiene su desarrollo en países como Estados Unidos y Canadá, en los cuales opera otra historia del Trabajo Social. La cual precisamente no influenció la formación latinoamericana debido a que esta tiene su nacimiento en la visión eurocéntrica de países como Bélgica, Francia y Alemania. (Reyes: 2012). El único país latino que reconoce dicha especialidad es Puerto Rico (Quinteros: 2004). Estas disyuntivas justifican su desconocimiento y negación por parte de un amplio gremio y debido a esto todavía

persisten prejuicios fundados por concepciones ideologizantes que predominan en la profesión, las cuales clasifican al Trabajo Social Clínico como eminentemente un Trabajo Social psicologizante¹⁰.

Todas estas ideas nos llevan finalmente a formular algunas preguntas necesarias para comprender a cabalidad que realizan los(as) trabajadores(as) sociales clínicos(as). Las preguntas a responder son: ¿Cuáles son sus rasgos particulares y originales? ¿Qué hace un trabajador social clínico y qué diferencia su práctica a la de sus colegas de otros campos o de otras profesiones a fines? Para responder a la primera pregunta, Quinteros (2004) establece que existen dos rasgos particulares y originales de los(as) trabajadores(as) sociales clínicos(as):

- 1) El uso de las técnicas de planeación social y organización de la comunidad en cambios efectivos y promoción de grupos más poblados.
- 2) El uso de la intervención clínica dirigida hacia el desarrollo y cambio en individuos, familias, grupos pequeños y en situaciones que influyen en ellos, puede ser conceptualizado como más allá de la psicoterapia”.

¹⁰ Precisamente hemos tratado de no comprender lo clínico como algo psíquico, nuestra apuesta apunta a comprender la clínica como un área profundamente transdisciplinaria en donde convergen distintos conocimientos para fines terapéuticos.

Con respecto a la última pregunta, nos basaremos en las proposiciones de la Doctora y asistente social¹¹ clínica Chescheir, M (1984) quién propone cinco áreas propias del Trabajo Social y las particularidades que tiene el Trabajo Social Clínico cuando ejerce en dichas áreas. Según ella, existen cinco áreas que le competen al trabajador social. Describiremos los planteamientos de la autora respecto a cada una de estas cinco áreas y cuál es la práctica del trabajador social clínico:

2.1 Áreas de competencia del trabajador social y las finalidades del trabajador social clínico según Martha Chescheir:

a) Trabajo con personas en el contexto de su situación social: Al trabajador social clínico le interesa establecer un equilibrio entre las necesidades personales y las oportunidades que ofrece la vida. La meta es lograr un ajuste entre lo que le conviene al individuo con lo que le conviene al sistema social. Uno de los principales objetivos es relacionar a las personas con los recursos y comenzar en cualquier

extremo del medio continuo psicosocial, ya sea con la persona o con el sistema social. Los cambios externos son indispensables cuando los recursos no están disponibles para proporcionar los alimentos necesarios para vivir. Los cambios internos son indicados cuando las personas están emocionalmente acabadas o físicamente traumatizadas. Un trabajador social clínico debe saber cómo ayudar a personas de todas las clases y condiciones para que se adapten a situaciones realistas, y cómo cambiar estas condiciones sociales para adecuarlas a las necesidades de las personas.

b) Trabajo con la familia como medio de ayuda: Al trabajador social clínico le interesa tanto evitar una desintegración familiar como reconstituir familias desintegradas, esto es debido a que no solo interesa la intervención en familias en momentos de crisis, sino el sinnúmero de cosas que le ocurren a las familias durante toda su vida juntos, como por ejemplo: las dinámicas familiares, ya que proporcionan un medio de ayuda para el sano crecimiento y desarrollo de sus miembros. Cuando trabajamos con familias, una forma estratégica de potenciar la acción, es trabajar en sus propios hogares cuando es necesario, para así, ayudar a movilizar recursos internos como externos para mejorar y conservar el funcionamiento familiar. La terapia familiar y el asesoramiento matrimonial también le competen a trabajador social, pero no están limitados solamente a estos modelos en particular.

