



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**TRABAJO SOCIAL CLÍNICO, SUBJETIVIDAD Y PSICOTERAPIA SISTÉMICA:  
Una mirada micropolítica y poética a la práctica clínica de profesionales que ejercen  
en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos  
Línea Sistémica Relacional

**TS. DIEGO REYES BARRÍA**

**Profesor Guía:**  
Mg. Carolina Castruccio Álvarez

**Profesores Informantes:**  
Mg. Daniela Martic Guazzini  
Mg. Beatriz Aguirre Pastén

Santiago de Chile

2016



**TRABAJO SOCIAL CLÍNICO, SUBJETIVIDAD Y PSICOTERAPIA SISTÉMICA:**

Una mirada micropolítica y poética a la práctica clínica de profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito caracterizar la práctica clínica sistémica de trabajadores/as sociales y psicólogos/as que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales vigentes en el país. La finalidad del estudio radicó en conocer las tensiones micropolíticas del sistema público y las alternativas de resistencia por parte de los/as profesionales, explorando los eventos poéticos que los humanizan y sensibilizan en su relación terapéutica en estos dispositivos de intervención.

Para llevar a cabo estos planteamientos se realizó entrevistas en profundidad a profesionales adscritos a una práctica clínica sistémica crítica y que se encontraban ejerciendo en dichos contextos laborales. Lo central fue conocer su experiencia clínica sistémica y sus subjetividades encarnadas a dichos escenarios de intervención con sistemas humanos. Se llevó a cabo un análisis interpretativo del texto de las entrevistas y de los insumos estéticos-literarios vinculados a la imaginación reflexiva personal, intentando triangular las voces de los/as entrevistados/as con las teorías y opinión del investigador, visualizando los aspectos favorables y los nudos problemáticos del contexto clínico de intervención.

La necesidad de realizar dicho estudio reflejó la posibilidad de iniciar un diálogo teórico-práctico que permitió vislumbrar proposiciones y conceptualizaciones para una práctica clínica sistémica acorde a los requerimientos del sistema público en contextos de salud mental y programas psicosociales, para posteriormente proponer consideraciones teórico-metodológicas que contribuyan a dichos escenarios vinculados mayoritariamente al trabajo con población en situación de vulnerabilidad y exclusión social.

**Palabras Claves:** Salud Mental, Práctica Clínica Sistémica, Micropolítica y Poética, Trabajo Social Clínico.

## DEDICATORIA

*“Mientras miraba las nubes pasar una de ellas  
bajó hasta mí. Vamos me dijo, te invito a pasear  
ven conmigo en un viaje sin fin. Me fui  
envolviendo en su blanco vapor como un traje de  
algodón, y fui subiendo feliz, sin temor en mi nube  
y con una canción. En una nube viajando yo voy.  
En una nube viajando yo voy...”  
(Mazapán)*

En estos tiempos de ausencias y tristezas varias, imagino tus manos, esas lindas manos mágicas que dieron vida y existencia al mundo, esas mismas manos que acariciaban mi rostro y me entregaban un lugar de certezas, un espacio de ternura y de amor sin condiciones. Sabes madre mía, yo sé que ahora en algún lugar descansan tus manos, que en algún lugar estás mirando mi rostro, mis sueños y temores. Sabes madre mía, tu partida ha sido quizás el dolor más grande y profundo que llevo dentro, lo siento cada día, lo siento en mis manos, en mis ojos y en mis tristes palabras, y en mis lágrimas caídas a cada noche bajo la luz de la soledad.

Todas las palabras escritas en este texto, todos estos pensamientos, sentimientos y expresiones tienen que ver contigo, ya que tú me enseñaste a comprender el mundo siempre desde otros lugares, desde otras visiones y desde aquello que siempre es censurado porque no es común y corriente. Todavía recuerdo tus luchas, tus pasiones y tu arte, y como estas situaciones te hacían vivir la vida sin ataduras, desafiando siempre los límites de lo normativo y lo políticamente correcto.

Con estas breves palabras he querido dejar constancia de tu existencia, y de la importancia de tu vida en mi propia existencia. Sabes madre mía, todas estas palabras son para ti, y dedico este trabajo a tu nombre, a tu memoria eterna, para esas lindas manos mágicas que me enseñaron a ser quién soy, y de estar convencido de que nadie podrá amarme tanto como tú me amaste, tal como decía una canción de tu cantante preferido.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecer es siempre una labor difícil de sobrellevar, ya que uno en el intento de evocar a todos los involucrados en la construcción de nuestra experiencia, deja siempre un margen para el olvido o para el silencio de sus presencias. Pero pese a este límite del propio vivir humano quisiera agradecer a muchas personas significativas que estuvieron colaborando directamente conmigo en la creación de este documento que expresa un aspecto fundamental de mi desarrollo profesional y personal.

Primero que nada, agradezco a mi familia, a mi hermano Ernesto por su amor constante, a mi segunda madre que es mi tía Defi, y a mi padre Erito. Todos ellos son y siempre serán mi punto de partida y mis principales referentes en esta vida. Por otra parte, a mi pareja Nilsen Trunff, quién en su presencia y caricias voy encontrando un espacio afectivo y un rincón cálido para apoyarme ante las tempestades invernales del vivir. También agradezco al trabajador social Mauricio Díaz, quién fue una pieza vital en esta tesis y en mi vida. Agradezco a la psicóloga Karina Fernández, con quién suelo discutir las ideas sistémicas y narraciones personales cada vez que nos encontramos en algún rincón de su departamento. A Mauricio Morales, psicólogo del rubro PRM, gracias por tu apoyo y apertura sensible. Por último, agradezco a la trabajadora social Isabel Antipan, que hoy por hoy seguimos construyendo una conexión significativa en esta vida.

Agradezco a esos personajes notables que me ayudaron en esta misión, a mi profesora guía Carolina Castruccio por su paciencia y apoyo constante, a mis profesores de la Universidad de Chile por su cercanía y afecto en todo mi proceso formativo, agradezco de corazón a Felipe Gálvez, Rodrigo Morales y Claudio Zamorano. Al mismo tiempo, agradezco a la Dra. Josefa Fombuena por toda su ayuda y apoyo intelectual directo desde la ciudad de Valencia en España. Al Dr. Marcelo Pakman por entregarme una visión acorde a mis intereses clínicos y teóricos, a mi colega de trabajo Mirta Aliaga del PRM por practicar lo clínico-terapéutico día a día, y a mis UFRO amigos Tomás, Hugo y Abigail.

## INDICE

<b>I. Introducción</b> .....	10
<b>II. Planteamiento del problema</b> .....	14
<b>III. Relevancia</b> .....	22
<b>IV. Pregunta de Investigación</b> .....	29
<b>V. Objetivos</b> .....	29
<b>VI. Marco Teórico</b> .....	30
1.1 Antecedentes socioculturales de la clínica y las ciencias sociales.....	30
1.2 Profesiones, Salud Mental y Psicoterapias.....	35
1.2.1 Breve mirada sociohistórica crítica de las ciencias psicológicas, disciplinas psi y profesiones vinculadas al tratamiento del malestar subjetivo desde el pensamiento de Nikolas Rose.....	35
1.2.2 Historización de la psicoterapia como dispositivo y su relación con los profesionales de la salud mental: Análisis histórico relacional entre Psicoterapias, Psicología clínica, Trabajo Social Clínico y Psiquiatría.....	39
1.3 Genealogía de la psicoterapia sistémica.....	46
1.3.1 Principales modelos de psicoterapia sistémica: Breve reseña histórica y aportaciones para la constitución de la práctica clínica sistémica.....	50
Modelo del Mental Research Institute.....	51
Modelo Estructural.....	51
Modelo Estratégico.....	53
Modelo de la Escuela de Milán.....	54
Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.....	55
Modelo Narrativo.....	56
Modelos Conversacionales y Dialógicos.....	57
1.3.2 Cuadro esquemático de los modelos de psicoterapia sistémica basado en Bertrando y Tofanetti.....	59
2.1 Subjetividad y Teoría Clínica Sistémica Relacional.....	60
2.2 Posmodernidad y Psicoterapia Sistémica.....	62
2.3 Prácticas Narrativas: La terapia de Michael White y David Epston.....	64
2.4 Micropolítica y Poética en Marcelo Pakman.....	69

2.5 Práctica sistémica pública vs Práctica sistémica privada: Mundos paralelos o mundos sin rumbos en el escenario clínico actual.....	76
<b>VII. Marco Metodológico.....</b>	<b>83</b>
1.1 Posición epistemológica.....	83
1.2 Tipo de investigación.....	83
1.3 Enfoque.....	85
1.4 Tipo de estudio.....	86
1.5 Método.....	87
1.6 Participantes.....	87
1.7 Muestreo.....	88
1.8 Tipo de participantes.....	89
1.9 Técnicas de producción de información.....	90
1.10 Realización del proceso de entrevista.....	93
1.11 Propuesta de análisis del autor: técnicas de análisis de información.....	95
1.12 Construcción de las dimensiones temáticas.....	97
1.13 Estructura de declaración de la investigación.....	98
1.14 Aproximaciones al problema estudiado: Revisión bibliográfica.....	99
<b>VIII. Análisis de resultados y reflexiones del conversar.....</b>	<b>101</b>
1.1 Profesionales y sus prácticas clínicas sistémicas.....	102
1.1.1 Profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental.....	102
1.1.2 Profesionales que ejercen en programas psicosociales.....	105
1.2 Definiciones de los/as profesionales sobre su práctica clínica sistémica.....	108
1.3 Contexto sociocultural y político de la práctica clínica sistémica.....	111
1.4 Características de las personas y familias: Subjetividad de los sistemas humanos.....	113
1.5 Aspectos favorecedores de la práctica clínica sistémica en los dispositivos públicos.....	115
1.6 Nudos problemáticos de la práctica clínica sistémica en los dispositivos públicos.....	117
1.7 Subjetividad del profesional: Poder, control social y patologización.....	121
1.8 Micropolíticas de la práctica clínica sistémica en los dispositivos públicos: Resistencias disciplinares y prácticas alternativas como rescate de lo humano...	123



1.9 Poética en la práctica clínica sistémica: Singularidades del ejercicio terapéutico.	126
1.9.1 Singularidades de la práctica clínica sistémica y eventos poéticos.....	126
1.9.2 Insumos estéticos-literarios como conversaciones y narraciones sensibles a lo relacional: La experiencia personal de los/as profesionales en su contexto de trabajo.....	129
<b>IX. Reflexiones y Conclusiones de la investigación.....</b>	<b>132</b>
<b>X. Referencias.....</b>	<b>141</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>155</b>

## I. INTRODUCCIÓN

*"Los conceptos no son eternos...si un concepto es mejor que uno anterior es porque permite escuchar variaciones nuevas y resonancias desconocidas..."*

Deleuze & Guattari<sup>1</sup>

Desde la cita anterior se pretende introducir una mirada crítica hacia una actividad transversal en el campo de la salud mental. En este sentido, la práctica clínica como concepto especializado emerge comúnmente en diversos discursos que refieren a las acciones que realizan los profesionales vinculados al ejercicio terapéutico<sup>2</sup>. No obstante y debido a su relevancia se hace necesaria su profundización ante la escasa problematización y demarcación como concepto fundacional, cobrando de esta forma sentido la realización de un análisis arqueológico de su naturaleza contextual y sobre los propósitos que persigue cuando se reflexiona desde lo sistémico el ejercicio profesional en el sistema público sanitario y psicosocial que enfrentan el malestar subjetivo de nuestro país.

Por otro lado, la práctica clínica es una forma de asignar identidad a las profesiones encargadas de la intervención directa de las subjetividades. Respecto a este punto, las disciplinas que enfocan su quehacer terapéutico en problemas como la violencia intrafamiliar, el consumo problemático de alcohol y drogas, el abuso sexual y maltrato grave infanto-juvenil, o específicamente los problemas de salud mental; desde diversos dispositivos institucionales, programas o políticas gubernamentales se enfrentan a situaciones que conllevan en su gran mayoría una tendencia hacia la exclusión social, contextos de pobreza y disonancia étnica. (Rubilar, 2012; Pakman, 1997)

---

<sup>1</sup> Ver Deleuze & Guattari (2013, p. 33)

<sup>2</sup> Se evidencia que el término práctica clínica tiene una variación polisémica significativa, llegando en este sentido a remitir un pasado vinculado al modelo médico -el cual sigue presente en algunos contextos- hasta las diversas prácticas de las profesiones de ayuda. Esto abarca un amplio espectro de acciones (asesorías, psicoterapias, intervenciones psicosociales, intervención en crisis, psicoeducación, intervención psicológica, intervención social, orientación familiar, intervención directa, etc). Pero el sentido que adquiere para la presente tesis es que la práctica clínica refiere a la actividad terapéutica que realizan las profesiones de la salud mental en la intervención directa de las subjetividades con los sistemas humanos.

Dichos contextos dejan a entrever en muchos casos la crudeza de los aspectos políticos, subjetivos y clínicos de un sistema social que enmarcado en desigualdades sociales y culturales, va situando a los profesionales a un campo abierto y de cara al sufrimiento humano, y que desde la esfera pública demuestra toda su complejidad. Cabe destacar a modo general que en estos escenarios públicos la práctica clínica se concibe como una praxis neutral, objetiva y científicamente orientada; siendo definida como una mera tecnología descarnada de los contextos sociopolíticos de producción de subjetividad y poder, respecto a la cultura, el género y la etnicidad. (White y Epston, 1980/2012; Pakman, 2010)

De acuerdo a estos planteamientos, el problematizar específicamente el concepto de práctica clínica sistémica constituye una invitación reflexiva que conlleva interiorizarse en un amplio campo de relaciones que sobrepasa una mirada monodisciplinar, conllevando a pensar la práctica clínica sistémica como una condición necesaria para ser y hacer un determinado ejercicio profesional (Pakman, 2006a). Ante esto es inevitable un debate amplio desde lo meta-teórico, ya que por lo general existen micro-prácticas reproductoras de discursos que tienden a entender y asociar la comprensión de las subjetividades por medio de culturas disciplinarias expertas en lo *psi* (miradas psiquiátricas, psicopatológicas o psicológicas modernas) las cuales moldean la singularidad de los individuos, otorgando muchas veces valores homogéneos a naturaleza humana y al malestar subjetivo. (White, 1997/2002; Rose, 2007)

No obstante, en las últimas décadas se ha ido configurando una potestad representativa sobre el ejercicio terapéutico y el conocimiento clínico, representadas en una serie de tecnologías del yo en el disciplinamiento de la vida cotidiana, en donde las disciplinas terapéuticas son un eje central en la normalización del malestar subjetivo. Ante esto autores como Michel Foucault (1963; 1964; 1999 y 2002), Michael White y David Epston (1980), Michael White (1989; 1995; 1997; 2007 y 2011), Nikolas Rose (1990; 1996; 1997; 2003; 2007 y 2012), Carlos Pérez Soto (1996 y 2012), Saül Karsz (2004) y Marcelo Pakman (1997; 2004; 2006; 2010; 2014 y 2016), entre otros autores; nos advierten

sobre los efectos negativos del poder que representan aquellos saberes expertos en las vidas de las personas, declarando una necesidad de construir prácticas que puedan facilitar la colaboración entre los/as profesionales y las personas en la actividad terapéutica.

En relación a dichas circunstancias, se intenta en un primer camino enfatizar una mirada clínica desde otro campo disciplinar, al cual represento en este trabajo como profesional y que refleja a los variados colegas que la ejercen en diversos contextos. Esta disciplina y especialidad es el Trabajo Social Clínico, y sobre esta base en concreto se intenta responder a la relación y conexión de dicha profesión con la teoría y práctica de la clínica sistémica. La finalidad ulterior es crear un argumento que sopesese ese sentimiento de malestar expresado por numerosos trabajadores/as sociales que han sido invisibilizados históricamente, y específicamente en nuestro país, acerca de su rol terapéutico en el sistema sanitario y psicosocial. (Molina, 2006; Estalayo, 2013; Castañera, Gómez y Mangas, 2014)

Es así como este estudio busca contribuir hacia su legitimidad como profesión históricamente vinculada al ejercicio terapéutico, validando su especialización en materia de Salud Mental,<sup>3</sup> proporcionando una reivindicación del rol clínico de los trabajadores/as sociales y como éste se ha relacionado con el desarrollo de prácticas, modelos y metodológicas en psicoterapia sistémica. En un segundo y tercer aspecto, se intenta trabajar sobre el tópico de la subjetividad en la práctica clínica sistémica debido a que dicha temática ha sido una de las principales preguntas por las cuales la clínica sistémica se ha visto involucrada a comienzos de los años ochenta con el giro lingüístico, siendo vigente hasta hoy en día su relevancia, siendo colindante con los fines de la investigación.

Según todo lo planteado anteriormente es menester señalar que este estudio solo intenta realizar posibles aproximaciones hacia al estudio de la práctica clínica desde los

---

<sup>3</sup> El borrador del nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2015-2025 (MINSAL, 2015. p.40) “el nuevo modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría requiere tanto capacitar a los actuales profesionales y técnicos, de modo de que desarrollen las habilidades necesarias para sus nuevas funciones, como transformar los programas de pregrado y postgrado de las carreras de la salud”. En este sentido, se destacan líneas prioritarias desarrollo formativo en salud mental en atención primaria, secundaria y comunitaria en las carreras de Trabajo Social, Psicología, Terapia Ocupacional, Enfermería, etc.

escenarios públicos colindantes con la actividad psicoterapéutica sistémica, el trabajo social clínico y la subjetividad. Los referentes teóricos de base que fundan esta mirada crítica se nutren del pensamiento filosófico de Michael Foucault, las proposiciones de la clínica transdisciplinaria del Trabajo Social de Saül Karsz, las prácticas narrativas de Michael White y David Epston; la sociología socioconstruccionista postfoucaultiana de Nikolas Rose; y en mayor medida por la micropolítica y poética de Marcelo Pakman, marco referencial que es un punto central de análisis crítico y socialmente enmarcado para reflexionar una práctica clínica sistémica contemporánea acorde a la complejidad psicosocial pública.

Este variado mapa referencial meta-teórico pretende no solo ser una acumulación conceptual para hablar de clínica, y específicamente de clínica sistémica, sino que se constituye como variados puntos críticos de reflexión que posibilitan la imaginación terapéutica y la necesidad de considerar distintos puntos de vista. La finalidad es visualizar y comprender los aspectos favorables del ejercicio clínico sistémico en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales, como también los nudos problemáticos presentes en dichos escenarios. La intención es reflejar la situación actual del ejercicio clínico sistémico desde los/as profesionales que participan en estos contextos de intervención, intentando reformular el concepto mismo de práctica clínica sistémica que trasciende a la propia concepción clásica de atención psicoterapéutica, la cual se va desarrollando en otras dimensiones como el trabajo grupal y comunitario.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*“Usamos el pensamiento teórico, crítico y filosófico disponible sin ánimo enciclopedista, de fidelidad y congruencia intachable, sino como instrumentos para practicar lo clínico, ese lugar donde los proyectos incompletos de la clínica y la teoría psicoterapéutica se muestran insuficientes para dar cuenta la una de la otra y que se exceden mutuamente”.* (Pakman, 2010)

La salud mental entendida como redes de instituciones, políticas sanitarias y programas enfocados a enfrentar los problemas psiquiátricos y psicosociales (Kisnerman, 1981) componen una serie de dispositivos que abarcan distintos niveles de atención según la compleja realidad epidemiológica existente en el país. Con la ejecución del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría<sup>4</sup> (2000) se ha intentado programar de forma más o menos organizada las diversas acciones y tratamientos que se llevan a cabo en dichos dispositivos, estableciendo lineamientos técnicos-operativos, guías clínicas y metodologías que orienten las intervenciones de los profesionales con una determinada población, considerando un territorio definido para abarcar, buscando respetar la pertinencia al contexto sociocultural y regional de los sujetos que participan en dichos servicios.

Desde su ejecución como plan, Minoletti & Zaccaria (2005) entregan un análisis relevante sobre los 10 años de experiencia en Chile. Los investigadores señalan que dentro de las principales fortalezas se han presentado un cambio de modelo de intervención, pasando de un modelo biomédico de las enfermedades mentales a uno comunitario, considerado por mantener mejores resultados en lo ético y terapéutico. Por otra parte se han organizado estrategias regulatorias que dan énfasis a la intersectorialidad con una programación y asignación de prioridades programáticas, creando una red de servicios de

---

<sup>4</sup> Se toma como referencia este Plan debido a que todavía no se encuentra concluido el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2015-2025, existiendo en la red un borrador que está en proceso de socialización y revisión por diversas entidades públicas y privadas en materia de salud mental. Se espera que a mediados de este año el nuevo plan entre en vigencia. Para ver borrador consultar en: <https://www.ssmaule.cl/minsal/wp-content/uploads/2012/07/Borrador-propuesta-PNSM-2015-2025-Primera-Revisi%C3%B3n1.docx>  
Para consultar sobre la revisión del borrador en instituciones involucradas revisar en: <http://www.sonepsyn.cl/index.php?id=4953>

salud mental y psiquiatría con una estructura organizativa de inversión y regulación que desemboca en la inclusión de agrupaciones de usuarios y familiares para ser un sistema público de salud integrativo. Dentro de las consideraciones más relevantes acontecidas de esta estructuración se destaca que para los próximos años se definan cuatro ámbitos de acción intersectorial que privilegiarán la coordinación con escuelas, centros de trabajo, barrios y comunas, y personas en conflicto con la justicia.

Sin embargo, los mismos autores señalan que dentro de las dificultades y falencias más significativas se encuentran la resistencia natural al cambio manifestada por profesionales sanitarios con más años de ejercicio en servicios psiquiátricos tradicionales, quienes sienten inseguridad y contemplan con resquemor al modelo comunitario, ya sea en sus alcances o beneficios directos. Esta situación se mantiene como una posición constante influenciada mayoritariamente por falta de capacitación en el área, realidad que es acompañada por la escasa oferta programática de especialización en salud mental comunitaria<sup>5</sup>. Por otra parte se suman problemas de ampliación presupuestaria y de distribución de recursos, siendo estos inferiores a los requeridos por el plan, agravándose paralelamente con la concentración de recurso humano y de infraestructura en hospitales psiquiátricos tradicionales de zonas centrales del país.

Al mismo tiempo, desde un aspecto judicial, se presenta todavía la inexistencia de una ley específica de salud mental que garantice los desarrollos y continuidades del modelo (MINSAL, 2014) y que al mismo tiempo pueda resguardar los derechos humanos de los pacientes, traduciéndose en la no existencia de una política pública de salud mental. Dichas situaciones dejan a entrever las precarias condiciones relacionales entre las personas que

---

<sup>5</sup> Según el Segundo Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile (2014) alrededor de un 20% a 40% de los profesionales y técnicos de salud mental del sistema público tuvieron la oportunidad de asistir en el 2012 a capacitación de dos o más días en intervenciones psicosociales (definidas en un sentido amplio, incluyendo psicoterapia, apoyo social, orientación, rehabilitación, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, etc.). En comparación con el 2004, los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, técnicos de enfermería y otros profesionales y técnicos duplicaron su porcentaje de participación en este tipo de actividades. Sin embargo los psiquiatras fueron los que tuvieron la menor participación en estas capacitaciones, incluso con un leve descenso en relación al año 2004.

son usuarias del sistema de salud mental y los profesionales de éste ámbito de acción, generando un contexto de escaso acceso, con una sobredemanda significativa y con una casi inexistente política pública encargada de responder a las necesidades sanitarias más urgentes (Valdés & Errázuriz, 2012). Por último, cabe señalar la lamentable realidad de la Salud Mental Infanto-Juvenil que a pesar de ser una prioridad en el plan y uno de los objetivos sanitarios del país, los servicios para esta población están lejos de alcanzar una cobertura mínima, siendo afectada profundamente con la nula destinación de recursos por el Ministerio de Hacienda.

Ante este breve escenario sociopolítico se vislumbra una serie de condiciones económicas, sanitarias y gubernamentales presentes en el campo de la salud mental del país. En este sentido, Carrasco y Yuing (2014, p.99) indican que la implementación del plan “ha ido a la par de cambios en la organización de la gestión y la ejecución de las políticas sociales de gobierno que, como consecuencia, han configurado nuevas formas de relaciones entre el estado, las subjetividades y la sociedad civil”. Estas transformaciones que han ido aconteciendo en nuestro contexto nacional requieren ser revisadas, más aún aquellos microescenarios de interacción cotidiana de los actores involucrados y las condiciones contextuales de la práctica clínica sistémica en el campo del malestar subjetivo en los dispositivos públicos.

Por lo anteriormente planteado, caben algunas interrogantes de carácter sociohistóricas para reflexionar inicialmente ¿Para qué pensar nuevamente los dispositivos de la red de salud mental? ¿Qué ventajas conllevaba realizar un análisis de las instituciones de salud mental y de los programas psicosociales vigentes en el país? ¿Cuáles son las características de la práctica clínica sistémica que se ejerce desde aquellos dispositivos públicos?

Desde una mirada foucaultiana es importante considerar que los sistemas de conocimiento/poder presentes en la sociedad moderna, concretamente la medicina psiquiátrica, involucra la marginación, exclusión y control de la poblaciones con una



finalidad de dominio disciplinar respectivo. Por lo cual, y de acuerdo con White (1997/2002) los estudios sobre clínica psiquiátrica y psicopatológica en su mayoría invisibilizan el malestar social y los diferentes mundos respecto al género, la etnicidad, la preferencia sexual, la locura, las clases sociales y las desigualdades socioeconómicas, etc.; transformando dichos mundos en discursos homogéneos y coherentes a sistemas de clasificación diagnóstica patológica, conocimientos que en última medida intentan validar una condición científica que en el transcurso de los años ha transformado dificultades cotidianas en categorías posibles de diagnóstico psicopatológico.

En palabras de Pérez (1997/2009) la extraordinaria amplitud de las categorías ha involucrado que prácticamente cualquier comportamiento pueda ser diagnosticado como alteración psiquiátrica, ya que las propias categorías no son claramente separables de lo individual a lo social relacional, a pesar de las innumerables ediciones de los manuales que intentan establecerlas como áreas independientes en el psicodiagnóstico. Esto ha provocado que muchos estigmas sociales comunes y que derivan de situaciones de discriminación social, cultural, de género, puedan fácilmente “ser traducidos a través de sus caracterizaciones en cuadros aparentemente objetivos, determinables científicamente, que requieren intervención aún por sobre la voluntad de los afectados”. (op, cit, p.217)

Según la trabajadora social española Josefa Fombuena (2012a, p.28) “efectivamente, el dolor, la enfermedad, la muerte, la indignidad, la pobreza son tantas experiencias que deben ser calladas y que la sociedad reprime y quiere colocar lejos, ya sea de las conciencias ya sean de los espacios públicos” porque precisamente estas condiciones hacen referencia a la decadencia del proyecto moderno de sociedad y de la idea misma de ciencia. Desde esta mirada inicial, se puede decir que la práctica clínica sistémica no está al margen de dichas relaciones contextuales, las cuales suelen ser relativamente excluidas de la concepción científica moderna y las culturas psicoterapéuticas modernas dominantes.

En un sentido similar pero enfocado al análisis histórico de los sistemas sanitarios de salud mental, en donde el malestar subjetivo aparece como la cara visible en las

enfermedades mentales, la trabajadora social española Amaya Ituarte (2011) refiere que los espacios de intervención en los servicios sanitarios en el último tiempo han provocado una deshumanización de las personas debido a que el mismo sistema de salud y las disciplinas que operan en él, suelen cosificar a los sujetos, mucho más aún a los sujetos que están sumergidos en condiciones críticas de vulnerabilidad social, quienes en su gran mayoría son los usuarios de la salud mental (Elizur & Minuchin, 2006), la autora referida expresa que:

“como consecuencias de ese planteamiento se produce una deshumanización del paciente, que deja de ser considerado una persona compleja, con una realidad compleja, y además...pasa a convertirse en un consumidor de servicios y procedimientos sanitarios. Y en tanto consumidor se le señala qué debe consumir, de qué manera, en qué momento, durante cuánto tiempo...sin tener en cuenta realmente su situación subjetiva e interrelacional”. (Ituarte, 2011. p.305)

Estos contextos referidos remiten a situaciones que impactan a las prácticas clínicas sistémicas públicas en el sistema de salud mental como también en programas psicosociales, siendo vivenciadas también en nuestro país. Cabe mencionar que estas condiciones no solo constituyen una realidad estructural que se impone desde un poder externo, sino más bien son características de un poder positivo disciplinar al mismo tiempo, lo cual conlleva relacionar un aparataje complejo de tecnologías de poder que son atravesadas por un sociedad liberal avanzada que coloca en las dinámicas sociales de los actores, condiciones de disciplinamiento y normalización de las subjetividades como formas de racionalidad en el ejercicio de la gubernamentalidad para el gobierno de las almas. (Rose, 1997; Carrasco y Yuing, 2014)

Tomando algunas ideas Pakman (2010) los cambios económicos, políticos y culturales presentes en la salud mental y en las políticas sanitarias a nivel global han provocando desde principios de los años setenta una marcada tendencia hacia la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, delegando la actividad psicoterapéutica a un segundo plano por no cumplir con los requisitos del paradigma de la ciencia médica contemporánea, siendo visualizada como una actividad de segunda

categoría y meramente técnica. En relación a estas circunstancias su destinación de ejecución y de desarrollo ha sido relacionada a los diversos profesionales de la salud mental, específicamente a los trabajadores sociales, psicólogos, psicoterapeutas, orientadores familiares y terapeutas en general que constituyen los nuevos agentes de la administración gubernamental de la subjetividad. (Feixas y Miró, 1993; Rose, 2007)

Es así como Pakman (2004) refiere que existen tres fuerzas que han reestructurado en los últimos años el campo de la salud mental: la psicofarmacología, el movimiento por la gestión sanitaria y el proceso de globalización. Lo que provoca una homogeneización a nivel planetario, afectado a la industria sanitaria y farmacológica. Esto ha relegado a posiciones periféricas a algunas prácticas importantes en el campo de la salud mental – como la terapia familiar– colocando en un lugar central otras formas simplistas, asistémicas, incorpóreas e irreflexivas del quehacer terapéutico. Desplazando a las prácticas sistémicas públicas hacia el ámbito privado por no acoplarse a las normativas económicas de las agencias de salud.

Esto sin duda impacta a las disciplinas involucradas en el ejercicio terapéutico, pero al mismo tiempo a las personas que se desenvuelven en estas dinámicas del mercado. Las cuales se influyen en última instancia de una cultura terapéutica basada en tratamientos auxiliares, asistencialistas y de control socio-sanitario. Por lo general, las personas que se atienden con los profesionales de la salud mental en el sistema público siguen un guión pre-establecido de carácter asistencial que incentiva una micropolítica de beneficios sociales.

En este sentido Pakman (op. cit. p.63) señala que los profesionales también han sido influenciados por este marco general, por lo cual:

“presionados por las familias que esperan que las ayuden de ese modo, y no necesariamente de modo en que los terapeutas consideran que hay que dispensar la ayuda psicoterapéutica, a los profesionales también los presiona el sistema de salud, que les exige cumplir parámetros objetivos ajenos a otras dificultades de la familia y que se limitan a categorías diagnósticas objetivas donde lo social no es el elemento decisivo”.

Ante las problemáticas acontecidas nos vamos encontrando con situaciones que requieren ser revisadas con urgencia. Estas refieren a los contextos públicos en salud mental y campos psicosociales en donde se ejerce la práctica clínica sistémica, y en este sentido caben algunas interrogantes necesarias de responder hoy en esta investigación: ¿Cuál ha sido el desarrollo de la práctica clínica sistémica en dichos escenarios de acuerdo a la realidad nacional? ¿Cómo se manifiesta la práctica clínica sistémica en la actualidad desde la voz de sus profesionales? ¿De qué manera contemplan la actividad terapéutica sistémica los profesionales de la salud mental que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales?

De acuerdo a todo lo señalado, las concepciones micropolíticas iniciales presentadas en las prácticas narrativas (White y Epston, 1980; Epston, 1989; Epston, White y Murray; 1992; White, 1989, 1995, 1997; 2007 y 2011; Payne, 2000; y Freeman, Epston y Lobovits, 1997) como en la micropolítica y poética (Pakman, 2006, 2010, 2014) constituyen un marco referencial crítico para la práctica clínica sistémica, tanto en sus aspectos metodológicos como teóricos; implicando una invitación a los terapeutas posmodernos y a los profesionales de la salud mental a una postura crítica, comprometida y sensible hacia un mundo que aparece preconfigurado y altamente tecnológizado.

En este sentido los profesionales pueden establecer una visión crítica y poética (Pakman, 2014) que contribuya a desarrollar una práctica clínica sistémica que coloque atención a las experiencias singulares que son fortalecedoras de las narraciones en los consultantes, como también en los profesionales que enfrentan diariamente una micropolítica que ahoga las posibilidades de cambio al interior de sus contextos públicos. Es destacable referir lo que Pakman (1997: 250) señala sobre las dificultades de la práctica clínica en los contextos públicos de salud mental, al respecto el autor menciona que:

“los trabajadores de la salud mental se encuentran, demasiado a menudo, abrumados por historias de miseria y degradación humana que van mucho más allá de lo que pueden presenciar sin caer en la desesperación, la impotencia, la falta de entusiasmo y de sentido. También se encuentran en una encrucijada definida por múltiples sistemas involucrados en

la vida familiar, los cuales, a la vez que promueven el acceso al sistema de salud mental, generando un contexto en el cual el psicoterapeuta se convierte en ejecutor alienado”.

Todo lo mencionado nos lleva a pensar en cómo articular una mirada crítica de la práctica clínica sistémica en los espacios públicos. Para llegar a un punto propositivo sobre las condiciones sociales, relacionales y políticas involucradas en la actividad terapéutica actual. La necesidad de revisar estos puntos tiene que ver con una tendencia que concibe a la salud mental como un aspecto sociopolítico de suma relevancia, principalmente para los sectores más vulnerables de un sistema sanitario que intenta plasmar de cierta forma prácticas alienadoras en sus profesionales (tecnologización e irreflexión) y que en última medida termina por constituir un dispositivo biopolítico de normalización de la vida en la mayoría de personas enfrentadas al malestar subjetivo. (Rose, 2012)

### III. RELEVANCIA

¿A qué se debe el interés por comprender la práctica clínica sistémica que se ejerce en los contextos públicos de salud mental y programas psicosociales del país desde una mirada crítica? Con esta pregunta se intenta dilucidar un campo de acción ejercida por algunos profesionales vinculados al ejercicio terapéutico del sistema público y que cotidianamente trabajan de cara a los problemas sociales presentes en nuestra sociedad contemporánea. En este sentido, la pregunta por la práctica clínica sistémica toma su relevancia al ser una actividad transversal en los diversos dispositivos, instituciones y programas fomentados por las políticas públicas para enfrentar el malestar subjetivo en los sistemas humanos.

Desde un marco más amplio y de acuerdo a las características de la sociedad contemporánea, el filósofo alemán de origen coreano Byung-Chul Han (2010/2012, p.7) nos advierte algunas consideraciones generales sobre lo que acontece hoy en día sobre el malestar subjetivo:

“El comienzo del siglo XXI, desde un punto de vista patológico, no sería ni bacterial ni viral, sino neuronal. Las enfermedades neuronales como la depresión, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el trastorno límite de la personalidad (TLP) o el síndrome de desgaste ocupacional (SDO) definen el panorama patológico de comienzo de este siglo”.

Para Asún (2000, 40-41) el panorama de la salud mental según diversos estudios internacionales:

“hoy es mayor la cantidad de individuos y grupos que se perciben en situación de malestar y desventaja. Sentirse solo, aislado, desalentado, abrumado, etc., es comparativamente, en términos internacionales e históricos, una situación frecuente. Muchas personas viven con problemas acuciantes y además en extrema tensión para lograr su supervivencia. Esto afecta su desarrollo personal, su imagen de sí, su proyecto de futuro, sus relaciones sociales y sus vínculos primarios. El estado colectivo de la salud mental se afecta por los problemas de empleo precario y cesantía, un mercado laboral arbitrario y autoritario, cambios

vertiginosos y sentimientos de pérdida de control en las transformaciones sociales, culturales, tecnológicas y políticas.”

