

**Revista *ConViviendo***   
**Científica - Interés Cultural**

**Directora Lic. Lili Calvo.**

**www.convivirgrupo.com.ar - info@convivirgrupo.com.ar**

**Publicación one line del Grupo ConVivir  
Año VII NÚMERO 31-DICIEMBRE 2011**

**Idea y Dirección: Lic Lili Calvo**

**Diseño y Diagramación: Lic Anabella Ossani**

**Staff de Colaboradores del Exterior: Angela María Quintero Velásquez (Universidad Antioquia, Colombia), Dr Patxi Sancinenean ( Asociación Vasca de Gestalt ), Ximena Mendez Guzman ( Universidad de Concepción, Chile) , Lic María Elena De Filpo Beascoechea (Miembro del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid).**

**Prensa y Difusión: Nicolás Ossani**

**Dedicamos ésta publicación al Dr. Raúl Luis Calvo. En reconocimiento a su sabiduría, su actitud humanitaria, y a la destacada labor profesional que desarrolló en distintos ámbitos del saber científico y como prestigioso Médico de Familia. Contando para llevar a cabo su tarea, con el apoyo incondicional de su esposa Sara De Filpo.**

**La Revista “ConViviendo” es una publicación one line. Las colaboraciones que realizan los autores se reciben a consideración del Comité editorial.**

**Las opiniones, comentarios y posturas intelectuales que expresan los autores, son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente el punto de vista la Dirección editorial de la Revista ConViviendo.**

**Si necesita contactarse con el autor de alguno de los artículos, tiene que enviarnos un e mail a la Revista ConViviendo:**

**[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar) y le haremos llegar su inquietud.**

**Si desea enviar sus colaboraciones a la Revista ConViviendo (artículos científicos, experiencias profesionales, imágenes, o sus notas, etc), envíe su material a la siguiente dirección electrónica:**

**[info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)**

# Sumario

## 1-Editorial

## 2-Artículos

- ✓ **Asambleas tribales, “Tribu”:** Un dispositivo para armar conversaciones colaborativas entre equipos tratantes y protagonistas de los tratamientos para rehabilitar de adicciones.

Dra. Ma. Cristina Ravazzola\*

▪

- ✓ **La Supervisión en Terapia Gestalt: Un intento de revisión**

Dr. Patxi Sansinenea

- ✓ **A modo de introducción al Enfoque Modular Transformacional (E.M.T.) de Hugo Bleichmar**

Lic. María Elena (Mariela) De Filpo Beascochea

- ✓ **El Trabajo Social Clínico**

Prof. Francisco Gómez y Gómez

## 3- Experiencia de colegas

### Dossier: Trabajo social Independiente

- ✓ **Lic. Mónica Chadi**
- ✓ **Li. Liliana Calvo**
- ✓ **Clara Winicott**

---

## **4-El Libro Sugerido**

**Vivir en el Alma**

**Joan Garriga**

## **5- Novedades en libros infantiles**

**“La historia de Bongó el tiburón asustado”**

**Autora Liliana Calvo e Ilustradora Anabella Ossani**

## **6-Citas que nos Ayudan a reflexionar**

**Madre Teresa de Calcuta**

## **7- Congresos, Jornadas, Seminarios, Talleres**

**32 Congreso Mundial de Poetas**

**Uruguay y Buenos Aires Octubre 2012**

**VII Congreso Panamericano de Terapia Sistémica**

**Buenos Aires, 19, 20 y 21 de Abril 2012**

## **8-Actividades**

**Grupo ConVivir**

## **9- Una película para ver**

**“El Secreto de la calabaza mágica”**

## **10- Una poesía para inspirarse**

**MI CARTA A LA PAZ UNIVERSAL**

**Ernesto kahan**

## **11- La entrevistas de ConViviendo:**

**A la Prof. Dra Carmina Puig i Cruells (España) por la Lic.**

**Liliana Calvo**

*“La supervisión en Trabajo social, y sus potencialidades, ofrece a los profesionales de los equipos de Servicios Sociales, Sanitarios, de Salud Mental una oportunidad para mejorar las destrezas profesionales a través de la reflexión, el pensamiento y el autocuidado”.*

.....

## **1-Editorial**

**Queridos Colegas y amigos:**

**Un nuevo año y un nuevo número de nuestra Revista, los que hacemos ConViviendo apostamos a una convivencia más armónica y saludable entre las personas . Que nos permita crecer en el contacto genuino entre los seres humanos. Donde la Paz no sea un anhelo lejano y utópico, sino que esté presente en nuestras vidas, trabajando cada uno desde donde y como pueda, para lograrla. En éstos días donde a cada momento recibimos noticias que parecen tan desalentadoras, también nos vamos encontrando con personas que en distintos lugares de nuestro querido planeta , están dando lo mejor de sí mismo, para el logro de una vida más plena para la humanidad.**

**Les damos las gracias a todos los que con su sapiencia colaboraron con nuestra publicación con sus artículos y con la entrevista concedida, sin ellos no sería posible hacerla. En éste número a la gentileza de la Prof. Dra Carmina Puig i Cruell (España), la Dra María Cristina Ravazzola, la Lic. María Elena De Filpo Beascochea (España-Argentina), La Lic. Mónica Chadi, El Dr Patxi Sansinenean (España), El Lic. Francisco Gomez Gómez( España) Un agradecimiento especial al Dr Ernesto Kahan, por aportarnos su “Carta a la Paz Universal ”, en avance al próximo Congreso Mundial de Poetas que va a presidir en el año 2012.**

En ésta ocasión compartimos con gran alegría la salida de nuestro primer cuento infantil de Ediciones ConViviendo, “La historia de Bongó el tiburón asustado”, ejemplar que ya está en las manos de muchos niños y sus familias.

Y les contamos que Nuestro Proyecto “Bongó sale a las escuelas”, se puso en marcha y en una Escuela primaria de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un primer grado la maestra con los niños compartieron el cuento y luego trabajaron en relación al mismo en el área de educación en valores.

Nos despedimos de ustedes con un hasta pronto, con nuestro deseo de Felicidad para las próximas Fiestas .

Consejo editorial

## 2- Artículos

- ✓ **Asambleas tribales, “Tribu”:** Un dispositivo para armar conversaciones colaborativas entre equipos tratantes y protagonistas de los tratamientos para rehabilitar de adicciones.

Dra. Ma. Cristina Ravazzola\*

### Resumen

Se describe una modalidad de conversación entre personas involucradas en los procesos de cambio (en este caso en un programa ambulatorio de rehabilitación de adicciones a drogas y alcohol), encuadrada en un lenguaje y una interacción semejantes a la de la vida cotidiana, no técnico, que tiene lugar entre el equipo tratante y la familia en tratamiento. Se sostiene en la idea de rescatar las capacidades de todas las personas involucradas en un proceso terapéutico, potenciando sus diferentes miradas desde paradigmas que tienden a sumar y no a entrar en rivalidades que reduzcan posibilidades a sólo ganar o perder. En las reuniones de “tribu” se aumentan las posibilidades exploratorias y de evaluación con respecto a los vínculos, las alianzas, los bandos, los puntos ciegos, los trucos comunicacionales, los intentos delegatorios, las manifestaciones disociativas, así como las capacidades de negociación y de reflexión que todos buscamos. La reunión en sí constituye una oportunidad muy grande y muy rica de recuperar y enriquecer conciencias para cada uno de los participantes, incluidos los coordinadores de los grupos de pares y los terapeutas de las familias que amplían así su panorama para reflexionar, emocionar y accionar.

**Palabras clave:** Conversaciones colaborativas – Asambleas tribales – Potenciación de recursos

### Summary

---

We make here a description of a type of conversation among the people involved in the process of change (in this case in a rehabilitation of drug abuse program), a non technical conversation handled in a colloquial and simple language, in which the professional team chat along with the consultant and the members of his/her family.

The “tribal meeting” attempts to reinforce the capacities of everyone involved, standing on paradigms that tend to sum up and to dissolve rivalries that reduce potentials. Through them we are able to enhance links and alliances, to explore blind points, delegations, dissociations and communicational tricks, as well as to co – construct negotiations and self reflection abilities. It works in the sense of an opportunity for us professionals and for every participant to rescue and enrich conscience, widening capacities to emotionally connect, reflect and take positive action.