¹¹ Cuando nos referimos a Asistente Social o Trabajador Social lo hacemos de forma isomórfica debido a que en nuestra realidad social chilena fue reciente en el año 2004 el cambio de nombre al título profesional. Por lo cual, a los teóricos y profesionales antiguos que estudiaron en la universidad, son homologables a esta definición.

c) Trabajo de terapia con grupos en actividades cuyas tareas estén

relacionadas: Los trabajadores sociales clínicos han concebido y utilizado las dinámicas del proceso grupal para conservar y mejorar el funcionamiento social. El conocimiento de la dinámica de grupos se traduce en una buena comprensión del contexto organizacional y le permite al trabajador social buscar cambios en marcos institucionales. El trabajador social capta el valor del conflicto y la cohesión, comprendiendo que los miembros de un grupo a menudo compiten entre sí, aunque al mismo tiempo necesitan confiar en el apoyo mutuo. Los grupos de terapia y socialización, ayudan a rehabilitar personas con dificultades de relaciones interpersonales y que carecen de habilidades sociales.

d) Trabajo con organizaciones y sistemas sociales para mejorar

situaciones sociales: Los profesionales clínicos comprenden la importancia de sistemas de apoyo naturales y se los presentan a los clientes a medida que los necesitan. Como defensores de los pobres y de los grupos minoritarios, los profesionales clínicos a menudo encuentran defendiendo a aquellas personas que no pueden hacerlo por sí mismas. Cuando las organizaciones e instituciones dejan de funcionar en beneficio de las personas, el profesional clínico se siente obligado a luchar por cambios en los sistemas que volverán más humanas las condiciones y harán del medio más sensible a las necesidades de las personas. Por lo cual, a los trabajadores sociales

clínicos les interesa crear un medio que custodie y cuide, donde las personas puedan expresar su preocupación por los demás y trabajar juntos por el bien común.

e) Trabajo con personas que se enfrentan a crisis de situación o de

maduración: Continuamente se les pide a los trabajadores sociales clínicos ayuda en toda clase de crisis. Estas pueden ser de situación o de maduración, las primeras son aquellas como un trauma físico o una pérdida aguda personas significativas, por lo cual pueden ayudar a las personas a recuperar su fuerza anterior, y en algunos casos, incluso mejoran su nivel general de funcionamiento social. Las segundas crisis, que también se llaman de transición de vida (niñez, adolescencia, adultez y senectud) producen crecimiento; pero la forma en que una persona los aborda es el resultado de múltiples factores, incluyendo la organización intrasíquica individual, los patrones de interacción familiar y la presencia o ausencia de sistemas de apoyo naturales. Por lo tanto, los trabajadores sociales clínicos están capacitados para ayudar a las personas a adaptarse y a manejar la gama completa de crisis de situaciones o de maduración y conocen las expectativas reales, tanto para sí mismos como para sus clientes.

Para el asistente social y terapeuta familiar chileno Quiroz, M (2004) existen una serie de preguntas y problemas respecto a la formación del

trabajador social. Dentro de estas preguntas se destacan las siguientes: “¿Qué tipo de profesional queremos formar? ¿Un especialista en la persona y la familia? ¿Con que paradigma? ¿Podemos formar psicoterapeutas y terapeutas familiares? ¿Cuál es el límite que marque las fronterizaciones entre lo que nosotros hacemos como trabajadores sociales y los terapeutas? Esta discusión está aún en desarrollo, dejando a muchas escuelas de formación en una total desorientación, y a los gremios de Trabajadores sociales con una gran tarea que resolver en los próximos años”. Precisamente, estas preguntas apuntan a una problemática medular que la profesión experimenta respecto a sus fundamentos teóricos y epistemológicos que precisamente son claves para el desarrollo en y para un Trabajo Social Clínico.

Sin embargo, debido a la alta complejización de la práctica del trabajador social clínico, se hace inevitable por una parte contar con otros fundamentos teóricos -tanto propios como externos- que permitan reformular y pensar la clínica en Trabajo Social, ya sea para aportar nuevos modelos para la práctica profesional o para la comprensión de la subjetividad. Sin duda que estos nuevos referentes teóricos provocan cambios que marcan profundamente los servicios y/o las intervenciones que el(la) trabajador(a) social pueda llegar a entregar en los distintos ámbitos de desempeño institucional y de su formación de base.