Makowski (2007, p.40) en un análisis similar nos describe que con “la aparición de nuevas formas de vulnerabilidad social y su creciente expansión e intensidad en el seno de las denominadas sociedades desarrolladas ha llevado, en la última década, una observación más pormenorizada y crítica de las transformaciones sociales”. En este sentido las sociedades liberales avanzadas desde los años noventa, con los baches socioeconómicos debilitados y con fisuras relacionales han instalado brechas en la producción de recursos y en el consumo de las personas, acrecentando problemas psicosociales a nivel ecológico, provocando una fragilización de los lazos sociales, institucionales y campos laborales. Dicha situación para las sociedades latinoamericanas implicó de forma más abrupta inequidades en la distribución del ingreso y la riqueza, con políticas sociales y económicas que aumentaron la vulnerabilidad y la exclusión, implicando un aumento de poblaciones sumidas en problemas de salud mental y psicosociales de diversa índole de acuerdo a su escenario contextual.

De acuerdo a una realidad sanitaria mundial, la Organización Mundial de la Salud (2007) da a conocer que la depresión se transformará en la segunda enfermedad mundial que provocará discapacidad en las personas, transformándose en un problema severo que experimenta nuestra sociedad hoy en día y que en unos años más será una prioridad sanitaria a escala mundial. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (2003) señala con respecto a la violencia que “cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva”.

Por otra parte, la OMS indica con respecto al abuso sexual que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años experimentaron relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico, y que varios millones más pueden estar siendo explotados en la prostitución o la pornografía cada año. Con respecto al

consumo de alcohol y drogas, la Oficina contra la droga y el delito de las Naciones Unidas (2012, cap.3) en su informe ejecutivo mundial calcula que “los consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0,6% de la población adulta mundial. En general, el uso de drogas ilícitas parece haberse estabilizado en todo el mundo, aunque continúa aumentando en varios países en desarrollo”. Las drogas han provocado devastación en las familias y causan sufrimiento a miles de otras personas.

A nivel local, Durán (2011, p.20) señala que Chile sigue enfrentando a un sistema de salud mental que continúa deteriorándose día a día “Santiago sigue en las cifras mundiales más altas de mala calidad de salud mental para los ciudadanos. El 20% de los adultos mayores sufre de depresiones no tratadas, solamente el 15% tiene un tratamiento farmacológico exitoso, puesto que requieren un tratamiento psicosocial que no existe”. Según Díaz y Radiszcz en Chávez, Macías y Klein (2012, p.107) “la escasez de recursos ha repercutido en la pauperización de los salarios, impidiendo al sistema público retener a los profesionales con más experiencia y/o mejor capacitados, con lo que nuevamente se atrofia la capacidad para desplegar intervenciones psicosociales ajustadas”. Para Bernales (2012) dichas problemáticas representan un escenario en donde el sistema social presente en el país no logra entregar respuestas para el bienestar de su propia sociedad, lo cual se ve gatillado y potenciado por diversas desigualdades socioeconómicas que se expresan en una nueva y vieja gran problemática que es la –Cuestión Social– de la cual el Estado no ha sido suficientemente capaz para ofrecer soluciones a situaciones vitales como condiciones y jornadas laborales reguladas, educación de calidad y equitativa, y seguridad social óptima.

Para Pakman en Roizblatt (2006, p.700) quién entrega un análisis de los movimientos sociales en materia de justicia social y en los programas de salud mental nos señala que “los enfoques de salud mental pública parecen tener suficiente investigación como para apoyar el concepto de que muchas situaciones vitales (abuso físico o sexual, exposición a violencia domestica, abandono precoz, etc.) son patogénicas en sí mismas y deben ser evitadas en cualquier sociedad que se preocupe por el futuro potencial de sus miembros”. No obstante, y a pesar de la existencia de programas que basados en ideales de



la justicia social intentan responder a las problemáticas de las sociedades liberales, dichos programas toman aquellos ideales solo como grandes consignas ideológicas y que al final terminan enfrentando irreflexivamente los problemas para suplir su agenda abstracta y políticamente correcta. Ante esta realidad, las prácticas deben encarnarse en prácticas concretas, lo que en definitiva se traduce, en prácticas clínicas situadas a sus contextos particulares de singularidad.

Siguiendo este argumento, Pakman en Roizblatt (op. cit) menciona que existe un problema epistemológico de base que no se debe pasarse por alto debido a su magnitud en relación a los programas que enfrentan el malestar subjetivo. De acuerdo a esto, si dichos programas de salud mental en su mayoría están vinculados a trabajar con poblaciones o grupos carenciados. Según el autor “lo que está en juego es básicamente la cuestión acerca de cómo equilibrar lo que el conocimiento científico parece presentar como recomendable para la gente, por un lado, con, en qué medida un grupo profesional tiene derecho a tomar a otro grupo como <<objeto>> para sus intervenciones, por el otro.” (op. cit, p.699)

Bernales (op. cit) complementando lo anterior formula que estos grupos carenciados que son los usuarios de la gran mayoría de servicios psicosociales públicos, conviven con problemas que en donde lo sensible por excelencia se materializa en el maltrato, la ofensa, el descuido, la explotación, el abuso sexual, etc. Ante tales situaciones se generan dos grandes problemas para los profesionales. Por un lado existe la tendencia a “ponernos como expertos que <<sanar>> alteraciones o disfunciones en las familias catalogadas de pobres, vulnerables, oprimidas, excluidas, o como quiera llamárseles, pues de dioses tenemos nada, y del otro lado, aceptar una victimalidad que sólo demanda asistencia y no protagonismo social en la búsqueda de soluciones”. (op. cit. p.32)

Según Vega en Coletti y Linares (1997, p.167) las intervenciones que realizan los profesionales con sistemas humanos y principalmente con familias multiproblemáticas en servicios sociales como los expuestos anteriormente. Dichas familias por lo general expresan condiciones extremas de malestar subjetivo bajo situaciones complejas y

multidimensionales de dificultad. En este contexto lo esencial es comenzar a indagar los aspectos que constituyen la subjetividad del sistema observante de una determinada realidad y principalmente de aquellos aspectos técnicos que operan en la práctica clínica sistémica. La invitación a la irreverencia propuesta por Cecchin, Lane y Ray (2002/1992) constituye una apuesta que desafía la veneración y dogmatismo de las escuelas psicoterapéuticas en resolver los problemas humanos. Para estos autores “el terapeuta que se atreva a proclamar sus ideas más allá del terreno de la terapia familiar se sorprenderá al constatar que los dogmas de la teoría sistémica tienen muy poca importancia en el contexto sociopolítico (esto es, en los tribunales, en las instituciones de beneficencia, en la psiquiatría tradicional, etc.)”. (op.cit. p. 20)

Estas configuraciones remiten de una u otra forma al escenario epistemológico que Pakman (op. cit) refiere como principal punto a indagar con respecto a los contextos en donde se fundan las intervenciones que realizan los profesionales en la salud mental y en lo psicosocial, los cuales se encuentran enlazados con lo que White (1997, p.155) advierte como un marco relacional más profundo de la práctica clínica sistémica, disciplina psicoterapéutica representada por una cultura de discursos profesionales “caracterizados por clases de conocimientos que tienen pretensiones de <<verdad>> sobre la condición humana: pretensiones que se adscriben el estatus de realidad objetiva y que se consideran universales, y se ocupan de <<hechos>> referidos a la naturaleza de la vida que pueden encontrarse en todas las personas, sin consideración de la cultura, la circunstancia, el lugar, la época y demás”.

Limón (1997) afirma con respecto a que la psicoterapia y la mayoría de las orientaciones tienen una creencia compartida sobre la validez o la veracidad de sus presupuestos para conocer la realidad, sea esta la realidad de un problema familiar o individual. Según aquello esta forma de estar en el mundo es una característica esencial del mundo occidental contemporáneo y de la época identificada como *modernidad*. Durante los últimos años nos hemos percatado acerca de su relatividad histórica como perspectiva, pero no obstante es una forma de pensar que se ha enraizado en casi todos los ámbitos de la

existencia humana, incluidas las instituciones en donde se forman los terapeutas. Recién en las últimas décadas con la teoría del construccionismo o socioconstruccionismo, como perspectiva se ha dado un paso fundamental para colocar énfasis en las relaciones sociales y específicamente en considerar el lugar importante que juega el lenguaje en la construcción social de la realidad.

Bajo estas delimitaciones sobre la práctica terapéutica cabe mencionar que debido a los tres movimientos que han impactado el campo de la salud mental durante finales de los años 70 en adelante. Pakman (2004, op. cit) refiere que se han instalado en los sistemas públicos de atención una forma de práctica clínica asistémica, irreflexiva, simplista y descarnada de los contextos sociales que la rotulan. Dando comienzo a la influencia de instituciones, tribunales, sistemas educaciones y un conjunto de programas que fomentan el control social y la administración de subjetividades bajo la evaluación de condiciones de un poder positivo que sustenta una verdad normalizadora y una aparente verdad objetiva. Según Efran y Libretto en Pakman (1997) la encrucijada de la psicoterapia vive dos tensiones sobre ser considerada una ciencia médica o una reforma social, es así como señalan que:

“Algunas personas sostienen que la psicoterapia debería seguir siendo considerada una forma de práctica médica...Otros insisten en que sería más adecuado categorizar la psicoterapia como un proceso sociopolítico más que como un arte de curar...La psicoterapia es más bien una empresa intrínsecamente cargada de valores, un diálogo humano acerca de cómo podrían las personas vivir juntas y organizar sus comunidades”. (op. cit. p.64-65)

A consecuencia de aquello, con el giro lingüístico y la conexión del pensamiento posmoderno posibilitan hoy recurrir a fuentes en donde los contextos sociales más amplios también son motivo de reflexión para los profesionales de la salud mental, por consiguiente la instauración de metodologías constructivistas y construccionistas en el seno de la práctica clínica sistémica relacional son una oportunidad para revertir los efectos negativos del poder disciplinario que ha estado implícito o explícitamente contenido en las formaciones y formas de practicar o hacer lo clínico. Pakman (1997, 156. op. cit.)

refiriéndose a la práctica clínica en contextos de pobreza y disonancia étnica, propone considerar al dispositivo terapéutico mediante algunas premisas:

“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 éstas económicas, familiares, políticas, físicas, emocionales, socioculturales, etc”.

Bernales (2010) asume que todo esto conlleva a iniciar una práctica clínica sistémica que supone una mayor articulación con escuelas que trabajan con niños en riesgo social; juzgados e instituciones que se vinculan con víctimas y victimarios (hogares protegidos, cárceles, etc.); y consultorios, hospitales, hogares de ancianos e instituciones que tienen programas diurnos de atención a poblaciones vulnerables. Ante estos escenarios contemporáneos es imprescindible realizar un proceso de indagación sobre los contextos de salud mental y psicosociales públicos del país desde una mirada crítica, contemplando las problemáticas expresadas con anterioridad. Es necesario llevar a cabo una lectura que posibilite visibilizar los aspectos favorables y los nudos críticos que la práctica clínica sistémica presenta en la actualidad desde los/as profesionales de la salud mental del sistema público. Implicando una detallada caracterización sobre sus condiciones socioculturales y políticas que presenta hoy en día el ejercicio sistémico en el escenario público nacional.

#### **IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características socioculturales y políticas presentes en la práctica clínica sistémica de los/as profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales de nuestro país?

#### **OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

##### **Objetivo principal**

- Explorar las principales características socioculturales y políticas presentes en la práctica clínica sistémica de trabajadores sociales y psicólogos que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales.

##### **Objetivos específicos**

- Desarrollar conceptualizaciones sobre la práctica clínica sistémica y como ésta se visualiza en los contextos públicos de salud mental y programas psicosociales desde lo teórico-conceptual.
- Indagar significados de trabajadores sociales y psicólogos que ejercen en contextos de salud mental y programas psicosociales con la finalidad comprender aspectos favorables del ejercicio terapéutico y los nudos problemáticos de la práctica clínica sistémica en el sistema público.
- Discutir las principales características de la práctica clínica sistémica expresadas por los profesionales trabajadores sociales y psicólogos que ejercen en el sistema público de salud mental y programas psicosociales desde una mirada micropolítica y poética.
- Iniciar proposiciones teóricas, epistemológicas y conceptuales de carácter clínico sistémico relacional que respondan a las necesidades presentes en la práctica clínica sistémica en contextos de salud mental y programas psicosociales.

## VI. MARCO TEÓRICO: PROPOSICIONES PARA UN MARCO REFERENCIAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

### 1.1 Antecedentes socioculturales sobre la clínica y su relación con las ciencias sociales

Para comprender lo *clínico* como saber y práctica especializada de intervención en subjetividad, es necesario comenzar por entregar algunas definiciones conceptuales que permitan dilucidar sus significados e implicaciones en la actualidad. No obstante es prioritario realizar una primera incursión en el término clínica para proponer una base conceptual que haga emerger sus relaciones con la práctica sistémica y como ésta se va presentando en sociedad contemporánea y en sus escenarios públicos. El término clínica es polisémico y al mismo tiempo utilizado por variadas disciplinas y enfoques teóricos. En una primera lectura, las primeras aproximaciones al concepto clínica hacen referencia a la medicina, Karsz (2004/2007, pp. 156) en este sentido refiere que:

“las primeras menciones del término *clinique*, en francés, datan de 1586. De origen griego, los términos *Klinikos*, *Klinien*, se vinculan a << estar acostado>>. La clínica <<conciene al enfermo que guarda cama>>, a <<la observación directa de la enfermedad a la cabecera del enfermo>>, según informa el diccionario francés Le Robert, que añade: << Los síntomas clínicos son aquellos que el médico puede percibir mediante la simple observación>>”.

Desde la definición anterior se ilustra el antepasado conceptual de la clínica, la que viene a situar algunas consideraciones claves de la práctica médica, la cual representa el origen del saber clínico. De acuerdo a esto, el proceso básico de tratamiento médico que incluye la observación, será fundamental para entender los fenómenos de malestar patológico tal como refiere Foucault (1963/2008) representando un elemento crucial en los procedimientos orientados a estudiar el padecimiento del enfermo con la finalidad de comprender el malestar que lo afecta, y en última instancia a la enfermedad que lo aqueja. De esta forma, Karsz señala que “la observación directa pertenece al registro de lo clínico,

es decir, para sea clínicamente significativa, tiene que tratarse de una observación instruida, dotada de conocimientos, muñida de teorías y conceptualizaciones”. (op. cit., p.157)

Sin embargo, Foucault (op.cit) nos refiere que existe un cambio radical entre la práctica médica del siglo XVIII con respecto a la del siglo XIX, de la cual ésta última es la más representativa de lo que nosotros conocemos contemporáneamente como clínica. La medicina del siglo XVIII era practicada y enseñada a la cabecera de los enfermos, representando una época anterior en relación al desarrollo del conocimiento clínico sobre el padecimiento humano, era por decirlo de alguna manera, un estilo de observar directamente al enfermo que no estaba instruido por un conocimiento científico moderno, mucho menos muñido de teorías biológicas o químicas sobre el padecer en el ejercicio de la práctica médica, es así como:

“se decía que en la clínica había encontrado en la medicina su posibilidad de origen. En el alba de la humanidad, antes de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina, en su integridad, residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia. Esta relación, establecida sin la mediación del saber, es comprobada por el hombre sano; y esta observación misma no es opción para un conocimiento por venir; no es ni siquiera toma de conciencia; se contempla la naturaleza; multiplicada por sí misma, transmitida de los unos a los otros, se convierte en una forma general de conciencia en la cual cada individuo es a la vez el sujeto y el objeto: <<todo el mundo indistintivamente practicaba esta medicina, las experiencias que cada uno hacía eran comunicadas a otras personas y estos conocimientos pasaban del padre a los hijos>>”. (op, cit. p.83-34)

Esta proto-práctica del saber clínico y terapéutico tendrá un cambio radical en relación a su conformación como saber. Según Foucault (op.cit) con la introducción de la escritura y el secreto, junto con la distribución de este saber por un grupo privilegiado y la disociación de la relación inmediata, entre la mirada y la palabra; dio por resultado que dicha experiencia ya no sería socializada a las personas comunes, por lo cual, dicha práctica quedó reservada solo a los agentes del saber médico. A causa de aquello la enseñanza de la medicina que en un tiempo anterior era enseñada a los alumnos en el lecho del enfermo, quedaría posteriormente institucionalizada en diversos dispositivos como hospitales y sanatorios, que fueron los principales centros de aprendizaje de las escuelas de medicina,

conllevando la conformación de diversos saberes acordes a cada área de estudio del padecimiento humano.

Sin embargo, el malestar subjetivo que nos preocupa específicamente, fue en un tiempo un lugar compartido por diversos sujetos, por aquellos que principalmente estaban encerrados en los asilos y antiguos leprosarios, y que representaron la cara visible de la locura en la época clásica. Según Foucault (1964/2011) las instituciones sanitarias como el Hospital General de Paris, nacieron en los mismos muros de los leprosarios, heredando sus bienes por algunas decisiones eclesiásticas de la época o por decretos reales a finales del siglo XVII, siendo también mantenidas por las fuerzas públicas como la donación del rey o la cuota tomada por las multas que recibe el tesoro nacional, es así como “en estas instituciones vienen a mezclarse entre sí, a menudo no sin conflictos, los antiguos privilegios de la iglesia en la asistencia a los pobres y en los ritos de la hospitalidad, y el afán burgués de poner orden en el mundo de la miseria: el deseo de ayudar y la necesidad de reprimir; el deber de caridad y el deseo de castigar”. (op. cit, p.86)

En estos primeros contextos mencionados nacerá la psiquiatría moderna, esa primera apuesta médica para tratar a los alienados mentales o a los anormales al interior de aquellas instituciones cerradas (Foucault, 1999). Figueroa en Heerlein (2000) indica que en esta época se lleva a cabo desarrollos significativos y decisivos para la psiquiatría, pese a que ésta absorbió con retraso los avances científicos. Con el gran encierro de la locura bajo el decreto real de 1656 en el establecimiento del Hospital General de París, marginará de la sociedad a los locos junto a los pobres, delincuentes, hijos pródigos, presos políticos, viciosos, asociales, vagabundos, prostitutas y parias; con la delimitación de la irracionalidad se creará en Inglaterra las *workhouses* (casas de acogida donde los pobres podían vivir y trabajar) y en Alemania las *Zuchthäuser* (centros correccionales) que son una mezcla ambigua de asistencia médica y represión social, de castigo y corrección, de policía y educación, de trabajo mal remunerado y humanitarismo, de cuestión social y política sanitaria.



Castañera, Gómez y Mangas (2014) explican que desde la introducción del tratamiento moral por Philippe Pinel se propone cambiar la visión hacia las personas con enfermedad mental, considerándolas como dignas de recibir un tratamiento médico. Es así como en el siglo XX se producirán avances en la gestión de la enfermedad mental en variadas sociedades, incluyendo la implementación de clasificación de enfermedades mentales por Emil Kraepelin, y más adelante surgirá el auge de los psicofármacos y la dominación de los manuales diagnósticos como el CIE y DSM, alcanzando la estandarización de las enfermedades mentales a nivel mundial.

No obstante ¿Como llega a trasladarse el saber médico al campo de las ciencias sociales? Abreu (2009, p.71) refiere que “en el siglo diecinueve la medicina dirigió su centro de interés a lo social al verificarse racionalmente la relación existente entre enfermedad y el desigual reparto de la riqueza y el bienestar; esta constatación científica acaba dando lugar, posteriormente, al nacimiento de la salud pública y la medicina social”. En este contexto, Gómez y Zapata (2000) establecen que la concepción puramente individual que dominaba a los problemas de salud mental, cambia con la consideración de los factores contextuales y sociales de las enfermedades, reemplazando a noción puramente patológica del modelo médico moderno. A pesar de aquello se fue dando una tendencia cada vez más significativa sobre los aspectos relacionales del ser humano, conllevando a las diversas disciplinas de la salud mental a la consideración de los aspectos psicosociales involucrados en el abordaje y en la intervención de los problemas sanitarios.

Desde la mirada del Trabajo Social, Fombuena (op. cit., p.18, las cursivas son mías) siguiendo las ideas de Alayrangues (2011) nos plantea que los cambios ocurridos en la clínica han provocado en las ciencias sociales un interés significativo para la comprensión del malestar subjetivo, de acuerdo a esto:

“la clínica *fue en un primer momento* << inclinarse a los pies del paciente>>. La clínica es una ciencia, inicialmente médica hoy en día extendida a otras disciplinas como la Psicología, la Sociología y el Trabajo Social, que se fundamenta en la escucha del otro y en la acción que de ésta se deriva. Requiere una recopilación cuidadosa del conjunto de los factores intervinientes y del establecimiento de una relación cuasipersonal e interpersonal

entre usuarios y *profesionales de la salud mental*. También implica una interpretación ordenada a la vez intuitiva de los datos y de las relaciones. En esta interpretación, en su selección en sus conclusiones, es donde se encuentran la clínica, la profesionalidad y su posibilidad de trasmisión y de aprendizaje así como la investigación clínica”.

De la definición anterior se evidencia que la clínica como concepto ha trascendido su propio origen médico, siendo hoy en día un campo de conocimiento transversal en variadas disciplinas psicosociales. La clínica ante esto es una forma de aproximarse, estudiar e intervenir el malestar subjetivo por medio de diferentes prácticas, métodos y técnicas. La clínica como saber y práctica “se caracteriza entonces por el estudio de un caso, estudio profundizado en todas sus particularidades”. (Pasternac, op. cit. p. 147) Por ende como actividad psicoterapéutica que busca el cambio en las personas mantiene un conjunto organizado de principios con respecto al desarrollo del comportamiento humano y de las relaciones que afectan su bienestar. Una mirada clínica implica una ética de lo particular; del respeto al otro, de la relevancia de la singularidad -el caso a caso- y de una exigencia a la eficiencia. (Raurich; Valls y Bernales, 2007)

Sin embargo, desde la instauración de la modernidad y la dominación del positivismo como pensamiento hegemónico en el siglo XIX, se originará una diversidad de profesiones que intervendrán el malestar subjetivo de las clases más vulnerables y excluidas de la sociedad. Ante aquello, el desarrollo de las profesiones modernas, los tratamientos psicológicos y la salud mental como redes de instituciones, programas y políticas sanitarias organizaran un panorama complejo y de gran trascendencia con respecto a la configuración de la subjetividad contemporánea.

## 1.2 Profesiones, Salud Mental y Psicoterapias

### 1.2.1 Breve mirada sociohistórica crítica de las ciencias psicológicas, disciplinas *psi* y profesiones vinculadas al tratamiento del malestar subjetivo desde el pensamiento de Nikolas Rose

Al realizar un análisis genealógico de las ciencias psicológicas, como también de las profesiones vinculadas al tratamiento de la subjetividad y aquellas disciplinas cuyo prefijo comienzan con *-psi-* se vuelve indispensable llevar a cabo algunas reflexiones críticas que surgen del pensamiento del sociólogo Nikolas Rose (1996; 2007; 2012) quién nos motiva a indagar los aspectos históricos, sociales, culturales, políticos y de género en el actual panorama disciplinario de las profesiones vinculadas al tratamiento del malestar subjetivo. En una primera instancia esto involucra hacer frente a una “historia recurrente”<sup>6</sup> que aparece en los diversos discursos históricos sobre el conocimiento científico que se promueve en las disciplinas *psi*, tanto en la literatura especializada como en las prácticas clínicas que dichas profesiones ocupan hoy respecto a un futuro anterior y un pasado cercano que ha modificado la subjetividad contemporánea.

Para Rose (1996, p.1) estas disciplinas y profesiones manifiestan un pasado que mantiene “una tradición ininterrumpida de especulación acerca de la naturaleza, las vicisitudes y las patologías del alma humana, prácticamente coextensiva con el propio intelecto humano”. Dicha tradición se ha visto atravesada por un acentuado abandono de la metafísica, implicando mayoritariamente un reduccionismo o especulación médico-

---

<sup>6</sup> El autor toma este concepto de Georges Canguilhem (1968; 1967) para denominar como historia recurrente a la descripción (no necesariamente de una forma despectiva) que las disciplinas científicas suelen referirse a sí mismas para identificarse con una determinada concepción de su pasado. Estas narraciones de sí establecen una unidad sobre su concepción de ciencia, construyendo una tradición ininterrumpida en sus pensadores sobre la composición de su forma de comprender los fenómenos que estudian y los objetos de estudio a dominar. Es así como esas historias recurrentes son más una ideología, desempeñando un papel constitutivo en la mayoría de discursos científicos que se utilizan para deslindar el régimen de verdad contemporáneo de una disciplina, y que al hacer aquello, no solamente se utilizan el pretexto histórico para vigilar el presente, sino también para moldear el futuro. Esto constituye criterios de inclusión y exclusión que permiten que dichas historias recurrentes ejerzan una función de gendarmes en las fronteras de una determinada disciplina.

fisiológico que se ha vuelto hegemónico con el despliegue del método experimental de las ciencias naturales en las ciencias humanas en general. El escenario epistemológico, ontológico y técnico involucrado a finales del siglo XIX y en el desarrollo del siglo XX en lo que respecta a las profesiones de la salud mental implicó un registro histórico recurrente que omite aquellos contextos de producción mayores en donde se desenvuelve la práctica clínica, invisibilizando los escenarios políticos, culturales y sociales presentes en todo quehacer terapéutico desempeñado por las épocas referidas.

No obstante, con el surgimiento de corrientes construccionistas sociales, postestructuralistas, posmodernistas y los estudios de género han dado paso a lo que Rose (op. cit, p.3. las cursivas son mías) refiere como “una nueva historia social de la ciencia *que* traspasó la división clásica entre historia interna y externa de la ciencia...*lo cual involucra* que el propio conocimiento científico debe ser entendido en su contexto social, político e institucional, y en términos de la organización de *sus* comunidades científicas”. Con la visualización que Rose (op.cit) refiere en relación al siglo XIX y XX, se establecen cinco tipos de factores externos relevantes que están implicados en la producción de subjetividad en la salud mental y que son principalmente de tipo económico, profesional, político, cultural y patriarcal.

En relación a lo económico, las disciplinas de curación del alma<sup>7</sup> tienen raíces vinculadas al desarrollo del capitalismo, lo que se tradujo en la formulación de un aparataje de condiciones que se enlazaban con el mercado, las clases trabajadoras y el sujeto colonial. Todo esto dio origen a la existencia de una serie de problemas provocados por la industria, la productividad, la salud del trabajador, la administración de las plantas coloniales; planteando a las psicociencias un desarrollo del control sobre la naturaleza, el significado

---

<sup>7</sup> Para Nikolas Rose (2007) las prácticas terapéuticas abarcan un variado surtido de técnicas y procedimientos que van desde la intervención en una semana de cinco días, cincuenta minutos al día, pasando por el potencialmente interminable psicoanálisis hasta una psicoterapia breve, terapia cognitiva, terapia de la conducta, terapia racional emotiva y todo el variado conjunto de prácticas terapéuticas tales como los locutorios de radio y las técnicas aplicadas en hospitales, escuelas y otras instituciones. Conceptualiza genéricamente el término *psicoterapia* como *curas de almas* a toda práctica que intente responder a las preguntas sobre la felicidad y el cómo vivir bien la vida.

de la vida económica y las políticas tendientes a asumir las problemáticas de higiene mental en un inicio del siglo XIX.

Precisamente en estos contextos los profesionales terapéuticos se adscribieron a intereses particulares en y sobre los individuos, como también en sus agrupaciones (clases, géneros, razas). Formularon teorías que se relacionaban por ejemplo la capacidad mental de las mujeres en estricta relación con sus ciclos reproductivos, describiéndolas en muchas ocasiones como inestables y dependientes para realizar ciertas prácticas sociales vinculadas al trabajo. Es así como después de la segunda guerra mundial varios psicólogos varones llegaban a conclusiones de que las mujeres poseían un *instinto maternal* que incentivaba la necesidad de que ellas dejaran de trabajar en las fábricas para volver al hogar a cuidar a los hijos.

Los factores políticos que refiere Rose (op. cit, p.4) “de las ciencias psicológicas suelen ver al estado como el origen, el orquestador o el beneficiario de muchas de las prácticas sociales que se llevan a cabo en nombre de la psicología o la psiquiatría”. Desde la noción de estado en el siglo XIX aumentó el control del sistema estatal y las ciencias psicológicas, creando autoridades políticas para dicho periodo. Esto se traduce en el nacimiento de una nueva forma de racionalidad gubernamental que conlleva entender al estado en su relación con la constitución del sujeto político acorde a la población de un territorio nacional específico. (Rose; Malley y Valverde, 2006)

A causa de esto surge la disciplinarización de la psicología como instrumento de racionalidad y tecnologías de lo político, siendo plasmado en políticas de aseguramiento del bienestar y la normalidad física y mental de los ciudadanos en los términos de modelación y regulación del manejo de la existencia privada en trabajadores, ciudadanos, padres y madres, canonizando las pautas de normalidad política del estado. Carrasco y Yuing siguiendo las ideas de Rose (2014, p.99) refieren que “profesionales y técnicos pueden ser comprendidos como agentes de gubernamentalidad, en tanto que participan en la intervención de sujetos y grupos a partir de ciertos conocimientos en relación a lo normal o

deseable, y los fundamentos que guían sus prácticas son promovidas por políticas de gobierno”.

Rose (op.cit, p.5, las cursivas son mías) señala con respecto a los factores culturales que “el inicio de la psicología del siglo XX *es un* síntoma de la mentalidad de una era que vio el nacimiento del individuo introspectivo, aislado y autosuficiente, para quien la verdad no es colectiva ni sagrada, sino personal”. Este marco cultural constituye la emergencia, articulación y transformación de los valores éticos y técnicos que determinadas prácticas clínicas poseen y que posibilitaron su consolidación al interior de una cultura particular, esto último se relaciona con que dichas prácticas culturales debieron responder al momento histórico y a la relación con los problemas que las personas experimentaban, lo que en última instancia fue la construcción de prácticas éticas sobre el conocimiento psi y como éstos evocaron procedimientos técnicos en las autoridades terapéuticas sobre los mecanismos de autoconducción de las personas. Es así como se ocuparía un lugar dentro de una genealogía de las tecnologías de subjetivación, o sea, de las racionalidades prácticas que los seres humanos se aplicaron a sí mismos y a otros en nombre de la autodisciplina, el autodomínio, la belleza, la gracia, la virtud o la felicidad. (Rose, op. cit)

Por último, los factores patriarcales que suelen ser muchas veces omitidos desde los discursos científicos sociales, han sido puestos en la palestra por los movimientos feministas que evidenciaron que las psicociencias desempeñaban un papel en la divulgación de mitos al interior de las prácticas psicológicas, psicosociales y psiquiátricas. (Walters; Carter; Papp y Silverstein, 1988/1991) Muchos de estos mitos referían a que la mujer apoya el orden patriarcal y la legitimización de la infantilización femenina, buscando reproducir la idea de dependencia y subordinación de las mujeres a las relaciones domésticas en el mundo privado del hogar, fomentando ideas tales como que la maternidad provocaba fragilidad y vulnerabilidad psicológica. Todas estas desventajas se vinculan a una variedad de supuestos culturales y prácticas administrativas del espacio (público y privado) y de la interacción social (crianza de los hijos y el sexo) por aquella época.

Todas estas problematizaciones conllevan a formular algunas interrogantes presentadas en Botella y Figueras (1995) sobre el desarrollo histórico y cultural de los tratamientos psicoterapéuticos. En este sentido cabe la siguiente interrogante por situar ¿En qué tipos de corrientes filosóficas, literarias y culturales se enmarcan las principales corrientes psicoterapéuticas? Y ¿Cuál es el origen que éstas representan para la práctica clínica en el escenario actual? Dichos autores presentan dos formas dicotómicas de entender las psicoterapias, por una parte existe una visión que considera que las teorías de la psicoterapia son productos contrastados, científicos y empíricamente validados a diferencia de un nuevo renacer de profesionales que la visualizan como construcciones discursivas y narrativas destinadas a dar sentido a la propia experiencia humana. Para profundizar estas formas de entender la psicoterapia se llevará a cabo un análisis relacional con las distintas profesiones relacionadas con su auge.

### **1.2.2 Historización de la psicoterapia como dispositivo y su relación con los profesionales de la salud mental: Análisis histórico relacional entre Psicoterapias, Psicología clínica, Trabajo Social Clínico y Psiquiatría.**

¿En qué escenario aparece la psicoterapia como práctica clínica? Según Feixas y Miró (1993/2010) la psicoterapia en sentido estricto “aparece durante el último cuarto del siglo pasado, período en el que los descubrimientos se suceden con rapidez y los conocimientos acumulados en el pasado comienzan a ser vistos bajo una nueva luz: la medicina oficial reconoce la naturaleza psicogénica de la neurosis”. (op. cit, p.51) A pesar de estos cambios, inicialmente la intervención psicoterapéutica para el gremio médico no fue una alternativa de desarrollo profesional en su quehacer, pese a la importancia que atribuían a la relación cuerpo-mente en la etiología de diversas enfermedades mentales. La psicoterapia sería desarrollada en los márgenes de la medicina oficial y con el nacimiento del psicoanálisis ocurre su origen disciplinario.

Será en los Estados Unidos la cuna de una psicología profesional orientada a la resolución de los problemas prácticos de los clientes (individuos, empresas, instituciones) situación que tensionó y polarizó la relación entre clínicos y académicos, creando la separación entre psicología profesional y académica que en última instancia reflejó la división entre ciencia y tecnología. (Feixas y Miró, op. cit) En este panorama el movimiento psicoanalítico se desarrolló autónomamente y paralelamente a la psicología académica, la psicología clínica psicométrica y la psiquiatría.

Para la psicología clínica en su constitución como especialidad que proliferó en los Estados Unidos, encontró en el psicoanálisis no solo un papel importante después de la primera guerra mundial, incitando su interés teórico y práctico ante la insatisfacción del papel psicométrico que desempeñaban sus profesionales en las instituciones psiquiátricas. Es así como los psicólogos clínicos comenzaron a necesitar la dotación de técnicas e instrumentos teóricos, adoptando al psicoanálisis como marco de referencia, ya que ofrecía un saber operativo y comprensivo, un saber con aspiración científica y tecnológica que facilitaba el manejo de técnicas diagnósticas y terapéuticas. (Feixas y Miró, op. cit) Pero el psicoanálisis no solo era el marco de referencia privilegiado de la psicología clínica, sino que también para otra profesión que interviene el malestar subjetivo por la misma época. El Trabajo Social y específicamente la práctica del trabajo social de casos será una primera plataforma de práctica clínica social con personas en situaciones de privación y pobreza. (Hill, 1986/1999; Bernler y Johnsson, 1988/1997; Escartín, 1992; Quintero, 1997; Aylwin y Solar, 2002/2009; Quiroz, 2003 y Fernández, 2008)

Los trabajadores sociales de casos son la vertiente clínica iniciática en los Estados Unidos en el tratamiento de personas y familias que se encontraban en críticas situaciones de desigualdad y exclusión social. Su práctica nace en las sociedades de caridad y organizaciones filantrópicas a finales del siglo XIX (Fernández, 2008) para posteriormente profesionalizarse mediante el desarrollo técnico y científico de Mary Ellen Richmond (1922/1993) dando origen al *casework* como una aproximación metodológica para la resolución de problemas sociales que presentan los individuos. El casework como método



del Trabajo Social en sus inicios estuvo influenciado por el modelo médico, la clínica psiquiátrica y psicoanalítica (Hill, 1986/1999). Esta característica metódica ilustra a Mary Richmond como una clínica incipiente para los profesionales del Trabajo Social, ya que con la inserción del método clínico al tratamiento de caso social individual implicó tempranamente el estudio y tratamiento de la subjetividad del individuo con su medio social.

El casework de Richmond (op.cit) se definía como el conjunto de métodos que desarrollará la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre en su medio social. Para Perlman y Maturana de Mellafe en Catalán (1971, p. 83-84) señalan dos definiciones sobre este método, la primera hace referencia a “un proceso empleado por algunas instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo afrontar con eficacia sus problemas de ajuste social”. Mientras que la segunda se refiere a “un proceso psicosocial destinado a operar cambios en el individuo y en su relación con el medio, con el fin de que pueda enfrentar con efectividad sus problemas de funcionamiento social”. Para Richmond (op. cit, p.69) las principales intervenciones que debía realizar el trabajador social con las personas 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 del cliente que consulta; y d) acción indirecta ejercida por el medio social”.