**Key words:** Collaborative conversations – Tribal meetings – Reinforcing capacities

### Introducción y antecedentes

Durante años mis temas de investigación y de intervención en el campo de las adicciones han estado atravesados por las dimensiones de género (diferencias en las modalidades de adicción para las mujeres y los varones, y formas de ayudar específicas en cada caso) y por la relación entre la adicción a sustancias y los abusos (maltratos, violencia) hacia las personas. Desde estas perspectivas, en el programa familiar ambulatorio de rehabilitación de adicciones que superviso <sup>1</sup>, que es un programa para personas adictas a drogas y alcohol que propone cambios en actitudes y relaciones a través de procesos grupales que incluyen las redes sociales de los y las participantes, hemos incorporado dispositivos de acción terapéutica acordes con estas investigaciones<sup>2</sup>, como son espacios grupales especiales para las consultantes mujeres y formas de trabajo constante sobre los impulsos de descarga de tensiones que no respetan los sentimientos y el dolor de los otros (abusos), como un campo demostrativo por excelencia de la capacidad de reflexión y de contención que los y las protagonistas de los tratamientos van incorporando y haciendo propios. En artículos anteriormente publicados en esta revista<sup>3</sup> y en el libro *Historias Infames*. Los

---

<sup>2</sup> Menciono los temas de género y de violencia, así como los relacionados con la clínica de las adicciones que aquí se profundizan, porque son las áreas (de abusos) en las que los dispositivos clásicos de las terapéuticas tradicionales han sido insuficientes para resolver los problemas y han obligado a desarrollar otro tipo de gestiones, a evaluarlas y a seleccionar las modalidades más adecuadas en cada caso.

<sup>3</sup> Ravazzola, Ma. C. (1998) (2004) (2005)

maltratos en las Relaciones<sup>4</sup>, comento acerca de las similitudes entre todas las formas de relaciones abusivas, ya sea con personas (sí mismo u otros), o con sustancias. Aunque sería muy largo reproducir en este artículo las experiencias y las exploraciones que hemos realizado a lo largo de muchos años, puedo mencionar que nos encontramos frente a un mismo patrón relacional: quien abusa se siente víctima y entiende que puede habilitarse a acciones que causan perjuicios porque hay ideas, teorías, argumentos que sostienen esas acciones. Se puede seguir el imperativo del impulso y reaccionar sin reflexionar porque hay un contexto relacional que sostiene esa decisión (grupos de pares que consumen drogas, grupos de amigos o familiares que justifican argumentos disciplinados de los otros considerados “inferiores”, culturas machistas y consumistas en las que hay que estar siempre en posición ganadora y tener más que los otros, etc. Entre las teorías encontramos las que promueven jerarquías en las diferencias de género, raza, cultura, edad, etc., las que se inscriben en estructuras autoritarias y discursos que las avalan. Una vez sumergidos en las teorías que justifican los abusos, no se dimensionan los perjuicios y se da lugar a la acción sin mediar reflexión.

Así y todo, y aunque todos estos focos de mi interés siguen encendidos, en estos momentos, considero dar a conocer un interés principal de nuestras investigaciones clínicas que está puesto en lograr que las acciones, reflexiones y decisiones que se vayan tomando a lo largo de los procesos terapéuticos, puedan ser planteadas y consensuadas en forma colaborativa entre todas las personas que intervienen. Los aportes de las investigaciones clínicas que han ido validando diversos dispositivos de acción terapéutica inscriptos en acciones de corte comunitario, acciones que se multiplican en el mundo desde las experiencias de Alcohólicos Anónimos, necesitan todavía de un reconocimiento académico y de una forma protocolar que permita asociar fácilmente clínica con investigación, aunque hay ya

---

<sup>4</sup> Ravazzola, Ma. C. (1997)

iniciativas cada vez más afirmadas, como la formación acreditada en Psiquiatría Comunitaria en Brasil y las experiencias de los Programas de Democratización Familiar en Argentina y en México, a cargo de reconocidos investigadores sociales, que son programas de acción que han llevado a resultados altamente beneficiosos en el área de la salud en general.

Cuando intento dar cuenta de cómo llegamos a plantearnos diferentes dispositivos para lograr tales conversaciones colaborativas a lo largo de los procesos terapéuticos, me aparecen anécdotas de mis primeros pasos en la residencia Psiquiátrica. A partir un intento de armar una Comunidad Terapéutica en el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres de Buenos Aires, aprendí las primeras nociones sobre comunidades terapéuticas, que resultaron de intercambios entre psiquiatras argentinos e ingleses. Era claro para estos últimos, que los miembros de la comunidad eran los profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales) y también los pacientes. No era tanto así para los psiquiatras argentinos. Si bien la idea de la Comunidad Terapéutica nos incluye a todos, para nuestros instructores de entonces, los pacientes no figuraban como protagonistas de las conversaciones. Eran mirados como destinatarios de las acciones. En el otro polo, a veces, somos nosotros los profesionales los que quedamos excluidos, fuera de la interacción, como si fuéramos meros observadores que describen lo que sucede, siguiendo con fidelidad la tradición positivista de las profesiones que lleva a ese cliché que nos hace excluirnos de la escena como si fuéramos observadores objetivos, y a colocar a quienes nos solicitan bajo el foco de esa observación. Esa imagen está bien lejos de una conversación colaborativa para llegar conjuntamente a un objetivo compartido. Más bien, esa “observación” es una invitación a un juicio (des) valorativo disfrazado de diagnóstico cuando no de franca crítica a lo que “vemos” como negativo en el otro. Estamos en la reflexión acerca de “lo que miramos”, y cómo eso nos arma un juicio que se desbarata y adquiere otras formas más humanas de considerar a ese otro cuando lo escuchamos. Al



conversar nos acercamos, visualizamos lo que en nosotros es semejante a lo del otro, podemos llegar a terrenos comunes.

En la trayectoria de los equipos compuestos por profesionales y ex-adictos de la Fundación Proyecto Cambio tratamos de revisar permanentemente en nosotros, profesionales, esos sesgos limitantes y de incluirnos como parte de los procesos de los que participamos<sup>5</sup>.

Podemos decir que nuestros programas apuntan a que se produzcan cambios en las conductas adictivas a lo largo de un proceso en el que participan activamente los protagonistas y sus familias, desarrollando actividades grupales entre pares y reuniones periódicas de red (en algunos aspectos semejantes a sesiones de terapia familiar sistémica).

Todos los coordinadores de la Fundación nos reunimos formalmente varias veces (por lo menos 2) por semana e informalmente todos los días. En esas reuniones coordinamos acciones para hacer más efectiva la tarea, compartir información sobre el proceso y las actividades de cada integrante de los grupos, buscar en conjunto estrategias favorables a los objetivos que nos proponemos, identificar obstáculos, buscar formas de acción alternativas a las convencionales, etc.

En ocasiones encontramos que no se producen las modificaciones que esperamos que tengan lugar en el proceso terapéutico de alguna de las personas en rehabilitación o que se estancan las evoluciones previstas para cada etapa y no resultan efectivas las tareas que diagramamos en los múltiples espacios de las que esa persona y los miembros de su familia o su red ampliada participan.

Es en esas circunstancias en las que estamos especialmente atentos a no deslizarnos en la tentadora pendiente de “juzgar” y encontrar “culpables” de que suceda aquello que no resulta favorable. En otras palabras, tratamos especialmente en esas ocasiones de poner en

---

<sup>5</sup> La Fundación Proyecto Cambio desarrolla programas de rehabilitación de adicciones. Funciona en forma ambulatoria, no residencial, incluyendo a la red familiar y a veces también social y laboral de los consultantes desde el comienzo.

**práctica todas nuestras exploraciones en el camino de seguir modelos que enaltecen las competencias y potencias de las personas y no los que se basan en enfocar sus déficit. Tratamos siempre de encontrar recursos creativos para asegurarnos una presencia de cada miembro del programa con voz y voto tal que dé cuenta de sus razones y nos permita buscar caminos menos explorados. Podemos convocarlos personalmente y también personificarlos a través de alguno de nosotros que tome su rol en la conversación.**

**Ha sido en estas situaciones en las que comenzamos ya hace años (1997) a utilizar una modalidad de reunión que ya habíamos experimentado en otros ámbitos de prestaciones en Salud Mental <sup>6</sup> con muy buenos resultados (cambios positivos en las conductas de adolescentes violentos, cambios de actitudes en ex – cónyuges invalidados hasta ese momento de interactuar en conjunto frente a sus hijos, cambios de estados de ánimo de operadores que se sentían personalmente defraudados por las conductas repetitivas autodestructivas de sus pacientes, etc.). Hemos llamado “tribus” a esas reuniones<sup>7</sup>, que vamos a describir y comentar en este artículo.**

**Recordemos que la “tribu” nos resulta un dispositivo que se mostró útil para asegurarnos acciones conjuntas con los protagonistas y sus redes en las que nos apoyamos. Nos basamos en sus potencialidades, y proponemos formas de trabajo conjunto con toda la red, evitando rivalidades entre programas diferentes (pasaje de paradigmas de escaladas de rivalidad a paradigmas de colaboración). Encontramos que forman parte de procesos que facilitan que las personas afectadas por patrones abusivos de conducta puedan experimentar progresivamente vivencias de relaciones de respeto por sí mismos y sus elecciones, así como de relaciones de respeto hacia otros. Todos nos beneficiamos si nos ayudamos a no entrar en “escaladas”, y aprendemos a no estar a merced de discursos o**

---

<sup>6</sup> Hospital Bernardo Houssey de Vte López, Pcia. De Bs. As., Area Adolescencia, y los equipos de PIAFF. (Programa de investigación, asistencia y formación en Familia, Area Familia de la Fund. Proyecto Cambio)

<sup>7</sup> gracias a una sugerencia de colegas de la Universidad Católica de Louvain (Bélgica) que bautizaron así a esta experiencia cuando se las relaté.

acciones provocadoras. La sola propuesta de la “tribu” conlleva la idea de que todo un grupo de profesionales, operadores no profesionales y personas consultantes, se encuentren para intercambiar ideas que ayuden a disminuir los problemas y los inconvenientes que se plantean entre todos. No es raro que se susciten escenas de provocaciones u otros maltratos, y es entonces que los recursos de conversaciones de pedido de ayuda a los otros presentes constituyen parte de las ventajas del dispositivo, así como parte del aprendizaje para todos de las múltiples formas en que estas escenas pueden cambiar permitiendo la continuidad de las relaciones.