Nosotros pensamos que actualmente el trabajador social en la salud mental, está experimentando un proceso de contracción (saber-conocer-intervenir) y de expansión disciplinar que conlleva hacia una demanda especializada de conocimientos que no están presentes en pregrado. Por lo general, estos conocimientos se relacionan con la psicoterapia, espiritualidad, neurociencias, microsociología, investigación cualitativa, antropología de la familia, psicopatología, por nombrar algunos ejemplos. Por otro lado, estos se han vuelto a su vez indispensables para el campo de acción, pero al mismo tiempo, son transformadores de la praxis profesional. En esta línea, existe una necesidad explícita de problematizar el Trabajo Social y principalmente la dimensión más íntima que desarrolla el trabajador social con las personas. Esto se traduce en las siguientes cuestionantes ¿Existe una dimensión terapéutica en la intervención? ¿Se puede definir como una dimensión psicoterapéutica? Llegado a este punto, también se hace necesaria la problematización de la psicoterapia. ¿Toda terapia es necesariamente psíquica? ¿Solo profesionales legitimados socialmente pueden ejercer una labor terapéutica? ¿Qué es un proceso terapéutico? ¿Qué es un terapeuta? ¿Quiénes pueden ser terapeutas?

Para comenzar a dar respuestas al respecto, Ackerman en Hamilton (1967:12) decía que “la psicoterapia es una función derivada de la

naturaleza dinámica del problema del paciente, y no una técnica arbitrariamente modela para que se encuadre en la enseñanza convencional de una profesión particular. La buena psicoterapia debe ser en esencia un mismo proceso, ya sea ejecutada por una profesión o por otra. Teóricamente, la psicoterapia también podría ser suministrada por los médicos generales, los asistentes sociales psiquiátricos, los psicólogos, además de los psiquiatras, a condición de que su actividad esté respaldada por una rigurosa preparación técnica, y de que una supervisión adecuada que asegure el mantenimiento de los estándares”.

Asimismo, Hamilton (1967) dice que “el propósito de la psicoterapia es contribuir a que el paciente logre satisfacciones más completas y menos distorsionadas, una mejor integración de sí mismo, una mayor autodeterminación y una actuación social más creadora y cómoda. Esto significa menos angustia, placer más normal y saludable, y una mejor adaptación a las exigencias de la sociedad en el trabajo, en el juego y en otras relaciones. La terapia utiliza varias combinaciones de técnicas expresivas o liberadoras –la reeducación, la comprensión y el apoyo-, todas dirigidas hacia la restauración de las fuerzas de la personalidad y asistidas por recursos sociales de que se disponga”. En este sentido, Satir (2010) establece que “las técnicas psicoterapéuticas confinadas y

rígidas son inadecuadas para hacer frente a las necesidades de crecimiento del ser humano, el cual cambia constantemente”.

Para el diccionario de términos psicológicos y psicoanalíticos de English & English: “Psicoterapia es el uso de cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones. El término no implica la gravedad del desorden, la duración o intensidad del tratamiento o la orientación teórica del terapeuta. Pero el término se reserva para el tratamiento llevado a cabo por un profesional: psicólogo clínico, psiquiatra o trabajador social psiquiátrico”.

En este sentido, Zeig & Munion en Feixas & Miró (2006) dicen que “la psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual. Su razón de ser se centra explícita o implícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica de la psicoterapia o ambas cosas. Afecta a un cambio duradero en múltiples aspectos de las vidas de los clientes. El proceso es idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y terapeutas”.

Poco se insiste en como pensamos la práctica del(la) trabajador(a) social. De hecho, la gran mayoría de las veces pensamos que la

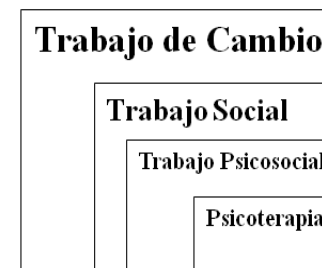
intervención social como tal, está enraizada en conocimientos externos a nuestro propio hacer, visualizando una práctica homogénea, que se piensa teóricamente como aplicable en cualquier contexto en donde se trabaje. Dicho en otras palabras, negamos que nuestro hacer tenga cimientos teóricos fundados desde nuestro propio saber-hacer disciplinar, como al mismo tiempo, que nuestra práctica adquiere otras intencionalidades cuando se participa en determinadas instituciones y problemas ha abordar. Tomando las ideas de Bianchi, E (1994: 11) es importante considerar que el significado <<profesionalizador>> de las enseñanzas de servicio social no solo podemos entenderlas como una enseñanza sólo <<aplicativa>> de teorías elaboradas en el ámbito de otras disciplinas. Por otra parte, tampoco la <<teoría>> del servicio social se debe entender como una descripción de la operatividad profesional.