Zamanillo (1987, p.90) afirma curiosamente respecto a las intervenciones anteriormente señaladas por Richmond que “ninguno de los tres primeros tipos de intervención apuntados distingue a un profesional del Trabajo Social de un psicoterapeuta”. Entonces ¿Existía clínica en el casework a comienzos del siglo XX? Precisamente desde estas bases conceptuales Richmond (op.cit) originó la constitución de un proceso metodológico (que tiempo después sería llamado modelo diagnóstico o clínico normativo en Trabajo Social por sus discípulos) influenciado por el modelo médico constituyendo la célula de lo clínico al interior del Trabajo Social.

Algunos historiadores de la terapia familiar como Rosselot y Carrasco (1997, p.66) señalan a Richmond como una de las principales raíces de la terapia familiar, para estos autores “Mary Richmond sugiere el tratamiento de familias completas y previene acerca de los riesgos de aislar a las familias de su contexto natural...Su aproximación a la práctica consideraba intervenciones en distinto niveles, desde el individual al cultural”. Desde este método surgieron variadas trabajadoras sociales que entregarían al *casework* una base teórica fundamentada en el psicoanálisis, Quiroz (op. cit., p. 81) al respecto nos dice que “lo que con M. Richmond comienza siendo una atención individualizada, en la que se percibe la influencia de conceptos médicos, tales como diagnóstico, tratamiento y terapia, se ve paulatinamente, revestido de conceptos psicoanalíticos por sus discípulos, lo que a su vez provoca una prolongación y profundidad en el << tratamiento>>”.

Kisnerman (1987, p.113. Las cursivas son mías) y Salinas (2010) afirman que se rotuló de diagnóstica a ésta escuela debido a que “por acentuar precisamente la importancia del diagnóstico para poder solucionar los problemas sociales, *fue bautizada con el nombre de diagnóstica o clínica normativa. No obstante sería con Gordon Hamilton* quien por 1940 *introduciría* el concepto psicosocial, señalando que el caso, el problema y el tratamiento deber considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial”. Hill (op. cit., p.33, las cursivas son mías) aclara que “la mayoría de los trabajadores sociales de caso norteamericanos, hasta los años 50, consideraban que los problemas del individuo que debían preocuparles eran los desórdenes en el funcionamiento intrapsíquico, debido a la fuerte influencia de la teoría psicoanalítica, *los conceptos como* ansiedad incontrolable, culpabilidad, defensas paralizantes y temas libidinosos y agresivos que dañaban las relaciones interpersonales  *fueron claves para el diagnóstico y tratamiento de los problemas individuales*”.

Según Kisnerman (1987) refiere que con el aporte de Florence Hollis y su reformulación teórica sobre el casework, definiría a este método como un tratamiento en dos categorías. Por una parte era terapia social (que buscaba cambios en el medio social de la persona) y por otra una psicoterapia (debido a que intentaba cambios en la persona). Para

Hollis en Kisnerman (op. cit., p. 116) este tratamiento psicosocial constituía “una continua mezcla de esfuerzos para ayudar a la persona a modificar su situación o sus sentimientos y acciones o cambiar su medio a través de intervenciones del trabajador social a su beneficio”. Este análisis también es compartido por Aylwin y Solar (op. cit. p.68, las cursivas son mías) quienes señalan que con Florence Hollis:

“se propuso un enfoque psicosocial del caso que tuvo mucha influencia en la práctica profesional. *Esto produjo que* los problemas familiares siguieron siendo analizados y tratados por los trabajadores sociales, pero con una perspectiva psicoanalítica. Así Hollis, *abordaba* problemáticas familiares *ubicando* las causas de los conflictos conyugales en factores de personalidad de los miembros de la pareja. Esta tendencia predominó en las agencias familiares y en las agencias dedicadas al trabajo con niños, que eran los principales campos de práctica del Trabajo Social”.

De acuerdo con Aylwin y Solar (op. cit, p.67. Las cursivas son mías) la teoría psicoanalítica “produjo una revolución en las ciencias humanas, y tuvo la suficiente potencia para copar inicialmente todas las explicaciones acerca del comportamiento humano”. Desde las instituciones psiquiátricas que atendían a los sobrevivientes de la primera guerra mundial, los profesionales de la salud mental encontraron en el psicoanálisis no solo explicaciones sobre los problemas que afectan a las personas, sino también una modalidad concreta de tratamiento y de psicoterapia para la población. Posteriormente en el marco general de la década de los cuarenta surgieron voces disidentes<sup>8</sup> con el psicoanálisis producto de la reivindicación que psiquiatras realizaron por la exclusividad del ejercicio psicoanalítico solo reservado a médicos y que luego fue legitimada con la restricción de dicha práctica por la Asociación Psicoanalítica Internacional.

La terapia conductista también alcanzaría su auge en este escenario, hegemonizando a los trabajadores sociales de casos. Aguilar (2013) refiere que en la década de los años

---

<sup>8</sup> Según Feixas y Miró (op.cit) en 1949 se celebró la conferencia de Boulder en el estado de Colorado en los Estados Unidos, en dicho encuentro se preconfiguró lo que hoy en día es el modelo de psicólogo clínico propio de las universidades, el cual sigue vigente hoy en día, y que contempla una visión científica-practicante que aspira a que el psicólogo clínico debe recibir formación científica (a nivel de doctorado) y una formación aplicada en una especie de internado residente en centros asistenciales. Esto involucró que los psicólogos debían recibir formación en las áreas de diagnóstico, investigación y la terapia.

cuarenta y cincuenta, esta práctica clínica fue dominante en estos profesionales, proliferaron libros como el *Socio-Behavioral Approach and Application to Social Work* y el *Selected Sociobehavioral techniques and principles: An approach to the interpersonal helping* ambos de Edwin Tomás; como también el “*Learning Theory and Social Work*” de Derek John. Dichos textos fueron marcos conceptuales y referencias teóricas para modelos de práctica clínica socioconductistas en Trabajo Social, tendencias que se enmarcaban a dicho contexto predominantemente. (Dubini, 1969; Hill, 1986; Escartín, 1992; Payne, 1995; Du Ranquet, 1996 y Quiroz, 2003)

Con la segunda guerra mundial la conciencia clínica aumentaría en los psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras, y finalizaría el contrato de unión entre psicoanálisis, psicología clínica y trabajo social de casos. Uno de los enfoques terapéuticos alternativos que motivó una serie de investigaciones científicas fue la psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers, siendo considerada una precursora de la psicoterapia moderna que distaba del psicoanálisis y la terapia conductista. Por otra parte y debido a los desastres y secuelas que dejó la segunda guerra mundial surgió con fuerza a comienzos de los años cincuenta y parte de los años sesenta las psicoterapias y psicologías humanistas, siendo más un movimiento filosófico y social que psicoterapéutico, aglutinando asistemáticamente una serie de pensadores (Bühler, Bugental, Frank, Van Kaam, Murphy, May, por ejemplo) y de técnicas promotoras de autorrealización como la terapia centrada en el cliente, terapia gestalt, análisis transaccional, etc. (Feixas y Miró, op.cit)

Las psicoterapias humanistas también estuvieron presentes en modelos clínicos de Trabajo Social (Payne, 1995) nutriendo a los trabajadores sociales en sus valores (ya que los valores de esta disciplina son esencialmente humanistas) y por otra parte, con la influencia de ideas fenomenológicas, existenciales y de interacción simbólica sirvieron como base para la comprensión de los seres humanos desde una actitud más flexible y menos condenatoria sobre los problemas que los aquejan. No obstante las ideas humanistas en Trabajo Social se vieron truncadas por contextos burocráticos instalados en los organismos públicos que en su mayoría llevan muchos procesos estandarizados y

controlados, dificultando la libertad de dichas prácticas clínicas para los trabajadores sociales.

Considerando lo anterior, y en forma independiente al movimiento humanista, en los años sesenta se desarrollará el enfoque sistémico, el cual supuso un salto distinto a todas las psicoterapias anteriores. El modelo sistémico y el principal protagonismo de la terapia familiar serán uno de los principales referentes para muchos profesionales de la salud mental por su epistemología holística que incorporaba la teoría de sistemas y la cibernética. Serán los estudios de la comunicación realizados por Bateson, Jackson, Haley y Weakland que darán un protagonismo a la familia como núcleo de conceptualización y tratamiento. Con su consolidación como movimiento psicoterapéutico, ganará muchos adeptos y propondrá una serie de modelos clínicos para el trabajo individual, de parejas y familiar. (Feixas y Miró, op. cit)

Un hito importante para el Trabajo Social en la época de los años sesenta fue cuando el término clínico (que estaba relacionado al casework) es considerado por la profesión y por las políticas de los Estados Unidos. Se crea la primera licencia de Trabajo Social Clínico por ley en Rhode Island para el año 1961. Entre 1960 y 1980 se comenzaron a entregar licencias clínicas para los trabajadores sociales especializados en salud mental y terapias familiares. A causa de aquello será hasta 1987 cuando la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de los Estados Unidos creará la definición de práctica clínica en Trabajo Social<sup>9</sup>. (Rivera y Sánchez, 2012)

Ya en la década de los años setenta y ochenta aparecerán los modelos cognitivos en psicoterapia, situación gatillada por los avances en teorías del aprendizaje y la terapia

---

<sup>9</sup> Según la National Association of Social Workers se entiende por práctica clínica la aplicación profesional de los valores, principios y técnicas para ayudar a las personas a obtener servicios; ofrecer consejería y/o psicoterapia a individuos, familias y grupos; ayudar a las comunidades o grupos proveyendo o mejorando los servicios sociales de salud; y participar en los procesos legislativos. Para Rivera y Sánchez (op.cit) todas las definiciones apuntan que el Trabajo Social Clínico inmiscuye el aspecto mental de las personas, dando a entender que en la práctica clínica el profesional trabajador social clínico puede hacer manejo de casos (casework), psicoterapia y consejería.

conductual, pero será un movimiento autónomo. Sus autores emblemáticos como Ellis, Beck, Mahoney, por nombrar algunos, fueron los cabecillas de dicha psicoterapia, siendo ésta un referente para las universidades y la psicología académica. Como hemos ya visto, los modelos cognitivos también serán fundamento para la teoría y práctica de trabajadores sociales clínicos y principalmente para aquellos que se desempeñan en servicios psiquiátricos tradicionales. (Payne, 1995; Feixas y Miró, op.cit)

Todo el panorama visualizado anteriormente se relaciona con el auge de las terapias y psicoterapias para el mundo de las profesiones en la salud mental. Será por decirlo de alguna manera, una serie de tecnologías y formas de disciplinamiento del yo (Rose, 2006) que en última instancia hacen referencia a como los seres humanos llevan a cabo el cuidado de sí y de los demás en una determinada sociedad. Sin embargo, la psicoterapia sistémica será hegemónica en variados profesionales e instituciones sociales, constituyendo una especie de paradigma de intervención clínica y psicosocial.

### **1.3 Genealogía de la psicoterapia sistémica**

La clínica sistémica tiene un largo recorrido sociohistórico vinculado a la psicología clínica, el trabajo social clínico y a la psiquiatría, disciplinas que conjugaron varios equipos de trabajos, escuelas y modelos teórico-prácticos centrados en el malestar de complejos sistemas humanos. Para los diversos autores que han esbozado la historia de la psicoterapia y específicamente de la terapia familiar (Hoffman, 1981/2010; Rosselot y Carrasco, 1997; Bertrando y Toffanetti, 2000/2004; Fuhrmann, 1998; Von Schlippe y Schwietzer, 2003; Bernales, 2000; Feixas y Miró, 1993/2010; Linares, 2009; Ochoa, 1995; Sánchez, 2003 y Pakman, 2016) la terapia familiar surge principalmente en la década de los años sesenta en Estados Unidos producto de una serie de prácticas sociales acumuladas en diversas profesiones vinculadas al trabajo con personas y familias.

Al respecto Bertrando y Toffanetti (op.cit, p.25. Las cursivas son mías) siguiendo las ideas de Broderick y Shrader (1991) referirán respecto a esta forma terapéutica que:

“la terapia familiar no surge de la nada. La consultoría matrimonial, la terapia sexual y *el trabajo social* quizá no la anticipaban, pero ciertamente contribuyen a extender la idea de que se puede intervenir en la familia y que puede valer la pena hacerlo. En la continuidad que representa la tradición de la consultoría y *el trabajo social* se inserta una discontinuidad: hablar de sanar a la familia, en lugar de aconsejar a la familia, marca un cambio de gran relevancia. A partir de este punto, la terapia familiar nace adoptando múltiples formas, con algunos elementos comunes y numerosas divergencias que por diversas razones anticipan su futura evolución”.

Rosselot y Carrasco (op.cit, p.66) referirán al respecto que la terapia familiar como orientación clínica sistémica nace de una diversidad de prácticas disciplinarias concordantes que intentaban comprender el funcionamiento humano desde una perspectiva relacional e interaccional sobre la subjetividad individual-familiar. En su origen recibió influencias del trabajo social con casos, de la teoría de los pequeños grupos, del movimiento de clínicas de guía infantil, de investigaciones en esquizofrenia, teóricos del ciclo vital, como también de la antropología y sociología funcionalista. No obstante, será clave para el desarrollo de la terapia familiar la contribución de los trabajadores sociales:

“las primeras conceptualizaciones del funcionamiento familiar surge del aporte de los trabajadores sociales, quienes desde los comienzos de su disciplina se han preocupado de la familia como la unidad social en que focalizaban sus intervenciones. Además de ocuparse de satisfacer las necesidades básicas de las personas pobres y marginadas, intentaban aliviar el sufrimiento emocional de las familias. A través de las visitas a domicilio, traspasaron la barrera médico-paciente y se contactaron directamente con las familias en su hábitat natural y con la complejidad de las redes relacionales. Grandes protagonistas de la historia de la terapia familiar han sido asistentes sociales como Virginia Satir, Peggy Papp, Lynn Hoffman, Harry Aponte, Betty Carter, Braulio Montalvo y Mónica McGoldrick por nombrar solo algunos”.

Von Schlippe y Schwietzer (op.cit, p.20) realizan algunas consideraciones importantes a tomar en cuenta sobre el surgimiento de la terapia familiar y del enfoque sistémico como base teórica y clínica conceptual:

“hasta la actualidad, la terapia de familia y la terapia sistémica siempre han pretendido ser algo más que otra forma de terapia. Las técnicas de la terapia sistémica son el resultado de cuestionarse como crean conjuntamente su realidad los seres humanos en los sistemas sociales, en que premisas se basan sus pensamientos y vivencias y qué posibilidades existen de indagar o perturbar dichas premisas. Cuanta más relevancia adquirirían estos aspectos, menos importante se volvía la pregunta de con qué sistemas (o subsistemas) sociales se trabaja, o si realmente es necesario que siempre esté toda la familia presente. De ahí que cada vez se hablara menos de terapia de familia y más de terapia sistémica o fuera del reducido campo de la psicoterapia de asesoramiento sistémico”.

Fuhrmann (op.cit, p.48) afirma que en la terapia familiar estuvo presente una división al interior de la psiquiatría en los años sesenta, y “fue mirada con especial desconfianza, no solo porque sus diferencias con los enfoques tradicionales eran ostensibles, sino además por provenir de profesionales que en su mayoría no eran psiquiatras y algunos ni siquiera médicos o psicólogos”. Las críticas que la terapia familiar realizaba a la psiquiatría eran destructivas, tildando a esta disciplina de obsoleta y reduccionista. Tuvieron que pasar varios años para que la tolerancia mutua de estas disciplinas fuera posible, aconteciendo una transformación que guió la aceptación de los profesionales clínicos sistémicos.

Bernales (op cit, p.688) respecto a la psiquiatría y a la terapia sistémica señala que la necesidad de introducir el pensamiento sistémico a la práctica clínica psiquiátrica surge por la pregunta fundacional sobre ¿Cómo es la interacción entre el sistema biológico y el relacional en lo concerniente a la causalidad del enfermar psíquico? Dicha inquietud será un principio que guiará hacia el enfoque sistémico para el tratamiento de pacientes y sus familias en los servicios de salud mental. En sus inicios este pensamiento era casi inimaginable de visualizar, mucho más aún una práctica clínica con un enfoque familiar para el tratamiento de los desordenes psiquiátricos graves. Esto supuso principalmente un cambio de concepción intrapsíquica y psicodinámica hacia una en la que los patrones relacionales tienen influencia en el tratamiento y pronóstico de la práctica psiquiátrica. Al respecto este autor enfatiza que:

“la teoría sistémica inició un desarrollo que la llevó a tener diferentes escuelas y concepciones acerca de la terapia a lo largo del tiempo, según haya enfatizado aspectos



comunicacionales y estratégicos, estructurales, multigeneracionales o construccionistas. Por otro lado, el propio término <<terapia sistémica>> puede ser entendido como modalidad o formato de una manera de intervenir, como meta de un tratamiento grupal o como nuevo paradigma de ver el cambio (de lo lineal e intrapsíquico a lo interaccional y recursivo). Todo ello ha modificado la manera de ver la psicoterapia y la psicopatología para los que la practican”.

Linares (op.cit, p.851) clarifica que la psicoterapia sistémica se estableció a mediados del siglo XX como fruto de la confluencia y aportaciones de diversas prácticas y saberes en ciencias humanas y de la salud. La corriente del comunicacionalismo cuyo representante más emblemático fue Gregory Bateson propició un modelo base para el estudio y tratamiento de los sistemas humanos, de acuerdo con este autor:

“La terapia familiar surgió fundamentalmente como una práctica, casual para algunos, para otros necesaria e inevitable, en cualquier caso revolucionaria: tratar juntos en sesión a los distintos miembros de la familia. Tan impresionada quedó la comunidad psicoterapéutica ante tamaña osadía, que calificó de <<conjunta>> a esa terapia familiar, para diferenciarla de lo que ya era una situación conocida, a saber, tratarlos separadamente en distintas terapias y generalmente por distintos terapeutas”.

Bloch (1988) menciona que en el período de 1945 a 1960 en los Estados Unidos, la enseñanza de la terapia familiar se realizaba en pequeñas instituciones, con conferencias ocasionales o talleres, y a través de consultas en lugares de formación, como las escuelas de Trabajo Social y los hospitales. Grandes institutos aparecieron como el Ackerman Institute for the family, el Mental Research Institute de Palo Alto o el Family Institute of Chicago. Durante aquella época una comisión federal autorizada por el gobierno regulará la formación de los terapeutas familiares, reconociendo dos tipos de programas, programas para novicios equivalentes a las Maestrías en Trabajo Social (MSW) y programas denominados posprofesionales, como el Ackerman Institute donde se formaban profesionales de diversas profesiones calificados para la salud mental.

Por otra parte, la mayoría de hospitales públicos trabajaban con un modelo piramidal de atención que era el siguiente: un terapeuta (psiquiatra) para tratar el proceso intrapsíquico, un evaluador psicodiagnóstico (psicólogo) para determinar rasgos de

personalidad mediante la aplicación de pruebas psicológicas diagnósticas; y por último un profesional trabajador social que trabajaba con los problemas cotidianos de los pacientes y que veía los procedimientos institucionales, visitando e interviniendo a las familias. Los sentimientos de frustración de esta forma de trabajo llevaron a los investigadores a buscar otras vías de intervención ante tales dificultades. Dos grandes grupos de investigadores se crearon, por una parte estaban los clínicos cuyo interés fue encontrar tratamientos más efectivos para el trabajo con familias, y por otro lado estaban los investigadores teóricos que se interesaron en encontrar explicaciones científicas a los problemas como la comunicación humana, el funcionamiento familiar, la estructura de los sistemas, etc.

### **1.3.1 Principales modelos de psicoterapia sistémica: Breve reseña histórica y aportaciones para la constitución de la práctica clínica sistémica**

Los modelos de psicoterapia sistémica según Zamorano, Morales y Besoain (2013) han sido categorizados en dos grandes marcos: a) Los modelos de primer orden, influenciados en la cibernética y la teoría general de sistemas, caracterizados como modelos de los sistemas observados, con terapeutas directivos y enérgicos actuando sobre el sistema familiar; y b) Los modelos de segundo orden, influenciados en el giro epistemológico de los años 80, caracterizados como modelos de los sistemas observantes, con terapeutas que se preocupan del lenguaje y de los modos en que las personas organizan sus vidas en torno a los relatos, narraciones y diálogos que organizan sus tramas relacionales. Desde estos marcos referenciales sobre los modelos en psicoterapia sistémica se visualizará en una breve reseña histórica sus principales contribuciones clínicas y su conexión contextual social acerca de sus respuestas terapéuticas en el marco de las necesidades en salud mental.

## **Modelo del Mental Research Institute (MRI)**

El grupo de investigadores significativos en esta pionera historia según Sánchez y Gutiérrez (2000) es el conformado en Palo Alto en el Mental Research Institute (MRI) y al cual pertenecieron destacables personajes como Don Jackson, Jay Haley, Virginia Satir, Paul Watzlawick y John Weakland. Para Bertrando y Tofanetti (op.cit, p.102) este grupo fue “una pequeña organización privada con el objetivo expreso de estudiar y formalizar un método de terapia familiar”. Los campos de interés del MRI fueron la clínica, la formación y la investigación, destacando las investigaciones de Jackson y Weakland publicadas en 1962, aportando importantes artículos sobre las normas familiares y el sistema conyugal.

El equipo del MRI influyó principalmente a los hospitales y universidad locales, la esquizofrenia se convierte en uno de sus tópicos de interés, junto a las patologías psicósomáticas y el potencial intelectual de los niños. Cada miembro del MRI realiza aportaciones significativas para la terapia familiar, Haley publica su *-Estrategias en Psicoterapia-*, Satir dará a conocer su inicial manual práctico de terapia *-Psicoterapia Familiar Conjunta-*; mientras que Don Jackson aportará distintos artículos y dirigirá investigaciones. Desde el MRI se contribuirá sustancialmente a la fundación de la principal revista, la *Family Process*, siendo su primer director Jay Haley. Sin lugar a dudas el aporte principal del MRI es la publicación de *-Teoría de la comunicación humana-* de Watzlawick y otros en 1967. (Bertrando y Tofanetti, op.cit) Con el libro señalado anteriormente, el grupo del MRI plantea que la comunicación en su sentido más amplio, está dominada por las reglas del lenguaje, y por su gramática y sintaxis.

## **Modelo Estructural**

Ochoa (op.cit) señala a Salvador Minuchin como el padre fundador del modelo estructural en terapia sistémica, el cual fue desarrollado entre los años 1965 y 1970 cuando

trabajó como director de la Clínica de orientación infantil de Filadelfia, creando de esta forma un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar. Las variables estructurales específicas en las que se centra su práctica clínica son los límites que implican reglas de participación y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites.

Bertrando y Tofanetti (op.cit, p.149) señalan que la teoría que fundamenta este modelo surge de “un análisis sociológico del impacto que el contexto social ejerce sobre las familias pobres. El grupo de investigaciones expone las descripciones sociológicas y antropológicas de la vida de los pobres en distintas culturas, encontrando características en común”. Minuchin adopta el modelo de familia nuclear desarrollado por Talcott Parsons en 1955, el paradigma parsoniano proporcionó una clave para interpretar la estructura y distribución de las funciones típicas en el seno de la Escuela Wiltwyck. El grupo culmina con la obra colectiva *-Familias y Terapia Familiar-*, primer libro de la terapia familiar que considera seriamente el problema de la pobreza y de la disgregación social, así como uno de los primeros en auspiciar las intervenciones en red que van más allá de la familia nuclear, propuesta introducida por los trabajadores sociales de este grupo, Harry Aponte y Braulio Montalvo.

En 1965 Minuchin deja la escuela Wiltwyck para dirigir la Philadelphia Child Guidance Clinic, entrando en contacto con una población heterogénea que comprende desde familias de clase obrera hasta de la burguesía. En este proyecto, Minuchin armó un equipo junto a Braulio Montalvo, Berenice Rosman y Jay Haley, transformado esta clínica en uno de los grandes centros del movimiento de terapia familiar. Minuchin desarrolló en esta clínica trabajos vinculados a familias psicósomáticas con pacientes diabéticos y con anorexia nerviosa. No obstante, en 1975 Minuchin deja la Philadelphia Child Guidance Clinic, y queda al mando Harry Aponte, Ron Liebman y Berenice Rosman. En 1981 Minuchin dirige el Family Studies Institute en Nueva York dedicándose a la formación de terapeutas familiares. (Rosselot y Carrasco, op.cit)

## **Modelo Estratégico**

Von Schlippe y Schwietzer (op.cit, p.27-28) mencionan que este modelo está asociado principalmente a Jay Haley, en esta forma de terapia “se empezaron a buscar soluciones simples a problemas complicados mediante tareas creativas, inusuales, e incluso alocadas, una herramienta que sigue siendo fundamental” hoy en día. Bertrando y Tofanetti (op.cit) señalan que con la formalización de este enfoque surgen dos modelos, uno centrado en el proceso y otro en la forma. El primero está representado por la terapia breve del MRI y el segundo en la terapia estratégica de Haley, pero ambos modelos comparten ideas básicas, esto implica que ambas son terapias ligadas al síntoma y centradas en el presente.

Cloe Madanes en 1975 funda junto a Jay Haley (con quién contrajo matrimonio) el Family Therapy Institute de Washington, lugar donde desarrollaron el modelo de terapia estratégica. Con la publicación del libro *-Terapia Familiar Estratégica-* publicado por Madanes, la autora consolida su reputación como terapeuta y docente, y sus ideas son una atinada reformulación de las ideas de Haley, los síntomas son vistos como el resultado de jerarquías incongruentes, percibiendo que un determinado patrón estructural y los problemas clínicos observados definen el problema presentado.

Ochoa (op.cit, p.182) señala que “el enfoque de terapia familiar estratégica se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática”. Hoffman (1981/2010) respecto al modelo estratégico indica que para los terapeutas de dicho enfoque mantienen un procedimiento específico para la entrevista inicial, la cual es parecida al ejercicio de un detective al realizar una investigación para resolver un problema que lo intriga.

## **Modelo de la Escuela de Milán**

La terapia sistémica de Milán es un modelo psicoterapéutico fundado en las teorías de Bateson e inicialmente aplicado solamente a la terapia familiar. El grupo iniciático estuvo constituido por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata entre los años 1967 y 1975. En los primeros años de la década de los sesenta el grupo estuvo influido bajo la orientación psicoanalítica pero tiempo después adoptó el modelo del MRI durante aproximadamente una década. Tiempo después emergerá como un modelo ejemplar al interior de la terapia sistémica, destacando sus principios basados en la cibernética batesoniana, desembocando posteriormente en el constructivismo, el construccionismo social, el posmodernismo y la narrativa. (Boscolo, Bertrando y Gálvez, 2013).

Con la publicación del libro *-Paradoja y Contraparadoja-* de Selvini y cols (1975) se describen los trabajos con familias que tenían un miembro diagnosticado como esquizofrénico, casos clínicos que para equipo eran considerados como un laberinto. Hoffman (op.cit) refiere que con esta publicación se describe en forma completa su labor y métodos, pero con la publicación de la obra de Bateson *-Pasos hacia la ecología de una mente-* en 1972, el grupo se introdujo a nuevos horizontes teóricos, cambiando su forma de pensar y trabajar rotundamente, involucrando transferir la epistemología cibernética batesoniana a la práctica clínica con la intención de pensar y actuar de un modo sistémico. (Boscolo, Bertrando y Gálvez, op.cit).

Von Schlippe y Schwietzer (op.cit) señalan que finalizando los años sesenta y después de diez años de trabajo conjunto, el grupo de Milán se separa, desarrollando modelos distintos. Los trabajos e investigaciones de Mara Selvini Palazzoli expresaron una visión más bien crítica del trabajo realizado por el modelo, continuó perfeccionando sus intervenciones clínicas y en particular aquellas vinculadas a la perturbación de sistemas con transacción esquizofrénica. Por otro lado, Boscolo y Cecchin siguieron un camino distinto,

su interés se centro en la formación terapéutica y se encaminaron progresivamente a un modelo de cooperación y a la estructuración de diálogos constructivos, en sintonía con los modelos surgidos con el giro lingüístico (Boscolo, Bertrando y Gálvez, op.cit; Von Schlippe y Schwietzer, op.cit)

### **Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones**

Trepper (2009) define a este modelo como orientado al futuro y con la finalidad de lograr objetivos. Fue elaborado inicialmente por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, ambos trabajadores sociales, que junto a sus colaboradores en los años ochenta en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee de Wisconsin en los Estados Unidos impulsaron un enfoque más pragmático que teórico. Sus influencias reciben las ideas del MRI, la filosofía de Wittgenstein y el pensamiento budista, no obstante su principal diferencia radica en que sus antecesores se enfocaban en la formulación del problema y la mejoría del mismo, ellos comenzaron a explorar las soluciones.

Bertrando y Tofanetti (op.cit) indican que De Shazer busca un modo de conllevar las tendencias manipuladoras de las terapias de corte estratégico con la premisa de que los clientes saben más sobre sus propias vidas y problemas. Bajo esta lógica se pierde la importancia de elaborar hipótesis acerca de lo que les sucede a las personas, pasando de lleno a la observación. Todo el proceso terapéutico es puramente un proceso curativo, donde no es importante determinar el problema, sino sencillamente encontrar las soluciones. Concordando con Von Schlippe y Schwietzer (op.cit) este modelo presupone la existencia de recursos, en la entrevista se crea una expectativa para un cambio a posterior que se basa en los recursos preconcebidos. El sistema terapéutico se construye con el objetivo de que la psicoterapia finalice lo antes posible, esto involucra recopilar los indicios que permitirían a ambas partes reconocer que el problema ha sido resuelto y a esto se le contribuye especial valor.

Durante los últimos años la terapia breve centrada en las soluciones mantiene una influencia constante en diversos profesionales que la acogen (trabajadores sociales, psicólogos, consejeros u orientadores familiares). Para Trepper (op.cit) el enfoque centrado en soluciones ha sido aplicado más allá de la práctica psicoterapéutica tradicional para acoplarse en intervenciones de agencias de servicio social, marcos educacionales y escuelas modelo y sistemas comerciales.

### **Modelo Narrativo**

Con una base teórica y filosófica centrada principalmente en el postestructuralismo, el trabajador social australiano Michael White y antropólogo de origen canadiense David Epston (1980/2011) son los precursores de la práctica terapéutica conocida como terapia narrativa. Estos autores se conocieron en 1980 en el Primer Congreso de Terapia Familiar de Melbourne en Australia, comenzando una amistad y sociedad que fue la base de una nueva forma de terapia sistémica. (Sued, 2009) Al respecto, Bertrando y Toffanetti (op.cit, p.321) señalaran que tal “como Minuchin contra Satir, como Boscolo y Cecchin contra Minuchin, White y sus seguidores imponen la narrativa con vehemencia, desencadenando el más radical rechazo de los modelos de terapia familiar que les han precedido”. La terapia narrativa se considerará durante varios años la frontera de la terapia familiar. Los terapeutas narrativos se focalizan en la cuestión del poder y de la política en terapia, incitando a los profesionales a ser más conscientes de su propia posición de poder, y por lo tanto de su rol como agentes del poder en la vida de las personas.

Las prácticas narrativas incitan a los profesionales a estar activamente involucrados en la conversación con las personas, participando por medio de preguntas sobre la trama histórica y relacional de los sujetos. Esto involucra en la relación terapéutica estar investigando conjuntamente con las personas sobre sus problemas y descubriendo las relaciones que ellas tienen con los mismos, enfatizando el conocimiento que van adquiriendo para hacer frente a las dificultades con la finalidad de unificar propósitos para



vencer a los problemas que los dominan. Las prácticas narrativas se establecen por medio de una exploración conjunta, conversaciones externalizantes, identificando acontecimientos excepcionales, engrosando tramas de historias alternativas por medio de preguntas sobre el panorama de acción, incluyendo testigos externos y el uso de documentos terapéuticos.

Actualmente Cheryl White en White (2011/2015) -viuda de Michael- refiere que la expansión de las prácticas narrativas han sido profundas llegando a diversos países y continentes, introduciéndose en nuevos campos de acción como la entrega de respuestas narrativas al trauma en Ruanda y Palestina, impulsando acciones sociales y desarrollo comunitario en sectores rurales de Uganda, innovando el trabajo con comunidades aborígenes en Australia y Canadá. Finalmente ha sido tan significativa su expansión que ha desembocado en la integración de prácticas narrativas en centros de salud mental como las clínicas psiquiátricas universitarias en ciertos lugares de Austria, por otra parte en Estados Unidos existen programas de tratamiento diurno que incorporan prácticas narrativas, como también en centros de rehabilitación de salud mental en Australia y trabajo psicoeducativos en Japón.

### **Modelos Conversacionales y Dialógicos**

Estas propuestas terapéuticas se ubican como los últimos desarrollos en el campo de la terapia familiar y se vinculan a las llamadas terapias posmodernas. La terapia conversacional se relaciona al pensamiento y práctica clínica de Harlene Anderson y Harry Goolishian en el Galveston Family Institute de Texas en Estados Unidos. Para Bertrando y Tofanetti (op.cit) ambos autores trabajaron con familias en servicios asistenciales de salud mental desde los años cincuenta, principalmente con personas rotuladas de problemáticas o sin posible tratamiento. Este enfoque parte de la premisa de que la persona y el profesional tienen la misma dignidad en su experiencia vivida, siendo la experiencia humana rica en significados, aceptando que la misma experiencia no puede ser interpretada con un a priori

hermenéutico para después ser reinterpretada sobre la experiencia de los demás con un criterio teórico rígido.

De lo anterior, la misma Anderson (2012, p.8) declara que “las relaciones y las conversaciones son inseparables y se influyen mutuamente. La manera en que nos vinculamos –la forma en que desarrollamos una relación con otra persona– influye en el tipo y calidad de las conversaciones que podemos tener unos con otros, y del mismo modo, las conversaciones que empezamos a tener con otros influirán en el tipo y la calidad de nuestras relaciones”. La terapia conversacional opera en el fluir de la conciencia, lo que va constituyendo el material de trabajo por medio de la conversación, para los conversacionales sus objetivos son inciertos en muchas ocasiones. (Bertrando y Tofanetti, op.cit)

Desde los planteamientos de Harlene Anderson surgirá lo que conocemos como terapia dialógica al interior del pensamiento posmoderno en psicoterapia sistémica y que implicó para la terapia conversacional una evolución natural. Anderson (2012) declara que desde el abandono de las metáforas mecanicistas y cibernéticas de primer orden en la comprensión de los sistemas humanos, involucró la profundización de la metáfora de los sistemas de lenguaje, metáforas que en última instancia fueron más sensibles a lo relacional y singular de la experiencia de cada persona. Esta condición gatilló su vinculación con una filosofía práctica que incluye supuestos interconectados de filosofías posmodernas, teorías sobre el diálogo, lenguaje, narrativa y construccionismo social. Hoy en día las escuelas que han seguido desarrollando e interiorizando el modelo dialógico son los terapeutas vinculados a la escuela posMilán. Bertrando (2009, p.63-64) menciona que “las teorías sistémicas antiguas arriesgaban perder al sujeto, mientras que aquellas actuales se arriesgan más bien de perder el contexto –y así de renunciar a la acción social–...En cuanto a mí...la perspectiva que da más forma a mi trabajo, hoy, es la dialógica...la terapia no puede ser más que dialógica”.