Superando modelos basados en los déficit: Modelos de competencias o de fortalezas, o de potencias.

Para comprender mejor el origen y la genealogía de nuestras reuniones de “tribu”, vamos a profundizar el significado de los modelos de competencias y su significación para nosotros.

Por mucho tiempo, tanto desde la medicina como desde otras disciplinas, el conjunto de teorías con las que intentamos comprender las conductas humanas ha privilegiado tendencias a describirlas desde las disfunciones y los déficit. Esta mirada propone enfocar lo que funciona “mal” para entonces corregirlo y lograr que esa disfunción se cambie. De esta propuesta se derivan algunos supuestos no siempre explicitados. Por empezar, se apoya en una idea de lo que sería “normal” (muy difícil de delimitar porque es móvil y porque depende de cada grupo cultural aunque difícilmente ese grupo pueda aceptar esa descripción simplemente como “lo deseable”). Junto con esta descripción de “lo normal” aparece lo que estaría “desviado” de esa normalidad, categorías y clasificaciones de esas “anormalidades” que han devenido en una construcción a la que se ha llamado psicopatología. Y desde esa “normalidad” y esas “desviaciones” se han ido desarrollando

distintos modelos de intervención desde el campo de la salud mental que van a buscar esos déficit, identificarlos dentro de una lista posible (diagnosticar), enumerarlos y a tratar de actuar sobre ellos.

Para los operadores en Salud Mental, estas tendencias han sido muy influyentes durante mucho tiempo y lo siguen siendo, aun cuando se han intentado cuestionamientos a sus propuestas desde varias líneas como la sistémica o la cognitiva entre otras. Así y todo, persisten a veces automatismos que nos llevan a suponer devenires predeterminados para cada afección que sufrimos, y estos supuestos deterministas siguen siendo muy poderosos. Lamentablemente operan dándonos seguridad en predicciones que son reducidas comparadas con la gama de posibilidades que cada persona puede desplegar si se la ayuda a cambiar el contexto en que se le produce el déficit.

En conjunto con colegas de Chile<sup>8</sup> y de la ONG BICE (Boureau Internationale Catholique pour l' Enfance) que se ocupan también de los maltratos que sufren los sectores de la población más vulnerables (niños abusados sexualmente), estamos<sup>9</sup> desde hace tiempo intentando construir ideas y dispositivos de acción que se basen en las potencias, los recursos, las posibilidades diferentes, las fortalezas que están presentes en tantas situaciones en que las personas han sufrido acciones devastadoras y han podido igualmente desarrollarse y superar esos trances. Los modelos de pensamiento y de acción que explican las acciones que han sido útiles para ayudar en esos trances teniendo en cuenta las potencias de las personas y las relaciones han sido llamados modelos de competencias, siguiendo a numerosos autores que confluyen desde varias líneas. Diversas teorías y metáforas como la de las resiliencias (Melillo y Suarez Ojeda 2001, Siegfried. H. comunicación personal ), las de la potencia de las conversaciones colaborativas (Fried Schnitman, 2004) en la co – construcción de realidades (Gergen, K. 1988; Gergen, M.

---

<sup>8</sup> La Dra. Ana María Arón y la Psicóloga Teresa Llanos junto con las y los profesionales de sus equipos.

<sup>9</sup> Fundación Proyecto Cambio – PIAFF (Programa de investigación, asistencia y formación en Familia, Area Familia de la Fund. Proyecto Cambio)

1988), la de la conciencia acerca de las complejidades propias de los fenómenos humanos, etc. nos ayudan a encontrar alternativas a aquellas consecuencias linealmente predeterminadas para los sucesos como si ese fuera el único camino a seguir.

**En busca de ideas y actitudes colaborativas entre ayudadores**

En este contexto de rehabilitación de conductas impulsivas que nos ocupa, otro enorme esfuerzo que emprendimos es el de revisar y ayudarnos entre nosotros a salirnos de los lineamientos que nos inducen rivalidades entre “nosotros” (en este caso: el equipo tratante) y los “otros” (en este caso algunos miembros de la familia consultante). Algunas conversaciones típicamente provocadoras promueven una alineación en “bandos” opuestos que nos llevan a creer que es más importante ganarle al otro que producir estrategias eficientes para lograr los cambios deseados por todos. Aunque es difícil escaparle a esta reacción automática, vemos la necesidad de salirnos del paradigma de rivalidad para pasar al paradigma de colaboración, con conciencia del valor y respeto por el otro. Sería muy largo enumerar acá el conjunto de trabajos continuos que armamos entre nosotros para ayudarnos en este pasaje desde paradigmas de dominación a paradigmas colaborativos, pero el escenario de la “tribu” nos garantiza las voces y las opiniones de muchos presentes deliberando juntos para encontrar los beneficios buscados y acciones entre nosotros (propuestas de esculturas, de cambios de escenarios, de juegos psicodramáticos, etc.) que nos rescaten de tentadoras provocaciones a ejercer poder de dominación sobre nuestros consultantes.

Recordemos que la idea de la tribu es una idea tentativa, aún necesitada de mucha práctica, en contextos terapéuticos diferentes, para poder concebir un protocolo de acción que la configure. Tiene mucho en común con los equipos reflexivos de Tom Andersen (1995), en cuanto busca promover escenarios suficientemente diferentes de lo habitual,

tales que permitan conversaciones, acciones y reflexiones antes no previstas. También es una búsqueda de participación activa de los miembros de los equipos tratantes y de los consultantes en formas de conversaciones que difieren de las configuraciones sistemáticas y que privilegian el escuchar las voces de todos los que intervienen en un proceso de rehabilitación. Tienen el carácter de un evento, utilizado en condiciones de necesidad de un cambio en el transcurso de un proceso.

### Reuniones tribales

¿Cómo son las conversaciones en estas reuniones?

Desde un principio quedó claro para todos nosotros que las conversaciones tienen que partir de perspectivas personales, no de técnicas, ayudándonos entre todos a no enjuiciar a nadie, procurando aportes de aquellos a quienes convocamos para encontrar soluciones a problemas que nos preocupan a nosotros y muchas veces también a ellos. En muchos casos en que nos reunimos con los y las jóvenes consultantes y sus familiares, esto no es fácil porque, tal vez como parte de las dinámicas de los circuitos abusivos, se han acostumbrado a propuestas de conversación en la que se producen “provocaciones” a entrar en rivalidades. Estas son modalidades de comunicación en las que las personas que las vivimos sentimos que tenemos que reaccionar y defendernos o “ganarle la pulseada” a quien nos provoca. Sólo que si lo hacemos, estaremos repitiendo el patrón de rivalidad para ellos habitual y empobrecedor y, entonces, perdemos todos porque no aprendemos a trabajar en conjunto. Así es que esas conversaciones están pensadas para crear un clima reflexivo y colaborativo en el que sumemos las capacidades y aportes de todos los miembros del entorno de los protagonistas que podamos incluir.

### Descripción de una reunión “tribal”

Como es una reunión a la que nosotros como equipo institucional invitamos, decidimos en conjunto previamente a quienes invitamos, según nos imaginamos el desarrollo del

encuentro. Así es como nosotros hacemos la propuesta, pero no siempre ocurre lo que proponemos.