Destacamos en este sentido, que el proceso de ayuda que ejerce el(la) trabajador(a) social clínico(a) es siempre intencional. Ya que responde a determinados ejes o prioridades de su acción, por lo tanto, cuando el(la) trabajador(a) social clínico(a) se encuentra dentro de un servicio de salud mental, su hacer está enactuado¹² respecto al tipo de problema

¹² Término acuñado de las proposiciones del neurobiólogo chileno, Francisco Varela. Quién expresa que toda acción de los seres vivos en el mundo está enactuada, ósea,

que este servicio le demanda. Debido a esto, su forma de intervenir estará moldeada por los objetivos y necesidades de las personas de dichos servicios. Bajo estas consideraciones, Bernler, G & Johnson, L (1997) dicen que el ejercicio profesional del trabajador(a) social está dentro del siguiente esquema, el cual representa los niveles de acción profesional:

2.2 Niveles de la práctica profesional según Bernler y Johnson:



esta modelada a través de su propia experiencia. La cual es inseparable del sujeto que actúa en el mundo. En palabras del autor: "Precisamente la mayor capacidad de la cognición viviente consiste en gran medida en plantear las cuestiones relevantes que van surgiendo en cada momento de nuestra vida. No son predefinidas sino enactuadas: se las hace emerger desde un trasfondo, y lo relevante es aquello que nuestro sentido común juzga como tal, siempre dentro de un contexto. El fenómeno de la interpretación entendida como actividad circular que eslabona la acción y el conocimiento, al conceder y lo conocido, es un círculo indisoluble. Con **hacer emerger** nos referimos a esta total circularidad de la acción/interpretación".

Para Pakman, M (1997:256) “si el encuentro psicoterapéutico es visto como de seres encarnados, el proceso reflexivo en que se involucran a través de la conversación no estará acotado por los límites que separan el terreno de la psicología de otras dimensiones significativas. La psicoterapia puede ser un espacio para reflexionar sobre las condiciones de vida, sean estas económicas, familiares, políticas, físicas, emocionales, socioculturales, etcétera”.

Respondiendo a las cuestionantes planteadas, podemos afirmar que el Trabajo Social Clínico se enmarca dentro de un proceso terapéutico, el cual es propio de su hacer. Sin embargo, el problema radica en que la práctica del(la) trabajador(a) social queda etiquetada bajo la nomenclatura de -intervención social- homogenizada. Por lo tanto, el problema no está solo relacionado al hacer, sino más bien es un problema semiológico que reduce constantemente los procesos de comprensión-acción del(la) trabajador(a) social. Esta situación es epistemológicamente y ontológicamente un problema constante y en más de alguna ocasión ha provocado un cuestionamiento al interior de la disciplina, como también fuera de ella. En el escenario profesional, la mayoría de las veces se cuestiona si el Trabajo Social, sobre si éste forma parte de la terapia familiar o de la psicoterapia. Pero generalmente los –especialistas del mundo psi– niegan al trabajador(a) social como

terapeuta, lo cual comúnmente suele expresarse en dos argumentos principalmente.

El primer argumento es que el Trabajo Social no ha producido conocimientos (teorías) en dichas áreas. Y el segundo argumento, es que, supuestamente el trabajador(a) social no tiene trabajo directo con las personas (tratamiento). Para -los especialistas psi-, nosotros los profesionales de Trabajo Social no tenemos entrenamiento clínico o no manejamos la clínica, suponiendo y afirmando que ellos si serían por esencia potencialmente terapeutas debido a que tendrían una formación clínica que le permite dicha condición. A su vez, también presuponen que -realizan un trabajo directo con las personas- situación que según ellos no estaría presente en el Trabajo Social.

Precisamente todos estos presupuestos hacia el Trabajo Social dejan en evidencia un sesgo que se traduce en una visión que limita lo terapéutico en un reduccionismo psíquico, lo cual es contradictorio con los propósitos y las definiciones presentadas sobre psicoterapia que hemos señalado anteriormente. El neuropsiquiatra Andolfi en Elkaim, M (1988: 31) dice que “si tratamos de desembarazarnos tanto del modelo médico de los problemas emocionales, como de la tradición de la asistencia, podemos concebir la psicoterapia como una ocasión de aprender un

método de aprendizaje”. Según el mismo autor, “ya no tiene sentido razonar según una modalidad diagnóstica tradicional, y por ende es también inútil el uso de conceptos y términos inherentes al modelo médico”. Es así como propone que el trabajador social cuando se transforma en terapeuta, debe abandonar los viejos paradigmas que hacen suponer la terapia como un proceso de curación, siguiendo sus ideas dice que “el trabajador social debe entrar a formar parte del sistema familiar con su bagaje técnico de experiencias, pero también con su personalidad, su fantasía, su sentido del humor, su capacidad para participar en las emociones de los demás, renunciando al atavío mágico y falso del curador” (Andolfi. 1985: 31).