### 1.3.2 Cuadro esquemático de los modelos de psicoterapia sistémica basado en Bertrando y Tofanetti (2004)<sup>10</sup>

Niveles de comprensión	Modelos Estructurales y/o Estratégicos	Modelos de Terapia Breve	Modelo de la escuela de Milán	Modelo Narrativo	Modelo Conversacional y Dialógico
<b>Epistemología</b>	Aceptación de una realidad dada	No se problematiza los supuestos epistemológicos. Está orientado pragmáticamente	No hay un acceso a la realidad	No hay un acceso a la realidad	No aceptación de la realidad como algo a priori dado y tampoco a priori hermenéuticamente.
<b>Paradigma</b>	Relacional (Nuclear)	Relacional (Nuclear)	Relacional (Social)	Relacional (Personal/Individual)	Relacional (Cultural)
<b>Teorías Principales</b>	Teoría General de Sistemas, sociología estructuralfuncionalista y Teoría de la Comunicación Humana	Teoría General de Sistemas, Teorías del Comportamiento, Programación Neurolingüística	Teoría de la Comunicación basada en Bateson y Teorías del Lenguaje	Teorías Narrativas, Teorías del Lenguaje, Teorías Sociales Críticas y Literarias	Teorías Narrativas, Teorías del Conocimiento, Teorías Literarias y del Lenguaje
<b>Autores</b>	Salvador Minuchin, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Jay Haley, Andolfi, John Weakland, Paul Watzlawick	Milton Erickson, Steve De Shazer, Insoo Kim Berg y William O'Hanlon	Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Paolo Bertrando, Mara Selvini Giuliani Prata	Michael White, David Epston, Cheryl White, David Denborough y Martin Payne	Harry Goolishian, Harlene Anderson, Tom Andersen y Paolo Bertrando
<b>Técnicas</b>	Modificación conductual relacional Reencuadre y reestructuración	Pregunta milagro Bola de Cristal Fantasía Guiada	Preguntas relacionales, hipotetización, curiosidad, premisas	Externalización, contradocumentos, árbol de la vida y ceremonias de definición	No hay técnicas
<b>Conceptos Claves</b>	Homeostasis, alianza, poder, jerarquía, límites y roles	Recursos y Soluciones	Evolución, proceso, deconstrucción, texto	Poder, discurso, historicidad, texto, agencia personal, reescritura	Tradicición, sociedad, cultura, conversación, colaboración
<b>Tiempo</b>	Terapias de larga duración relativas caso a caso	Terapias Breves (8 a 10 sesiones con atención semanal)	Terapia Breve a largo plazo (8 a diez sesiones con atención mensual)	Terapia de duración variable (Atención semanal cada 15 días)	No determinado
<b>Conducción de la terapia</b>	Directivo, normativo y posición de Experto	Centrada en la persona, conducción directiva y con maniobras	Responsabilidad centrada en la conducción de la sesión	Terapeuta propositivo y participativo	Centrado en la conversación y el vínculo. No experto

<sup>10</sup> Parte de este cuadro corresponde a los apuntes personales del autor de ésta tesis, correspondientes al módulo metateórico cursado en el Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar de la Universidad de Chile en el año 2013.

## 2. Subjetividad y Teoría Clínica Sistémica Relacional

*“El transcurso del tiempo no se nos da como transcurso puramente objetivo de cosas pasadas. Es, al contrario, subjetivísimo, y al hundirnos en la profunda soledad de la memoria personal, no es tanto el devenir de la montaña, del lago, de <<las hojas que en las altas selvas vimos>>, lo que nuestra intuición atestigua, como nuestro propio devenir, es el paulatino desgaste del futuro y la disolución en el pasado del núcleo de nuestro yo”.* (Jorge Millas, 1943/2009)

Salvador Minuchin (1998) en un polémico artículo titulado *¿Dónde queda la familia en la terapia familiar narrativa?* Cuestionaba las nuevas prácticas sistémicas introducidas por Insoo Kim Berg en la terapia breve centrada en soluciones, el socioconstruccionismo de Karl Tomm, la terapia conversacional de Harlene Anderson y en último lugar a la terapia narrativa de Michel White. Dicho autor sentía desconfianza y contemplaba con incredulidad el trabajo muchas veces individual que realizan estos terapeutas que se enfocan en trabajar con un solo miembro de la familia (generalmente los padres y madres). Se preguntaba si realmente el construccionismo social como meta-teoría ayudaba a los terapeutas a la comprensión del funcionamiento familiar o si aquella forma de trabajo implicaba realmente una nueva dirección bajo este giro teórico para la práctica sistémica con familias.

Al realizar un análisis de los fundamentos teóricos clínicos sistémicos, Bianciardi (2010) nos señala que desde la comprensión del concepto de *sistema* en congruencia con la epistemología cibernética de segundo orden, ésta ha sido desde un inicio problemática para la práctica clínica. La introducción del concepto de hipótesis, que es sin duda el concepto más significativo en la práctica clínica sistémica, originó el trabajo centrado en la hipotetización con los sistemas humanos y sus problemas, involucrando la posibilidad de no cegar al profesional ante supuestas hipótesis de verdad tan frecuentes en la visión moderna de la terapia.

Siguiendo a Bianciardi (op. cit) con la inclusión del observador al sistema observado, premisa que viene repercutiendo sobre la teoría y práctica clínica sistémica de forma constante, viene implicando asumir que todo lo que conocemos y comprendemos es construido, creado o inventado por un organismo biológico que se sitúa como observador y que en el vivir y convivir va trazando distinciones dentro de su propio nicho ecológico. Limón (2005) añade que las contribuciones del constructivismo enriquecieron la práctica clínica sistémica, dotándola de un marco teórico conceptual que orientaba a la aceptación de presupuestos como la imposibilidad de conocer una realidad objetiva por parte del observador, o un mundo externo independiente a ser conocido por el mismo; otorgando márgenes para explicar que una relación terapéutica está situada en un contexto, en un espacio y marcada por los sujetos que interactúan en una realidad co-construida. Asimismo, esta inevitable posición que involucra la subjetividad en la práctica terapéutica y que se inició con el constructivismo fue una especie de preludeo para la aparición de la orientación construccionista en la terapia familiar, la cual fue crucial para favorecer la transición paradigmática. (Limón, op.cit)

Goolishian y Anderson (1994/2005, p.296) respecto a esta nueva entrada en la práctica clínica sistémica refieren que desde una perspectiva epistemológica y ontológica esto ha sido posible gracias al cuestionamiento que llevó a cabo el movimiento posmoderno en las ciencias sociales. Con el abandono de posiciones teóricas ancladas en la modernidad que sostiene un <<yo (o self)>> reducible, cosificable, medible y cuantificable” y que principalmente ha sido promovido por las versiones modernas de la psicología cognitiva y las psicoterapias psicoanalíticas y humanistas clásicas. A permitido pensar <<un yo o self>> hermenéutico que se define a partir de su capacidad para reproducir historias y relatos de sí mismo y de los demás, como también sobre su contexto cultural y lingüístico.

Las prácticas clínicas sistémicas que parten de esta tradición hermenéutica invitan a los profesionales a colocar énfasis en la conversación, a una conversación que no sea una proyección teórica o una reedición de las narrativas de las personas, sino más bien a una

conversación terapéutica que dé cabida a la transformación del sí mismo o self narrador de las personas en el espacio terapéutico. Para que esto sea posible, los profesionales que ejercitan ésta práctica pueden realizar preguntas acerca de la narración como vía de acceso a la subjetividad, pero siempre desde una posición no experta, ya que no será posible conocer esas subjetividades hasta que las personas las puedan relatar en el espacio terapéutico.

La subjetividad como tópico no está totalmente desarrollada y posiblemente continuará siendo una narración constructiva compleja que se rehace y deconstruye en cada práctica, ya que no es posible reducirla en atributos concretos –consciente, inconsciente, interno o privado– como tampoco es un reflejo de lo real o de una realidad concreta, tampoco es universal para todas las experiencias humanas u homogénea. Su valor radica a que está al interior de una cultura y en un contexto político que la va produciendo en sus espacios sociales, siendo no lineal a las experiencias externas, sino más bien es polifónica y es el resultado de múltiples procesos y aspectos de la historia de los sujetos. (White, 2004; Anderson, 2012)

## **2.1 Posmodernidad y Psicoterapia Sistémica**

Tarragona (2013) señala que la crítica posmoderna mantiene una constante influencia sobre las ciencias humanas y principalmente en la psicología y la psicoterapia. La idea más relevante es la del cuestionamiento sobre el rol del terapeuta como observador objetivo de las personas en la práctica clínica, implicando la consideración de los aspectos culturales, ideológicos y políticos presentes en todo quehacer terapéutico y en las teorías que lo fundan. Al mismo tiempo el posmodernismo realiza un proceso de cuestionamiento hacia las metáforas que guían la práctica clínica y específicamente a las concepciones sobre el self o sí mismo como algo fijo, invariable o permanente.

Payne (2000/2012) complementando lo anterior nos relata sobre las condiciones historias que posibilitaron dicha crítica, el posmodernismo surge en la década de los setenta con el cuestionamiento de las pretensiones modernistas dualistas sobre un mundo objetivo y subjetivo predominantes culturalmente. Para el proyecto de la modernidad que se funda en la expansión del conocimiento científico como forma de verdad racional y progresiva de la naturaleza del mundo externo y del interior de la mente de las personas, constituyen ideas centrales que establecen una condición social de organización de los saberes y del dominio de la naturaleza que son esenciales para el progreso humano. Anderson (1997/1999, p.63-64) realizando un análisis de las tradiciones modernas y posmodernas de la práctica clínica nos refiere que a nivel global dicho proyecto moderno:

“designa una tradición filosófica occidental, una era, un discurso monovocal, que representa el ideal renacentista de la humanidad como centro y dueña del universo, y también los conceptos cartesianos de objetividad, certidumbre, cierre, verdad, dualismo y jerarquía...En esta tradición, el conocimiento verdadero es un conocimiento mediado, documentado, un conocimiento educativo, que guía al hombre desde las oscuras cavernas del tiempo hasta el luminoso cielo de una presencia eterna. El conocimiento es representativo de un modo objetivo, que existe con independencia de la mente y los sentimientos; es subjetivamente observable y verificable; y es universal y acumulativo. De este conocimiento derivan grandes teorías generalizadoras; el modernismo es un discurso monovocal donde domina la verdad y se valora la estabilidad”.

Limón (1997) viene a exponer que la tendencia socioconstruccionista y construccionista social en la psicoterapia y psicología social vinculada a la posmodernidad vienen para afirmar en el medio terapéutico e intelectual que a mente no refleja al mundo, que las palabras no reflejan al mundo o a la realidad. Esta invitación a la novedad, coloca énfasis a que lo que llamamos –realidad– solo convenciones culturales históricamente situadas y mediadas a través del lenguaje; considerando que el significado de las palabras no se derivan de los procesos que supuestamente representan, ya que este es metafórico por naturaleza propia. Los profesionales adscritos a la crítica posmoderna invitan a considerar que una historia particular no es falsa ni verdadera, sino una construcción social como muchas otras, relativizando aquellas concepciones previas acerca de la verdad, invitando la aceptación de múltiples relatos sin pensar que ningún discurso particular se convierte en

uno privilegiado, las implicaciones son considerar al conocimiento científico contemporáneo como construcciones de realidad alternativas en la práctica clínica, y situar al saber en su producción de contexto y medio cultural. Esta condición posmoderna ha implicado para la psicoterapia sistémica asumir una serie de hipótesis sobre el conocimiento, la sociedad, la cultura, el individuo y la verdad.

Hoffman (1992/1996) nos declara que los pequeños grupos de terapeutas que comenzaron a introducir las ideas posmodernas en la terapia sistémica dejaron una huella enorme de influencia considerable, concibiendo a la terapia como una posibilidad más participativa y menos orientada hacia los objetivos determinados de la concepción mecánica, experta y neutral del espacio terapéutico. El desmantelamiento de los fundamentos filosóficos del pensamiento occidental moderno conllevó un cuestionamiento a todo marco de trabajo que planteé algún tipo de estructura interna para el ente en cuestión, ya se tratase de un texto, una familia o un juego. Para Lax (1992/1996) la característica más importante del posmodernismo a la práctica clínica es entender el papel relevante de la narración como metáfora fundamental de la experiencia humana, ya que los procesos que ocurren en la práctica terapéutica bajo esta consideración sostienen la posibilidad de desarrollar una historia acerca de la propia vida, convirtiéndose en la base de toda identidad, por lo tanto, de un sí mismo. Este proceso de narrar, contar y relatar la vida siempre lo hacemos en conjunto con otros, y las posibilidad de resignificar nuestra experiencia vital es un acto de liberación ante los discursos que nos oprimen o empobrecen nuestra historia personal o familiar.

### **2.3 Prácticas Narrativas: La terapia de Michael White y David Epston**

White (2011/2015) en el último libro editado después de su muerte, señalaba los propósitos que habían configurado las exploraciones de prácticas terapéuticas involucradas



con la metáfora narrativa. Una de las primeras consideraciones que surgen se debió a la necesidad de promover prácticas que contribuyan a enriquecer las descripciones de los saberes y habilidades generadas en las historias de las personas, mostrando su importancia y enfatizando los esfuerzos para responder a los problemas y dilemas que los oprimen. Para que esto fuera posible, jugó un papel importante la visión positiva de las potencialidades y la creencia en los recursos de las personas, ante la constante visión mecanicista y científicista en las que se basaba la comprensión del ser humano en los procesos terapéuticos (White y Epston, 1980/2012). A causa de aquello, la decisión de mantener prácticas que no sean normativas y que no refuercen, ni reproduzcan las formas de vida valoradas por la cultura dominante, fue clave para comprender muchas veces los aspectos que no son cuestionados por la cultura psicoterapéutica, refiriéndose dicho cuestionamiento a todas las formas de ser en el mundo consideradas como reales, apropiadas, sanas y normales.

La terapia narrativa como se conoce popularmente nació a principios de los años ochenta cuando Michael White y David Epston se conocen en la Reunión Inaugural de Terapia Familiar Australiana de 1980. En este sentido, declara Epston (1989/1994, p.46) que “aproximadamente por esa época comenzamos a reunirnos regularmente para trabajar, enseñar y pensar juntos. Mi trabajo comenzó a fusionarse con el Michael” después del taller presentado en el Quinto Congreso Australiano de Terapia Familiar en 1984. Desde aquel entonces estos autores generaron una colaboración y compañerismo complementario para el desarrollo de las prácticas narrativas, estableciendo una relación personal y profesional que se fortaleció con el tiempo, dando frutos notable y revolucionando a la propia terapia familiar sistémica.

El aporte de Michael White a las prácticas narrativas se inicia con la práctica clínica inspirada en las ideas de Michel Foucault, principalmente con las ideas sobre la relación entre el conocimiento y el poder, complementada con las lecturas de Goffman, Derrida, Gergen y Bruner como marcos referenciales más amplios para la comprensión de los problemas humanos. Esto le permitió desarrollar una amplia reflexión sobre los procesos de

desintitucionalización del conocimiento y el poder expertos dando paso a las metodologías de *reautoría*. Sus primeros trabajos fueron con niños que padecían encopresis cuando él ejercía como trabajador social un servicio de psiquiatría infantil, ante estos niños que generalmente tenían historias empobrecedoras y con una gran estigmatización por parte sus propios padres, desafío a Michael White para crear un trabajo constante y que conllevó a investigar los *resultados únicos* como forma de dimensionar los resultados y los éxitos ante aquellas problemáticas que los dominaban.

Posteriormente Michael White crea el lema “*la persona no es el problema; el problema es el problema*” separando a la persona del problema, idea revolucionaria y consistente en personalizar a los problemas, dando origen a la técnica de externalización de los problemas. En relación a lo anterior, esto significó en el caso de la encopresis, definir aquel problema muchas veces como *la caca traicionera*, generando de esta forma la externalización del síntoma, transformándolo en un ente separado de la persona que se puede enfrentar y vencer. Su aporte más significativo fue lograr que estas historias puedan ser reescritas, otorgando la calidad de autores a las personas como principales actores en la deconstrucción de los discursos empobrecedores de sus experiencias dominadas por historias saturadas por el problema. (Bertrando y Tofanetti, op.cit)

Por otro lado, la complejidad de las prácticas narrativas se deben también al aporte de David Epston, quién expresó una aceptación de la antropología, los estudios etnográficos y transculturales como metodologías aproximativas para la investigación y reflexión de la práctica terapéutica. Esto conllevó a considerar una comprensión relativista de la fenomenología de las pequeñas culturas familiares y de identidad singular de las personas, como también un rechazo tajante al pseudocientificismo de la psiquiatría clásica que promovía la separación del objeto estudiado del sujeto observado, y que en última instancia instaba a una degradación de la cultura familiar con los fundamentos psicopatológicos. Por último, la conceptualización del cambio terapéutico como metáfora de transición y ritos de pasaje desde una perspectiva transcultural proporcionó la exploración de dimensiones

nuevas al ejercicio clínico, reformulando a la propia terapia y haciendo más humano y liberador el espacio terapéutico.

Dentro de lo más destacable de su trabajo es la utilización de medios literarios para fines terapéuticos y específicamente la utilización de cartas como forma expandir las narraciones y documentar los aspectos escritos de la conversación terapéutica, provocando un cambio y consolidación de una de las metáforas más importantes de la época, concebir a la terapia como un texto y rescatar la experiencia textual del lenguaje. (Bertrando y Tofanetti, op.cit) Con la publicación conjunta del famoso libro *“medios narrativos para fines terapéuticos”* (White y Epston, op.cit) la práctica narrativa se constituyó como un cambio paradigmático de la terapia sistémica, colocando en la palestra a la terapia como una operación política, enfatizando esa práctica cotidiana de la política que había sido infravalorada por los terapeutas. Para White (1989/2004, p.223-224, Las cursivas son mías) las prácticas narrativas:

“*exigen que el terapeuta desafíe sus certezas establecidas. El terapeuta no puede saber de antemano qué es lo <<conveniente>> para una persona; ni siquiera puede saber cómo debería ser la familia una vez concluida la terapia. La metáfora narrativa se opone a las prácticas totalizadoras. Alienta al terapeuta a adoptar una posición reflexiva en relación a la constitución de realidades terapéuticas. Y también alienta a ayudar a aquellas personas que buscan el apoyo terapéutico a fin de adoptar una posición similar en relación con sus propias vidas, así como para comprometerse a reescribir sus vidas de acuerdo con una versión alternativa de cómo podrían ser”.*

Por otra parte, la práctica narrativa según Epston, White y Murray (1992/1994) asentaron la aceptación del método interpretativo de las ciencias sociales y la adscripción a la metáfora del texto que insta a considerar a la historia o narración como un marco referencial de la experiencia humana, la cual organiza la vida y la pautea. Estas premisas definen a la narración como una unidad de significado y que a través de ella se interpreta la experiencia vivida, esto sugiere que las historias que nos contamos a nosotros, como también los demás, nos adentran a una dimensión temporal de la experiencia que nos une

con el mundo, afirmando que nuestra vida es vivida a través de esas historias, como también con las historias acerca de los demás.

White y Epston (op.cit) instan esta visión de la interpretación de la “realidad” como una forma de cuestionamiento y de poner en duda la constante aplicación del pensamiento lógico-científico dominante en las ciencias sociales, esto en términos prácticos implica deconstruir una forma de comprensión que usualmente es legitimada por comunidades científicas que aplican procedimientos y convenciones que prescriben el uso de la lógica formal, el análisis riguroso, los descubrimientos empíricos guiados por hipótesis razonadas para llegar a condiciones de verdad universales en desmedro de verdades particulares o locales.

Para White (1995/2002) el afirmar que los seres humanos son seres interpretativos de sus propias experiencias a medida que viven la vida es establecer que interpretan la vida desde un marco de inteligibilidad que brinda un contexto para significar la experiencia atribuyendo significados a la subjetividad. De esta forma los relatos vienen a constituir ese marco de inteligibilidad, afirmando los significados del proceso de interpretar el mundo, los cuales nunca son neutrales, ni objetivos, esto a su vez tiene efectos determinados para nuestras vidas. Cada relato tiene efectos reales sobre lo que hacemos en los pasos que damos en la vida, por lo tanto los relatos y las historias propias son de alguna forma lo que dan sentido a nuestra experiencia vivida, pero también estas historias moldean nuestras vidas, constituyéndolas y abrazándolas.

Según White y Epston (op.cit) el complemento de dicha concepción de la terapia relatada involucra la utilización de medios narrativos para fines terapéuticos, los que consisten en una serie de contradocumentos que analizan y deconstruyen el uso de documentos modernos involucrados en la reificación de las vidas en las personas. Estos contradocumentos tienen una finalidad de reconocer por medio de galardones, trofeos, cartas, escritos, diplomas y certificados; la experiencia alternativa, recuperando la

experiencia escrita en la terapia, documentando las narraciones, relatos, frases y otros textos significativos surgidos de las conversaciones, los cuales son de gran importancia para la elaboración de los relatos alternativos y la externalización de problema.

En el transcurso del desarrollo de las prácticas narrativas se han incluido otros medios como las terapias de valor estético y literario (Freeman; Epston y Lovobits, 2001; Campillo, 2011; 2011a) que incorporan una diversidad de artes que estimulan a los diferentes sentidos otorgando dimensiones a la experiencia humana que son estéticamente gratificantes y que son complementarias a las conversaciones, tanto con niños como con las familias. La invitación a la conversación narrativa en esta perspectiva se vale de artes expresivas como el dibujo o la pintura, las historietas, la poesía, el diario, la escultura, la fantasía guiada, mapas o cartas, bandeja de arena, representaciones de marionetas, disfraces, juego simulado, teatro, movimiento, mímica, confección de mascarar, creación de figuras de plasticina, etc.

Las prácticas narrativas constituyen un pilar fundamental para el análisis de las microrealidades sociales, como también una forma de comprensión e interpretación del mundo fuera del pensamiento moderno. Para la práctica clínica sistémica, el enfoque narrativo involucra centrar la atención hacia las consideraciones del lenguaje y específicamente de los aspectos sociales, políticos y culturales involucrados en la constitución de la subjetividad contemporánea.

#### **2.4 Micropolítica y Poética en Marcelo Pakman**

David Epston en White (2011/2015, p.30-31) refería que pocas veces las prácticas narrativas colocaban atención a la micropolítica y a la ética que promulgaban, mucho menos a la poética de la práctica y del pensamiento general de la terapia narrativa. Epston

ya indicaba que los límites de la práctica narrativa estaba la escasa exploración de la micropolítica y poética en su modelo, dicha inquietud también es expresada en cierta forma por Bertrando y Tofanetti (op.cit) quienes refieren que a pesar de que la práctica narrativa había descubierto la importancia de la política en la terapia, no profundizó sobre las micropolíticas subyacentes al ejercicio terapéutico. Ante estas dificultades David Epston señalaba que:

“¿No crees que tenemos que acudir a la poética para esto?...Si tuviéramos que involucrarnos con la importancia de la poética en la práctica narrativa, sospecho que tendríamos que preocuparnos por leer más allá de nuestras disciplinas. ¿Por qué creo que vale la pena? Porque, considerar el lenguaje con el que visibilizaste el mundo de tu imaginario social vuelto a imaginar es algo que nos preocupa a todos –y también nos deleita–. Esto nos haría reconsiderar las conversaciones de externalización y quizás hacer de ellas algo más de lo que hemos hecho hasta ahora. La poética, así como la narrativa, hace que el lenguaje devenga un médium para atravesar la experiencia”.

Estas consideraciones vienen siendo desarrolladas en las últimas décadas por el psiquiatra argentino Marcelo Pakman, quién es terapeuta familiar, psiquiatra comunitario y psicoterapeuta de base sistémica que ha implementado una práctica clínica articulada entre la teoría crítica, la filosofía y la epistemología por un lado, y una reflexión teórica-clínica en el campo de la psicoterapia y la salud mental. (Pakman, 1997; 1997a; 2004; 2006; 2006a; 2010; 2014 y 2016). El aporte de Pakman para la comprensión de la práctica clínica contemporánea es esencial, aportando una mirada crítica sobre los procesos de tecnologización, instrumentalización y de reducción irreflexiva de las prácticas terapéuticas en la salud mental actual y del movimiento sistémico dominado por la psicoeducación.

Estas reflexiones y ejercicios meta-teóricos-prácticos han posibilitando dar un giro hacia la singularidad de la experiencia humana, más allá del empirismo científico y del giro lingüístico. Bernales (2012, p.159) en la reseña del libro *-palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia-* nos indica que Pakman “nos abre a un nuevo mundo en la psicoterapia, ese que restaura el status poético de lo humano

en un aparecer en el que pueda caber una nueva pretensión de verdad. Nos invita exponernos a ella sin hacer más movimiento voluntario que el de estar abiertos a que ocurra, abiertos a suplementarnos en nuestra subjetividad, abiertos a una recepción del otro y a la creación de un encuentro con ese otro”. La dimensión micropolítica y poética que Pakman (2010, p.39-40) refiere es relevante hoy en la práctica clínica sistémica, mucho más aún en los sistemas públicos de salud mental que están asediados por prácticas irreflexivas y descarnadas. Para este autor:

“la resistencia a pensar, por ejemplo, que los problemas que se nos presentan en la práctica profesional de la psicoterapia son básicamente problemas psicológicos de una mente concebida como autónoma, o concebida como un correlato del cerebro, o como una consecuencia de fenómenos socioculturales o lingüísticos, u otra concepción igualmente exclusiva y/o excluyente. Por ese motivo elegimos que lo sistémico debe ser micropolítico y crítico en psicoterapia como un modo de salir de las restricciones de los discursos, identidades, narrativas, interpretaciones que restringen la experiencia humana de sentido excediendo a esas estructuras que la organizan pero asfixian”.

La importancia de la micropolítica radica en omnipresencia invisible de lo político en el quehacer profesional que se expresa en los contextos y estructuras sociales dominantes. En este sentido, la constante propaganda médica que insta a las personas a considerar a las enfermedades mentales como enfermedades del cerebro, evoca una concepción de que todo trastorno psiquiátrico tiene un isoformismo neurológico, y por ende la medicalización se transforma en el fin y en el medio privilegiado de todo tratamiento. Aquí se presentan desde la mirada foucaultiana en la cual se inspira el autor, los elementos de una micropolítica que instrumentaliza los modos de objetivación, las prácticas divisorias de las relaciones de poder que separan los normales de los anormales, como también el conocimiento y la subjetividad. La invisibilidad y el silencio que dicha micropolítica ejerce se muestran en la instalación de conversaciones instructivas meramente informativas por diferentes medios, tanto televisivos como cibernéticos, como a su vez en los discursos sociales sobre conceptualizaciones de que todo problema psicosocial tiene una base primaria biológica que es la raíz de cualquier tratamiento, estableciendo una división

jerárquica entre lo fundamentalmente biológico, lo psicológico y lo social, como dimensiones separadas y no integradas. (Pakman, op.cit)

Estos discursos por su efectividad, devienen de un modo epistemológico de las relaciones de poder, configurando una subjetividad que las personas mantienen y sostienen, como también una subjetividad en los profesionales subyugados a dicha epistemología objetiva. Quizás el aspecto más disminuido en la concepción que subyuga a todos los involucrados, es la *social*, que queda como mero contexto o texto de una psicofarmacología o paradigma neurocientifista que la aplasta (Pérez, 2012) con los diversos diagnósticos neuropsiquiátricos en boga (fobia social, síndrome de piernas inquietas, hiperactividad con déficit de atención, trastorno oposicional desafiante, hiperactividad con o sin déficit de atención, trastorno bipolar en niños extendido por cuarenta en diez años u otros trastornos de comportamiento, etc) y que en algunos países, la complejidad de esta situación ha conllevado a la aceptación de estos diagnósticos como pilares necesarios para la obtención de ayudas estatales, vinculando a la medicalización y la declaración de la discapacidad como condiciones necesarias para la acreditación de prestaciones en salud, oscureciendo la dimensión social de todos estos problemas en una cultura particular.

En este medio, la práctica clínica sistémica en los profesionales de la salud mental intenta crear espacios de autonomía de difícil mantenimiento ante estas micropolíticas de la discapacidad que promueven y hacen operar aquellos componentes de una perspectiva psicopatológica subyacente. Ante aquel escenario, el distanciamiento crítico no se limita a la adopción de una postura alienante, como tampoco la de trazar mapas sobre la verdad o mentira epistemológica de estos saberes, sino más bien en como tomar conocimiento de esas tecnologías de poder que nos mantienen en una posición subjetiva y roles sociales determinados a priori. A pesar de lo anterior, la coerción no tarda en llegar como menciona Pakman (op, cit) y muchos profesionales que mantienen una actitud crítica son tratados como *profesionales difíciles*. Cuando aparece dicha circunstancia nuestra propia psicología



individual ayuda a mantener esa ceguera a la micropolítica, y los espacios de resistencia se viven como agonía en las instituciones de la salud mental.

La introducción del término *cliente*, el cual refleja el carácter de consumidor tanto en la política como en la práctica, se hace expansiva en todos los sistemas de tratamiento, reforzando la evaluación de los sistemas públicos de salud mental y psicosociales bajo lógicas de satisfacción y de uso clientelar de los espacios terapéuticos. Cualquier intento de creatividad se ve minada por la reticencia de una lógica dominante que formatea las acciones de los profesionales involucrados con una visión alternativa de práctica, para Pakman (op.cit, p.70) la práctica psicoterapéutica sistémica ante esto:

“adquiere una visión técnica que ha desterrado la idea de ver más allá de lo que dice el paciente, que se consideraba el elemento central para la práctica de la disciplina...Enfrentados a la micropolítica de situaciones como las descritas, relacionadas con los diagnósticos, las cuestiones de discapacidad ligadas a ellos, la propaganda, los conflictos entre terapeutas o entre sistemas sociales centrados en la ayuda al paciente-cliente, muchos profesionales aún consideran que hay un terreno propiamente psicoterapéutico cuya autonomía puede ser mantenida y que no tiene necesariamente que ver con la trama micropolítica foucaultiana de saber/poder y subjetividad a la que nos estamos refiriendo”.

Aquel terreno psicoterapéutico que refiere este autor es lo que se considera como una práctica social crítica en el ejercicio terapéutico sistémico, lo cual involucra hacer de la micropolítica un acto consciente que permita distanciarse del trabajo silencioso de esas visiones que privilegian considerar lo terapéutico como lo meramente *psicológico*, o como algo técnico basado en la aplicación de criterios de patología autosuficientes y universales para todo tipo de población independiente de las culturas, géneros y razas. Al respecto Pakman (2006a) nos aclara algunas conceptualizaciones necesarias a considerar en el trabajo del cambio terapéutico, lo que tiene que ver con hacer cosas que comúnmente no se visualizan como propias de una persona del mundo psi, lo cual involucra el trabajo en red, conversaciones sobre aspectos cotidianos y socioeconómicos, hasta coordinaciones con diversas instituciones.

Estos distanciamientos pueden crear un espacio mínimo donde el encuentro terapéutico, más que una orden trivial de guiones definidos a priori, tienen la oportunidad de ser un encuentro singular, único e irrepetible. Los determinantes micropolíticos nunca terminan por configurar todo el campo por medio de sus tecnologías que recrean subjetividades, ante esto las estructuras sociales siempre fallan en algunos lugares, siempre hay puntos de indeterminaciones que permiten apoyarse y ampliarlos para generar un espacio virtual de distanciamiento de sus guiones que intentan dominarnos y modificar nuestra subjetividad. Cuando decidimos hacer de la psicoterapia una práctica crítica social es aceptar la apertura a la originalidad de lo singular, coincidiendo en un solo momento terapéutico como también en varios momentos que la remiten en cada conversación con él otro. De todas formas, el cambio terapéutico no solo es una práctica crítica de lo micropolítico, sino también una práctica atenta a lo poético, a los eventos y momentos significativos que nos sensibilizan sobre lo cotidiano y nos sitúan a la singularidad de la experiencia humana en el espacio terapéutico. Pakman (2006a, *Las cursivas son más*) delimita al respecto que:

*“La poética, tiene que ver con un interés con aquellos momentos del trabajo terapéutico en el que se dan cambios discontinuos. He estado muy interesado en estudiar esos momentos singulares del proceso terapéutico, que escapan tanto a las interpretaciones que se venían haciendo de las cosas, como al hecho de que no están determinados por los modelos a los que decimos que estamos adscritos y que informan lo que hacemos, sino por otras fuentes de aprendizaje; están relacionados con algo que nosotros usamos frecuentemente en la comunicación cotidiana: las metáforas generativas pero no se agotan en ellas, ni las incluyen necesariamente...Estos momentos expresivos que tienen sentido pleno aunque no pueden ser domesticados en un significado claro y distinto que podamos identificar, articular”.*

Pakman (2010, p.239-241) insiste que una práctica crítica de la micropolítica, lleva consigo una práctica atenta a lo poético, como dos planos necesarios y que se presentan al mismo tiempo en el ejercicio profesional. Para la psicoterapia sistémica pensada desde estos márgenes:

“la poética crece en el espacio virtual de una práctica micropolítica crítica o lo inaugura. En ambos casos interrumpe el operar del trabajo micropolítico silencioso en lo social y afirma la singularidad material el sentido, con lo que abre una infinidad de mundos posibles. El momento poético, que usamos como figura para señalar una dimensión psicoterapéutica eficaz, a veces queda insinuado, mientras que en otras toma la cualidad de evento. En esos eventos, la exposición conjunta de los que participamos de la situación terapéutica a las imágenes que abren el mundo del sentido a la indagación y exploración deja como trazas palabras que permanecen capturar el conjunto de la experiencia. Son palabras que típicamente, y en contraste con la ambigüedad de lo que sólo vislumbrado, tienden a permanecer”.

Pakman (op.cit, p.249-250) señala que “la cualidad poética aparece como un nosotros al que yo, el yo, no tiene acceso continuo y cotidiano a voluntad, y que es, por así decir, ajena o externa a la subjetividad habitual en que me reconozco”. Las palabras que permanecen traen a la sensualidad de la materia vívida de las experiencias singulares, a las que aparecen como una necesidad de rescate, aunque sea de una manera mínima, que está a punto de ser olvidadas en el fluir incesante del vivir. Esta dimensión poética es central a la experiencia psicoterapéutica siempre que ésta no esté configurada como una tecnología de ajuste a la normalidad. La ocasión de momentos o eventos de sentido de carácter poético no es excepcional en la psicoterapia, siempre que ésta no sea una práctica puramente técnica. (Pakman, op, cit, p.252).

Dadas las características de los espacios y de las instituciones en donde se desarrolla la actividad psicoterapéutica sistémica, y específicamente en los espacios públicos en donde hoy en día se expresa con mayor dificultad los poderes disciplinares encargados de producir subjetividades, prácticas y tecnologías de objetivación. Es necesario mantener consideraciones que nos permitan realizar una práctica social crítica, no con el afán de confrontar o de cambiar radicalmente los contextos en donde practicamos lo clínico. Sino más bien, para que los profesionales puedan sensibilizarse, y tomar una posición ante cuestiones tan necesarias como el género, la política, lo social, la cultura o la etnicidad.

## 2.5 Práctica sistémica pública vs Práctica sistémica privada: Mundos paralelos o Mundos sin rumbo en el escenario clínico actual.

En 1985 por iniciativa del Institut d'Études de la Famille et des Systèmes Humains de Bruselas y del Ackerman Institute for Family Therapy de New York se llevó a cabo un encuentro internacional en donde participaron varias figuras de la terapia familiar e intelectuales en ciencias sociales para debatir sobre la formación y la práctica clínica de la terapia sistémica en el mundo. En dicho encuentro Jay Haley entregó algunas nociones interesantes sobre los profesionales que ejercen la terapia familiar, sean estos trabajadores sociales, psiquiatras o psicólogos. Para Haley (1988, p.51-52)

“¿Para qué sirve proporcionarle una formación? O en el caso de que trabaje en un lugar donde por razones administrativas, solamente un psiquiatra de niños puede ver a los niños, y un trabajador social a los padres, y en el que se considere que los psicólogos deben limitarse a someter a test a las personas. Si existen reglas de este tipo ¿Cómo podría actuar en calidad de terapeuta?”.

Las inquietudes de Haley durante el encuentro estaban dirigidas a la frustración de trasladar los conocimientos y prácticas de la terapia familiar a instituciones cuyo funcionamiento no permitía ejercer a los profesionales aquella terapia que les fue enseñada en sus respectivos institutos o programas postgraduales. Haley (1988, p.55. Las cursivas son mías) señaló que “*muchos profesionales* emprendieron una práctica privada, porque no podían trabajar de esa manera *terapéutica* en los centros *en donde trabajan*”.