Para ilustrar con un ejemplo: recientemente convocamos solos al padre y a la madre de un joven de 19 años, Andrés, que está casi al final de su tratamiento, porque veíamos que, si bien las conductas del joven habían cambiado mucho en los ámbitos en los que compartía el programa con otros jóvenes, continuaba creando situaciones de mal trato hacia su novia y su hermano menor, y participando de acciones muy riesgosas fuera de esos escenarios (como proponiendo desafíos de altas velocidades en carreteras), información a la que nos parecía que los padres no reaccionaban con la misma alarma que nosotros. En ese caso en particular, nos apoyamos en una muy buena relación con los padres de Andrés que habían trabajado muy cuidadosamente su rol durante los largos meses del proceso de rehabilitación del hijo. Desde nuestra apreciación, pensábamos que algo ocurría que se anulaban entre ellos y que Andrés seguía “subido a un andamio que sostenían sus padres con sus propios brazos” (metáfora que usamos para ilustrar nuestras sensaciones). Tenía sentido la tribu como escenario apropiado para una exploración entre todos de cuáles podían ser los caminos a seguir para bloquear las “estrategias” manipuladoras de Andrés hacia ellos y ayudarlos así a “bajarlo a tierra”, a que él pueda tomar conciencia de sus verdaderas capacidades, y ganar nuevas y genuinas herramientas.

Con todo, lo cierto es que la mayoría de las veces hacemos una convocatoria lo más amplia posible<sup>10</sup>, pero a veces, como en este caso, expresamente decidimos que alguien no venga. No convocamos a Andrés porque pensamos que desde sus aspectos más negativos, él tenía todavía demasiado poder sobre sus padres y tal vez también sobre nosotros. Fue así que imaginamos un escenario más conspirativo, de búsqueda conjunta de formas de interferir los exitosos trucos de Andrés, tan eficaces en cegar las capacidades de Ana y Esteban, sus

---

<sup>10</sup> Tratamos de involucrar en las tribus a todos los familiares y amigos que están participando del programa. A veces invitamos expresamente a alguien que sabemos que es significativo para los presentes, aun cuando nunca antes haya concurrido (un hermano que vive en el extranjero, una abuela que puede movilizarse poco y no ha estado antes en los espacios sistemáticos).

padres. Otra metáfora útil es la de ver en Andrés sus distintas partes, y entender que conspiramos contra su parte manipuladora.

Comenzamos por presentarnos y por presentar a todas las personas presentes. Como supervisora de la Fundación, muchas veces los miembros de las familias no me conocen y esa presentación es muy importante para encuadrar la conversación. En esa presentación procuramos que el clima que se crea sea de distensión y de trabajo conjunto.

Generalmente son los coordinadores que han propuesto la reunión quienes comentan acerca de cuál es su preocupación.

Una tribu reciente se decidió a partir de que la terapeuta familiar y la coordinadora del grupo de los padres plantearon su molestia, en una reunión de equipo por haber recibido un trato irónico y despectivo por parte de los padres de un joven en tratamiento. “A ver con qué nos venís ahora, porque esta vez ya no tienen nada que decir....” dando a entender que éramos injustos con lo que pretendíamos para su hijo. En el equipo tratante, la alarma frente a esta eventualidad es grande porque en esta modalidad ambulatoria necesitamos armar una alianza firme con las familias y las redes de apoyo en general, y esas manifestaciones daban clara cuenta de que esa alianza o no existía o se estaba perdiendo. La presencia de operadores que pueden rescatar otros momentos del proceso en los que sí logramos buenas alianzas genera la posibilidad de recrear un vínculo que, de perderse, haría imposible el logro de los objetivos del tratamiento.

Aunque nos resistimos a construir una clasificación, los objetivos parciales que nos planteamos en las “tribus” pueden ser:

-de evaluación de las relaciones entre los coordinadores de la fundación y la familia



**-de evaluación de la calidad del proceso en que están la familia, el/la protagonista y el conjunto del programa**

**-de intento de lograr una alianza en casos en que ésta no se produce, identificar los obstáculos y tratar de deponerlos desde nuestra parte.**

**-de mejorar la comprensión acerca de modalidades de transcurrir en el programa que se nos aparecen como programas propios que los padres emprenden y que desconocemos.**

**Tratamos de “cocinar” el menú a seguir en conjunto.**

**-a veces lo usamos como una estrategia que llamamos “bajada de brazos”, en la que nosotros no vemos cómo seguir y pedimos ayuda a la familia para que nos lo propongan.**

**-de reunión de equipo ampliada, en la que se despliega una conversación entre los miembros del equipo delante de la red y el protagonista convocados.**

**- de búsqueda conjunta de los cambios de actitud que pueden haber logrado efectos deseados y que queremos conocer desde los testimonios de los protagonistas.**

**Las evaluaciones, que a veces revisamos en nuevas reuniones de “tribu” a los pocos días de las anteriores, nos sirven para plantear cambios de rumbo en los procesos, implementar acciones diferentes, a veces incorporar personas, modalidades y espacios novedosos, que vemos necesarios. Los indicadores que tomamos en cuenta son básicamente relacionales.**

**Damos importancia a formas de trato, a gestos y actitudes, a diferencias entre relatos y acciones presentes, a reacciones y a conversaciones posteriores a la tribu, a nuestras emociones y sensaciones y a las formas en que los participantes comentan la experiencia en sus espacios grupales.**

**Los resultados a veces son inmediatos y se nota la repercusión que ha tenido la reunión en la reacción de algunos miembros de la familia o en cambios en el ánimo y las estrategias de**

los coordinadores. Otras veces, recién pasados algunos meses notamos la reacomodación que esta modalidad produce. Y en otras (pocas), los resultados han sido pobres.

A modo de conclusión, queremos compartir comentarios acerca de los beneficios del uso de la “tribu”. Recordemos que se trata de una reunión – evento – asamblea que convoca un equipo tratante en el devenir de un programa de tratamiento, en este caso, destinado a recuperarse de una adicción a sustancias, y que usado de esta manera no tiene el carácter de un espacio abierto en forma sistemática.

Pensamos que esos beneficios son dinámicos y situacionales. Nos damos cuenta de que cada “tribu” produce efectos además en los espacios informales del Programa, por lo que comentan sus participantes en los espacios de sus actividades. Es así que hay casos en los que es beneficioso sólo el anunciar que la estamos convocando.

Siguiendo un comentario de la Dra. Denise Najmanovich, epistemóloga, con la que conversamos cuando comenzamos a usar estas reuniones en nuestro trabajo en violencia doméstica, la “tribu” nos permite usar un recurso de “densidad poblacional” cuando no contamos con la presencia de pares que apoyen grupalmente un proceso. En los problemas de índole psicosocial, este dispositivo funciona como un mini grupo social, con el efecto del impacto social que no se logra en los settings de terapias individuales. El peso de la presencia testimonial de muchas personas, testigos de aquello que se habla y se comparte en un contexto determinado es diferente de que sea una sola persona quien escuche una historia. Entre muchos es más difícil negar, minimizar u olvidar una experiencia que se compartió. Uno de los modos en que se aprovecha este efecto de densidad poblacional es pidiendo a los presentes que se vote acerca de una opinión: típicamente, si suponemos que Pedrito es “enfermo” o si es malcriado, ( y entonces tendrá que hacerse responsable por lo que hace). O, en casos de maltrato, si creemos que alguien está realmente disculpándose por algún maltrato o si va a volver a hacerlo.

Al tratarse de una conversación entre personas involucradas en los procesos de cambio, encuadrada en un lenguaje y una interacción semejante a la de la vida cotidiana, aumentan las posibilidades exploratorias y de evaluación con respecto a los vínculos, las alianzas, los bandos, los puntos ciegos, los trucos comunicacionales, los intentos delegatorios, las manifestaciones disociativas, así como las capacidades de negociación y de reflexión que todos buscamos. La reunión en sí constituye una oportunidad muy grande y muy rica de recuperar y enriquecer conciencias para cada uno de los participantes, incluidos los coordinadores de los grupos de pares y los terapeutas de las familias que amplían así su panorama para reflexionar, emocionar y accionar.

#### Referencias Bibliograficas:

Andersen, T., "Reflecting Processes; Acts of Informing and Forming"; Friedman, S. Editor, The Reflecting Team in Action. Collaborative practice in family therapy. The Guilford Press: New York – London. 1995.

Andersen, T.; "Conceptos básicos y construcciones prácticas"; Andersen, T. (Comp). con la participación de Katz, A.; Lax, W.; Davidson, J.; y Lussardi, D. J., El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Colección Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa Editorial. 1994. pgs. 37-60.

Andersen, T.; "Guías para la práctica"; Andersen, T. (Comp). con la participación de Katz, A.; Lax, W.; Davidson, J.; y Lussardi, D. J., El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Colección Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa Editorial. 1994. pgs. 61-85.