Otro punto problemático en la disciplina es que constantemente negamos el método de caso (trabajo social de caso), y es precisamente este método de Trabajo Social es el que se sigue desarrollando casi todo el tiempo en la práctica. De hecho, no han desaparecido del vocabulario profesional el caso, la situación social de la persona, el problema social, el diagnóstico social, etc. De acuerdo con Fombuena & Marti (2006) “en la actualidad, el trabajo social de casos pasa por un fuerte renacer, al amparo de las teorías vinculadas con el sujeto y con la formación del mismo (Giddens, 1994; Théry, 1997; Beck, 1998)”. Desde

este método el(la) trabajador(a) social aplica y aplicó la psicoterapia en la atención de personas.

Primordialmente, para nosotros el método de casos constituye una posibilidad de trabajo especializado el cual es la base para establecer procedimientos e intervenciones de carácter clínico, pero sin lugar a dudas este debe actualizarse para los requerimientos de los nuevos escenarios contemporáneos del Trabajo Social. En palabras de Briar, S (1983: 17-18) “la imagen del trabajador de caso individual moderno, es ante toda la de un terapeuta, vale decir, la de alguien que cumple principalmente una función terapéutica. Así pues, con el transcurso del tiempo, ha habido una constricción progresiva de las funciones cumplidas por el trabajador de caso individual; de toda una gama de actuaciones ha quedado una sola, la de terapeuta. Este problema ha quedado ahora en estado latente, como disuelto por el consenso de que, por supuesto, el servicio de caso individual es terapia –una terapia psicosocial específica tal vez, pero terapia al fin”.

Para finalizar la problematización de la psicoterapia, quisiéramos dejar en claro que Trabajo Social no está exigiendo algo que no le compete, sino que, lo que se propone aquí es reivindicar el sustento teórico y práctico que nuestra disciplina ha aportado en su devenir histórico a la

psicoterapia. Sin embargo, desde Latinoamérica ha sido juzgada nuestra profesión ante la burocracia de -las disciplinas psi- conllevando a la negación e inclusive hacia el rechazo de los(as) trabajadores(as) sociales, siendo marginados de los procesos formativos en psicoterapia.

Por último, es necesario exponer que la figura del terapeuta, no es precondition de las disciplinas -psi-, sino más bien; esta se va formando y para ello la profesión de pre-grado debe ser homologable para todos aquellos que trabajan directamente con personas, postura que es compartida por algunos estudios respecto a hacia dónde se dirige la psicoterapia actualmente (Ávila: 2010)

Volvemos a insistir, que la figura del terapeuta finalmente es un producto cualificadamente humano, en este sentido quién quiere transformarse en terapeuta deberá considerar un proceso de desarrollo personal intenso, junto a la adscripción de valores humanos que defiendan la integridad del hombre y sus derechos, junto a un proceso de especialización de posgrado acorde a la escuela de psicoterapia en que se desea formar. En este sentido, Salinas (2010) dice que “los que nos consideramos herederos de la práctica del Trabajo Social Clínico, no somos pocos (aunque sí creo poco vistos) y quizás una de las razones sea la de que hasta la fecha no haya existido una formación específica que capacite

para ejercer como tal y hayamos tenido que conformarnos un currículo autodidacta, muy vinculado en la mayoría de casos, a diferentes corrientes psicoterapéuticas. Así, tradicionalmente, el modelo sistémico ha sido elegido por muchos compañeros para formarse y especializarse, pero no sólo este, la Terapia Gestalt y otras, han constituido otras vías que han ido posibilitando la formación clínica específica”.

A su vez, será necesaria la potenciación de la creatividad, la cual tendrá un sustento e importancia vital en el hacer, por último los avances en teoría social y en psicoterapia aportará nuevos alcances en el proceso de cambio en los seres humanos.