Cirillo, Selvini y Sorrentino (2002/2004) nos señalan las limitaciones que tienen los ámbitos públicos y privados en el ejercicio de la terapia familiar, los cuales vienen librando una especie de batalla por los tipos de servicios que brindan. En este sentido un centro privado sirve como laboratorio para la elaboración de modelos teóricos y estrategias terapéuticas, los recursos más importantes son los profesionales entrenados y el tiempo de dedicación para atención e investigación que disponen. A esto se le suma la experiencia de

sus profesionales en este tipo de ejercicio sistemático, junto a la reflexión en reuniones de equipo bajo un modelo compartido, acompañado de rigurosidad en la práctica terapéutica en cada sesión, la toma de notas y el análisis de los videos registrados, sumado al número reducido de casos, todo esto toma partido en el ámbito privado a diferencia de lo público. A esto se le añade los recursos económicos, los cuales se relacionan con los aportes directos de los usuarios y otros recursos que son introducidos por charlas, capacitación, supervisión a otras instituciones y redes que suelen asesorar. Esto gatilla por un lado la existencia de condiciones distintas para el ejercicio de la psicoterapia en el ámbito privado a diferencia del público. Pero la práctica clínica sistémica privada tiene limitaciones evidentes, ya que “sólo las familias con medios pueden permitirse los gastos de los honorarios de dos o tres terapeutas simultáneamente, y sólo las familias con cierta cultura pueden comprender y justificar la utilidad de tal desembolso”. (Cirillo, Selvini y Sorrentino, op.cit. p.17)

En cambio, los contextos públicos que usualmente reciben a población heterogénea en términos culturales y socioeconómicos, trabajan con familias que están en el polo de la indiferencia y que se orientan a intervenciones que delegan la responsabilidad del cuidado de la persona afectada a los técnicos e inclusive si tienen un miembro con enfermedad psiquiátrica grave tenderán a la expulsión de éste en forma prolongada, internándolo en comunidades terapéuticas u hospitales especializados. La otra limitación que los autores refieren se expresa a que un centro privado por lo general solo facilita psicoterapia, y sobre todo familiar y a veces sesiones individuales esporádicas. Patologías complejas como las psicosis son muchas veces necesarias intervenciones múltiples (terapia farmacológica, internamiento, rehabilitación, etc.) obligando a los centros privados a colaborar con el ámbito público de atención sanitaria, ya que las dificultades psiquiátricas sobrepasan una sola intervención enfocada en el sistema familiar. (Cirillo, Selvini y Sorrentino, op.cit)

Para Ávila (2002, p.71) en Europa la psicoterapia en el ámbito público se mantiene, e incluso crece, ante esto nos expresa que:

“la evolución de la oferta de servicios en Inglaterra, o incluso en Alemania, nos permite entender que junto a la preocupación por los indicadores de coste-beneficio o coste-eficacia, hay un mayor compromiso público en la oferta de este tipo de programas...Pero si observamos en conjunto la situación europea, podemos apreciar tendencias de recuperación o instalación de programas de psicoterapia en los servicios públicos de salud, que vuelven a considerarse objetivos prioritarios, en el marco de una oferta de calidad”.

Bertrando y Tofanetti (op.cit, p.282) nos explicitan importantes consideraciones en términos de la práctica clínica sistémica pública vs la práctica clínica sistémica privada, la cual está escindida en ambos contextos “en Estados Unidos el campo de la actividad de los terapeutas de la familia se han desplazado hacia el sector privado; en toda Europa, Gran Bretaña incluida, en cambio, la terapia familiar se limita en buena parte al contexto público”. En Italia la terapia familiar después de los años setenta se convirtió en una fuerza social, en Alemania los terapeutas familiares llegan a ser directores de escuelas en universidades. En Gran Bretaña la terapia familiar se consolida en la Child Guidance Clinic y en los servicios de psiquiatría infantil convirtiéndose como método central del pensamiento psicoterapéutico clínico. En Grecia tanto la práctica privada de la terapia familiar será un referente significativo como la terapia familiar en servicios psiquiátricos públicos, mientras que en Polonia casi ningún terapeuta familiar trabaja en psiquiatría ambulatoria o en servicios sociales.

Para España las ideas sistémicas son más bien secundarias y con escasa influencia en servicios de psiquiatría y escuelas de medicina, no así en los servicios sociales y en consultorías para la infancia donde son predominantes. En los países escandinavos como Noruega la terapia familiar es importante para el sector de la psiquiatría pública, en Suecia la práctica clínica sistémica es predominante en servicios sociales siendo ejercida en su mayoría por trabajadores sociales y en Dinamarca se inscribe en la psiquiatría infantil. En Australia y Nueva Zelanda la práctica clínica sistémica no se identifica con ningún campo específico, pero adquiere un carácter ético, político y sociocrítico, considerada como una práctica terapéutica enfocada a lo comunitario. (Bertrando y Tofanetti, op.cit)

Tomando las consideraciones de Medina (2005) los procesos de globalización y el proyecto de la modernidad que ha sido objeto de crítica de los movimientos posmodernos y construccionistas sociales dejan un debate y unas condiciones particulares para entender las prácticas clínicas en el escenario actual, respondiendo al conocimiento local y contextual de sus características. Para Medina (op.cit. p.196) respecto a los países latinoamericanos:

“Actualmente Latinoamérica está rezagada, se caracteriza por países económicamente pobres, situación que matiza en mucho los tipos de estructuras y dinámicas familiares. El gran cuestionamiento aquí es: si la cultura, la historia e incluso la pobreza de un pueblo tiene que ver con los síntomas psicológicos que puede presentar un individuo y su familia. Si la respuesta es afirmativa, nos lleva a pensar que no solo la psicopatología debe de buscar mucha de sus explicaciones en dichas circunstancias, sino también culturalizar, en este caso, el modelo sistémico, para diseñar teorías y metodologías de intervención contextual para la búsqueda de soluciones correctamente locales”.

Vicencio (2015) respecto a lo anterior explicita que en los países como Estados Unidos la práctica sistémica hoy en día está sujeta a condiciones e investigaciones que demuestren su eficacia y eficiencia para los servicios de salud, conllevado a que se investiguen los tratamientos sistémicos bajo modelos de investigación basados en la evidencia. Para Vicencio (op.cit. p.27) respecto a Latinoamérica:

“se intenta replicar los modelos investigados en el exterior, para transferir sus técnicas y procedimientos. Pero no es la mejor opción, ya que lo que se promueve es la tecnificación de una disciplina como la nuestra, que debe incorporar en su ejercicio la singularidad de los pacientes y terapeutas. Aun así, el avance de la terapia familiar y de las prácticas sistémicas en Latinoamérica es enorme, especialmente cuando se compara con la decadencia de nuestro oficio en los Estados Unidos”.

La práctica clínica sistémica privada y la práctica clínica sistémica pública ante todo lo dicho se presentan hoy como sin rumbos esclarecedores en el escenario clínico actual desde una perspectiva global. A nivel local y concretamente en Chile, los profesionales que asumen un paradigma sistémico en su práctica clínica en los contextos públicos de salud mental o en programas psicosociales en su mayoría son promovidos por políticas públicas que incentivan una visión sistémica, lo cual ha permitido la institucionalización del enfoque

en diversos dispositivos centrados tanto en el área de salud, infancia y adolescencia, exclusión y pobreza, como también en adultos mayores o servicios de la mujer.

La consultoría familiar para la atención primaria de salud, la intervención psicosocial especializada en salud mental y las visitas domiciliarias del sistema sanitario tienen en sus orientaciones técnicas la inclusión de una perspectiva sistémica y ecológica para la intervención con personas y familias en el sistema de salud<sup>11</sup>. Los programas de intervención en alcohol y drogas por parte del SENDA<sup>12</sup> fomentan en sus profesionales la incorporación de una perspectiva sistémica y centradas en red para los pacientes con consumo problemático. Los programas de reparación en maltrato grave y abuso sexual<sup>13</sup>, como también los programas de intervención especializada en explotación sexual comercial infanto-juvenil<sup>14</sup>, en sus lineamientos técnicos por parte del Servicio Nacional de Menores asumen una visión sistémica para la intervención, rescatando a la familia, la cultura particular y la historia como elementos claves.

Existen variados manuales que surgen del enfoque sistémico y principalmente de la Línea Sistémica-Relacional de la Universidad de Chile y el equipo EQTASIS para la capacitación de diversos profesionales que trabajan en diferentes programas psicosociales presentes en el país. Son destacables los documentos elaborados para los programas especializados del Servicio Nacional de Menores<sup>15</sup> (SENAME), para los programas Calle y

---

<sup>11</sup> Para mayor información ver Capítulo 3: Acciones del Programa de Salud Mental y Psiquiatría. En Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) del Ministerio de Salud.

<sup>12</sup> Para mayor información ver Bases Administrativas y Técnicas para la implementación del programa de prevención del consumo de drogas y alcohol “Te Acompaño”: [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/05/teacompano\\_bases.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/05/teacompano_bases.pdf)

<sup>13</sup> Para mayor información ver Bases técnicas programas en Maltrato Grave y Abuso Sexual: [http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p10\\_20-07-2015/bases\\_tecnicas\\_PRM.pdf](http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p10_20-07-2015/bases_tecnicas_PRM.pdf)

<sup>14</sup> Para mayor información ver Bases técnicas de protección especializada en explotación sexual comercial infantil y adolescente: [http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p4-1Dic2009/Bases\\_tecnicas\\_PEE.pdf](http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p4-1Dic2009/Bases_tecnicas_PEE.pdf)

<sup>15</sup> Manual para las intervenciones de los programas de protección especializados del departamento de protección de derechos de SENAME. Manual de Herramientas de teórico-prácticas para las intervenciones de calidad, centradas en el vínculo (2009).



Abriendo Caminos del Ministerio de Desarrollo Social<sup>16</sup>, y las estrategias de intervención en prevención selectiva e intervención temprana del SENDA<sup>17</sup>.

Al mismo tiempo los manuales dirigidos desde un enfoque sistémico contextual al Servicio Nacional de Menores por parte del Instituto Chileno de Terapia Familiar y su Departamento Psicosocial<sup>18</sup> promocionan la capacitación de profesionales para ejercer prácticas clínicas sistémicas en contextos de vulnerabilidad y exclusión social. Al mismo tiempo cabe considerar la gran cantidad de artículos publicados en la revista De Familias y Terapias de dicho instituto, el cual tiene números específicos sobre intervención sistémica psicosocial en ámbitos públicos<sup>19</sup>. Una labor destacable es presentada mediante la capacitación, supervisión de casos y orientaciones estratégicas para la intervención clínica en el Hogar de Cristo (Bernales, 2004) institución de caridad que trabaja con la población más vulnerable, con los más pobres entre los pobres y con grados de discapacidad, exclusión, abandono y enfermedad crónica, y preferentemente con adultos mayores en situación de abandono por la red social y familiar.

Otras experiencias destacables sobre la terapia familiar en el sistema público, se encuentran en la investigación caracterológica de las familias en la Unidad de Terapia Familiar del Hospital Luis Calvo Mackenna que depende del Departamento de Pediatría de la Universidad de Chile, situándose en el Servicio de Neurología y Psiquiatría Infantil del hospital referido, atendiendo a población infantil y su grupo familiar, trabajando desde la terapia familiar sistémica clásica y evolucionando a la postura teórica del construccionismo social. (Sosic y Lira, 2004)

---

<sup>16</sup> Se recomienda consultar Documento de trabajo para apoyo teórico-práctico para asistentes técnicos (2012).

<sup>17</sup> Manual de Estrategias de Intervención en Prevención Selectiva e Intervención Temprana. Manual de trabajo asociado al proyecto de extensión a cargo del Equipo de trabajo y asesoría sistémica de la Universidad de Chile y SENDA (2012).

<sup>18</sup> Consultar Guía de estrategias de intervención familiar: Apoyo para el trabajo con familias en contextos de vulnerabilidad y exclusión social (2014). Como también Guías de estrategias de intervención: en la ruta de la promoción y desarrollo de competencias parentales en contextos de vulnerabilidad y exclusión social (2013).

<sup>19</sup> Revisar el número 32 de la Revista De Familias y Terapias del Instituto Chileno de Terapia Familiar.

Con respecto al Trabajo Social, se encuentran investigaciones y prácticas sistémicas en lo público en la memoria de título de Alvear; Herrera; Iglesias; Márquez y Paredes (1984) sobre Trabajo Social a la luz del enfoque sistémico en el contexto del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital del Salvador en la unidad de familia que funcionaba desde la perspectiva sistémica para el estudio y tratamiento de las disfunciones psicosociales, el propósito de estas investigaciones fue la incorporación de la concepción sistémica al quehacer clínico del trabajador social. Los desafíos y las competencias de trabajadores sociales bajo el alero del enfoque sistémico han sido históricos y continúan en un crecimiento constante en la formación, diversos autores proponen para los profesionales del Trabajo Social la visión sistémica como principal aproximación para la práctica, tanto en lo clínico como en lo comunitario. (Aylwin, 1991; Quintero, 1997; Aylwin y Solar, 2002/2009; Quintero, 2004 y Quiroz, 2004)

Los esfuerzos políticos y la institucionalización del enfoque sistémico al quehacer profesional fomentan continuar ejerciendo y proponiendo formas de acción profesional que se cimentan en el paradigma sistémico, rescatando a la familia y a las redes sociales como elementos fundamentales de toda intervención clínica. La salud mental como plan de política pública sanitaria, por lo menos en nuestro país, está todavía en desarrollo y no parece asumir una influencia tan radical como la experimentada en los países desarrollados, es probable que los contextos públicos con su atención constante a las poblaciones más vulnerables y en situación de exclusión social, privilegian el compromiso, la justicia social y a la familia como núcleo de la sociedad, promoviendo una mirada compleja y relacional para la intervención. Ante estas proposiciones se quiere indagar en las características de la práctica clínica sistémica que opera hoy en día desde lo público en nuestro país.

## **VII. MARCO METODOLÓGICO**

### **1.1 Posición Epistemológica**

La presente investigación mantiene una posición epistemológica crítica, fundamentada en la crítica postestructuralista y hermenéutica como eje fundante. En este sentido se abandona todo paradigma objetivo de la realidad, incluyendo la neutralidad del investigador y procedimientos cuantificadores y/o estadísticos objetivadores del saber. Bajo estos fundamentos, la opinión y subjetividad del investigador se encuentran presentes en el desarrollo de todo el estudio, destacando la visión, los valores y los intereses del investigador por el contexto en donde se producen las experiencias, como de las interpretaciones que se realiza de la información obtenida y recopilada respecto al marco sociocultural y político presentes en los antecedentes proporcionados por los participantes. Por otra parte, se hace un hincapié en la perspectiva hermenéutica y postestructuralista en las reflexiones del estudio, como también de las reflexiones derivantes de todo lo propuesto. Finalmente se explícita una posición de la realidad construida socialmente por los participantes y el investigador presente en esta investigación.

### **1.2 Tipo de investigación**

De acuerdo a lo planteado anteriormente y a los fundamentos teóricos-epistemológicos expresados, esta investigación se enmarca en un tipo de investigación cualitativa, distanciándose del modernismo y de la investigación de tipo positivista que privilegia la realidad objetiva y el acceso privilegiado a una verdad trascendente por medio del verificacionismo científico y sus distintos canales instrumentalizadores del conocimiento. (Flick, 2002/2004)

Con el acercamiento cualitativo expuesto con anterioridad, se comprende que el conocimiento es una construcción social compartida, y que surge en la relación entre el investigador y aquello que se quiere conocer. De acuerdo a esto, los contextos, los valores y la acción activa del investigador en la generación co-construida del conocimiento, visibilizan la subjetividad e intersubjetividad de los participantes como fundamento de realidades posibles y emergentes al momento de cuestionar y estudiar la realidad, destacando la historicidad local y contextual en permanente construcción. A diferencia del discurso modernista de las ciencias sociales que privilegia la homogeneidad de la información, la estandarización de la experiencia y la neutralidad de los aspectos socioculturales que rotulan los contextos de producción del conocimiento. (Calventus, 2000)

De acuerdo con Calventus (op.cit) la perspectiva metodológica del estudio es de tipo comprensivo-hermenéutico, lo cual implica un compromiso ideológico y político en el investigador, expresando sus valores y reflexiones en todo el proceso de investigación, emergiendo de ésta forma un diseño investigativo que está sujeto a permanente transformación a medida de las reflexiones y resultados producidos en el transcurso del estudio. Para que sea posible esta forma de conocer la realidad, se recurre a la conceptualización y significación de la realidad conocida por los participantes en la producción de conocimientos obtenidos, por lo cual, el análisis que se pretende llevar a cabo genera una descripción, comprensión e interpretación de lo investigado, rehusando a las explicaciones de tipo causales-lineales, con la finalidad de establecer múltiples realidades que favorecen la construcción de conocimientos sobre lo estudiado. (Villegas y González, 2011)

Siguiendo la línea argumental, la investigación cualitativa enfocada a este estudio según lo propuesto con anterioridad es debido a que “dada la diversidad de asuntos que configuran la vida cotidiana, la perspectiva más idónea para abordar esta multiplicidad temática es la que ofrece la investigación cualitativa” (op.cit, p.44) ya que la realidad no es

una entidad unitaria y global, sino más bien un conglomerado de aspectos que se interrelacionan mutuamente, pero que al momento de ser estudiados se recurre al diseño de una metodología pertinente a cada estudio particular y a la idiosincrasia del investigador.

### **1.3 Enfoque**

Los objetivos de esta investigación intentan describir las características de la práctica clínica sistémica ejercida por un grupo de profesionales (trabajadores sociales y psicólogos) pertenecientes a contextos de salud mental y programas psicosociales. Quienes desarrollan su trabajo en un contexto institucionalizado público (instituciones de salud mental y programas de carácter público de atención psicosocial). En términos epistemológicos, esta práctica de trabajo clínico constituye una realidad que se desea conocer y, que dada la naturaleza del fenómeno a investigar se trata de una realidad humana compleja, con múltiples y variados aspectos que la construyen, y que es posible de ser interpretada. De acuerdo con González-Rey (2006, p.24) “cuando afirmamos el carácter constructivo-interpretativo del conocimiento, lo que deseamos afirmar es que el conocimiento es una construcción, es una producción humana, no algo que está listo para conocer, una realidad ordenada de acuerdo a categorías universales”.

En esta investigación se propone conocer las cualidades y aspectos contextuales que mantienen cierta influencia en el trabajo clínico sistémico de los profesionales mencionados. Ante esto, resulta necesario y enriquecedor poder abordarlo desde la mirada de los propios profesionales investigados, con el interés de conocer las descripciones y la comprensión de la realidad a investigar, desde la mirada interna, personal y significativa de los participantes como fundamento principal en el reconocimiento de una práctica pública particular que se expresa en los relatos y narraciones de los participantes. Es por esto que desde el paradigma epistemológico adoptado en esta investigación se ofrece una mirada

subjetiva de la problemática abordada, y que mediante el enfoque comprensivo, se posibilita una realidad socioconstruida, cuyo conocimiento emerge de ella como una interacción a partir de la relación entre investigador y lo investigado, y en la cual va mediando un cuerpo valórico e ideológico a la base de las interpretaciones y significados dentro de un contexto histórico y cultural en el que se expresan los participantes. (Calventus, 2000; González-Rey, 2006)

Señalado lo anterior, el enfoque comprensivo-hermenéutico es el que aborda de manera más acorde a esta realidad que se desea conocer. De acuerdo a lo que proponen algunos autores de investigación, un nivel epistemológico de investigación definido, supone utilizar una metodología acorde a éste y que permita una aproximación a la realidad de la manera más cercana y consistente tal como se relata por sus propios actores en el contexto determinado de estudio, recabando la mayor información posible y que permita una descripción acorde a los requerimientos de esta investigación. (Calventus, op.cit; González-Rey, op.cit; Flick, op.cit) Los objetivos de esta investigación referidos requieren de una metodología de investigación que nos permita entonces una descripción, comprensión e interpretación de la práctica clínica sistémica pública que será construida con la mirada de los propios profesionales que la ejercen, como también de la interpretación del investigador.

#### **1.4 Tipo de estudio**

La presente investigación se enmarca en un estudio de tipo *Exploratorio-descriptivo* que pretende hacer un acercamiento a una temática poco estudiada en nuestra realidad local y nacional, tomando en consideración el escaso desarrollo de investigaciones previas. Al mismo tiempo, esto involucra el principio de novedad asociada al despliegue de una práctica institucionalizada, la clínica sistémica en lo público, pero que es escasamente

sistematizada y conceptualizada desde sus actores involucrados. Esta investigación se define como descriptiva debido a la necesidad de explorar y reflexionar respecto a los contextos y características de la problemática estudiada y de los profesionales involucrados, configurando de esta forma los objetivos específicos de la presente investigación. (Toro y Parra, 2006)

## **1.5 Método**

Para Mendizábal (2006, p.86) el método refiere “a todos los procedimientos utilizados en el estudio para producir conocimientos, al responder a las preguntas de investigación, concretar los propósitos, e interactuar con el contexto conceptual”. Este al mismo tiempo se adapta según al enfoque que adoptamos y que guía la forma de comprender y estudiar la problemática a conocer. No obstante, existen algunos aspectos fundamentales a considerar para llevar a cabo esta investigación, según lo propuesto por el autor mencionado, los aspectos se concretizan en: las unidades de análisis, el tipo de muestra, la accesibilidad al terreno y los problemas éticos, las técnicas para recabar datos, el tipo de análisis, el software para asistir el análisis, la ubicación del investigador en el proceso de investigación a fin de evaluar su posición social en el estudio y el lugar de su mirada en el transcurso de su investigación, y por último las limitaciones del estudio.

## **1.6 Participantes (Unidad de análisis)**

Se decidió trabajar directamente con trabajadores/as sociales y psicólogos/as que mantienen una práctica clínica sistémica como marco de referencia en su trabajo, considerando que dicha adscripción es un posicionamiento personal y dentro de los marcos institucionales que posibilitan su ejecución. Es importante destacar que la gran mayoría de

estos profesionales considera a la clínica sistémica como una modalidad de libre elección, consciente por el/la profesional y coherente con una postura frente a la realidad sociocultural y política de la vida, trascendiendo las dicotomías o divisiones disciplinares. La decisión de ejercer una práctica clínica sistémica responde al interés por explorar y desarrollar en primera persona intervenciones acordes al contexto institucional y a las múltiples situaciones psicosociales y de salud mental. Dichas situaciones configuran en los profesionales un desarrollo de trabajo sistémico inserto en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales, siendo de especial interés el conocer dichos desarrollos del ejercicio clínico sistémico en el sistema público del país.

## **1.7 Muestreo**

El interés de esta investigación por el estudio del contexto público en salud mental y programas psicosociales tienen directa relación con el interés del autor por conocer las características de la práctica clínica sistémica en dichos escenarios. Dicha inquietud se aboca en reconocer elementos comunes y particularidades del quehacer sistémico en un escenario donde convive una lógica y una comprensión distinta sobre la intervención con sistemas humanos. Es por ello que surge la necesidad de describir cómo se desarrolla y cómo se ejerce una práctica sistémica en escenarios que favorecen ciertos aspectos, pero que también limita algunos otros. Asimismo, el contexto público general de la Salud Mental y de la intervención en lo psicosocial se vuelve interesante para ser estudiado teniendo en cuenta las micropolíticas que forman parte de una institucionalidad dominante y que fomenta una racionalidad en los profesionales, y que impacta socialmente a las personas en su vida en dichas instituciones, no sólo en términos de cobertura o solución de los problemas de la población, sino que también en términos de la reproducción de un discurso dominante sobre cómo entender la vida, los problemas y las disciplinas mismas en dichos dispositivos.



## 1.8 Tipo de participantes

Según lo planteado por Martín y Salamanca (2007) la selección de los participantes en cualquier investigación cualitativa se basa en sus necesidades y área de interés del investigador. Siguiendo estos planteamientos, en la presente investigación esta selección se hizo considerando un objetivo central que es un “muestreo por conveniencia” que justifica el interés del autor. Integrando a los participantes de forma voluntaria a la muestra de la investigación. Para los objetivos de la investigación, se definieron los siguientes criterios para conformar la muestra:

### **Criterios de inclusión:**

- *Trabajador/a Social y Psicólogo/a que se declare adscrito a una práctica clínica sistémica como marco de referencia de su trabajo.* Profesionales que en su ejercicio profesional llevan a cabo procesos de intervención directa con personas y familias con abordaje terapéutico en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales en nuestro país.
- *Que mantengan una experiencia durante al menos 1 año o más en contextos chilenos institucionales públicos de salud mental o psicosocial.* Tiempo suficiente en donde se puede apreciar una experiencia significativa institucional que permite reflexionar y tomar posición ante tales contextos que pueden influir de forma determinada su praxis clínica.
- *Que se encuentren actualmente trabajando en el contexto público de salud mental o en programas psicosociales.* Esta situación favorece la comprensión diaria que estos profesionales realizan y que permiten conocer las características de un quehacer sistémico situado y vivenciado en su cotidianeidad.

### **Criterios de Exclusión:**

- *Mantener algún tipo de relación comercial o familiar con el investigador.*

La conformación de los participantes en ésta investigación comienza a partir del contacto con trabajadores/as sociales y psicólogos/as conocidos por el investigador, profesionales que a su vez ejercen una práctica clínica sistémica como marco de referencia en su trabajo en un contexto público y que cumplieron con todos los criterios antes expuestos. Los profesionales fueron contactados por vía correo electrónico y/o telefónicamente, proporcionándoles información general acerca de la investigación e invitándolos a participar de ella. A cada uno de ellos se le envió un resumen de la investigación, describiendo los objetivos y los tópicos de la entrevista que se les realizaría. Se conformó la muestra con cuatro profesionales, dos trabajadores sociales, de género masculino y femenino; y dos psicólogos, de género masculino y femenino. Se consideró que este número es adecuado para comprender en profundidad la cualidad de cada discurso, sin la intención de generar representatividad, otorgando una panorámica suficiente para comprender la práctica clínica sistémica pública.

### **1.9 Técnicas de producción de información**

La principal técnica utilizada para la producción de la información fue la entrevista cualitativa. La cual es flexible, permitiendo además la generación de diálogos en torno a temáticas de interés, tanto para el investigador, como para quienes participan en el estudio. La entrevista cualitativa, además, puede adoptar variadas modalidades dependiendo del grado de apertura o enfoque que ésta tenga y según el problema estudiado. (Merlinsky, 2006) Para esta investigación se utilizó la *entrevista cualitativa en profundidad dirigida a una elite semiestructurada* (Valles, 1999) la cual fue guiada por una pauta de ejes temáticos que resultaron relevantes a considerar y a ser dialogados durante la entrevista, con la finalidad de generar una comprensión más amplia de la problemática estudiada,

permitiendo además incorporar aspectos emergentes durante el proceso, que pueden no haber sido propuestos con anterioridad y que podrían ser relevantes de ser incluidos en entrevistas posteriores. Esto permitió una exploración exhaustiva de las dimensiones relevantes respecto a las temáticas centrales de la investigación (Vargas, 2012; Valles, 2002)

Según todo lo expuesto anteriormente, se establece la coherencia de ésta metodología respecto al objetivo general de la investigación que remite a caracterizar la práctica clínica sistémica de trabajadores/as sociales y psicólogos/as que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales. Por medio de la entrevista en profundidad dirigida a una elite se pudo conocer de cierta forma las tensiones micropolíticas del sistema público y las estrategias terapéuticas desarrolladas por los profesionales, explorando los eventos poéticos que humanizan y sensibilizan la relación terapéutica desde estos dispositivos de intervención siguiendo la perspectiva micropolítica y poética de Marcelo Pakman (1997; 2004; 2006; 2006a; 2010; y 2014). Dadas estas características es fundamental señalar que la generación de estos significados fueron alentados por el diálogo y la reflexión establecida entre el investigador y los/as profesionales durante la entrevista. En este sentido, se tuvo como fundamento que estos significados son construidos en la relación, por lo que cualquier evento que emerja de la entrevista se situó en ese contexto particular y es distinto a cualquier experiencia surgida previa a esa entrevista. Esto involucró asumir la particularidad del evento, su complejidad y por ende todos los significados respecto al problema estudiado fueron visualizados contextualmente.

Cabe recalcar que la entrevista en profundidad dirigida a una elite posibilitó la generación de esos diálogos y reflexiones, destacando la riqueza de la información y la exploración de experiencias singulares que son de difícil acceso por el grado de especialización del tema estudiado (Valles, 1999) favoreciendo la incursión de nuevos elementos en cada entrevista. Con la realización de la primera entrevista se consideró

ciertas esferas de la problemática que a juicio del investigador se aproximan a los aspectos teóricos y prácticos del estudio, por estos motivos fue importante y acertado la generación de una pauta de entrevista que mediante sus ejes temáticos posibilitó un diálogo inicial y que en el transcurso de su aplicación remitió a reflexiones y consideraciones de los objetivos planteados en la investigación.

Respecto a esta investigación, la pauta se diseñó considerando los elementos presentes en la construcción del problema, los objetivos de la investigación y la revisión teórica que permitieron una aproximación de distintos aspectos de la problemática del estudio. Por lo cual, fue relevante y transversal la exploración del modo particular y personal de cada uno de los profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales, y sus respectivas aproximaciones y ejercicios de la praxis clínica sistémica en su contexto laboral. Bajo estas consideraciones, al investigar los significados asociados a su práctica respecto a la institución en donde desempeñan, como también a las situaciones que posibilitan y tensionan ésta determinada forma de trabajo, dieron paso para revisar las estrategias de cómo la desarrollan y que elementos posibilitan ese determinado ejercicio clínico profesional.

A partir de lo señalado, se delimitaron los siguientes ejes temáticos, a partir de los cuales se construyeron algunas preguntas guías para el diálogo en las entrevistas<sup>20</sup>:

- Significados asociados al marco de referencia clínico sistémico desde el cual el/la profesional se desempeña de acuerdo a su contexto laboral.
- Caracterización de lineamientos institucionales propios del espacio de trabajo.
- Significados construidos por los/las profesionales respecto de posibles micropolíticas asociadas a los lineamientos institucionales.

---

<sup>20</sup> Ver Anexo 2

- Significados asociados a estrategias desplegadas por los/las profesionales para el ejercicio clínico sistémico dentro en un contexto institucional que generan resistencias a micropolíticas que constriñen su ejercicio y de eventos poéticos que sensibilizan su relación con los sistemas humanos con los cuales trabajan.
- Significados personales y reflexivos ulteriores de su experiencia profesional de acuerdo a la implementación de insumos estéticos-literarios como formas de expansión de experiencias imaginativas vinculadas a la propia subjetividad del profesional.

Es importante referir que se priorizó la singularidad que proporciona una entrevista individualizada, ya que se asume que en una instancia grupal los/las participantes podrían haberse visto limitados en su libertad para reflexionar y problematizar las temáticas asociadas directamente a su lugar de trabajo. Por otra parte, el compromiso contractual que mantienen con las instituciones y programas en cuestión, pueden generar de cierta forma algunas consecuencias en su trayectoria laboral, por lo cual se reservó todos los aspectos institucionales y la confidencialidad de los dispositivos públicos como una forma de no generar conflictos para el profesional en su contexto de trabajo, adscribiendo una posición ética importante respecto a toda información proporcionada por los/las profesionales entrevistados.

### **1.10 Realización del proceso de entrevista**

Cada uno de los/las profesionales de la muestra fue contactado telefónicamente, para acordar el lugar y hora para realizar las entrevistas. En dicha instancia, los/as entrevistados declaran desarrollar su práctica clínica sistémica en un contexto público de salud mental y en programas psicosociales. Antes de comenzar cada entrevista los/las

profesionales entrevistados firmaron un consentimiento informado<sup>21</sup>, donde manifestaban participar voluntariamente del estudio. Respecto a la pauta a utilizar, se incorporó algunos elementos que emergieron luego de la aplicación de cada entrevista. Principalmente la entrevista en profundidad buscó relacionar los ejes temáticos previamente definidos respecto a las experiencias que los/las profesionales entrevistados refirieron, la realización de la entrevista se hizo a modo progresivo mediante una guía del diálogo, conservando los mismos ejes durante las cuatro entrevistas, al finalizar la entrevista se realizó un trabajo vinculado a la imaginación personal del profesional que consistía en una sugerencia por parte del investigador para utilizar un medio estético-literario (una imagen, fotografía, poesía, canción, etc) que pudiera representar su situación profesional y personal respecto a su ejercicio profesional actual. El proceso completo de aplicación de las entrevistas tuvo una duración de dos meses aproximadamente, y las entrevistas tuvieron un desarrollo de tiempo entre 1 a 2 horas.

Para la transcripción de las entrevistas se utilizó el software informático Express Scribe V 5.31 que permitió registrar toda la producción textual de las entrevistas de acuerdo a los audios almacenados mediante grabadora digital que guardó los registros de audio en formato mp4. En el programa se tuvo que reducir la velocidad de reproducción del audio, tanto para la comprensión como para la digitación textual en el programa de investigación cualitativa. Cada entrevista transcrita fue almacenada en dicho software y exportada a formato de texto Word 2013. Una vez exportada la información transcrita textualmente está fue depurada en el procesador de textos mencionado para que se puedan corregir errores ortográficos y gramaticales expresados en la conversión del diálogo hablado al texto digital. Estos registros fueron anexados a la presente tesis, y utilizados para el análisis posterior.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Ver Anexo 1

<sup>22</sup> Ver Anexo 3.

### 1.11 Propuesta de análisis del autor: Técnicas de análisis de información

En relación con el objetivo central que fue caracterizar la práctica clínica sistémica de profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales, se construyó una serie de temáticas asociadas al escenario laboral y al tipo de práctica que desarrollan en él. Se procedió a llevar a cabo un *análisis interpretativo de contenidos*, ya que este tipo de análisis permite hacer una revisión semántica de los textos de las entrevistas realizadas, problematizando respecto de “lo que se dice” por medio de la categorización. En una primera instancia este tipo de análisis es más descriptivo, para luego llevar a cabo un análisis interpretativo de la relación entre las categorías y las conceptualizaciones teóricas propuestas según el enfoque del investigador. Se dio cabida a la construcción de cierta comprensión –hermenéutica– de los significados que emergieron del proceso de entrevista en profundidad, entendiendo la construcción de éstos como parte de un proceso complejo de intersubjetividades en relación a los/las profesionales entrevistados y el investigador. En una segunda instancia se incorporó en el proceso de análisis una serie de interpretaciones respecto de las tendencias, reflexiones, opiniones, interacciones y coincidencias que fueron identificadas por el investigador respecto a las entrevistas realizadas a los/las profesionales (Flick, op.cit; Valles, op.cit).

El proceso de análisis se realizó desde la *lógica configuracional* propuesta por González-Rey (op.cit) cuya característica principal se asocia al lugar que ocupa el investigador en dicho proceso productivo, ubicándose como el pilar principal en el contexto estudiado, esto implicó que el análisis se realizó desde lo que está sustentado en los procesos productivos del investigador y no determinados por lógicas y reglas externas u objetivas, sino que por sus necesidades intelectuales en el curso de su producción y por los recursos con los que se cuenta para expresarlas en los diferentes momentos de la investigación. Para este tipo de análisis que se orientó a la producción de significados en un proceso complejo de construcción teórica, se constituyó como elemento que permitiera

relacionar los diferentes niveles de producción, surgiendo la definición de *zonas de sentido* respecto de la temática abordada, González-Rey (op.cit. p.24-25) refiere a esto como:

“aquellos espacios de inteligibilidad que se producen en la investigación científica y que no agotan la cuestión que significan, sino que por el contrario, abren la posibilidad de seguir profundizando un campo de construcción teórica. El concepto <<zona de sentido>> tiene, entonces, una profunda significación epistemológica, en tanto que confiere valor al conocimiento no por su correspondencia lineal e inmediata con lo <<real>>, sino por su capacidad para generar campos de inteligibilidad que permiten nuevas zonas de acción sobre la realidad, así como nuevos caminos de tránsito dentro de ella a través de nuestras representaciones teóricas. El conocimiento se legitima en su continuidad, en la capacidad de generar nuevas zonas de inteligibilidad sobre lo estudiado y de articular esas zonas en modelos cada vez más complejos, orientados a la producción de nuevos conocimientos”.

Cabe señalar que el análisis propuesto responde a la necesidad de dar sentido y lógica a la investigación, destacando el rol activo del propio investigador en la construcción de conocimientos, expandiendo el bagaje teórico revisado, señalando la experiencia de los participantes y los propios valores que el investigador pone en juego en la construcción del texto co-construido. Por todo lo expuesto, se asume que construir conocimientos respecto a la problemática estudiada no expresa descripciones objetivas, sino más bien una constante de interpretaciones que el investigador va construyendo en relación a la información producida y las conceptualizaciones teóricas propuestas y revisadas, integrando nuevas zonas de sentido que enriquecen el conocimiento, y que de ésta surgen nuevas posibilidades para nuevos conocimientos a investigar de acuerdo a la zona de sentido explorada. Tomando las propuestas de Calventus (2000), Valles (1999, 2006) y González-Rey (2006) se procedió al análisis de información producida en las entrevistas por medio de la configuración de los siguientes eventos:

- Elaboración de dimensiones temáticas a partir de los referentes teóricos explorados, como a la información producida por medio de las entrevistas a los/las profesionales entrevistados, y por último a la reflexión que el investigador estableció en su



diálogo con los actores involucrados en el proceso (profesionales y académico guía).