Fried Schnitman, D., "Perspectiva e instrumentos generativos en psicoterapia". Sistemas Familiares.20 (3), 67-85, 2004

Gergen, K., "Feminist critique of Science and the Challenge of Social Epistemology",

Gergen, M. editor, Feminist thought and the structure of knowledge. New York University Press: New York, London. 1988

Gergen, M., "Toward a Feminist Metatheory and Methodology in the Social Sciences",

Gergen, M. editor, Feminist thought and the structure of knowledge. New York University Press: New York, London. 1988

Mackenzie, M. F., Tribu: Facilitando la co-creación. Trabajo Final para el

Programa de Actualización en Psicología con Orientación Sistémica de la UBA, Buenos Aires, Argentina,  
directora Dora Fried Schnitman. 2005

Melillo, A. – Suarez Ojeda eds. Resiliencia. Paidos: Buenos Aires. 2001

Ravazzola, Ma. C., “Violencia Familiar: Actualización de recorridos teóricos y técnicos desde la terapia  
sistémico-relacional y perspectivas que incluyen estudios de género”. Sistemas Familiares. Año 21, N° 3, 2005.

Ravazzola, Ma. C., Barilari, S. y G. Mazieres, “Terapia familiar en un programa de rehabilitación  
ambulatoria de la drogadicción”, Sistemas Familiares. Año 20, N° 1-2. 2004

Ravazzola, Ma. C., Historias Infames. Los maltratos en las Relaciones. Paidos: Buenos Aires. 1997

\* Médica - Terapeuta Familiar – Supervisora General de la Fund. Proyecto Cambio - Buenos  
Aires, Argentina.

✓ **La Supervisión en Terapia Gestalt:  
Un intento de revisión**

**Patxi Sansinenea \***

**Universidad del País Vasco.**

**Resumen**

Se hace una revisión de concepto de supervisión, para centrarse en la supervisión desde el enfoque gestáltico, haciendo un recorrido por las diversas modalidades de supervisión que se practican, haciendo a la vez una reflexión sobre la influencia e incorporación de las nuevas tecnologías al proceso de supervisión.

**Palabras clave:** supervisión, terapia gestalt, temas de supervisión, estilos de supervisión

**Abstract**

A review on the concept of supervisión is made here, focussing on supervisión from the Gestal Therapy point of view, going over the different kinds of supervisión that are being actually practised, and at the same time making a reflection on the influence of the new technologies and how are they incorporated to this process.

**Key words:** supervision, Gestalt Therapy, supervision subjects, supervision styles

## Introducción

La supervisión como otras tantas actividades y actitudes que se practican en la Terapia en general, están lastradas por el modelo terapéutico psicoanalítico. Quizás haya llegado el momento de plantearse si en Terapia Gestalt hemos de seguir ese modelo o plantearnos la función de la supervisión en nuestro modo de hacer terapia.

Hasta la década de 1950, la supervisión terapéutica se entendía fundamentalmente como supervisión psicoanalítica (López Carrasco, 1998). A partir del surgimiento de la Psicología Humanista como tercera fuerza, y el florecimiento de enfoques terapéuticos claramente diferenciados del psicoanálisis y del conductismo, la supervisión abandonó el reducto psicoanalítico y comenzó a ser patrimonio de cualquier terapeuta en una fase de su formación

A menudo se cree que el modelo psicoanalítico sigue el modelo médico de supervisión, lo cual está lejos de la realidad, ya que el médico va por las salas del hospital, visitando a los enfermos, y comentando con los médicos noveles lo que ve, cuando lo considera necesario; y si es en el consultorio, generalmente es con un solo médico en prácticas, y también en este caso hace observaciones clínicas pertinentes al caso. Con el tiempo estos médicos participarán en “sesiones clínicas”, donde no es tanto una supervisión, en el sentido clásico, sino un compartir opiniones y puntos de vista sobre un caso clínico que un colega presenta delante de otros colegas; mientras que en el modelo psicoanalítico el supervisor y el supervisado se encuentran cara a cara para hablar sobre un caso que el supervisado plantea, donde el Supervisor no ve de ningún modo al paciente.

Es claro que el modelo jerárquico y autoritario del psicoanálisis no se aviene muy bien con el espíritu libre y autorregulativo de la terapia gestalt por una parte, y por la otra es también cierto que todo el encuadre, setting, psicoanalítico, que hace imposible el aprender a hacer terapia como Perls lo proclamaba “el que quiera aprender a hacer terapia gestalt que participe en mis talleres”, no tiene nada que ver con el encuadre gestáltico.

Quizás tendríamos que desacralizar el consultorio para poder ofrecer al terapeuta novato un modo de aprender más parecido al que proclamaba Perls: “in situ”. Creo que esta sacralización del consultorio es otra herencia de los tiempos freudianos, donde la irrupción de una tercera persona en el consultorio, viola e impide no se exactamente que procesos. Mi experiencia es que cuando he tenido terapeutas en prácticas, según y en que ocasiones no ha supuesto ningún obstáculo en el proceso terapéutico.

Para centrar el tema comenzaremos por leer el diccionario para saber que dice sobre la supervisión.

**Supervisión: Inspección de un trabajo o actividad por un superior.**

**Supervisar: inspeccionar**

Esta claro que la definición implica una diferencia de status entre el supervisado y el supervisor.

En psicoterapia, la supervisión es una parte fundamental en entrenamiento del psicoterapeuta. Por lo común, consiste en explorar las dinámicas del sistema terapeuta - paciente a partir de una relación jerárquica entre un estudiante graduado o profesional inexperto y un terapeuta experimentado.

Tradicionalmente la supervisión es un “análisis correctivo” de las sesiones realizadas por un terapeuta generalmente novel, aunque no siempre, por otro terapeuta más experto. Los puntos en los se centran las supervisiones son los relativos al paciente, diagnóstico, proceso del análisis y contratransferencia del terapeuta, es decir: el paciente era, y es, el centro de la supervisión.

**Supervisión de terapeutas gestalticos.**

No he encontrado mucha literatura al respecto, ni sobre la supervisión en general, ni sobre la supervisión en Terapia Gestalt.

Examinando la situación de supervisión, nos podemos encontrar con varias relaciones claramente diferenciadas

1) “terapeuta novel-terapeuta experto”, en el consultorio de uno de los dos. Supervisión individual clásica.

2) “grupo terapeutas noveles-terapeuta experto”. Supervisión en grupo.

3) “terapeuta novel-paciente”- terapeuta experto, “in situ”, en el consultorio. Supervisión individual.

4) “terapeuta novel-paciente”- terapeuta experto, “in situ”, a través del espejo de Gessell, o de espejo unidireccional. Supervisión individual.

5) “terapeuta grupal novel-grupo”-terapeuta experto, “in situ”. Supervisión individual de terapeuta grupal.

Excepto en el 3º y 4º caso, en todos los demás utilizar la grabación, con los medios actuales es, diría, casi obligatorio.

En el primero se mantiene la relación clásica en supervisión; en el segundo se abre el proceso a varios consultantes o supervisados a modo de una sesión clínica, que según mi experiencia es mucho más enriquecedora para el aprendiz que una supervisión individual, ya que el feed-back recibido es más enriquecedor y a veces parte de iguales, de colegas que están en situación similar.

La tercera opción es la del aprendizaje natural en otras profesiones y en la medicina, aunque muy poco practicada en la psicoterapia.

En las dos últimas situaciones los medios técnicos actuales permiten grabaciones en directo de las sesiones que facilitan enormemente la tarea de supervisar. La posibilidad del espejo unidireccional, o espejo de Gessell, permite la observación de la sesión en tiempo real, y ha sido utilizada habitualmente en la formación de terapia de pareja y familia.

Aunque no conozco quien lo haya practicado, creo que la webcam sería un interesante instrumento a añadir al proceso de supervisión.

Todos estos instrumentos técnicos a nuestro alcance únicamente se utilizarán con permiso del paciente o cliente, explicándole para qué se va a utilizar, los objetivos didácticos que se persigue con ello. Según mi experiencia pocos clientes se niegan.

¿En quién centrar la supervisión?

La supervisión se puede centrar:

- en el paciente,
- en el terapeuta,
- y en la relación terapéutica.

## **Paciente**

En el enfoque gestáltico el foco en el paciente se pone ocasionalmente. La mayoría de las veces, que esto sucede, es por la ignorancia del supervisado, que actúa inadecuadamente ante una patología concreta. No distinguir una psicosis, o una esquizofrenia, un trastorno obsesivo compulsivo, etc. puede llevar a enfocar el tratamiento de modo peligroso para el paciente.

El estilo del paciente. Cómo es, su biografía, su sistema familiar, cómo se relaciona, cómo manipula, cómo reacciona ante el terapeuta, etc. serían informaciones necesarias para ejercer una buena supervisión. Importante también si ha tenido tratamientos anteriores, si recibe medicación, etc.