3. Corrientes teóricas y filosóficas que han influenciado el Trabajo Social Clínico

La práctica del Trabajo Social Clínico se sustenta en el Trabajo Social Caso, junto a las aportaciones del modelo de Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y es potenciado con el ejercicio profesional en los servicios psiquiátricos. Todos estos elementos son utilizados por los(as) trabajadores(as) sociales clínicos(as) para su ejercicio en la salud mental. Tomando los planteamientos de Quiroz & Peña (1998) si

realizamos una breve reconstrucción de las escuelas, corrientes y teorías podremos visualizar la influencia que ha tenido ciertas líneas psicoterapéuticas en la forma de entender y operar en los profesionales del Trabajo Social respecto a su práctica clínica.

3.1 Escuelas Filosóficas del Trabajo Social Clínico según Quiroz & Peña, Cuadro Sinóptico:

Autores	Escuelas
APTEKAR, HERBERTH H. CAMPANINI, A LUPPI F. KISNERMAN, NATALIO	Escuela Diagnóstica Escuela Funcional
DE PAULA, FALEIROS V.	Modelo de la ideología de la Práctica Liberal Filantrópica Modelo de la práctica Liberal Tecnocrática
KOHS, S.C.	Escuela Diagnóstica Escuela Funcional Escuela de la Psicología Analítica de C.G. Jung. Escuela de la Filosofía Existencialista y Psicoanálisis Existencial.
BRANDT, GUSTA A.	Escuela Diagnóstica Modelo Intermedio Modelo Funcional

ASOCIACION CHILENA DE ESCUELAS DE SERVICIO SOCIAL	Escuela Diagnóstica Escuela Funcional Escuela Organísmica o Ecléctica
ALAYON NOLBERTO Y COL	Escuela Sociológica Escuela Psicológica: Escuela Diagnóstica/Escuela Funcional
QUIROZ N. M. H. PEÑA, O.I.	Modelo Diagnóstico Modelo Funcional Modelo Intermedio Modelo Ecléctico

Para Quiroz (2003) haciendo un análisis de las teorías para el ejercicio clínico de Cheschier, nos dice que se “reconoce principalmente dos fuentes teóricas básicas: teorías del desarrollo de la personalidad y teorías de los sistemas sociales. Las primeras explican la singularidad individual y el funcionamiento interno de la mente, mientras que las teorías sobre los sistemas sociales explican los fenómenos de grupo y el comportamiento externo”. A su vez, interpretando los planteamientos de la misma autora, Quiroz nos propone tres grupos de conceptos que los trabajadores sociales clínicos necesitan para la práctica diaria:

1. Conceptos sobre el mundo interior de las personas que se encuentran en las teorías de la personalidad.

2. Conceptos sobre el trabajo externo y sistemas sociales que se encuentran en las teorías sociales.
3. Conceptos relacionados con los procesos que interactúan entre la persona y la situación, que se encuentran en las teorías socio-psicológicas.

Siguiendo con las proposiciones de Quiroz (2003) pero ahora analizando los primeros modelos de Campanini & Luppi que influenciaron al Trabajo Social Clínico en las épocas posteriores, se constata que estos fueron:

1. La escuela diagnóstica o modelo Richmoniano de la década de 1920, representado por la obra de Mary Richmond.
2. El Modelo Funcional de la década de 1930, representado por la psicología de Otto Rank.
3. La Terapia Psicosocial de Florence Hollis, El modelo funcional, El modelo de Resolución de Problemas de Harris H. Perlman y el modelo rogersiano, todos situados en las décadas de 1940 a 1960.

4. El modelo de la modificación de la conducta, el servicio social basado en teorías, el modelo de la intervención en crisis y el modelo Existencial, todos pertenecientes a las décadas de 1960 a 1980.
5. A contar de la década de 1980 hace aparición, en el Trabajo Social Clínico la teoría de los sistemas, aplicada a la relación profesional como instrumento de la intervención, y a la realidad individual y familiar como sistema básico de análisis de cambio”.

Para nosotros también es primordial mencionar otra gama de autores y enfoques que sustentan la práctica profesional en y para el Trabajo Social Clínico, los siguientes autores han sido seleccionados a priori porque son trabajadores(as) sociales, quienes han aportado significativamente al movimiento de terapia familiar, psicoterapia y/o literatura anexadas al tema. Por estos motivos significan un aporte para la práctica clínica en Trabajo Social.