- Conceptualización acorde a cada uno de los aspectos temáticos que implicaron caracterizar la práctica clínica sistémica del sistema público en contextos de salud mental y programas psicosociales.
- Revisión y comparación de los aspectos temáticos producidos en los textos de las entrevistas realizadas a cada uno/a de los/as profesionales de forma individual.
- Análisis interpretativo triangulado entre las teorías, la información de los/las profesionales y perspectiva epistemológica y teórica del investigador.
- Problematización y reflexión final respecto de cada una de las dimensiones temáticas construidas comparando las entrevistas realizadas y que aportaron un núcleo central de consideración para nuevos modelos o guías prácticas para el ejercicio clínico sistémico en el contexto público de salud mental y programas psicosociales.

### **1.12 Construcción de las dimensiones temáticas:**

Para determinar estas dimensiones, se articularon diversos elementos teóricos-conceptuales que justifican el proceso de investigación, siendo uno de ellos el establecimiento de ejes temáticos que guían las entrevistas, como también la producción de información. Finalizadas las entrevistas a los/as profesionales, éstas fueron transcritas en formato digital, para luego ser leídas e interpretadas por el investigador, identificando elementos que se relacionan con los ejes temáticos, también se consideraron elementos emergentes que originalmente no fueron considerados en la construcción de las preguntas y que surgieron en los diálogos con los profesionales entrevistados, considerando que muchos de estos elementos emergentes fueron hallazgos en el proceso de investigación.

A partir de estos aspectos investigados y de la reflexión e interpretación de los textos, se posibilitó la configuración de las principales temáticas desarrolladas por los/as profesionales participantes respecto del desarrollo de su praxis clínica sistémica en el contexto institucional público en donde ejercen. Realizando una articulación que incorporó áreas de interés del investigador ante la relectura y problematización de la bibliografía recopilada en el marco teórico de esta investigación, construyendo así las dimensiones que se exponen en los resultados, considerando siempre presente en esta articulación la problemática abordada y los objetivos de la investigación.

### **1.12 Estructura de declaración de la investigación**

La coherencia y consistencia de la investigación se que propone no tiene la intención de generar una legitimación objetiva de una realidad determina, sino por medio de la reflexión crítica de los textos obtenidos, concretándose mediante consensos que surgen en el ejercicio de co-construcción de procesos de lectura de texto, reflexión, co-construcción de sentido y de profundización de los significados expuestos en los relatos, narraciones e imágenes propuestas por los/as participantes. De este modo, se propone a partir de los elementos recogidos, la construcción de múltiples significados asociados a las diversas esferas de la realidad estudiada, develándose en el ejercicio relacional de co-construcción entre el investigador y los/as profesionales involucrados/as su coherencia lógica realizada. (Toro y Parra, 2006)

Mediante el enfoque cualitativo se favorece una profundización y compleja reflexión sobre los procesos investigados, permitiendo a través de un diseño semiestructurado y flexible, una apertura permanente a distintas perspectivas y contextos que se acomodan a los fundamentos y propósitos de los objetivos de esta investigación. Todo esto es traducido a la necesidad de aproximarse a la problemática abordada, y

específicamente a los significados construidos por los/as profesionales que adscriben al ejercicio de una práctica clínica sistémica en el contexto público de salud mental y programas psicosociales. Desde la muestra escogida se propuso visualizar las características de dicha práctica, su posibilidad de desarrollo y los conflictos presentes que ellos/as identificaron en el contexto institucional público. Por medio de éste enfoque metodológico se permitió conocer y conceptualizar aquellos procesos subjetivos que son distintivos y específicos de un tipo de saber-hacer, y que en el diálogo con los/as profesionales se favoreció un espacio de emergencia espontánea de la subjetividad del discurso presente. En última instancia, se buscó acceder a un mundo de significados rico en contenidos, para luego ser articulados y analizados de modo comprensivo, manteniendo la perspectiva de los actores involucrados en la realidad social co-construida en cuestión, entre los sujetos de la muestra y el investigador. (Toro y Parra, op.cit; González-Rey, op.cit)

Resulta pertinente señalar que los fundamentos epistemológicos, meta-teóricos y metodológicos propuestos en este estudio representan los conceptos e ideas del investigador desde su propio posicionamiento con respecto al abordaje de la problemática abordada, instalándose como una posición relevante y crítica, en consideración a que el investigador se posiciona como sujeto activo en el proceso de investigar, ubicándose en el centro del proceso productivo, incluyendo todo su bagaje experiencial, sus valores, posición política y filosófica, como además de sus propias concepciones previas sobre un quehacer clínico que representa.

### **1.13 Aproximaciones al problema estudiado: Revisión bibliográfica**

Se llevó a cabo durante el marco teórico una revisión de los conceptos de práctica clínica, psicoterapia sistémica y disciplinas asociadas a este tipo de quehacer profesional,

con el fin de explicitar y comprender el contexto donde surgen las conceptualizaciones desde las cuales operarían las instituciones de salud mental y programas psicosociales en una determinada época histórica, social y política, enfatizando sus relaciones y posibilidades de ejercicio en nuestra realidad nacional. Respecto al concepto de clínica, se consideraron distintos autores cuyas obras se relacionan con el pensamiento crítico con marcado acervo en el postestructuralismo y el posmodernismo, estableciendo una comprensión polifónica y transdisciplinaria para su comprensión global que poco a poco se fue especificando en una forma de comprender el ejercicio clínico sistémico en lo público.

Durante la revisión teórica se mantiene una mirada crítica que surge de una exhaustiva descripción de la lógica moderna que opera en la forma de comprender las disciplinas y el ejercicio terapéutico en los siglos XIX, XX y XXI. Además se revisaron los elementos del pensamiento postestructuralista, posmoderno, narrativo y constructor social para dar cuenta del contexto que posibilitó un posicionamiento micropolítico y poético de la clínica sistémica relacional en salud mental y programas psicosociales. De acuerdo a lo anterior, se describe el escenario clínico sistémico público a partir del cuestionamiento aportado desde las corrientes aproximativas mencionadas.

No obstante, dichos escenarios son atravesados por los planteamientos de un plan nacional de salud mental y psiquiatría desde el ministerio de salud, específica los objetivos y procedimientos que en cierta medida los profesionales deben adscribir para ejecutar los objetivos de las políticas públicas en dicha materia. No obstante, dicha conceptualización moderna de la práctica clínica también se encuentra presente en programas psicosociales, ya que las mismas políticas públicas que apuntan al trabajo con las poblaciones vulneradas mantienen una óptica disciplinaria reproductora de discursos disciplinares del poder moderno. Finalmente, se hace una revisión de las prácticas de sensibilización y de control que ejercen las instituciones para legitimar y mantener un determinado saber/hacer, pero que no logra reprimir la emergencia de prácticas micropolíticas y poéticas en el seno de dichos dispositivos gubernamentales.

## **VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS Y REFLEXIONES DEL CONVERSAR**

El análisis de resultados se realiza a partir de la configuración inicial de ámbitos de exploración que representaron las distintas conversaciones que surgieron en los diálogos generados en las entrevistas en profundidad y que permitieron realizar una indagación profunda y de complejidad visible. Respecto al objetivo general que guía la presente investigación, se buscó indagar en tópicos específicos de exploración en base a los objetivos y principales tópicos surgidos desde la elaboración teórica, como también en los discursos entre el investigador y los profesionales, destacando las narrativas biográficas en los entrevistados.

Éstos tópicos de exploración se constituyeron como escenarios en la elaboración teórica donde se situaron las distintas dimensiones temáticas definidas y emergentes que son el tema principal de análisis, realizando en un primer momento una presentación de los significados específicos que surgieron a partir de los discursos y narrativas de los entrevistados, para luego realizar una discusión generalizada a partir de la cristalización entre los contenidos revisados, los planteamientos teóricos expuestos y la propia perspectiva del investigador. Se decidió construir el análisis y reflexión conjuntamente y no por separado, dado que, como ya se expuso anteriormente, se parte de la premisa de que no existen datos que puedan ser presentados de forma objetiva, sino que están mediados en el análisis interpretativo del investigador y de los referentes teóricos que han emergido en los distintos momentos de la construcción de los textos.

Se opta entonces por llevar a cabo un análisis de los espacios de reflexión y problematización de los aspectos que fueron estableciéndose en el proceso de investigación, favoreciendo al mismo tiempo la emergencia de las voces de los entrevistados en interrelación constante y dinámica con la voz del investigador y los antecedentes teóricos que son puestos en juego en el desarrollo de la investigación.

## **1.1 Profesionales y sus prácticas clínicas sistémicas**

### **1.1.1 Profesionales que ejercen en contextos de salud mental pública (Nivel secundario y terciario de atención en salud)**

En relación a las informaciones proporcionadas por las profesionales que se desenvuelven en el ámbito de la salud mental, éstas refieren que trabajan en un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) perteneciente a la Región Metropolitana del país en el caso de la psicóloga (entrevistada 1), mientras que la trabajadora social (entrevistada 4) expresa que trabaja en un Servicio de Psiquiatría (SDP) perteneciente a la Región de La Araucanía. Las profesionales cuentan con una experiencia laboral que va desde los 7 años hasta 28 años de ejercicio profesional. Ambas cuentan con estudios postgraduados y formación sistémica, en el caso de la psicóloga ésta cuenta con un diplomado en terapia sistémica y se encuentra en proceso de finalización de su magíster en psicología clínica con orientación sistémica. En el caso de la trabajadora social, ésta cuenta con el grado de magíster en psicología y formación sistémica brindada por su contexto laboral durante el transcurso de su ejercicio profesional.

La incursión disciplinaria de ambas profesionales comenzó en ambientes psiquiátricos en sus formaciones de pre-grado. En el caso de la entrevistada 1 ésta refiere que sus primeras experiencias surgen como practicante en el Hospital Psiquiátrico El Peral en donde se dedicó a trabajar en la unidad de adicción y patología dual, y posteriormente en patologías complejas 1 y 2. Las características de las personas eran “pacientes psicóticos en primer brote y segundo brote, y con adicción importante, policonsumo, estaban en corta estadía...posteriormente...con pacientes psicóticos de larga estadía, que estaban en un régimen más bien asilar, con mucho deterioro etc”. (Entrevista 1, p. 9 en anexo 3)

La entrevistada 2 relata que sus primeras experiencias profesionales surgen en el mismo lugar donde trabaja actualmente, su práctica profesional estuvo vinculada al trabajo en alcoholismo, realizando su tesis de pre-grado en dicha materia. La profesional narra que trabajó con “clubes de abstemios...y nos tocó trabajar con ellos y hacer toda la tesis en ellos, trabajando en la rehabilitación y en un seguimiento de cómo funcionaba el reflejo-aversivo...en ese tiempo cuando yo estudiaba, le aplicaban una dosis de inyección con apomorfina y la persona vomitaba todo lo que tenía y no tenía”. (Entrevista 4, p. 81 en anexo 3)

En ambas profesionales sus formaciones y prácticas profesionales inicialmente estuvieron relacionadas con otras epistemologías u enfoques teóricos-terapéuticos que orientaban su quehacer clínico. En el caso de la entrevistada 1 refiere que se formó 13 años en psicoanálisis, siendo “la clínica psicoanalítica freudiana-lacaniana” (Entrevista 1, p. 9 en anexo 3) la base metateórica de sus primeros años de ejercicio profesional. En la entrevistada 2 su formación estuvo ligada al aspecto más institucional, su formación de pre-grado era enfocada al área de salud, complementando su formación inicial con las exigencias de su contexto laboral. Según la profesional al “médico jefe le interesaba que los profesionales estuvieran capacitados en psicopatología y tener el ojo clínico para discriminar entre una psicosis de tipo psiquiátrico o endógeno, o una psicosis de tipo exógeno para poder derivar en caso de algún problema grave”. (Entrevista 4, p. 81 en anexo 3) Esta formación psicopatológica y psiquiátrica era la base teórica y práctica en su ejercicio profesional contextual.

A pesar que ambas profesionales contaron con formaciones distintas de una práctica clínica sistémica inicialmente, éstas abandonaron sus formaciones originarias para dar respuestas hacia la población con la cual trabajaban en su contexto laboral. Motivación influenciada por su voluntad personal, dando comienzo a un sentido profesional más acorde a sus intereses particulares e institucionales. De acuerdo a esto, para la entrevistada 1 señala

que los aspectos que gatillaron ese cambio epistemológico de su práctica clínica se debió a que “sentí que el psicoanálisis era muy lineal, estaba muy centrado en un tema traumático del individuo, y me acuerdo perfectamente de un caso clínico, donde yo decidí cambiar de paradigma, de modelo y la epistemología, que fue el caso de un niño que tenía una situación de maltrato.” (Entrevista, p. 9 en anexo 3)

En la entrevistada 2 existía un lineamiento institucional que en un inicio la mantenía vinculada a una práctica clínica tradicional centrada en aspectos psicopatológicos y psiquiátricos del ejercicio profesional, no obstante su adscripción a una práctica clínica sistémica se vinculó a la necesidad institucional de comprender los problemas de salud mental de forma más compleja, lo que fue al mismo tiempo una demanda y motivación por parte del jefe del servicio que era psiquiatra con formación sistémica, quién la motivó para incorporar una visión sistémica relacional a los problemas de salud mental. Al mismo tiempo ocurrieron cambios en el lugar de trabajo, ya que su jefe junto a otros psiquiatras y psicólogos “armaron un policlínico para hacer intervenciones familiares, intervenciones familiares en las cuales fui invitada varias veces por el jefe de servicio, a participar en sala de espejo y explicaba todas las reacciones y como se miraba la familia detrás del espejo”. (Entrevista 4, p. 82-83 en anexo 3) Esta oportunidad laboral permitió desarrollar nuevas habilidades a su práctica clínica, proporcionando una mirada sistémica a la intervención familiar que realizaba.

Ambas profesionales destacan que este cambio epistemológico, teórico y de modelo de intervención proporcionó una lectura y visión más acorde para las poblaciones con las cuales trabajaban. En este sentido, una práctica clínica sistémica daba respuestas a las necesidades contextuales de sus ejercicios terapéuticos en sus contextos laborales, posibilitando ver la complejidad de la realidad en la cual estaban insertas. Ambas profesionales identifican que se vieron influenciadas por otros profesionales para expandir sus conocimientos en terapia sistémica, en el caso de la trabajadora social, ella se vio



profundamente influenciada por el médico-psiquiatra que era jefe de su servicio, y en el caso de la psicóloga ella refiere que “la inquietud específica consciente por formarme en la terapia sistémica comienza en el año 2013, influenciada por una psiquiatra que llegó que era clínica infantil y terapeuta familiar sistémica relacional, y también por un psicólogo”. (Entrevista 1, p. 11 en anexo 3)

Estas circunstancias personales, laborales y contextuales posibilitaron una práctica clínica sistémica en las profesionales que ejercen en estos contextos de salud mental. Es interesante comprender que dentro de los aspectos formativos de ambas profesionales, sus prácticas fueron influenciadas por otros profesionales con formación sistémica y que estaban en sus contextos laborales, posteriormente iniciaron de forma voluntaria una adscripción y formación específica que les permitió ampliar sus perspectivas y ejercicio terapéutico, siendo este coherente con una postura personal y una visión epistemológica para práctica clínica.

### **1.1.2 Profesionales que ejercen en programas psicosociales**

En relación a las informaciones proporcionadas por los profesionales que se desenvuelven en programas psicosociales, éstos refieren que ambos trabajan en Programas de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM), pertenecientes a la Región de La Araucanía pero en distintas fundaciones. Los profesionales cuentan con una experiencia laboral que va desde los 4 años hasta 6 años de ejercicio profesional. Ambos cuentan con estudios postgraduados y formación sistémica, en el caso del psicólogo (entrevistado 2) éste se encuentra cursando un magíster en terapia familiar sistémica. Mientras que en el caso del trabajador social (entrevistado 3) éste cuenta con estudios de postítulo y/o diplomados en mediación familiar, desarrollo social y habilidades sociales e inserción laboral, su formación sistémica es brindada por su contexto laboral durante el transcurso de estos últimos años, siguiendo una línea autoformativa significativa. La incursión formativa de

ambos profesionales comenzó en ambientes diversos, vinculados al trabajo comunitario, municipal, drogas, al área infanto-juvenil, educacional y/o contextos de salud.

En la formación inicial de pre-grado en el caso del entrevistado 2 refiere que sus primeras experiencias surgen en “un centro residencial de SENAME...de alta complejidad...y que tiene adolescentes infractores...una residencia bien complicada y en general llegaban chicos como de todo el norte, ese era el único que existía en la ciudad que tenía ese tipo de residencia”. (Entrevista 2, p. 34 en anexo 3) Por otra parte refiere que su formación de pre-grado era en “terapia cognitiva conductual y post racionalista” y que después como profesional comenzó “trabajando en la universidad en algunos proyectos...trabajé en un centro DAM en Arica...que trabaja con demandas del tribunal de familia y fiscalía, haciendo pericias...Después trabajé en un PRI, que es un programa que trabaja con niños en proceso de adopción...Después del PRI me vine aquí a Temuco, en paralelo también igual trabajaba en la ACHS, haciendo psicoterapia en pacientes con trauma”. (Entrevista 2, p. 34 en anexo 3)

Para el entrevistado 3, éste incursionó durante su formación de pre-grado en diversas prácticas profesionales correspondiente a la formación en Trabajo Social, teniendo una formación metodológica integrativa (caso, familia y colectivos). Su experiencia profesional inicial “fue en el ámbito educativo en un equipo multiprofesional del DAEM...después hice una práctica en el programa SENDA PREVIENE...era más que nada promoción...comunitaria...después hice una práctica en la SEREMI de salud y también era promoción de la salud...” (Entrevista 3, p. 54 en anexo 3) Como profesional su experiencia estuvo ligada al trabajo en prevención y al desarrollo de prácticas en gestión social-comunitaria ligada al ámbito municipal y concretamente a la asistencia social en contextos de pobreza extrema.

Su ejercicio profesional estuvo enfocado hacia aspectos institucionales que le demandaban una perspectiva asistencial-paliativa pero que poco a poco fue cambiando dicha visión con la introducción de nuevos programas que tenían nuevos enfoques vinculados a lo sistémico-comunitario. En su desarrollo profesional en el programa de Ingreso Ético Familiar fue para él “una leve intensión digamos de parte del programa de salirse un poco de las ayudas asistenciales que comúnmente se entregaba, para obtener una movilidad de un enfoque más ligado a lo que era el aprovechamiento o de utilizar las oportunidades que tenían en el entorno”. (Entrevista 3, p. 55 en anexo 3) La perspectiva sistémica, las prácticas en red y ecológicas fueron los pilares del cambio paradigmático en su quehacer, lo que fue marcando una tendencia hacia una orientación sistémica en Trabajo Social.

En ambos profesionales sus primeras experiencias formativas y ejercicios profesionales estuvieron relacionados con otras epistemologías u enfoques teóricos en sus quehaceres. A pesar que ambos profesionales contaron con formaciones y ejercicios profesionales distintos a una práctica clínica sistémica inicialmente, éstos fueron complementando sus experiencias profesionales, integrando y expandiendo sus saberes para dar respuestas hacia la población con la cual trabajaban hoy en día. De acuerdo a esto, el entrevistado 2 refiere que los aspectos que gatillaron su interés por los temas sistémicos y que dieron origen a su práctica clínica sistémica fue en el trabajo con niños en situación de adopción, en palabras del profesional “profundicé más en la terapia de sistema, como estos niños tienen secuelas que están asociados a los sistemas donde han estado insertos...y como también readaptarlos a nuevos sistemas asociados a la carga que ellos traen y como eso para los papás también requiere de ciertas orientaciones, de ciertas herramientas, que si no, hacen complejo el desarrollo de los niños adoptados” (Entrevista 2, p. 34 en anexo 3)

En el entrevistado 3, sus primeros ejercicios laborales desde un lineamiento institucional lo fueron vinculando a una perspectiva sistémica, a pesar que su foco inicial

comenzó siendo paliativo y asistencial. Posteriormente en sus estudios de postítulo siguientes se fueron integrando conocimientos sistémicos, actualmente su adscripción a una práctica clínica sistémica se ve vinculada a que en el programa donde se desempeña se fomenta una óptima sistémica. Esto ha sido al mismo tiempo una demanda y una motivación por parte de él para seguir con esta formación, dedicando tiempo autoformativo para realizar una práctica clínica sistémica acorde a su contexto laboral psicosocial, según él “el programa que está desarrollándose hoy en día...tiene en sus bases esta perspectiva sistémica. Ahora en la práctica también se está dando sobre todo en el ámbito más relacional, de no considerar a la persona o al sujeto de atención como alguien aislado, sino que se incluye todo el entorno familiar, el entorno comunitario, con quiénes se vinculan las familias, y que recursos se puedan obtener”. (Entrevista 3, p. 58 en anexo 3)

Ambos profesionales destacan que este cambio epistemológico, teórico y de modelo de intervención proporcionó una complejidad y una flexibilidad más acorde a la población con la cual trabajan. El desarrollo de una práctica clínica sistémica da respuestas a las necesidades contextuales, culturales y relacionales de sus ejercicios terapéuticos en sus programas psicosociales, posibilitando ver la multicausalidad y aspectos ecosistémicos. Es interesante comprender que dentro de los aspectos personales de ambos profesionales, sus prácticas fueron influenciadas por el contexto laboral y que posteriormente iniciaron o complementaron de forma voluntaria una adscripción, formación y/o autoformación específica que les permitió ampliar sus perspectivas y ejercicios terapéuticos.

## **1.2 Definiciones de los/as profesionales sobre su práctica clínica sistémica**

Respecto a las definiciones que los/as profesionales entrevistados/as entregan acerca de su quehacer clínico, ellos/as refieren que contemplan a su práctica clínica sistémica conectada con otras intervenciones que van configurando un entramado del ejercicio

profesional más complejo e integrativo. Esto implica que su praxis terapéutica involucra distintos niveles para la intervención clínica, partiendo desde el sujeto –dimensión individual– pero integrando paulatinamente también a los grupos y a la comunidad con sus redes sociales más amplias –dimensión colectiva–. Operar sistémicamente desde estos dispositivos de intervención involucra considerar distintas acciones o eventos de intervención que van desde las entrevistas con personas y familias, ingresos, rescates, visitas domiciliarias, talleres con y para padres, intervenciones psicosociales de grupo, intervenciones en crisis, terapias de juego, psicoterapia de grupo, sesiones de fortalecimiento de recursos familiares, terapias familiares, terapias individuales, talleres de competencias parentales, psicoeducación, coordinaciones con distintos actores e intervención en red, etc. Todas estas acciones son colocadas dentro de una epistemología sistémica relacional.

Al respecto, la entrevistada 1 nos refiere que existe una dimensión ontológica que funda la práctica clínica sistémica en lo público y que delimita su epistemología. Esto se traduce a que el sujeto en la práctica clínica sistémica es contextualizado respecto a su familia, cultura, ecología, historia y lugar de procedencia. Esta definición ontológica sobre el sujeto como emergente de sus relaciones sociales, contextuales e históricas viene a situarse como un eje central en la práctica clínica sistémica en su configuración epistemológica, metodológica y teórica. En estos contextos públicos, la terapia no es solo una atención parcializada y fundada en un box cerrado. Esto implica que se va complementando con otras intervenciones en lo social que van proporcionando una mirada contextual, transdisciplinaria y situada en una cultura y lugar determinado. Es así como la terapia o psicoterapia es un medio y en algunas veces un fin para la intervención clínica en las distintas dimensiones revisadas.

Por último destacar que en los contextos de salud mental, las intervenciones clínicas son en conjunto con otros profesionales (terapeutas ocupacionales, psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, técnicos paramédicos, psicopedagogos, etc). Estos profesionales van

organizando una visión y una relación común en donde van gestionando las distintas acciones a realizar, en algunos casos parten de atenciones individuales de cada profesión, pero existen escenarios que son compartidos en conjunto, estableciendo duplas psicosociales, las cuales se dan principalmente en las visitas domiciliarias, los talleres grupales o en el trabajo comunitario; aquella realidad es la que se vive en el COSAM de la profesional entrevistada.

Sin embargo, en el SDP, las intervenciones clínicas psicosociales, sean estas entrevistas a personas hospitalizadas y a sus familiares, las intervenciones grupales, las visitas domiciliarias o la coordinación en red, recaen en las funciones de la trabajadora social, siendo un trabajo más individual, y que se socializa en reuniones clínicas en función a sus resultados. Esta situación se ve fragmentada ante un tipo de dispositivo en donde convive una perspectiva biomédica, donde los psiquiatras se enfocan a una labor farmacológica y las demás profesiones de la salud se acoplan al poder disciplinario de la psiquiatría. El mundo de lo psicosocial es un terreno que convive con esta perspectiva, pero ésta no es el foco central hoy en día, sino que son parte de las prestaciones de hospitalización de los pacientes.

Los programas psicosociales, específicamente los de reparación en maltrato grave y abuso sexual investigados, comparten una forma de trabajar que es en dupla psicosocial (trabajador social/psicólogo) profesiones que son las encargadas de realizar todas las acciones en conjunto.<sup>23</sup> El entrevistado 3 explica que “yo trabajo en dupla con una psicóloga, y esto también me ha permitido establecer la complementariedad de ambas disciplinas”. (Entrevista 3, p. 61 en anexo 3) Ambos profesionales cumplen todas las actividades señaladas con anterioridad para la intervención clínica, a pesar que se visualiza desde lo institucional que preferentemente el psicólogo es el único que cumple funciones

---

<sup>23</sup> Según las bases técnicas de los programas de reparación en maltrato grave y abuso sexual, las duplas deben “estar conformado por psicólogos/as y asistentes sociales que ejecuten colaborativamente las intervenciones psicoterapéuticas, familiares y sociocomunitarias”. (SENAME, 2015. p.22)

clínicas, no obstante, en la práctica y en la ejecución de estas acciones los profesionales desdibujan esta ilusoria y violenta división profesional. Al respecto, el entrevistado 2 nos refiere que:

“hay una división súper tajante entre los que hacen...ósea, el terapeuta es el psicólogo, la trabajadora social no es terapeuta ¿Me entiendes? Y los trabajadores sociales se la creen, se creen que no son terapeutas, y yo le digo todo el rato a mi compañera, que ya tiene hartos años, entonces ella tiene otra postura, yo le digo que ella es terapeuta, los dos somos los terapeutas, entonces te fijas, a ellos igual los han violentado...creemos que no es correcto, no funciona además ¡Si no funciona! Sobre todo como te digo yo, a nivel intrafamiliar necesitas una intervención, cuando el abuso o el maltrato es intrafamiliar necesitas una ¡Intervención Familiar!” (Entrevista 2, p. 39 en anexo 3)

Esta forma de entender y hacer la práctica clínica sistémica desde estos profesionales va indicando la existencia de grandes relatos dominantes sobre el quehacer clínico, y que desde nuestra realidad local viene a excluir el rol histórico del ejercicio terapéutico de los trabajadores/as sociales.

### **1.3 Contexto sociocultural y político de la práctica clínica sistémica**

Todos los profesionales entrevistados/as describen que su contexto laboral se sitúa en lo público y en contextos donde la vulnerabilidad social y la exclusión son condiciones presentes en su ejercicio clínico. Existe una condición necesaria para estar en un escenario público, y que la entrevistada 4 refiere a que es inevitable tener una perspectiva hacia el “entorno familiar, material, cultural y psicosocial...tú vas al terreno y te encuentras otras cosas u otra historia, ahí cambia todo, puede cambiar incluso el diagnóstico, puede cambiar incluso el tratamiento” (Entrevista 4, p. 88 en anexo 3)

En este sentido, todas las prácticas terapéuticas investigadas están vinculadas a trabajar en ambientes interculturales, en donde el nivel socioeconómico de la población es

bajo y asociado a la pobreza, existen episodios comunitarios de delincuencia, desintegración del tejido social, personas con escasos niveles educacionales, vulneraciones de derechos, cesantía y empleo precario en los padres o las familias, violencia intrafamiliar, abusos sexuales y se presenta consumo problemático de alcohol y drogas; configurando en muchos casos una tendencia multiproblemática evidente en cada situación clínica. Ante esta panorámica contextual del ejercicio clínico-terapéutico, los/as profesionales llevan a cabo una contemplación compleja y circular de los fenómenos presentes en dichos contextos sociales y políticos. La entrevistada 1 nos ilustra que “uno no puede trabajar con un niño sin mirar el contexto, sin mirar el contexto familiar, sin mirar el contexto escolar, y el contexto comunitario donde ellos viven...resulta que tú te enfrentas en su comunidad y ellos están encerrados, no se relacionan con otros niños, porque en la calle hay balazos, hay tráfico, hay delincuencia y están en riesgo”. (Entrevista 1, p. 11 en anexo 3)

La realidad contextual y local de los servicios públicos está situada en las poblaciones más vulneradas de la sociedad. Estos aspectos se pueden acrecentar en contextos regionales en donde condiciones sociales como pobreza, interculturalidad y ruralidad constituyen aspectos que son ineludibles al trabajo clínico. Al respecto el entrevistado 2 dice que “la aislación social también po, la ruralidad también es otro factor, el acceso a las redes...y eso también está asociado a la violencia política, a exclusión social, a exclusión a nivel de educación.” (Entrevista 2, p. 38 en anexo 3) Es así como el entrevistado 3 nos dice que “las familias que nosotros atendemos culturalmente son distintas, entonces claramente estos elementos tenemos que tratarlos y adaptarlos, porque hay una escasa literatura nacional al respecto y que toquen estos temas”. (Entrevista 3, p. 62 en anexo 3) Para la entrevistada 4 “últimamente ha entrado fuerte el tema intercultural porque la gente lo ha estado exigiendo, yo creo que en el transcurso de los años ha ido cambiando el perfil del usuario, en todas sus modalidades, desde la presentación de su enfermedad hasta la exigencia que tú seas capaz de entender un poco desde la cultura también, en este caso mapuche.” (Entrevista 4, p. 87 en anexo 3)



Al hacer evidentes los escenarios contextuales en donde se lleva a cabo la intervención clínica desde lo público se produce lo que Pakman (1997a) refiere como micro-política de clase social en la vida familiar. Los/as entrevistados/as hacen visible la contextualidad de sus dispositivos de intervención, asumiendo como premisa fundacional la necesidad de explicitar, de trabajar y de rescatar la vida cotidiana, lo cual conlleva a la humanización del espacio clínico y a la reorientación de las metodologías de intervención clínica a estas poblaciones referidas. Es así como se va desdibujando realidades teóricas abstractas y esas formas de practicar lo clínico que invisibilizan dichos contextos sociales. Los encuentros terapéuticos son concebidos como una práctica social de seres encarnados en sus aspectos culturales, contextuales y comunitarios, las conversaciones en los distintos niveles de intervención contemplan dominios que van desde el contexto social, abarcando temas económicos, políticos, sanitarios, culturales, espirituales e inclusive ideológicos.

#### **1.4 Características de las personas y familias: Subjetividad de los sistemas humanos**

La gran mayoría de las entrevistas enfatizan que trabajan con sistemas humanos que presentan estigmatización, exclusión social, vulneración de derechos, situaciones multiproblemáticas y carencias socioeconómicas. Todas estas situaciones están atravesadas por las condicionantes de la salud mental de la sociedad nacional y por la desigualdad sociopolítica del país. Al respecto la entrevistada 4 expresa que “la población con trastornos mentales...está como en lo más bajo en la escala social, son los marginados, son las personas marginadas de todo tipo...son personas que no tienen como mayor rango social, y de hecho la gente...saliendo de un servicio de psiquiatría...está altamente estigmatizada”. (Entrevista 4, p. 87 en anexo 3)

Para el entrevistado 2, en el contexto psicosocial de su ejercicio profesional, indica que la población se presenta “altamente vulnerables, excluidos socialmente...asociado aquí

en La Araucanía mucho a la etnia mapuche, también minorías raciales, género, la mayoría son mujeres...nunca el maltrato o el abuso sexual o el maltrato grave va a estar asociado a eso no ma, son dinámicas que son ligadas a depresiones...padres con trastornos en el control de impulsos. Consumo diría que sobre todo en las dinámicas de violencia intrafamiliar, ahí hay...consumo de alcohol.” (Entrevista 2, p. 37 en anexo 3) El entrevistado 3 expresa que las características familiares de la población que atiende en su territorio “es bien variada...son familias de tipo monoparentales, o familias reconstituidas, generalmente el agresor puede estar dentro, generalmente son abusos intrafamiliares, y violencia intrafamiliar y maltrato también...enfermedad mental principalmente de tipo psiquiátrico”. (Entrevista 3, p. 62 en anexo 3)

Según la entrevistada 1 las características de una población es siempre en términos psicosociales, y no epidemiológicos psiquiátricos, ya que las características de una población están enquistadas en las prácticas que suceden dentro de la comunidad y que influyen y construyen la realidad de las personas, bajo ésta óptica:

“hay sectores donde se centraliza el consumo problemático, la prostitución, el comercio sexual infantil, la delincuencia...los chiquillos que yo atiendo están en situación de marginalidad en el sentido de situaciones de abandono parental-marental, padres recluidos por tráfico de drogas principalmente, unas casas con formación y destrucción formal, trabajos bien precarios, en condiciones laborales inhumanas...escaso nivel educacional...carencias principalmente en cosas básicas...estamos incluso hablando de necesidades básicas insatisfechas, analfabetismo, y harta delincuencia, harta violencia, harta violencia, no solamente violencia intrafamiliar, violencia en las calles, violencia en los colegios, amenazas”. (Entrevista 1, p. 14 en anexo 3)

Bajo esta panorámica sobre las características de las personas y familias con las cuales trabajan los/as profesionales entrevistados/as podemos señalar que presentan condiciones que dificultan la propia presentación de la persona en estos servicios, como también en la imagen social que estas personas representan en el medio social donde se desenvuelven, aquí se refleja las condiciones del estigma. (Goffman, 1963/2012) El estigma está marcado en estas personas, familias y colectivos, estos sujetos que son los principales

usuarios del escenario público presentan un deterioro en su identidad, son poblaciones vulneradas, pauperizadas en la escala de estratificación social, y con un malestar subjetivo que atraviesa todas las áreas de su vida. La misma localización geográfica los limita en el acceso a sus redes, en sus oportunidades de vivir, en la calidad de vida que pueden tener. Son el reflejo de un país que no existe a simple vista, porque es una realidad alejada de la discusión pública, una realidad clínica invisibilizada y escasamente expuesta a la luz pública y académica. (Fombuena, 2011; White, 1997/2002) El entrevistado 2 nos relata que esta estigmatización es debido a que “la problemática con la cual trabajamos es la que genera más repudio, es como trabajar con la lacra de la sociedad, es como con las consecuencias de la lacra”. (Entrevista 2, p. 46 en anexo 3)

### **1.5 Aspectos favorecedores de la práctica clínica sistémica en los dispositivos públicos**

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los/as participantes de la investigación, éstos identifican como aspectos favorecedores de la práctica clínica sistémica en sus respectivos dispositivos, a que en sus instituciones o programas se permite el ejercicio clínico sistémico, siendo una perspectiva epistemológica y metodológica aceptada en el contexto laboral, pero que depende del profesional desarrollarla. Tomando la voz del entrevistado 3 “si bien lo institucional te permite tal vez hacer un tipo de apertura en ese ámbito, también tiene que ver con un tema de inquietud profesional que tienen los mismos profesionales”. (Entrevista 3, p. 64 en anexo 3)

Al mismo tiempo, al interior de sus dispositivos existen otros/as profesionales que también comparten esta visión de cómo trabajar la salud mental o lo psicosocial. La perspectiva sistémica es una forma validada y reconocida para trabajar en dichos escenarios públicos. Esto ha permitido que en el contexto institucional se les permita desplegar determinados modelos o enfoques sistémicos para las problemáticas con las cuales trabajan,

generando la posibilidad de realizar una práctica clínica sistémica acorde a sus necesidades personales y profesionales. El entrevistado 3 ilustra que “a través del enfoque narrativo he empleado la utilización de medios narrativos como cartas terapéuticas, y eso ha sido también de mucha utilidad en el fondo porque también sale de lo tradicional...esto es más dinámico, esto es más de devolverle el protagonismo a las personas, y a los sujetos de atención que en el fondo ellos son los principales, ósea aquí nos sacamos en parte el papel de experto”. (Entrevista 3, p. 61 en anexo 3)

Otros aspectos favorables de la práctica clínica sistémica en lo público lo refiere la entrevistada 1 quién propone una mirada transdisciplinaria que pueda introducir prácticas sistémicas en las diversas acciones terapéuticas que van realizando como equipo. Para la entrevistada 4 a pesar que en su contexto laboral existe una perspectiva biomédica instalada en el ejercicio de los profesionales de la salud, y específicamente en los psiquiatras, esto no ha dificultado implementar una práctica clínica sistémica en los diferentes eventos de intervención, ante esto nos relata que “ellos también escuchan...lo que quieren ellos son resultados y los resultados son buenos...y además que eso significa dinero, las intervenciones psicosociales, las visitas domiciliarias en estos momentos...son pagadas digamos al servicios, ellos no pierden, están siendo pagadas...por FONASA”. (Entrevista 4, p. 89 en anexo 3)

Cabe referir lo que el entrevistado 2 nos refiere a que desde su lineamiento institucional que se basa en un fundamento sistémico muchas de sus actividades están permitidas, y ante esto “nosotros hacemos en definitiva todo si lo argumentamos y lo amoldamos...podemos hacerlo todo...yo trato de buscar lo efectivo, creo que lo sistémico apunta mucho más a lo efectivo en este tipo de problemática”. (Entrevista 2, p. 39 en anexo 3) Los/as profesionales declaran distintas aristas significativas para ejercer lo clínico sistémico en estos contextos de salud mental y programas psicosociales. Lo que es más significativo para los entrevistados es la posibilidad de transformar prácticas institucionales

que pueden tener un fuerte sesgo de control social como por ejemplo la visita domiciliaria. Por otra parte, surge la posibilidad de emplear nuevos medios o herramientas terapéuticas que contribuyan a mejorar los procesos clínicos con las personas y familias, democratizando la relación terapéutica y devolviendo el protagonismo a las personas, lo que conlleva a rescatar la subjetividad de los terapeutas/profesionales.