## **Terapeuta**

La supervisión centrada en el terapeuta se puede ejercer con diferentes estilos. Según Rowna, citado por Sálama y Castanedo (1991) hay cuatro estilos de supervisión, a saber:

- Ø permisivo (laissez faire),
- Ø autoritario, didáctico-consultivo y,
- Ø orientado hacia el sentimiento.

**Laissez faire:** En donde el supervisor apenas interviene. Dice Rowna que este estilo no funciona para terapeutas inmaduros, ni principiantes y a veces tampoco para los más experimentados.

**Autoritario:** El supervisor regula el trabajo del terapeuta de forma intensa. Al principio gusta pero luego cansa.

**Didáctico-consultiva:** En donde el supervisor aconseja, sugiere, interpreta, etcétera, "hasta llegar a quitarle el caso de las manos al terapeuta".

**Orientada hacia el sentimiento:** En la que el terapeuta es animado a preguntarse y a pensar sobre sus propios sentimientos y respuestas hacia el cliente. Este tipo de supervisión ayuda al terapeuta a acercarse a sus dificultades con emociones y percepciones frente al cliente y a la relación terapéutica.



Según los autores anteriormente citados resulta útil catalogar los estilos de supervisión en tres:

1. El primero de ellos es el que podríamos llamar “estilo técnico” en el que se une lo teórico y lo técnico del trabajo del supervisor
2. El segundo "tono" posible de la supervisión es el "estilo personal, en que se enfoca al “terapeuta como persona”, cuyo objetivo es detectar los puntos de enlace entre el terapeuta y el cliente a partir de la hipótesis de que todo conflicto profesional entraña y lleva aparejado un conflicto personal.

Un ejemplo de esta orientación, centrada en el terapeuta como persona, se puede ver en P. Quattrini (Naranjo2003).

3. La tercera forma es una síntesis dialéctica de los dos estilos precedentes, el “estilo centrado en el terapeuta” y cuyo objetivo fundamental es dejar que se muestre, sistematice y se perfeccione el estilo propio y genuino del terapeuta que se supervisa.

Hay un apartado importante en la Terapia Gestalt, que son las prácticas supervisadas, (Castanedo, 1983) aunque yo no las incluiré en este trabajo por centrarme más en la supervisión de terapeutas en activo, no en formación. Tampoco quiero dejar sin mencionar lo que algunos autores (Rams, 2001) llaman Covisión.

Covisar (o "visar con"): Un estilo nacido del consulting en el que los iguales o pares se reúnen y por turnos revisan el trabajo de uno de ellos. Esto se parecería más a una sesión clínica que a una supervisión, en el sentido clásico.

#### Temas de supervisión.

Los temas que en supervisión surgen son muy variados, y obviando los que corresponden a la falta de preparación teórica o técnica, los más frecuentes suelen ser temas recurrentes, que están relacionados con dificultades personales del supervisado. Vamos a señalar unas cuantas, quizás las más importantes:

- v miedo a fracasar como terapeuta, miedo a hacerlo mal.
- v cuando el proceso terapéutico esta atascado, el terapeuta se ha perdido en el proceso, no sabe que hacer, no quiere hacer daño, etc.
- v la sexualidad, enamoramiento, seducción etc....

- v **la autorrevelación del terapeuta en terapia, ¿por qué?, ¿cómo?, hasta donde revelar, qué si y qué no, etc.**
- v **miedo al suicidio.**
- v **La agresividad posible o fantaseada. (mas probable en el caso de terapeutas mujeres).**
- v **El egocentrismo, la hiperactividad, sobrepresencia del terapeuta, en el proceso terapéutico (especialmente en la terapia gestalt)**

**Con la mayoría de estos temas, los supervisados están ansiosos, culpabilizados, con sensación de no valía, hiperresponsabilizados, etc, con lo cual no es extraño que en algunos casos la supervisión devenga en una terapia encubierta.**

**Creemos que el proceso de supervisión es importante para la formación de los terapeutas y creemos que todavía esta poco definido, y que necesita de una mayor discusión y profundización. Quisiera que esta aportación fuera el comienzo.**

Bibliografía

Castanedo, C. (1983). Terapia Gestalt: enfoque del aquí y el ahora. San José, Costa Rica/ Barcelona, Texto/ Herder.

López Carrasco, M. A. (1998). La Supervisión en Psicoterapia. Modelos y Experiencias. Puebla. México, UIA Golfo Centro.

Naranjo, C. (2003). Gestalt de vanguardia. Vitoria-Gasteiz, La llave.

Rams, A. (2001). Clínica Gestáltica: metáforas de viaje. Vitoria, La llave.

Salama, H. (1994). Manual del test de psicodiagnostico gestalt. México, Centrrro Gestalt de México.

.....

**A modo de introducción al Enfoque Modular Transformacional (E.M.T.) de Hugo Bleichmar**

**Lic. María Elena (Mariela) De Filpo Beascoechea**

**Introducción**

Es mi interés en el presente trabajo, poder presentarles los últimos avances en Psicoterapia Psicoanalítica que tienen como objetivo prioritario adecuar permanentemente la práctica a la variedad de cuadros psicopatológicos que se presentan en la clínica. Un modelo integrador que da cuenta de la complejidad del psiquismo y de los modos específicos de intervención frente a los trastornos que presentan nuestros pacientes, con el fin de lograr el cambio terapéutico.

Este aporte tan original e importante dentro de los desarrollos en psicoterapia psicoanalítica al que me refiero es el Enfoque Modular Transformacional, de Hugo Bleichmar (E.M.T.)

Mi trabajo está elaborado a modo de presentación general del enfoque, ya que para más conocimiento y profundidad, los invito a adentrarse en la extensa producción científica y publicada por los que han desarrollado el enfoque- Hugo Bleichmar, Emilce Dio Bleichmar y sus colaboradores.

Si bien podremos encontrar diferentes autores que han hecho contribuciones en aspectos parciales en esta línea, la obra de Hugo Bleichmar da cuenta de una producción continua basada en la permanente investigación centrada en la especificidad de las intervenciones, superando así las intervenciones monocordes y reduccionistas, que aplican tal o cual intervención sin diferenciar cuadro psicopatológico o estructura de personalidad del paciente.

Acerca del enfoque, se han abierto ya varios espacios de formación en instituciones internacionales y es reconocido a nivel mundial, teniendo siempre un sitio de privilegio en los encuentros científicos tanto nacionales como internacionales.

El aporte de la Obra de Hugo Bleichmar es muy valioso y su modelo es fruto de una comprometida trayectoria en la cual, a lo largo de los años, ha ido reformulando conceptos así como también creando otros nuevos, con el propósito de adecuar la práctica del psicoanálisis a la diversidad de variantes psicopatológicas que encontramos en nuestra práctica clínica.

## **Apertura**

*La apertura de Bleichmar* es notable. Pero ésta no reside en tomar lo mejor de cada autor y hacer de ello un popurrí, sino en crear con esos conocimientos, un *modelo teórico-clínico* “en el que existe una coherencia lógica entre la teoría de lo inconsciente que propone y la correspondiente teoría psicopatológica, integrada a su vez, por tres teorías: *una teoría del trastorno* (es decir una teoría que aborda la pregunta ¿cómo se producen los trastornos psíquicos?); *una teoría de la cura*, (es decir, una teoría que explica cómo se produce el cambio psíquico) y *una teoría de la técnica* (es decir, una teoría que se encarga de dilucidar cuáles son los instrumentos técnicos específicos a utilizar en cada caso para conseguir el cambio que se pretende” (José Antonio Méndez Ruiz y Joaquín Ingelmo, 2009).

Aplicando su modelo, podemos acercarnos más a la experiencia subjetiva del paciente, llegando a elaborar un *diagnóstico dimensional* que da cuenta de su constitución compleja y particular modalidad de funcionamiento psíquico, incluyendo el análisis de la modalidad vincular de ambos integrantes de la dupla, paciente y analista, sus modos particulares de relacionarse con el otro y consigo mismos, modalidades de comunicación, aspectos que incluyen el análisis de lo procedimental de cada uno, que se pone en juego en la relación, los enactments (1) como oportunidad de analizar aquello que se actúa y de lo cual no tenemos idea a nivel consciente, los códigos de cada uno y el inter-juego entre ellos, etc. Una complejidad de variables que lejos de ofrecer un modelo complicado, nos da una herramienta que habla de la complejidad pero permite dar respuestas más finas y adecuadas a cada caso específico. Nos posibilita un verdadero trabajo de relojería.

## **Psicoterapia Activa**

*El enfoque modular Transformacional* (EMT) es una *psicoterapia* activa, focal, flexible (ya que permite múltiples formas de intervención) y que además de tener como objetivo hacer

consciente lo inconsciente, realza la importancia de la memoria procedimental, de la reestructuración cognitiva, del cambio en la acción y la exposición a nuevas experiencias.