3.2 Autores y Enfoques de trabajadores sociales para el ejercicio de la psicoterapia: Cuadro Sinóptico:

Autores	Enfoques
Virginia Satir	Psicoterapia Familiar Conjunta, Simbólico-Experiencial, Corriente comunicacional, Modelo del proceso de validación Humana.
Peggy Papp	Proyecto de Terapia Breve del Instituto Ackerman de Terapia Familiar.
Lynn Hoffman	Enfoque Constructivista del Grupo de Milán, Terapia Sistémica.
Harry Aponte, Braulio Montalvo, Nidia Aylwin, María Olga Solar.	Terapia Familiar Sistémica del enfoque Estructural
Betty Carter, Mónica Mc Goldrick	Modelo Intergeneracional
Lynn Segal	Proyecto de Terapia Breve
Marianne Walters, Betty Carter, Olga Silverstein, Peggy Papp, Barbara Ellman, Kris Halstead, Lynn Hoffman	Terapia Familiar Feminista
Michael White, David Denborough, David Epston, Cheryl White, Rob Hall	Terapia Narrativa
Imelda Colgan McCarthy	Terapia Familiar Sistémica Socioconstruccionista

Gordon Hamilton	Psicoterapia Clínica Normativa
Florence Hollis y Mary Woods	Terapia Psicosocial basada en el Psicoanálisis y en la sistémica estructural
Doris Langlois & Lisa Langlois	Psicogenealogía. Movimiento canadiense
Mónica Chadi	Enfoque sistémico relacional. Asociación Sistémica de Buenos Aires, Argentina.
Lily Pincus	Psicoterapia Familiar Psicoanalítica
Lidia S. Reynoso & Liliana Calvo	Trabajo Social Gestáltico
Ángela María Quintero Velásquez	Enfoque sistémico de Terapia Familiar y de Pareja
Mario Quiroz Neira	Enfoque Intergeneracional, Simbólico experiencial

En el cuadro 4.2, visualizamos una serie de corrientes contemporáneas para el Trabajo Social Clínico. Esto es debido a que la psicoterapia ha estado sufriendo una serie de cambios respecto a los profesionales que han ejercen, y los(as) trabajadores(as) sociales han ido en aumento en las últimas décadas (Ávila: 2003).

Esta situación ha conllevado visualizar una práctica más compleja y con alto nivel de especialización, coincidiendo con Quiroz (2003) haciendo un análisis de los modelos teóricos del servicio social propuesto por Campanini & Luppi “como consideración de carácter general debemos

admitir que por ser el Trabajo Social una disciplina que se ocupa de un campo tan complejo como lo social; se encuentra frecuentemente sometido a cambios, fluctuaciones y, a veces a transformaciones rápidas e imprevistas. Además, las Ciencias Sociales y de la conducta, entre ellas profesiones dedicadas a la ayuda, la terapia y la psicoterapia, sufren procesos de aceleración de tal magnitud, que exigen una adecuación continua de las claves de lectura de los fenómenos que trata. Entre este contexto, la aparición de nuevas teorías o corrientes de pensamiento psicoterapéutico, han dibujado tendencias definitivas en el Trabajo Social Clínico, en su evolución y desarrollo”.

4. Consideraciones Finales

Hoy en día producto de la complejización de la sociedad en materia de salud mental, los conocimientos en psicopatología, psiquiatría y microsociología y de salud mental no son suficientes. La atención y la demanda de los usuarios no solo tiende a involucrar la comprensión y coordinación de los sistemas familiares o sociales. Por tal motivo se requieren de conocimientos actualizados en materia de teoría social que explique la conducta individual y social, junto a la adquisición de

habilidades psicoterapéuticas y relacionales o la combinación de estas, para lograr una intervención transformadora en la atención o en el tratamiento individualizado o familiar, el cual tenga como foco central la mejora de la salud emocional, personal, familiar, grupal y comunitaria.

Respecto al Trabajo Social Clínico hemos podido reflexionar sobre su existencia demostrando que este se ejerce pero no logra tener una aceptación total al interior de la profesión por lo menos dentro de nuestro contexto como país. Sin embargo, hay una gran variedad de colegas que nos sentimos identificados con tal denominación, lo cual nos ha motivado a seguir formación de postgrado al interior de los departamentos de Psicología. Dicha posibilidad, a pesar de que no es fácil convivir con otros profesionales del área clínica, ha entregado una oportunidad para legitimar nuestra profesión en otros espacios académicos.