Esto se da en el ejemplo relatado por el entrevistado 3 que utiliza las cartas terapéuticas con la finalidad de desafiar las dinámicas de poder y las representaciones sociales coercitivas que los dispositivos psicosociales mantienen, y mucho más aún a los que se vinculan al sistema judicial. Por último, señalar que la práctica clínica sistémica son ejercidas conscientemente por los/as profesionales entrevistados/as. Situación que parte de una voluntad personal, una filosofía de vida y un ejercicio reflexivo constante de readaptación, transformación, adecuación a los escenarios de acción, y que en definitiva son micropolíticas instaladas sistemáticamente ante relaciones de poder que en estos espacios suelen ser eventos extraordinarios (White, 2012; 2015) desafiando abiertamente la visión tecno-operativa que domina sus contextos laborales. (Pakman, 2010)

## **1.6 Nudos problemáticos de la práctica clínica sistémica en los dispositivos públicos**

De acuerdo a las entrevistas realizadas, los/as participantes de la investigación identifican como nudos problemáticos de la práctica clínica sistémica en sus respectivos dispositivos las constantes lógicas de poder que están induciendo a ejercer una práctica clínica fragmentada, irracional, centrado en lo administrativo y en lo irreflexivo. Esto se complementa con las tensiones que surgen al compartir dichos escenarios con otros profesionales que miran con resquemor o con un cuestionamiento el ejercicio clínico sistémico, principalmente por aquellos profesionales adscritos al conductismo o a cualquier forma de psicología, disciplina de ayuda o psicoterapia moderna.

Estos espacios públicos están constantemente asediados por situaciones de burnout o de desgaste profesional, los cuales son potenciados por una lógica burocracia o de control que insta a los los/as profesionales a ser más centrados en la tarea y menos reflexivos. Por otra parte se presentan situaciones que desgastan a los profesionales, en este sentido, sus prolongadas horas laborales, la sobrecarga de atención de pacientes, los escasos espacios de autocuidado, la poca capacitación en temas vinculados a su trabajo y la nula financiación de estudios que permitan mejorar sus funciones profesionales; terminan determinado la salud mental y la calidad de vida de los profesionales. Al mismo tiempo todos estos dispositivos son autoritarios, jerarquizados y con sistemas de control laboral, y que de acuerdo al entrevistado 2 “son exigencias que son alejadas del contexto porque ellos no conocen aquí, y lo mismo pasa con SENAME”. (Entrevista 2, p. 41 en anexo 3)

El entrevistado 3 profundiza que estas problemáticas se complejizan con problemas operativos, administrativos y laborales de este espacio de intervención clínica, él nos señala que “nosotros también tenemos que responder a las instituciones como SENAME, Tribunales de Familia y a veces también, si nosotros nos quedamos en esto, de enfocados a la tarea, y que también es bastante tedioso, y que generalmente también tenemos algún trabajo administrativo...a veces no da tampoco tanto tiempo para incorporar la flexibilidad del día a día”. (Entrevista 3, p. 64 en anexo 3) La omnipresencia de lo político tal como lo plantea Pakman (2010) termina sucumbiendo al dispositivo terapéutico y a los profesionales en estos contextos. Como resultado de todo esto, la práctica clínica sistémica adquiere una visión técnica-operativa que destierra la idea de ver más allá de lo que se dice o de lo que ocurre en los procesos terapéuticos, esto se debe principalmente por la cultura burocrática del sistema público.

Es así como la vulnerabilidad laboral de los/as profesionales que están insertos en dichos lugares de ejercicio terminan repercutiendo a sus prácticas clínicas sistémicas, incitándolas a prácticas de control social, a reproducir los espacios de guiones preestablecidos, en donde el profesional es concebido como un policía o un abrazo del

poder gubernamental del estado y que en última instancia los/as condiciona ante diversas tecnologías del poder. (Donzelot, 2005; Rose, 2012; Foucault, 1981; White, 1997/2002)

La entrevistada 1 nos informa respecto a su contexto algunas condiciones laborales y económicas que operan omnipresentemente. Esto se traduce a problemas éticos en los/as profesionales, lo cual modifica la realidad local e impacta multilateralmente a los dispositivos públicos, asediándolos y transformando sus propósitos. Es así como nos explica las contradicciones del modelo de salud mental nacional en su escenario clínico, el cual termina por asociar a un diagnóstico a cada persona para poder recibir una atención profesional, la cual es pagada al centro, no obstante hay diagnósticos que tienen mayores valores (déficit atencional) ante otros (como maltrato) que su precio es casi irrisorio. En muchas situaciones, con tal de aumentar los ingresos económicos del centro, se termina asociado a las personas a un diagnóstico más alto para mayor financiamiento, pese a que la situación remita a otra problemática, provocando un vacío ético significativo. Las únicas acciones financiadas son las individuales o familiares (terapias, visitas, talleres, etc) mientras que el trabajo comunitario no es pagado, mucho menos el trabajo intersectorial.

Son estas fuerzas micropolíticas las que sofocan a los/as terapeutas del sistema público, sean estos psicólogos o trabajadores sociales, tanto en los contextos de salud mental como en programas psicosociales. Lo más desastroso del modelo económico neoliberal instalado en la gestión pública de estos dispositivos es que intentan instalar en las prácticas clínicas un modelo tipo cirujano, donde se cree que por medio de técnicas psicológicas o familiares se realiza un procedimiento universal en donde no importa el contexto. La práctica clínica que se quiere dar a entender bajo esta lógica es siempre tecnificada y reproductora de la invisibilización de la desigualdad social, la exclusión y el mundo cotidiano de las personas. Esto en última medida solo provoca que lo social-comunitario sea reducido y que lo valorado sea “más lo asistencial que lo terapéutico”. (Entrevista 4, p. 102 en anexo 3)

De acuerdo a esto se va acrecentando la irreflexibilidad de estas instituciones repercutiendo el quehacer terapéutico, fragmentándolo, dividiendo y pauperizándolo. Otro aspecto relevante de los nudos problemáticos son las condiciones laborales precarias, la sobredemanda de atención terapéutica, la inexistencia de autocuidado real, el incremento del burnout, y el asedio de prácticas de corte paliativo-asistencial que vienen a limitar y encapsular la práctica clínica sistémica en sus aspectos más amplios y reflexivos. En este sentido, el entrevistado 3 indica que “eso también te genera algunos conflictos, a veces claramente hay algunos tipos de desgaste profesional al respecto” (Entrevista 3, p. 66 en anexo 3)

Estos nudos problemáticos macro-institucionales van generando problemas en la subjetividad de los/as profesionales, y a su vez, estos problemas son atravesados por temáticas complejas que enfrentan en su cotidiano, agudizándose el desgaste profesional. El entrevistado 2 menciona que al mismo tiempo en estos espacios “no se trabaja lo que a ti te pasa, con lo que las familias hacen. Yo creo que nosotros trabajamos con las víctimas de una de las cosas más perversas del ser humano que es el maltrato grave hacia niños pequeños, que es el abuso sexual, trabajamos con las víctimas de eso, entonces nos tocamos con unas cosas súper crudas, donde a ti te remueven, te remueven y no hay espacios...o los espacios son muy informales, hacer un asado, ver una película, no cosas que te trabajen, las cosas que te remueven a ti”. (Entrevista 2, p. 42 en anexo 3) La entrevistada 1 en una línea similar, nos narra que “estamos cansados, estamos quemados...no tenemos espacio de autocuidado...una vez cada tres meses...nos juntamos, casi a llorar, porque no hay un autocuidado profesional, no hay un respeto por el profesional, por la integridad del profesional, y si tu muestras debilidad, estás siendo cuestionado profesionalmente”. (Entrevista 1, p. 21 en anexo 3)

La deshumanización de los contextos sociales más amplios en la práctica clínica sistémica dentro de estas instituciones ha provocado a que se instalen prácticas de corte



paliativo que subyugan la capacidad reflexiva de los entrevistados que operan en dichos contextos de intervención, afectando directamente el ejercicio profesional de los profesionales. Un aspecto muy negativo al respecto es lo que sucede, por lo menos en el caso de los trabajadores sociales, en que en dichas culturas institucionales se promueve a que el rol de dicha profesión tenga una lógica asistencial para dichos contextos, en desmedro de una función terapéutica.

### **1.7 Subjetividad del profesional: Poder, control social y patologización**

Las experiencias subjetivas de los/as profesionales en estos contextos públicos de intervención en salud mental y programas psicosociales, vienen a reconocer elementos que comúnmente son abstraídos e ignorados en el ejercicio clínico. Una situación que genera preocupación son las referidas al poder institucional –explícito como implícito– existente en dichos dispositivos de intervención, poderes que constantemente están asechando la posibilidad de mermar prácticas que constituyan una visión crítica sobre la realidad sociocultural operante. Para el entrevistado 3 expresa en un relato que “lo negativo sería de que en algún momento puedan buscar tal vez...por el tema de establecer un estándar...se puedan dejar de lado o derechamente prohibirlas como así coercitivamente o que las enmarque y que nosotros no podamos salir de esos márgenes”. (Entrevista 3, p. 72 en anexo 3) Lo que sigue presente en estas instituciones es la negación del rol clínico del trabajador social, ya que existen visiones modernas disciplinarias que intentan “enmarcar en el fondo las prácticas más estandarizadas de cierta forma y que por ejemplo, que el aspecto psicosocial sea más disgregado, que no sea tan complementario como lo estamos haciendo actualmente.” (Entrevista 3, p. 72 en anexo 3)

Este panorama que una y otra vez se pretende instalar desde el espacio de poder gubernamental termina repercutiendo en la práctica clínica, potenciando una visión

alienada de las prácticas terapéuticas, la cual se ve robustecida de un lenguaje mecanicista y de discurso legal, imponiendo restricciones que solo enfatizan el trabajo administrativo, protocolar, y que de acuerdo con Pakman (op.cit) en donde solo se mejora el papeleo, en donde los documentos se documentan a sí mismos. El entrevistado 2 nos expresa ante estas situaciones institucionales que al final solo se centran en aspectos meramente operativos, no siendo una respuesta adecuada para los nudos problemáticos presentes en los profesionales, es así como nos indica el profesional que “finalmente te dicen que <<oye sabís que hace un nuevo protocolo>> ósea más pega, no una solución...lo que yo te decía, el <<protocolo es la teoría>>.” (Entrevista 2, p. 51 en anexo 3)

Los puntos de tensión de la subjetividad de los/as profesionales más significativos ocurren con las macro-instituciones (tribunales, instituciones gubernamentales, corporaciones, etc.) inclusive a nivel de política pública y de cómo opera el sistema político en nuestro país. No obstante, la subjetividad de los profesionales se ve mermada ante un sistema sociopolítico que hace operar una lógica, un lenguaje y quiere dar un sentido de control social a los dispositivos de intervención pública, llegando en algunas situaciones a dificultar a los/as profesionales en sus contextos clínicos de intervención, la entrevistada 1 ilustra que muchas veces los tribunales derivan a las personas a los centros comunitarios de salud mental sin haber interrumpido situaciones de vulneración, esperando que las terapias otorguen respuestas ante situaciones que sobrepasan al dispositivo, es así como la entrevistada 1 se cuestiona que “¿Somos nosotros los encargados de interrumpir la vulneración? Si tú quieres reparar algo, ósea como un barquito que tú le tratas de sacar agua a través de una terapia, pero por otro lado el agua se sigue metiendo porque la vulneración no se ha interrumpido...no somos un agente policial...somos terapeutas clínicos...no podemos ser nosotros agentes de control social, policial y casi como normalizadores”. (Entrevista 1, p. 19 en anexo 3)

Los organismos del estado, y concretamente el poder judicial, a raíz del relato de la profesional anterior, es importante considerar lo que el sociólogo Donzelot (2005) nos dice respecto al complejo tutelar que existe por parte de dichos dispositivos de poder. Al respecto, desde el siglo XIX vienen gestándose progresivamente las profesiones de ayuda, y específicamente los trabajadores sociales y psicólogos vienen jugando un papel relevante en la configuración de la normalidad del paradigma moderno de nuestra historia. Dicha visión en el poder judicial sigue reproduciendo la idea fundacional que se asocia a que los dispositivos públicos son espacios de corrección de los problemas sociales, creyendo que las profesiones de ayuda son ejecutores de una doctrina correctiva de la desviación social.

Es importante considerar que los/as profesionales entrevistados reconocen el profundo poder expresado por dichas instituciones y que terminan influyendo en su quehacer terapéutico. El entrevistado 3 refiere que “existe este tema de regulación cierto o de control de tipo jurídico-legal...y eso también genera resistencia muchas veces a las familias porque nos ven muchas veces como un ente que no es...de tipo terapéutico...y eso también yo creo que es algo que nos juega muchas veces en contra con la familia.” (Entrevista 3, p. 68 en anexo 3) La complejidad de los dispositivos públicos de intervención clínica tiende a la reproducción de políticas, estrategias de control y a introducir elementos disciplinarios acordes a una idea moderna de salud mental y bienestar psicosocial acorde a una supuesta normalidad subjetiva.

### **1.8 Micropolíticas de la práctica clínica sistémica en los dispositivos públicos: Resistencias disciplinares y prácticas alternativas como rescate de lo humano**

Dentro de las principales micropolíticas de resistencia por parte de los/as profesionales que ejercen al interior de los contextos referidos, éstas se vinculadas a la promoción de un ejercicio clínico transdisciplinario que no sucumba a la fragmentación

disciplinaria. En este sentido se promueve la instauración de perspectivas que no terminen reproduciendo la violencia institucional, tanto para las personas y familias, como también hacia los propios profesionales. Estas situaciones que se llevan a cabo buscan reproducir en estos espacios laborales una perspectiva crítica y que visibilice los aspectos contextuales y sociopolíticos involucrados en cada caso clínico. El entrevistado 2 recalcar que “hay resistencias que son compartidas...y también pasa a nivel más individual con mi colega, en donde nos centramos en lo que nosotros creemos que es importante, no porque lo creamos porque se nos paró la cola, sino porque hemos leído, hemos estudiado...y de ahí tratar de plasmar esa mirada más distinta, esa resistencia...es como que todos tenemos que trabajar mancomunadamente”. (Entrevista 2, p. 47 en anexo 3)

El fuerte énfasis en el trabajo comunitario y ecológico es una oportunidad de resistir a un contexto que insta al trabajo individualizado, lo cual requiere intervenir si o si en sistemas más amplios. El entrevistado 3 expresa que la integración en su práctica clínica sistémica y de su perspectiva crítica en otros espacios como la supervisión de casos, en las conversaciones cotidianas entre colegas, como en coordinaciones con otros profesionales, junto a la discusión reflexiva constante con su dupla han permitido ejercer una micropolítica que intenta no subyugar su ejercicio, para él “no es algo que nosotros queramos salirnos del estándar por un tema de ir contra la corriente o ser irreverente, sino que...nosotros estamos convencidos de que estas prácticas son de utilidad hoy en día...de la parte más directiva...intentan de que tu tampoco te salgas de este margen...pero aún así, nosotros ya lo tenemos incorporado y seguramente lo vamos a seguir haciendo, sea o no validado por la institución”. (Entrevista 3, p. 72 en anexo 3)

La entrevistada 1 refiere que una práctica micropolítica relevante es la reinención de lo comunitario en la práctica clínica sistémica, dicha invitación al espacio laboral y al ejercicio terapéutico ha permitido integrar los aspectos más amplios de las relaciones humanas al contexto laboral en el dispositivo de salud mental. Pese a que las intervenciones comunitarias no son consideradas dentro de un plano financiero, éstas vienen a constituir

una dimensión ineludible y que se abre hacia otras dimensiones como lo grupal, en donde los talleres de grupo han permitido democratizar el espacio terapéutico y expandirlo a conversaciones encarnadas a contextos particulares y singulares de los sistemas humanos con los cuales trabajan, traducándose en “una práctica de empoderamiento, de reempoderarse, reafirmarse, educarse y desculpabilizar”. (Entrevista 1, p. 11 en anexo 3)

La socialización del espacio terapéutico, el compromiso ético y la perspectiva crítica sobre el poder moderno (White, 2011/2015) se aprecia en los entrevistados, ya que no quieren caer en la reproducción de guiones políticamente correctos basados en el *disciplinamiento del yo*, estas actitudes permiten a los profesionales subvertir las tecnologías del poder moderno que instan a que el ejercicio clínico tenga una función correctiva del vivir en estos espacios. El entrevistado 2 nos deja una lectura interesante en como él realiza una micropolítica para no reproducir la violencia implícita o explícita que los sistemas de gobierno fomentan en sus diversas formas de reproducción disciplinaria de la vida de las personas, mucho más en aquellas personas que han sido vulneradas gravemente en sus derechos, ante esto “si uno omite a la violencia que el sistema político, el sistema del estado...ejerce sobre la familia, siento yo que uno canaliza esa violencia solo contra estas personas...pero si tu tomas que estas familias están siendo violentadas en términos de exclusión, en términos de mala educación, en términos de malos programas...te permite ampliar el fenómeno y verlo de una manera más macro, y así tu no violentar a esta familia”. (Entrevista 2, p. 38 en anexo 3)

Todas las experiencias mencionadas con anterioridad enfatizan en la necesidad de expandir las prácticas clínicas sistémicas a los aspectos más amplios de la experiencia humana (a lo grupal, comunitario y a las redes) como al mismo tiempo, promueven la sensibilización del espacio terapéutico a niveles relacionales, tanto con las personas como también con los otros profesionales al interior o fuera de las instituciones. El compromiso ético, la responsabilidad social y la colaboración son ejes fundamentales en el operar

clínico sistémico en estos contextos públicos, pese a que existan tendencias burocratizantes, o a que se intente estandarizar las prácticas de los/as profesionales, inclusive a que existan las posibilidades ser coartadas o limitadas sus prácticas clínicas sistémicas en un futuro próximo.

Para los/as entrevistados/as dichas micropolíticas son acordes a una posición epistemológica, metodológica, ética y personal ante poderes que se presentan como sistemas de control social por parte del sistema gubernamental. Para los/as profesionales que realizan una práctica clínica sistémica, estos vienen asumiendo en su actuar un cuestionamiento profundo sobre todos los aspectos vinculados al poder, iniciando contraprácticas que desafían la hegemonía de dichos saberes normativos del ser humano, iniciando e insertando al interior de sus dispositivos eventos extraordinarios de ejercicio profesional. (White y Epston, op.cit)

## **1.9 Poética en práctica clínica sistémica: Singularidades del ejercicio terapéutico**

### **1.9.1 Singularidades de la práctica clínica sistémica y eventos poéticos**

Después de todo lo dialogado, reflexionado y conversado con los/as entrevistados/as se puede establecer como puntos comunes hacia lo poético en la práctica clínica sistémica tal como lo refiere Pakman (2006a; 2010; 2014) de que en los/as profesionales existe una apertura hacia la sensibilidad de lo cotidiano, rescatando la singularidad de las conversaciones y encuentros, lo cual les permite finalmente mantener consideraciones sobre una mente encarnada en lo contextual, ecológico y relacional de su ejercicio terapéutico; permitiendo mantener una visión poética de la práctica clínica sistémica como una forma de crítica social. La atención de casos es un punto crucial en donde se dan los aspectos más singulares de los eventos poéticos en su ejercicio profesional. Pero también se

dan en otras actividades como supervisiones clínicas, en las conversaciones con otros profesionales, en visitas domiciliarias y en eventos psicoterapéuticos con connotaciones públicas de gravedad. También se encuentra una actividad crítica de su saber/hacer que proporciona espacios importantes para reflexionar críticamente lo social como formas de comprender, pensar y hacer una práctica clínica atingente y sensible hacia los contextos socioculturales.

Para entrevistada 1 un caso clínico familiar que tenía una larga data de intervenciones frustradas, en una situación multiproblemática en donde afloraba la violencia intrafamiliar, la estigmatización comunitaria y la sobremedicalización de sus miembros; motivó a la posibilidad de realizar diversas acciones que iban desde la coordinación con otras redes sociales que trabajaban con esta familia, visitas domiciliarias y monitoreo del esquema farmacológico como formas de hacer que fueron posibilitando una singularidad que la llevó a cambiar variados aspectos de su quehacer clínico. Con la inclusión de un miembro que había sido omitido y excluido en todos los contextos de intervención, quién era el padre, fue una pieza angular del proceso terapéutico y que al momento de incluirlo en las terapias familiares fue una oportunidad que originó una poética en la intervención clínica. La entrevistada 1 nos relata que:

“Me acuerdo que la primera sesión tuvo un movimiento increíble, increíble, el padre lloró, dijo cosas que los hijos le dijeron que no sabían, y por último termina diciendo <<fui un gueón>> a ese nivel de permitirse decir un garabato y llorar como, imagínate, como hombre machista que era, lloró, se abrazó con los hijos, y la mujer obviamente se resistió porque ella estaba sacando partido de esto entre comillas, ella había tenido un problema con él con mucha violencia y por eso estaba enojada con él, y había predispuesto en contra a los niños del padre, y los había privado de una relación muy buena con su papá, y el papá con los hijos, por un tema de pareja.” (Entrevista 1, p. 26 en anexo 3)

Otra situación poética significativa que surge de la praxis clínica del entrevistado 3 es acontecida en la intervención con un adolescente que presentaba un largo historial de institucionalización en los programas de SENAME, con un sistema familiar en donde la

violencia y el maltrato psicológico grave eran episodios diarios. Ante una trayectoria histórica de este adolescente en estas redes de intervención, el profesional junto a su dupla se vieron envueltos en la creación de prácticas que pudieran ser sensibles y pertinentes a un adolescente que no quería una ayuda típica de los profesionales representantes de un dispositivo psicosocial coercitivo, según entrevistado 3:

“Él se sentía más cómodo en su casa, y nosotros trabajamos en el patio de su casa porque en su casa siempre había mucha gente y él claro, intentamos ofrecer el espacio que para él fuera algo suyo, que él nos invitara a donde quería estar...él de hecho estaba jugando en el patio, jugaba, nos mostraba algunas cosas que a él le gustaba hacer cierto...el hecho de sentarse con él en el patio era otro contexto...a él le gustaba ver por ejemplo, le interesaba ver el comportamiento de las arañas...entonces el nos iba contando cosas de las arañas, como viven y cosas así, y a nosotros eso nos pareció como interesante igual, porque en el fondo no sé si en otro contexto se habría dado. Y de ahí nosotros empezamos a incorporar esta visión que tenía el adolescente, para por ahí encausar la intervención”. (Entrevista 3, p. 75 en anexo 3)

En el caso del entrevistado 2, él nos cuenta que un evento psicoterapéutico con una niña que había sido víctima de violación reiterada a la edad de 11 años y que quedó con un embarazo invariable, hecho que desató el cuestionamiento público sobre el aborto terapéutico a nivel nacional. Esta multiproblemática ocasionó en él una forma diferente de aproximarse a la subjetividad de la niña, con un fuerte compromiso por el respeto del silencio, a la consideración de género como pilar fundamental y que mediante la utilización de medios estéticos-literarios como forma de expandir narrativas fueron elementales y que permitieron en él como también en la niña, la singularidad de la propia experiencia, el profesional nos ilustra este evento:

“Entonces la traumatización que vivió ella no solamente fue la violación recurrente, sino que fue la pérdida del bebé, que nació, que estuvo un 1 día y que se murió, una cuestión que fue un daño heavy ¿Me entiendes? Y ella se cierra, y yo también le respeto eso, de que está bien que tú también te quieras cerrar, es un dolor que tú sabes...Entonces ahí respetando los silencios, y respetando las formas que nos comunicamos, a través de lo simbólico, de lo artístico, ella utiliza mucho eso. Cuando yo la primera vez que la fui conociendo, le comente como ella representaría lo que le pasa, y ella tomó una pintura roja y puso una mano con sangre en una hoja blanco, entonces ella de ahí te va diciendo y son micrologos.” (Entrevista 2, p. 47 en anexo 3)



En el caso de la entrevistada 4, ella nos relata que existió una intervención que evocó una serie de eventos que fueron gatillando una aproximación distinta hacia un problema complejo de salud mental que afectaba a una mujer durante una hospitalización. Pero precisamente no fue la paciente índice la que generaba preocupación por su malestar, sino la dinámica y el grupo familiar al cual pertenecía la usuaria. Ella nos relata las condiciones de vida que ésta familia tenía, las cuales parecían surrealistas ante la configuración en la distribución del espacio de la vivienda. Los elementos artísticos, objetos, animales, etc; todo esto parecía configurar una obra de arte psicótica en la realidad misma.

Lo significativo y lo poético de toda esta intervención realizada, fue precisamente el cuestionamiento a visualizar a esta familia como esquizofrenógena, y eso fue posible ante las constantes supervisiones, la profesional nos expresa que “el psiquiatra que lo dirigía era sistémico, entonces el nos iba dando pautas de como él explicaba y nos iba dirigiendo que cosas hacer y qué cosas podíamos intervenir y que cosas podíamos integrar. Era una supervisión harto pesada y fuerte...” (Entrevista 4, p. 112 en anexo 3) Dicho encuentro significativo constituyó considerar la intervención clínica no centrada en lo material desde la supervisión, sino centrada en los recursos y fortalezas de este grupo familiar.

### **1.9.2 Insumos estéticos-literarios como conversaciones y narraciones sensibles a lo relacional: La experiencia personal de los profesionales en sus contextos de trabajo**

A los/as profesionales entrevistados/as durante la última parte de las entrevistas realizadas se les solicitó un trabajo experiencial que involucraba trabajar con algunos insumos estéticos-literarios (imágenes, letras de canciones, dibujo, poesía, etc) que pudieran reflejar su situación personal ante todos los aspectos tratados en la investigación. La gran mayoría trabajó utilizando imágenes como formas de reflexión de su práctica

clínica sistémica en su contexto laboral, y algunos participantes utilizaron la lírica de una canción como forma poética de reflexión del escenario de intervención. La respuesta general a esta parte de la investigación fue percibida como positiva, innovadora y creativa, permitiéndoles establecer un nuevo canal reflexivo de su ejercicio profesional. (Pakman, 2014)

Respecto a la entrevistada 1, ella proporcionó una imagen titulada “flor entre piedras” (Ver anexo 4, p.116) y una canción titulada “cartas a mi compañero” (Ver anexo 4, p.117) ambos insumos artísticos implican algunas consideraciones relevantes para ella en su práctica clínica sistémica, de acuerdo a lo referido por la profesional, ella nos relata lo siguiente respecto de su imagen “es como lo que no se espera que aparezca, porque lo más totalitario y lo más dominante es justamente la piedra...entonces uno se pregunta ¿Cómo es que aparece este ser vivo dentro de la muerte? Finalmente uno entiende que puede salir la vida, buscando lo que nutre, no lo que mata, enfatizando, poniendo el énfasis en lo que nutre, debajo de las piedras va a haber tierra y humedad”. (Entrevista 1, p. 30 en anexo 3) Su imagen es complementada por la lírica de la canción referida, explicando que dicha canción es la invitación a “unir la ciudad y el campo como una metáfora, como no distanciarnos por ser distintos, por vivir en distintas comunidades, con distintas culturas, sin excluirnos...entonces es esa invitación a dejar al individualismo de lado y a sentir que uno está en una red, en un tejido social, que podemos hacer muchas cosas en el tejido social, no desde el individualismo”. (Entrevista 1, p. 31 en anexo 3)

El entrevistado 2 proporcionó una canción titulada “la vida corre” (Ver anexo 4, p.118) que es un rap chileno que para el profesional implica algunos significados relevantes en su práctica clínica sistémica actual, lo que la lírica refleja es que “el sistema lo que hace, o el sistema familiar, el sistema político, el sistema estatal, en este caso el de la salud pública, hace que la gente vaya perdiendo la ingenuidad, vaya perdiendo la inocencia... Yo creo que estamos buscando agua en el salar, estamos luchando contra una cuestión que a

viva voz va en contra de todas estas reparaciones...la lucha de perdiendo para mí lo más rico del ser humano...estamos ahí agonizando sin agua”. (Entrevista 2, p. 52 en anexo 3)

El entrevistado 3 proporcionó un dibujo propio realizado en un grabado personal, esta imagen es titulada “El Faro” (Ver anexo 4, p.121) que para el profesional conlleva elementos significados relevantes tanto a su profesión como en su práctica clínica sistémica. En relación a lo explicado, él nos cuenta que la imagen presentada expresa metafóricamente su práctica clínica sistémica, y que el faro viene iluminar “para que los barcos no choquen contra las rocas, y en este sentido...el faro no va a buscar el barco y decirle ¡Cuidado que vas a chocar! Sino que lo único que puede hacer el faro es iluminar de la mejor forma...mostrarle las opciones que tienen las personas para re-escribir su vida”. (Entrevista 3, p. 78 en anexo 3)

Para la entrevistada 4, nos llevó a contemplar el cuadro de Monet “Los Nenúfares” (Ver anexo 4, p.122) obra artística que para la profesional significa diversos elementos de su profesión, como también aspectos profesionales acerca de su práctica clínica sistémica en un servicio psiquiátrico. En relación a lo explicado en este cuadro, ella nos relata que la imagen presentada en aquellas plantas reflejan que “son muy resistentes, tienen una resistencia al frío, igual permanecen ahí aunque estén bajo el agua, están vivas, entonces igual eso ha sido para mí la fuerza interna que yo creo que tengo, y que yo creo que la tengo, y la poseo, y salí adelante no importando las dificultades.” (Entrevista 4, p. 113 en anexo 3) Para Pakman (2014, p.119) “la imagen es la aparición de la realidad del sentido en nuestra existencia, cuando nos exponemos y somos tocados por la misma”. En la narración anterior hemos podido ver como el cuadro presentado por la profesional refleja esa aparición de la realidad del sentido para su existencia, siendo expuesta y tocada por la misma en su biografía personal y profesional.

## **IX. REFLEXIONES Y CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación se puede realizar las siguientes conclusiones y reflexiones en torno a los resultados otorgados por la problematización surgida en esta investigación, junto a la profundización de los diálogos surgidos en cada entrevista, con el análisis de la información de las entrevistas en profundidad llevadas a cabo, la propia posición del investigador y la contrastación emergida con las formulaciones teóricas revisadas en el marco teórico.

Los trabajadores sociales y psicólogos entrevistados ejercen actualmente en sus contextos públicos de salud mental y programas psicosociales una práctica clínica sistémica como marco de orientación principal de su ejercicio profesional. Esta práctica clínica sistémica ha sido introducida de manera voluntaria, personal y acorde a una visión de mundo que les entrega sentido a ellos en sus respectivos espacios laborales y a sus visiones profesionales. En algunos casos esta práctica clínica ha sido potenciada por estudios postgraduales -en el caso de los psicólogos- mientras que en otras situaciones ha sido fomentada por la institución y/o programa -en el caso de los trabajadores sociales- conllevando un fuerte compromiso autoformativo y reflexivo sobre el quehacer terapéutico, siendo adaptada a cada situación clínica y a cada sistema humano.

Las características socioculturales y políticas de las prácticas clínicas sistémicas en estos contextos públicos adquieren variadas aristas para su comprensión disciplinaria. Estas prácticas se fundan en una visión ontológica sobre un sujeto emergente de sus relaciones sociales, históricas, culturales, contextuales y políticas; dando paso a una configuración epistemológica compleja y transdisciplinaria en el abordaje del malestar subjetivo y los problemas de salud mental. Al interior de éstas prácticas existe una reinención del componente comunitario y ecológico, siendo un aspecto ineludible del quehacer profesional. Esta visualización de práctica clínica sistémica comulga o tiene en sus bases

metodológicas una visión que se puede asociar a como se piensa y se construye la disciplina del Trabajo Social, y se asemeja a la matriz metodológica del Trabajo Social Clínico que inspira este estudio. (Chescheir, 1984; Kisnerman, 1987; Ituarte, 1994; 2002 y 2011; Quintero, 2004; Salinas, 2012; Fombuena, 2012a; Herrera, Mesa y Almeida, 2012).

La reinención de lo comunitario en el seno de un ejercicio clínico tiene que ver con la capacidad de reflexionar sobre la gran mayoría de experiencias que nos van vinculando como seres humanos a redes sociales más amplias, es por este motivo, y que hoy por hoy se hace necesario volver una y otra vez a esas experiencias que nos fueron negadas con anterioridad, y en un momento histórico asediado por la dictadura militar en Chile. Lo comunitario y lo clínico no son dos formas antagónicas de comprender la construcción social de los ejercicios profesionales tal como lo señalan Karsz (2004) y Carrasco y Yuing (2014), sino que más bien, son dimensiones presentes en una sola condición humana, ya que nadie nace descontextualizado, sin una historia y sin un lugar. La clínica sistémica debe aprender que hoy por hoy, en estos escenarios donde prima el individualismo, la competencia y la negación de lo diverso, es concretamente la posibilidad de reconsiderar y de transformar aquello que nos va limitando. (Fombuena, Montagud y Senent, 2015)

Los modelos referenciales que preferentemente surgen como marcos teóricos de estas prácticas son los de tipo narrativo y las aproximaciones de Milán. No obstante, existe una incorporación de otros modelos de corte tradicional como el estructural, breve, centrado en soluciones y estratégico que operan implícitamente debido a las características de sus instituciones o programas. Cabe referir que existen relecturas por parte de estos profesionales hacia los conocimientos como la psicopatología, el apego, la violencia, el abuso sexual, el maltrato grave, las emociones, etc; temáticas que buscan darle una explicación sistémica compleja, incorporando una macro y micro visión de los sistemas sociales involucrados en la reproducción de dichas temáticas, siempre con la intención de no caer en una visión lineal reduccionista de su quehacer profesional.

Todo lo anterior viene siendo visualizado y concuerda con las proposiciones teóricas revisadas en Pakman (1997; 1997a; 2004; 2006; 2006a; 2010; 2010a; 2014 y 2016) respecto a que el campo de la salud mental está invadida por una ideología norteamericana de la administración asistencial, ideología que sistemáticamente viene a perpetuar un punto de vista que simplifica los problemas psicosociales y de salud mental a entidades nosológicas delineadas, abstractas y universales, limitándose a una concepción epistemológica que considera a estos problemas reduccionistamente, independientes a toda desigualdad social, contexto cultural y momento histórico. En este sentido se ha evidenciado las secuelas que esta ideología ha provocado en gran parte de estas prácticas clínicas sistémicas que conviven en el sistema público, promoviéndose incesantemente un modelo jerarquizado, tradicional y divisorio del saber profesional, y que en última instancia reproduce e impone una división profesional, no entendiendo a la práctica clínica sistémica como una condición integrativa, multidisciplinar y situada a los contextos particulares.