Es una psicoterapia específica para cada caso ya que cada intervención será guiada por las preguntas ¿sobre qué tipo de intervención? ¿Para qué tipo de paciente? ¿Para qué tipo de estructura psicopatológica? ¿Para qué estructura de personalidad? ¿Para qué momento vital del paciente, para qué condiciones del tratamiento?, ¿psicoterapia breve? ¿Psicoterapia prolongada, con mayor o menor frecuencia?, ¿psicoterapia en el ámbito privado o institucional? Individual, de pareja o familiar?, etc).

El objetivo de la psicoterapia desde el E.M.T. estará siempre dirigido, no sólo a modificar síntomas sino, más específicamente, a lograr cambios, cambios en los procesamientos tanto conscientes como inconscientes, en las estructuras de personalidad, cambios en los patrones disfuncionales en las relaciones vinculares.

### **Psicoterapia Focal:**

¿Qué queremos decir con que el E.M.T. es una psicoterapia focal?

Para los que trabajamos desde el enfoque modular, sostenemos que el analista tiene siempre un foco de observación y ello condiciona su intervención y todo el proceso terapéutico, es como decir el lugar donde ponemos la lupa. Pero este es un foco con movilidad continua. No podemos aferrarnos a él de modo rígido, a diferencia de las psicoterapias breves focales en las que una vez elegido el foco por razones de tiempo o contrato o principios teóricos se aferran a ellas y las trabajan sin desviarse. Pero no es el caso de lo que Bleichmar plantea cuando dice que el enfoque modular transformacional es una psicoterapia focal.

### **Psicoterapia flexible**

La flexibilidad implica estar siempre dispuesto a resituar el foco para adecuarlo a lo que aparezca como relevante pero sin confundir con seguir mecánicamente al paciente por el camino que nos marcan sus defensas o compulsiones.

Bleichmar nos alerta, que a veces, lo que nos debe preocupar en algunos pacientes, es justamente el saltar de un tema al otro de modo evitativo, utilizando la asociación libre como defensa para no adentrarse en temas que son de relevancia para su cambio. Y lo contrario, la asociación libre y la atención libremente flotante pueden en otros casos convertirse en lo evitado, tratando de huir de la espontaneidad, fijándose a un foco para no dejar aflorar aquello a lo cual le temen.

De aquí la importancia de la existencia de un modelo que de cuenta de la complejidad del psiquismo, dando posibilidad de descubrir los diferentes modos posibles de articulación de sus componentes dando así perfiles muy particulares y específicos con sus correspondientes aperturas a diseñar modos específicos de intervención.

### **Modelo Psicopatológico**

*El modelo psicopatológico* que maneja da estas posibilidades de flexibilidad y especificidad, ya que es una psicopatología que trasciende los reduccionismos explicitando y desarrollando los múltiples sistemas motivacionales que ponen en marcha e impulsan la conducta y la formación de síntomas. Estos sistemas que Hugo Bleichmar ha descripto y explicitado en su enfoque son: El sistema motivacional del Apego, el sistema motivacional de la hetero-autoconservación, el sistema sensual-sexual, el sistema del narcisismo, de la regulación Psicobiológica, analizando el papel de la agresividad y de los sistemas defensivos y de cómo se articulan y relacionan entre sí

( consigo mismos y unos con los otros) de forma particular en cada paciente, configurando un entramado o un mapa muy específico para cada caso.

Les describo muy sucintamente a qué se refiere cada módulo o sistema:

***El sistema sensual- sexual:*** está referido a aquél que responde a los aspectos de la psicosexualidad tanto de los desarrollos freudianos como post freudianos. Se refiere tanto a las necesidades o deseos sensuales como sexuales.

***El sistema del narcisismo:*** sistema de la autoestima, donde el otro es un elemento constitutivo por el reconocimiento y valoración sobre la persona. Se articula con los otros pero tiene autonomía. Abarca lo vinculado a la autoestima, el autoconcepto y la autovaloración.

***El sistema del apego:*** Es el sistema que cuando se activa genera una conducta de búsqueda de protección ante una situación vivida como amenazante. Se basa en los conceptos de Bowlby sobre la necesidad vincular del sujeto y la vivencia de seguridad que el objeto de apego le produce. Además Bleichmar amplía este aspecto agregando la temática de la intimidad y sus varios matices. Este módulo por su necesidad de interacción tiene gran influencia en los otros módulos y a su vez es influenciado por estos.

***El módulo de la hetero-autoconservación:*** está referido a las necesidades de cuidado del otro y de sí mismo, pero no sólo desde un orden biológico sino también en todo aquello que le proporciona al sujeto seguridad en su supervivencia y la de los otros significativos.

***El sistema de la regulación psicobiológica:*** Cuando nos referimos a este módulo, estamos en el nivel de activación neurovegetativo cuando se refiere a todo lo relacionado con la regulación de la ansiedad ampliando a todo aquello que afecte al equilibrio emocional.

**Veamos en un cuadro lo enunciado anteriormente:**

**Cuadro 1:** extraído del trabajo de Hugo Bleichmar, Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular Transformacional, Revista Aperturas Psicoanalíticas, n° 001



Cada sistema motivacional tenderá a mantener una estabilidad de acuerdo a que sean o no satisfechos sus deseos y necesidades. Cuando estos no son satisfechos, se activan los sistemas de defensas y también la agresividad. En cada momento del tratamiento, tenemos en cuenta, cuáles son los sistemas prioritarios para el paciente, cuáles son los deseos y necesidades que para su psiquismo son importantes de cumplir, si estos entran en conflicto entre sí y cuál de ellos tienen más peso sobre los otros, qué mecanismos de defensa pone en juego el paciente ante la angustia y si la agresividad se activa, de qué forma y con qué intensidad. En cada caso la intervención será diferente de acuerdo a esta particular articulación. Y algo fundamental: de acuerdo a esta particular articulación, definiremos cómo y por dónde trabajar: si nos centramos en las temáticas que le producen malestar psíquico, o bien en las defensas, que reconozca cómo reacciona ante la angustia, o en sus procesos y códigos de lectura de la realidad que pone en activo su desequilibrio emocional, en fortalecer o inscribir experiencias que el paciente no ha tenido y que necesita para restablecer su equilibrio psíquico, además de los modos vinculares, comunicacionales, procedimentales, etc.

A modo de ejemplo

Tomemos el caso de N. que está viviendo una condición de inmigración y consulta por síntomas de depresión, ansiedad, sentimiento de indefensión.

Vamos a analizar este ejemplo desde los sistemas motivacionales que pueden estar en juego, con qué peso motivacional y cómo se articulan entre ellos para poder diseñar intervenciones específicas para dicho paciente.

Analizamos en detalle qué sistemas motivacionales están siendo activados en su psiquismo y cuáles son las conductas que se ponen en juego.

Comenzamos a diferenciar:

Sistema del apego: Si analizamos que este es el sistema motivacional preponderante en N seguiremos la siguiente línea de análisis y su intervención específica tendrá que ver con el restablecimiento del balance en el sistema del apego.

Si, por ejemplo, vemos que en N el cambio de residencia produce una vivencia de pérdida de vínculos de apego que le provocan la sensación de estar desprotegido, estas vivencias hacen que se actualicen cuestiones que tienen que ver con experiencias tempranas (ha vivido una experiencia de estar internado en un colegio, de pequeño y su vivencia de angustia de separación y sentimiento de indefensión fue muy grande aunque lo tenía disociado al momento de la consulta, no era consciente de esos sentimientos hasta que los trabajamos en sesión).

Esta experiencia de ruptura de vínculos de apego, activa desde este sistema motivacional, sensaciones de soledad, ansiedad de separación, sentimiento de indefensión, temores, sentimiento de desprotección. Su lectura de la realidad, que es vivida como inamovible por falta de recursos personales, le hacen sentir que no hay salida posible, y por tanto, su respuesta, es una depresión por falta de esperanzas de lograr satisfacer tales deseos o necesidades (deseos o necesidades de apego, de protección).

Si analizamos el Sistema narcisista: Si Vemos que N sufre ante la migración, una alteración en su autoestima, y entramos a analizar desde el sistema del narcisismo sus vivencias, notaremos que pone el énfasis en que se siente no reconocido socialmente, se siente angustiado porque nadie lo conoce aquí (aún no se ha hecho un lugar, tanto personal como profesional, que diera lugar a este reconocimiento que, para él, se torna fundamental en estos momentos de fragilidad). Se siente “desconocido” y “no valorado” por los otros que lo “desconocen” habiendo ocupado, la valoración profesional y personal de los otros, lugar importante en su vida.

Haciendo un análisis desde este sistema motivacional, N vive un colapso narcisista. Se deprime en este caso y analizado desde este sistema, por una afrenta al narcisismo. Desde este punto de vista la intervención apuntará a fortalecer su sistema narcisista, de modo que restablezca su confianza en sí mismo y se sienta reconocido en su valía y con sentimiento de cohesión del self.