Lo ideal por una parte sería que comenzará a crear algunas instituciones que pudieran dar servicios de atención a las personas, en este sentido, si los departamentos de Trabajo Social crearan centros de atención familiar, serían una buena instancia para fortalecer la práctica clínica, la investigación y la docencia; junto a entregar un capital social de gran envergadura. Finalmente, insistimos que quedará en las manos de las

nuevas generaciones profesionales la construcción de un Trabajo Social Clínico, el que existe y que se encuentra en un proceso de gestación. Esperamos que en los próximos años tengamos algunos postgrados funcionando desde nuestra región y que puedan ser un soporte a todas estas cuestionantes sobre la práctica clínica.

Bibliografía

1. Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar: Un enfoque interaccional*. España. Editorial Paidós.
2. Ávila, E. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia". Recuperado el 25/01/2014 disponible en: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15848/15707>.
3. Bernler, G & Johnson, L. (1997). *Teoría para el Trabajo Psicosocial*. Argentina. Editorial Espacio.
4. Bianchi, E. (1994). *El servicio social como proceso de ayuda*. España. Editorial Paidós.
5. Briar, S. (1983). *Caso Individual*. Argentina. Editorial HVMANITAS.
6. Chescheir, M. (1984). *Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico*. Revista de Trabajo Social Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile N°43. Chile.
7. Elkaim, M. (1988). *Formaciones y prácticas en terapia familiar*. Argentina. Ediciones Nueva Visión.
8. Feixas, G & Miró, T. (2006). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. España. Editorial Paidós.
9. Fombuena, J. & Martí, A. (2006). *Trabajo Social Clínico*. Recuperado el 25/08/2012 disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2002440&orden=86726.
10. Garcés, E. (2010). *El Trabajo Social en la Salud Mental*. Recuperado el 28/08/2012 disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A/7489>.
11. Garcés, C. (2011). *El trabajador social en el sistema hospitalario: Intervenciones*. Perú. Ediciones BC.
12. Gordon, H. (1967). *Psicoterapia y Orientación Infantil*. España. Editorial Paidós.
13. Gomez, F. (2000). *El Trabajo Social Clínico*. (2000). Recuperado el 20/08/2012 disponible en: <http://eprints.ucm.es/1572/1/eprint3.pdf>
14. Kars, S. (2007). *Problematizar el Trabajo Social: Definición, figuras, clínica*. España. Editorial Gedisa.
15. Maturana, H. (2006). *Desde la biología a la psicología*. Chile. Editorial Universitaria.
16. National Association of Social Workers. (2005). *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*. United States.
17. Pakman, M. (1997). *Construcciones de la Experiencia Humana: Vol.2*. España. Editorial Gedisa.
18. Pérez, C. (2009). *Sobre la condición social de la psicología*. Chile. Editorial LOM.
19. Quinteros, A. (2004). *Trabajo Social Familiar y enfoque sistémico*. Argentina. Editorial Lumen/Hvmanitas.
20. Quinteros, A. (1997). *Trabajo Social y procesos familiares*. Argentina. Editorial Lumen/Hvmanitas.
21. Quiroz, M & Peña, I. (1998). *El Sociodiagnóstico*. Chile. Universidad de Concepción.

22. Quiroz, M. (2004). *Aportes teóricos conceptuales para el trabajo con familias*. Chile. Universidad de Concepción.
23. Quiroz, M. (2003). *Fundamentos Teóricos y Epistemológicos del Trabajo Social*. Chile. Universidad de Concepción.
24. Real Academia Española. (2012). *Diccionario de la Real Academia Española*. España. Espasa Libros.
25. Reyes, D. (2012). *Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar Chileno: Propuestas para la reintegración de la Terapia Familiar*. (2012). Recuperado el 20/08/2012 disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000438.pdf>
26. Reyes, D. (2012). *Trabajo Social Clínico, Salud Mental y Psicoterapia*. Ponencia oficial del IV Congreso Nacional de Estudiantes de Trabajo Social. Universidad Arturo Prat de Iquique. (Texto no publicado)
27. Salinas, M. (2010). *Trabajo Social Clínico y Ejercicio libre de la profesión*. Recuperado el 07/02/2014 disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/24625/39-44.pdf?sequence=1>
28. Satir, V. (2010). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. México. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana.
29. Universidad de Chile. *Diccionario etimológico: Origen de las palabras*. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/>