Es importante destacar que todas las acciones o eventos que realizan los profesionales son considerados como un ejercicio terapéutico en distintos niveles y basados en una epistemología sistémica, reflejando un rechazo hacia la visión tradicional de la terapia (de box privado y cerrado). Para todos ellos el trabajo terapéutico no se remite solamente a la terapia o psicoterapia, sino que el pensar y hacer la clínica sistémica es atravesada por todos estos ámbitos y dimensiones. Esto refleja de cierta forma una terapia sistémica contemporánea que incorpora una perspectiva contextual y en red, tal como los enfoques narrativos y la micropolítica y poética han enfatizado en el último tiempo. (White, 2007; 2011; Pakman, 2010; 2014)

Todos estos contextos laborales están insertos en comunas y sectores vulnerables de la población y atienden a personas y familias en situación multiproblemática. Al mismo tiempo presentan condiciones interculturales debido a que trabajan en una región con predominancia étnica mapuche –que es el caso de la gran mayoría de los entrevistados– mientras que la persona que ejerce en Santiago se ve enfrentada a la migración de

población extranjera –colombianos, peruanos, bolivianos, etc–. Se observa la presencia constante de vulnerabilidad y exclusión social en la población que es usuaria de estos servicios. Aquí se demuestra lo que Rubilar (2012) y Makowski (2007) nos dicen respecto a que en el último tiempo pese a que se ha producido un desarrollo económico y social que ha permitido reducir significativamente los niveles de pobreza de grandes poblaciones, se evidencia un avance desigual y excluyente, que beneficia a algunos y margina a otros, esto solamente deja en claro una cosa, que la pobreza y la exclusión siguen siendo parte del escenario público de los dispositivos de intervención revisados.

Se comprueba a través de los relatos y narraciones de los/as profesionales que el enfoque sistémico se encuentra institucionalizado y operativo en los dispositivos revisados. Esto refleja lo propuesto en el marco teórico respecto a que la práctica clínica sistémica se ve favorecida y legitimada por las políticas públicas y sociales que fomentan esta visión en los profesionales. Ante esto, la práctica clínica sistémica se ve fuertemente representada en el ámbito público, constituyendo una metodología y hacer que en lo público se ve favorecida.

Un punto de preocupación central que se aprecia es que en todos los relatos profesionales existe una tendencia hacia el quemado y desgaste emocional en los terapeutas que realizan prácticas clínicas sistémicas en estos contextos. Esto se gatilla principalmente por la burocracia, los sistemas de control, los escasos o nulos espacios de autocuidado, la sobrecarga laboral de atención y el no reconocimiento del trabajo comunitario como una acción válida. Las condiciones laborales son inestables, sujetas a rígidos sistemas de control, hay una precarización del recurso humano en cuanto a la capacitación y a un salario acorde a su experticia. Por último todos estos dispositivos están atravesados por problemas financieros, agravando la precariedad laboral de los profesionales sistémicos. De acuerdo a lo planteado anteriormente se comparte con Coletti (1997) que los profesionales no están tan afectados por las características de su relación con los usuarios, sino que por las dificultades que surgen al interior de estas organizaciones, instituciones o programas. En

este sentido, el burnout aparece como un resultado del insostenible clima laboral, como también por la irrupción de discursos que reproducen lógicas irreflexivas o paliativas, como también por jefaturas centradas en lo administrativo, como al mismo tiempo por organizaciones altamente atomizadas en una burocracia que ahoga las prácticas clínicas sistémicas en estructuras de control, asistencialidad y precarización formativa.

Todos los profesionales relatan el abandono de una posición de poder centrada en la curación (White, 1997) permitiendo establecer una posición colaborativa que respete los saberes de las personas con las cuales trabajan. En cierto sentido, muchos de ellos adoptan una posición de no saber (Anderson y Goolishian, 1992/1996), una postura que se ve centrada en las personas y familias con las cuales se trabaja, permitiendo vislumbrar caminos múltiples y decisiones diversas ante lo que se considere como mejor y apropiado para cada situación clínica, pese a trabajar en contextos coercitivos. Bajo estas consideraciones la práctica terapéutica sistémica en lo público tiene un compromiso ético imprescindible, una responsabilidad social considerable y una apertura hacia la flexibilidad que es atingente al medio sociocultural y ecológico en donde está situada.

Las principales micropolíticas realizadas por los profesionales investigados tienen que ver con la promoción de un trabajo transdisciplinario que no siga dividiendo a las profesiones que están insertas en estos contextos. Todos ellos buscan crear y emplear estrategias que no sigan reproduciendo guiones institucionales de violencia política en todo sentido, lo que conlleva a socializar una perspectiva crítica de sus prácticas al interior de sus contextos laborales. Durante todos los procesos se aprecia una práctica contextualizada a cada situación clínica, rescatando la singularidad y la cultura de cada sistema familiar, dando paso al énfasis en el trabajo en red y comunitario ante la imposición permanente de un trabajo individualizado que no es coherente a los cambios necesarios de acuerdo a las características de la población usuaria de estos servicios. Los profesionales introducen conversaciones al interior de sus procesos terapéuticos que fomentan la aceptación y la



integración de los aspectos cotidianos del vivir de cada persona, respetando la pertinencia al género y al tramo etario, adaptando su práctica clínica a cada persona. (White, 2011)

De acuerdo a los eventos poéticos dialogados se aprecia que cada profesional tiene una visión sensible a lo relacional, hacia la particularidad de cada situación clínica por más grave que sea la problemática. Esta actitud reflexiva de su quehacer ha permitido expandir la práctica clínica sistémica hacia aspectos que no estaban considerados inicialmente por los objetivos de esta investigación. El trabajo centrado en imágenes permitió para los objetivos de la presente investigación indagar en la subjetividad de los profesionales, visualizando su optimismo personal ante escenarios clínicos que en su mayoría son complejos y multiproblemáticos. De este apartado emergieron temas y nuevos hallazgos relevantes a considerar respecto a la clínica sistémica, los cuales están relacionados hacia una crítica social de un sistema público que constantemente ahoga a sus profesionales ante lógicas reduccionistas de su quehacer.

En este sentido, un hallazgo fue comprender la gran cercanía que estos profesionales tienen hacia los enfoques de género e interculturales en la práctica clínica sistémica, siendo un elemento central para el saber/hacer terapéutico. Dichos enfoques van contribuyendo significativamente a las diversas problemáticas y específicamente hacia los contextos que trabajan en abuso sexual. Pero al mismo tiempo, dichas perspectivas no son comunes en las formaciones postgraduales en materia clínica. Otro hallazgo fue la incorporación de la visita domiciliaria con fines terapéuticos, siendo el elemento más significativo, ya que en ella se ha podido desplegar una visión singular, poética, sensible y pertinente a casos con alta resistencia o donde la materialidad de la experiencia constituye un punto crucial de reflexión y de conversación de los procesos terapéuticos. Este es quizás un camino a explorar y a reformular al interior del Trabajo Social Clínico, como también, en las prácticas clínicas sistémicas. Resulta pertinente mencionar que la perspectiva de Pakman (2010 y 2014) puede constituir un elemento teórico fundamental para este tipo de

intervención que es frecuentemente utilizada en los espacios públicos, y que los profesionales entrevistados valoran su enorme aporte al trabajo clínico.

El fuerte elemento sobre el trabajo a nivel colectivo (grupo-comunidad) dentro de la clínica sistémica es un tópico que no estuvo considerado y revisado en esta investigación a nivel teórico, pero de cierta forma nos hace reencontrarnos con un aspecto olvidado de la misma práctica clínica sistémica en sus tiempos iniciales. Esto se explica ante el desarrollo histórico de la privatización del ejercicio sistémico que ha sufrido durante las últimas décadas y que la han transformado en una práctica individual tal como ha sido revisada en el marco teórico. En este sentido, cabe destacar lo que Pakman (2016) nos hace recordar acerca de que la práctica sistémica nació con el trabajo con poblaciones marginadas, con adolescentes que presentaban problemas delictuales y familias pobres pertenecientes a los suburbios marginados de los Estados Unidos; posteriormente se fue arrimando en la crítica antipsiquiátrica y a los movimientos por la justicia social, siendo siempre su foco de atención los sistemas más amplios del ejercicio terapéutico.

Otro punto crucial y que constituye un hallazgo en esta investigación es la fuerte crítica que surge por parte de los profesionales investigados acerca de las escasas propuestas teóricas y metodológicas por parte de las academias sobre el trabajo clínico en y para el sistema público. Hoy en día, se vuelve latente y retomando las palabras de los profesionales, la necesidad de que los espacios formativos de los profesionales vinculados a la salud mental y al trabajo terapéutico, consideren y sean atinentes a la realidad nacional, el escenario público demuestra una sociedad que está profundamente enferma, que vive en un malestar subjetivo cotidiano, en donde la desigualdad social, la exclusión y la vulnerabilidad son condiciones presentes en muchos dispositivos públicos. Faltan propuestas claras acerca de una psicoterapia sistémica que sea atinente a dichos espacios de vulnerabilidad, espacios que son habitados por la gran mayoría de las personas vulneradas de nuestro país.

Es muy relevante el enfoque micropolítico y poético del ejercicio clínico sistémico, pero hay una interrogante que surgió en estas conversaciones, la cual es ¿Hasta cuándo vamos a estar resistiendo? Esta pregunta llama a la acción, a la transformación de un sistema social, a cambiar y reformular nuestra práctica clínica sistémica hoy en día, todos estos profesionales están conscientes de los efectos perversos del poder político que opera y que va mermando su praxis. Es por estas razones que se hace urgente retomar nuestra historia sistémica inicial, aquellas preocupaciones que estaban vinculadas hacia los sectores marginados y excluidos del imaginario social. En este camino, se puede apreciar el compromiso de prácticas narrativas en continentes como África y Medio Oriente, en donde existen proyectos de justicia social, desarrollo comunitario y reparación de derechos humanos. (White, 2011/2015)

En esta investigación se deja constancia y se releva el conocimiento que la disciplina del Trabajo Social ha aportado al desarrollo histórico de la clínica sistémica. En este sentido el Trabajo Social Clínico constituye una realidad nacional, pero es una práctica que se intenta eliminar, que se persigue, que es violentada en los espacios institucionales, que muchas veces es negada y oprimida por el saber institucional en donde dominan los saberes *psi*. Se aprecia la resistencia constante de estos profesionales para conservar y seguir ejerciendo su rol terapéutico, pese a que existe el temor de que dichas prácticas clínicas puedan ser negadas o derechamente restringidas por sus instituciones o programas. Pese a que esta tesis profundizó en el desarrollo histórico del Trabajo Social angloparlante, es necesario indicar que los trabajadores sociales clínicos de nuestro país conviven en la exclusión, en un rincón olvidado y en un espacio de oscuridad, pero cabe recordar que este espacio deviene de la persecución política que el movimiento de reconceptualización ocasionó con la eliminación del método de casos en las mallas formativas del Trabajo Social en los años sesenta y que después con la tragedia de la miserable dictadura militar terminó por sepultar y relegar al Trabajo Social a la mera práctica del asistencialismo. (Ituarte, 1994; Quiroz, 2004)

Este paisaje general de la práctica clínica sistémica en los contextos públicos de salud mental y programas psicosociales deja en claro algunas situaciones que son urgentes en el panorama nacional. En una lógica más teórica, la incorporación de enfoques y modelos terapéuticos que van de la mano con el posmodernismo, el postestructuralismo y el construccionismo social vienen a contribuir en una lectura pertinente de la realidad nacional, haciendo visible los contextos sociales, y ayudando a ampliar el foco de la intervención terapéutica. Pero faltan desarrollos hacia el trabajo grupal y comunitario, la clínica sistémica sigue percibiéndose como una micropráctica vinculada al individuo o a la familia en la atención de box privado. En esa línea crítica, es importante que la práctica clínica sistémica sea visualizada como nació originariamente, como una práctica transdisciplinaria, vinculada al cambio y a la transformación social. Dicha práctica debe responder y adaptarse a nuestro contexto, a nuestro país y a nuestro continente que es Latinoamérica.

El desafío de la práctica clínica sistémica es retomar el lugar de acción que tuvo para enfrentar los problemas más complejos de salud mental. La clínica sistémica para que pueda seguir sobreviviendo y no ser tan solo una tecnología paliativa de un supuesto saber curativo del alma humana (Rose, 1997) tiene que rescatar a sus actores y a sus objetivos que han sido trastocados por el mercado, debe rehacerse una y otra vez, para lograr dar respuestas a la vulnerabilidad y a la exclusión social que vivimos. La práctica clínica sistémica deberá seguir nuevos rumbos, con nuevos personajes y construyendo nuevas historias o reescribiendo su propia historia nacional. Espero que esta investigación pueda dar frutos próximos en este sentido, y que no quede representada solo como una linda consigna. Confío en que los tiempos nuevos puedan entregar nuevas posibilidades para cambiar los contextos públicos de salud mental y psicosociales.

## REFERENCIAS

- Abreu, María (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Revista ENE de Enfermería*. 3, 70-79.
- Aguilar, María (2013). *Trabajo Social: Concepto y Metodología*. España: Paraninfo.
- Alvear, María; Herrera, Jeannette; Iglesias, Lucía; Márquez, Juan y Paredes, Cecilia (1984). Trabajo Social a la luz del enfoque sistémico. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 43(1). 46-53.
- Anderson, Harlene y Goolishian, Harry (1991). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 2(6), 41-72.
- Anderson, Harlene y Goolishian, Harry (1992). *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En McNamee, Sheila y Gergen, Kenneth (com). *La terapia como construcción social* (pp.45-60). España: Paidós. (1996)
- Anderson, Harlene (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: Ideas para una práctica sensible a lo relacional. *Family Process*, 51(1), 1-20.
- Anderson, Harlene (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. España: Amorrortu Editores. (1999)
- Asún, Domingo (2000). Intervención psicosocial, redes sociales y estilos de vida: Conceptos de referencia y abordaje en la salud mental del país. *Revista CUHSO de la Universidad Católica de Temuco*. 5(1), 40-44.
- Ávila, Alejandro (2002). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 87, 67-84.
- Aylwin, Nidia (1991). Trabajo Social y Salud Mental. *Revista del colegio de Asistentes Sociales de Chile*. 1(1). 32-35.

- Aylwin, Nidia y Solar, María (2002). *Trabajo Social Familiar*. Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile. (2009)
- Bassi, Javier (2015). *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales: Manual de supervivencia para estudiantes de pre-y posgrado*. Chile: Universidad de Chile.
- Bertrando, Paolo y Toffanetti, Dario (2000). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. España: Paidós. (2004)
- Bertrando, Paolo (2009). Ver la familia: Visiones teóricas, Trabajo Clínico. *Revista Psicoperspectivas*. 1(8). 45-69.
- Bernales, Sergio (2012). Fundamentos teóricos de una experiencia. *Revista De Familias y Terapias*. 21(32). 25-51
- Bernales, Sergio (2012a). Reseña: Palabras que permanecen, palabras por venir: micropolítica y poética en psicoterapia de Marcelo Pakman. *Revista De Familias y Terapias*. 21(32). 159-162.
- Bernales, Sergio (2010). Dilemas éticos en la intervención psicosocial desde el enfoque contextual relacional. *Revista De Familias y Terapias*. 18(28). 9-20.
- Bernales, Sergio (2004). La vejez, la pobreza, la intervención clínica: tres años de trabajo en el Hogar de Cristo. *Revista De Familias y Terapias*. 19(12). 59-77.
- Bernales, Sergio (2000). *Terapia Sistémica y Psiquiatría*. En Heerlein, Andrés (comp). *Psiquiatría Clínica*. Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Bernler, Gunnar y Johnsson, Lisbeth (1988). *Teoría para el trabajo psicosocial*. Argentina: Espacio. (1997)
- Bianciardi, Marco (2010). Evolución del pensamiento sistémico y práctica clínica. (Traducción Diego Martin). *Riflessioni Sistemiche*. 2(1). 1-16.
- Boscolo, Luigi; Bertrando, Paolo y Gálvez, Felipe (2013). *La terapia sistémica de Milán: Historiografía, actualizaciones y traducciones*. En Roizblatt, Arturo (comp). *Terapia familiar y de parejas* (pp.112-131). Chile: Mediterráneo.

- Botella, Luis y Figueras, Sara (1995). Cien Años de Psicoterapia ¿El porvenir de una Ilusión o un porvenir ilusorio? *Revista de Psicoterapia*. 6(24). 13-28.
- Bloch, Donald (1988). *Terapia Familiar y Formación*. En Elkaim, Mony (comp). *Formaciones y prácticas en terapia familiar* (p.17-20). Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Campillo, Marta (2011). Aprendiendo terapia narrativa a través de escribir poemas terapéuticos. *Revista Haciendo Psicología*. 7(2) 1-21.
- Campillo, Marta (2011a). Terapia narrativa de Juego. *Revista Haciendo Psicología*. 7(1) 1-30.
- Castañera, Loreto; Gómez, María y Mangas, Paloma (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social: Propuesta de especialización en salud mental. *Trabajo Social Hoy*. 2(72). 109-126.
- Carr, Alan (1998). Michael White's Therapy. (Felipe García Trad.) *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485-503.
- Carrasco, Jimena y Yuing, Tuillang (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Revista Psicoperspectivas*. 13(2), 99-108.
- Catalán, Hilda (1971). *Servicio Social: Conceptos Fundamentales*. Chile: Editorial Universitaria.
- Calventus, Joan (2000). Acerca de la relación entre el fundamento epistemológico y el enfoque metodológico en la investigación social: la controversia <<Cualitativo vs. Cuantitativo>>. *Revista de Ciencias Sociales de la Universitat José Santos Ossa*. 1(2) 7-16.
- Cecchin, Gianfranco; Lane, Gerry y Ray, Wendel (1992). *Irreverencia: Una estrategias de supervivencia para terapeutas*. España: Paidós. (2002).
- Cirillo, Stefano; Selvini, Matteo y Sorrentino, Anna Maria (comp) (2004). *La terapia familiar en los servicios psiquiátricos*. España: Paidós. (2004)
- Coletti, Maurizio (1997). *Las emociones del profesional*. En Coletti, Maurizio y Linares, Juan Luis (comp). *La intervención sistémica en los servicios sociales*

- ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 201-221). España: Paidós.
- Chescheir, Martha (1984). Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 1(43) 5-9.
  - Deleuze, Guilles y Guattari, Félix (1991) *¿Qué es la filosofía?* España: Anagrama. (2013).
  - Díaz, Felipe y Radiszcz, Esteban (2012). *Más allá del encierro asilar: Sobre la gestión gubernamental de la locura y sus nuevas formas de exclusión*. En Chávez, Ana; Macías, Luis y Klein, Alejandro. *Salud Mental y Malestar Subjetivo: Debates en Latinoamérica*. Argentina: Manantial.
  - Donzelot, Jacques (2005). *La policía de las familias*. Argentina: Nueva Visión.
  - Dubini, Osvaldo (com) (1969). *Caso Individual*. Argentina: Hvmánitas.
  - Durán, Eduardo (2011). *Enfermedad mental vs salud mental*. En Le Monde Diplomatique. *Enfermedad mental, política, cárcel, hospital: Psiquiatría ¿Cuidar o reprimir?* Chile: Editorial Aún Creemos en los Sueños.
  - Du Ranquet, Mathilde (1996). *Los modelos en Trabajo Social: Intervención con Personas y Familias*. España. Siglo XXI.
  - Escartín, María José (1992). *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. España: Aguaclara.
  - Efran, Jay y Libretto, Salvatore (1997). *La psicoterapia en la encrucijada: ¿Qué puede aportar el constructivismo?* En Pakman (com). *Construcciones de la experiencia humana: Volumen II*. España: Gedisa.
  - Elizur, Joel y Minuchin, Salvador (1990). *La Locura y las Instituciones: Familias, terapia y sociedad*. España: Gedisa. (2006)
  - Estalayo, Luis (2013). La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria. *Revista Trabajo Social Hoy*. 4(71). 63-72.
  - Epston, David (1989). *Obras escogidas*. España: Gedisa. (1994)



- Epston, David; White, Michael y Murray, Kevin (1992). *Una propuesta para re-escribir la terapia: rose, la revisión de su vida y un comentario*. En McNamee, Sheila y Gergen, Kenneth (com). *La terapia como construcción social* (pp.121-141). España: Paidós. (1996).
- Feixas, Guillem y Miró, Teresa (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. España: Paidós. (2010)
- Fernández, Tomás (2008). *Trabajo Social con Casos*. España: Alianza.
- Figueroa, Gustavo (2000). *Contribuciones de la filosofía y de las ciencias psicosociales a la Psiquiatría*. En Heerlein, Andrés. (comp). *Psiquiatría Clínica*. Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Figueroa, Gustavo (2000a). *Historia de la Psiquiatría*. En Heerlein, Andrés. (comp). *Psiquiatría Clínica*. Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Foucault, Michael (1981). *La gubernamentalidad*. En Castel, Robert; Jacques Donzelot; Foucault, Michel; Gaudemar, Jean Paul; Grignon, Claude y Muel, Francine. *Espacios de poder* (pp.9-28). España: Las ediciones La Piqueta.
- Foucault, Michel (1999). *Los Anormales: Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Argentina: Fondo de Cultura Económica. (2011)
- Foucault, Michel (1963). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Argentina: Siglo XXI Editores. (2008).
- Foucault, Michel (2003). *El Poder Psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Argentina: Fondo de Cultura Económica. (2005)
- Foucault, Michel (1964). *Historia de la locura en la época clásica, 1 y 2*. México: Fondo de Cultura Económica. (2011).
- Fombuena, Josefa (coord.) (2012). *El Trabajo Social y sus instrumentos: Elementos para una interpretación a piacere*. España: Nau Ilibres.

- Fombuena, Josefa (2012a). Trabajo Social Clínico: Teorías, técnicas y prácticas. Trabajadores Sociales suficientemente buenos. *Trabajo Social y Salud*. 72, 17-36.
- Fombuena, Josefa; Montagud, Xavier y Senent, Ferran (2015). *Métodos del Trabajo Social: Individuos, grupos y comunidades*. España: Tirant Humanidades.
- Fuhrmann, Ingeburg (1998). *Psiquiatría y Terapia Familiar: Evolución de una interacción*. En López, Marlene; Rivera, Diana y Tapia, Luis (editores). *IV Jornadas Chilenas de Terapia Familiar: Intimidad y diversidad hacia el tercer milenio*. Chile: LOM.
- Flick, Uwe (2002). *Introducción a la investigación cualitativa*. España: Morata. (2004)
- Freeman, Jennifer; Epston, David y Lovobits, Dean (1997). *Terapia Narrativa para niños: aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. España: Paidós. (2001)
- Goolishian, Harold y Anderson, Harlene (1994). *Narrativa y self: Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia*. En Schnitman (com). *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad* (p.293-311). España: Paidós.
- Gómez, Carmen y Zapata, Ricardo (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. España: Ediciones Eunate.
- Goffman, Erving (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu editores. (2012)
- González-Rey, Fernando (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Guatemala: Oficina de Derechos del Arzobispado de Guatemala.
- Han, Byung-Chul (2010). *La sociedad del cansancio*. España: Herder. (2012)
- Haley, Jay (1988). *Modelos de tratamiento y modelos de formación en terapia familiar*. En Elkäim, Mony (comp). *Formaciones y prácticas en terapia familiar* (p.41-70). Argentina: Ediciones Nueva Visión.

- Herrera, Juan; Mesa, Juani y Almeida, María (2012). La práctica de la psicoterapia desde el Trabajo Social. *Revista Atlántida*, 4, 103-118.
- Hernández, Alejandra y Rodríguez, Pedro (2011). *Ampliando los márgenes de la salud mental pública: Abordajes de un contexto psicoterapéutico institucionalizado de salud mental desde una postura construccionista social*. Memoria para optar al título de psicólogo de la Universidad de Chile. Extraído de: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-henriquez\\_a/html/index-frames.html](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-henriquez_a/html/index-frames.html)
- Hill, Ricardo (1988). *Caso Individual: Modelos actuales de práctica*. Argentina: Hvmánitas. (1999).
- Hoffman, Lynn (1981). *Fundamentos de terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica. (2010)
- Hoffman, Lynn (1992). *Una postura reflexiva para la terapia familiar*. En McNamee, Sheila y Gergen, Kenneth (com). *La terapia como construcción social* (pp.25-43). España: Paidós. (1996).
- Ituarte, Amaya (2012). Cuestiones básicas en el proceso clínico de atención psicosocial. *Trabajo Social y Salud*. 72, 5-16.
- Ituarte, Amaya (2002). El acontecer clínico en Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 35, 42-59.
- Ituarte, Amaya (2011). Trabajo Social Clínico en el Contexto Sanitario: Teoría y Práctica. *Trabajo Social y Salud*, 64, 283-304.
- Ituarte, Amaya (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. España: Siglo XXI.
- Karsz, Saül (2004). *Problematizar el Trabajo Social: Definición, figuras, clínica*. España: Gedisa. (2007)
- Kisnerman, Natalio (1981). *Salud Pública y Trabajo Social*. Argentina: Hvmánitas.
- Kisnerman, Natalio (1987). *Atención individualizada y familiar*. Argentina: Hvmánitas.

- Lax, William (1992). *El pensamiento posmoderno en una práctica clínica*. En McNamee, Sheila y Gergen, Kenneth (com). *La terapia como construcción social* (pp.93-110). España: Paidós. (1996).
- Linares, Juan Luis (2009). *Psicoterapias familiares y de otros sistemas*. En Palomo, Tomás y Jiménez, Miguel (com). *Manual de Psiquiatría*. España: Ene Editores.
- Limón, Gilberto (2005). *El Giro Interpretativo en Psicoterapia: Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Limón, Gilberto (1997). Psicoterapia y Posmodernidad: Perspectivas y Reflexiones. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e intervenciones sociales*. 2(1), 53-70.
- Makowski, Sara (2007). Ética y micropolítica de la intervención psicosocial. *Revista Tramas*. 27, 39-56.
- Martín, María y Salamanca, Ana (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Revista Nure de Investigación*. 27(1) 330-334.
- Medina, Raúl (2005). El modelo sistémico en el mundo globalizado: La terapia familiar desde Latinoamérica. *Redes: Revista de Psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. 15(1). 117-124.
- Merlinsky, Gabriela (2006). La entrevista como forma de conocimiento y como texto negociado: Notas para una pedagogía de la investigación. *Revista Cinta Moebio*. 27(1) 27-33.
- Mendizábal, Nora (2006). *Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa*. En Vasilachis, Irene (coor). *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.65-108). España: Gedisa.
- Millas, Jorge (1943). *Idea de la Individualidad*. Ediciones Universidad Diego Portales. (2009)
- Minuchin, Salvador (1998). ¿Dónde queda la familia en la terapia familiar narrativa? *Revista de la Federación Española de Asociaciones en terapia Familiar Mosaico*. 13(1). 1-10

- Ministerio de Salud (2014). *Evaluación del sistema de Salud Mental en Chile: Segundo Informe sobre la base del instrumento de evaluación de salud mental de Organización Mundial de la Salud*. MINSAL. Chile.
- Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. MINSAL. Chile.
- Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18 (4/5), 346-358.
- Molina, Raquel (2006). Invisibilidad del Asistente Social en la salud pública y en particular la salud mental: nuestros aportes. *Revista de Trabajo Social Rumbos de la Universidad Central de Chile*. 1(1) 98-114.
- Oficina contra la droga y el delito de las Naciones Unidas (2012). *Resumen Ejecutivo sobre el informe mundial sobre las drogas*. Extraído de: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive\\_summary\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Estados Unidos: OMS.
- Ochoa, Inmaculada (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. España: Herder
- Pakman, Marcelo (2016). Clínica Sistémica: Una breve nota macroscópica sobre sus orígenes y desarrollo en contraste con el psicoanálisis. *Boletín de la asociación mexicana de terapia familiar*. Disponible en: [https://issuu.com/asociacionmexicanadeterapiafamiliar/docs/boletin\\_amtf\\_mayo\\_2016](https://issuu.com/asociacionmexicanadeterapiafamiliar/docs/boletin_amtf_mayo_2016)
- Pakman, Marcelo (2004). Marco Sistémico para la actuación profesional en el campo de la salud mental. *Redes: Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. 12(13). 11-33.
- Pakman, Marcelo (2010). *Palabras por venir, palabras que permanecen: micropolítica y poética en psicoterapia*. España: Gedisa.

- Pakman, Marcelo (1997). *La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodologías para la acción*. En Pakman, Marcelo. (comp). Construcciones de la experiencia humana. Vol II. España: Gedisa.
- Pakman, Marcelo (1997a). Micro-política de clase social en la vida familiar: La terapia como práctica social crítica. *Systemica: Revista de la Asociación Andaluza de terapia familiar y sistemas humanos*. 1(2). 69-80.
- Pakman, Marcelo (2006). *Reducción del riesgo en familias multiproblemáticas: La micropolítica de la justicia social en la asistencia en salud mental*. En Roizblatt, Arturo. (comp). *Terapia Familiar y de Parejas* (pp.698-718). Chile: Mediterráneo. (2009).
- Pakman, Marcelo (2006a). *Poética y micropolítica del cambio: Diseñando conversaciones terapéuticas*. Entrevista a Marcelo Pakman por Alicia Moreno. Disponible en: <http://www.redsistemica.com.ar/pakman.htm>
- Pakman, Marcelo (2014). *Texturas de la imaginación: más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico*. España: Gedisa.
- Pasternac, Marcelo (1975). *El método experimental y el método clínico en psicología*. En Braunstein, Néstor; Pasternac, Marcelo; Benedito, Gloria y Saal, Frida. *Psicología: Ideología y Ciencia*. (pp. 127-155). México: Siglo XXI. (2003)
- Payne, Martin (2000). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. España: Paidós. (2012)
- Payne, Malcolm (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social: Una introducción crítica*. España: Paidós.
- Pérez, Carlos (1997). *Sobre la condición social de la psicología*. Chile: LOM. (2009)
- Pérez, Carlos (2012). *Una nueva Antipsiquiatría: Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Chile: LOM.

- Quintero, Ángela María (1997/2004). *Trabajo Social y procesos familiares*. Argentina: Lumen/Hvmanitas.
- Quintero, Ángela María (2004). *Trabajo Social Familiar y enfoque sistémico*. Argentina: Hvmanitas.
- Quiroz, Mario (2004). *Aportes Teóricos conceptuales para el Trabajo con familias*. Chile. Universidad de Concepción.
- Quiroz, Mario (2003). *Fundamentos teóricos y epistemológicos del Trabajo Social*. Chile: Universidad de Concepción.
- Quiroz, Mario y Peña, Iván (1998). *El sociodiagnóstico*. Chile: Universidad de Concepción.
- Raurich, Constanza; Valls, Gabriela y Bernales, Sergio (2007). La intervención en el contexto de pobreza: Reflexiones sobre una experiencia. *Revista de Familias y Terapias*. 15(24), 7-19.
- Rivera, Nélide & Sánchez, Francine (2012). Práctica y formación del Trabajo Social Clínico en el contexto socio-económico y político de Puerto Rico. *Tandil*. 7(4). 349-363.
- Richmond, Mary (1922). *Caso social Individual: What is social case work*. Argentina: Hvmanitas. (1993)
- Rosselot, Fernando y Carrasco, Eduardo (1997). Modelos y escuelas de Terapia Familiar: Mapa histórico de referencia 1. *De Familias y Terapia*. 5(18), 64-89.
- Rose, Nikolas (1990). El gobierno del alma: La formación del yo [self] privado. Extraído de: <http://www.unal.edu.co/ces/documentos/Temp/rose/Rose-gobierno.pdf>
- Rose, Nikolas (1997). El gobierno en las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo. *Archipiélago*. 29. 25-40
- Rose, Nikolas (2007). Terapia y Poder: Técnica y Ethos. *Archipiélago*. 76. 101-124
- Rose, Nikolas (2006). *Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Argentina: Editorial Universidad Pedagógica de Buenos Aires. (2012)

- Rose, Nikolas (1996). ¿Cómo se debería hacer una historia del yo? Extraído de: [http://aulavirtual.derecho.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/55758/mod\\_resource/content/2/2.%20ROSE%20-%20C%3%B3mo%20deber%20C3%ADa%20hacerse%20una%20historia%20de%20yo.pdf](http://aulavirtual.derecho.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/55758/mod_resource/content/2/2.%20ROSE%20-%20C%3%B3mo%20deber%20C3%ADa%20hacerse%20una%20historia%20de%20yo.pdf)
- Rose, Nikolas (1996). Una historia crítica de la psicología. Extraído de: [http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Rose\\_Una%20historia%20critica%20de%20la%20psicologia.pdf](http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Rose_Una%20historia%20critica%20de%20la%20psicologia.pdf)
- Rose, Nikolas; Malley, Pat y Valverde, Mariana (2012). Gubernamentalidad. *Astrolabio Nueva Época: Revista digital del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad*, 8. 113-152.
- Rubilar, Gabriela (2012). *Imágenes de Alteridad: Reflexiones y aportes para el Trabajo Social en contextos de pobreza y exclusión*. Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Salinas, Manolo (2010). Trabajo Social Clínico y ejercicio libre de la profesión. *TSnova: Trabajo Social y Servicios Sociales*. 1. 39-44.
- Sánchez, Luz (2003). *Aspectos históricos y enfoques de la terapia familiar*. Colombia: Universidad del Valle.
- Sánchez y Gutiérrez, Daniel (2000). *Terapia Familiar: Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sosic, Ana y Lira, María (2004). Motivos de consulta en la Unidad de Terapia Familiar del Hospital Luis Calvo Mackenna en 2003. *De Familias y Terapias*. 19(12). 87-94.
- Sued, Emily (2009). *Terapia Narrativa*. En Roizblatt, Arturo (comp). *Terapia Familiar y de Pareja* (296-310). Chile: Mediterráneo.
- Tarragona, Margarita (2013). *Terapia Narrativa: Reescribir nuestras historias para ser como preferimos ser*. En Roizblatt, Arturo (comp). *Terapia Familiar y de Pareja* (178-200). Chile: Mediterráneo.



- Toro, Iván y Dario, Parra (2006). *Método y conocimiento: metodología de la investigación*. Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Trepper, Terry (2009). *Terapia breve de pareja y familia centrada en soluciones*. En Roizblatt, Arturo (comp). *Terapia Familiar y de Pareja* (285-295). Chile: Mediterráneo.
- Valles, Miguel (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis Sociológica.
- Valles, Miguel (2002). *Entrevista Cualitativa*. España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Valdés, Camila y Errázuriz, Paula (2012). Salud Mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud. *Instituto de Políticas Públicas de la Universidad Diego Portales*. 11. 1-10.
- Vargas, Ileana (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*. 1(3). 119-139.
- Vega, Susana (1997). *Instrumentos de trabajo*. En Coletti, Maurizio y Linares, Juan Luis. (comp). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 167-200). España: Paidós.
- Vicencio, Javier (2015). *Prácticas sistémicas: arte y oficio*. En Roizblatt, Arturo (comp). *Terapia Familiar y de Pareja* (pp. 17-31). Chile: Mediterráneo.
- Villegas, Margarita y González, Freddy (2011). La investigación cualitativa de la vida cotidiana: Medio para la construcción de conocimiento sobre lo social a partir de lo individual. *Revista Psicoperspectivas*. 2(10). 35-59.
- Von Schlippe, Arist y Schweitzer, Jochen (2003). *Manual de Terapia y Asesoría Sistémicas*. España: Herder.
- White, Michael (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. España: Gedisa. (2002).
- White, Michael (1989). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa. (2004)

- White, Michael (1995). *Reescribir la Vida: Entrevistas y Ensayos*. España: Gedisa. (2002).
- White, Michael (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. Chile: PRANAS Chile Ediciones. (2016)
- White, Michael (2011). *Práctica Narrativa: La conversación continua*. Chile: PRANAS Chile Ediciones. (2015).
- White, Michael y Epston, David (1980). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós. (2012)
- Zamorano, Claudio; Morales, Rodrigo y Besoain, Carolina (2013). *Bosquejo historiográfico para un movimiento sistémico de tercer orden*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Psicología Teórica del ISTP, Dialogue and Debate in the craft of Theoretical Psychology. (Texto no publicado).
- Zamanillo, Teresa (1987). Fisonomía de los trabajadores sociales. Los problemas de la identidad profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*. 0. 85-104.
- Walters, Marianne; Carter, Betty; Papp, Peggy y Silverstein, Olga (1988). *La red invisible: Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. España: Paidós. (1991).

# **ANEXOS**