### **Sistema de hetero-autoconservación**

Podríamos analizar que su ansiedad se activa como monto constitucional, por el estado de inestabilidad autoconservativa por la vivencia de desarraigo que conlleva la sensación de fragilidad e inestabilidad laboral y falta de recursos por su desconocimiento del medio. El sistema motivacional de la hetero-autoconservación se ve colapsado por la inestabilidad económica, laboral, de vivienda, etc. Aquí la intervención terapéutica apuntará al fortalecimiento y balance de este sistema motivacional si vemos que es el que más valor motivacional presenta en la dinámica del psiquismo de N, proveyendo quizás de nuevos recursos o afianzando los ya existentes frente a esta nueva realidad.

Si tomamos en cuenta estas situaciones que activan sistemas psíquicos determinados, vemos que generan conductas y mecanismos de defensa habituales y los síntomas y aspectos vulnerables recrudescen.

También podríamos notar en algunas situaciones concretas, conductas de desorganización psíquica o de desregulación emocional llevando a intervenciones específicas con el fin de lograr en el paciente la construcción de una función de regulación interna de su sistema colapsado.

Como vemos toda esta multiplicidad de aspectos se pueden dar en la misma persona, siendo cada uno abordado de diferente manera, según predomine una motivación u otra en diferentes momentos del transcurrir del paciente.

Lo importante será analizar muy detalladamente, en N dónde poner el Foco, que tendrá que ver con el sistema que más valor motivacional tenga sobre los otros, y el modo particular de articulación entre ellos que nos dará un perfil propio de N, atendiendo específicamente, a las vivencias subjetivas del paciente.

### **Por qué Transformacional**

El enfoque parte de una concepción de modularidad del psiquismo. Estos módulos

antes descriptos, pueden funcionar imponiendo su predominio uno sobre otro, separadamente, pero también pueden ir produciendo modificaciones sobre los otros módulos durante el devenir psíquico.

Tomemos como ejemplo la consulta de un paciente que presenta dificultades en sus relaciones sexuales y está angustiado, por ello y por temor a perder a su pareja.

En su relato comprobamos que comienza sus vínculos con una pareja, con entusiasmo pero luego se desencadenaba una disfunción sexual a pesar de que siente amor por ella. Esta ha sido la experiencia habitual en sus relaciones. Durante el transcurso del tratamiento reconstruyendo su historia vital y analizando su modo de relacionarse con el analista, llegamos a la conclusión de que el sistema que inicialmente estaba ejerciendo mayor peso motivacional era el del apego. Había padecido una crianza con una madre depresiva produciendo en él un déficit importante en el apego. Este hombre no podía estar solo, necesitaba compañía y su modo de buscar satisfacer las necesidades de apego fue sexualizado. Sexualizó la motivación inicial, el sistema motivacional del apego, que, articulado con necesidades narcisistas de ser un “hombre”, llevó a que comenzara sus relaciones de modo sexualizado, pero luego, una vez que el objeto cumplía su cometido, la sexualidad se veía afectada, perdía erección, perdía fuerza la motivación sexual y quedaba ligado a su pareja por el afecto y la ternura.

En este ejemplo vemos como una motivación inicial, perteneciente al sistema motivacional del apego, fue transformando al módulo sensual-sexual, apareciendo como síntoma su disfunción en un área que no fue la inicialmente afectada.

En este ejemplo: en un nivel representacional, desde el código narcisista, se siente angustiado porque la sexualidad está valorada y él tiene disfunción. Leído esto desde el

código del apego, su disfunción le angustia en la medida de que implicará un posible abandono de su pareja.

Ahora bien, esto es en el plano de lo representacional y de cómo se va retraduciendo de un

código a otro. Pero lo fundamental es el efecto estructurante de lo transformacional, puesto que el módulo sensual sexual se ve modificado por otro ( el del apego) y ya presenta un síntoma en dicho sistema (el sensual-sexual).

### **Posición del analista**

El avance que ha tenido lugar dentro de las diferentes corrientes del psicoanálisis y la posibilidad de integrar en el modelo posiciones como las que definen las patologías por conflicto (Freud) y las que agregan y diferencian de las anteriores, las patologías por déficit (Kohut) ya nos ofrece una amplia posibilidad de abordaje específico para cada caso con intervenciones diferenciadas, no sólo en su contenido, sino en el modo de expresarlas, la posición más o menos activa del analista, la activación de un planteamiento ético del analista en



cuanto a la neutralidad o mayor implicación, cómo y en qué momento de la sesión, las diferentes intervenciones necesarias frente a diferentes también tipos de defensas, el timing, y un punto interesantísimo que a mí me abrió una dimensión muy rica en mi práctica como analista con la mirada desde el enfoque que es la importancia que le da Hugo Bleichmar a la autoobservación del analista en sesión, mirándose a sí mismo en relación con el paciente, “uno en relación” (uno mismo como un tercero que mira a dos que se relacionan, paciente y analista) la puesta en acto de su memoria procedimental además de sus esquemas referenciales teóricos.

## **Modelo complejo o Modelo para la complejidad**

Algunos dirán: qué complejo parece! Pero al aplicar este enfoque con nuestros pacientes, en realidad lo que yo siento, es que el modelo de Bleichmar me dota de una caja de herramientas, que puedo usar pero no de cualquier modo desordenadamente de acuerdo a un criterio aleatorio, sino de unas herramientas muy bien rotuladas, claramente integradas para qué y en qué casos y cómo, pero a las que hay que saber usar muy minuciosamente y detalladamente acorde a las personas que atendemos para no caer en la iatrogenia, ya que la teoría que sustenta tal modelo integrativo está muy cuidadosamente construida y estudiados cada detalle a tener en cuenta, para saber aplicarlos además creativamente, respetando el estilo de cada analista que siempre se enfrenta a los límites de la ética.

Somos responsables de lo que generamos en nuestros pacientes con nuestras intervenciones y somos posibilitadores de sus posibles transformaciones como así también podemos serlo, en el peor de los casos, del afianzamiento de la patología.

## **Subtipos y especificidades**

Cuando hablamos de subtipos y especificidades en cada paciente, nos referimos al análisis particular que haremos del papel de los módulos activados y sus intercambios, las creencias matrices pasionales, los esquemas internos de relación, la memoria procedimental, los códigos, las leyes de procesamiento inconscientes y operatorias particulares de cada psiquismo, la vivencia en la sesión y el papel de la vivencia, todo ello con el objetivo de lograr el **cambio terapéutico**.

Hablar de especificidad no debe confundirse con la posibilidad que tiene todo terapeuta de trabajar algo interesante del paciente que conforma una diversidad de temas frente a los cuales deberemos preguntarnos si son relevantes, si se articulan con otros componentes también de importancia en su vida. Es decir, preguntarnos por si estamos tratando a una persona con sus angustias, proyectos, modos particulares de relacionarse o estamos viendo sólo un aspecto fragmentado de este. El tema de la especificidad no se refiere a esto sino a las intervenciones que son las adecuadas para ese paciente en particular con sus modos de relacionare, sus angustias particulares y sus proyectos que responden a una historia y a una personalidad particular.

El riesgo que nos señala Bleichmar es justamente, “ver un deseo sexual, una rivalidad edípica, sin entender qué significa dentro de la personalidad total ni en qué momento vital se encuentra el paciente, cuáles son las tareas evolutivas a las que se enfrenta en ese preciso momento y cómo lo hace”. *“El terapeuta debe moverse entre la microscopía del análisis de la secuencia en sesión y la microscopía de la captación del paciente en los grandes en los grandes movimientos que pautan su vida”* (Bleichmar,1997)

Se refiere con esto a que: un tipo de intervención que apunta a un cambio determinado, quizás sea bueno para un tipo de persona y no para otro con un perfil para el cual justamente este cambio sería perjudicial o acrecentaría su dificultad.

Hablamos entonces de intervenciones específicas y no generalizadas a todos los pacientes por igual.

Por ejemplo: Tomemos por ejemplo, la premisa de que la empatía es buena y será ejercida con cualquier persona siendo su efecto positivo en el proceso terapéutico.

La empatía entendida como proceso interno del analista siempre será buena, entenderemos mejor lo que el otro siente y podremos ponernos en su lugar. Pero qué hacemos con ella?

Si entendemos que lo que debemos hacer con ella es tener siempre una actitud comprensiva sinónimo de apoyar al paciente, estimular sus cualidades, nos podemos encontrar con una persona que consulta por sus dificultades interpersonales, codificando éste, como motivo de las mismas, los defectos y dificultades de los otros (código paranoide), muy narcisista pero sobre todo autoritaria, con una posición de autovaloración siempre por encima del resto, con un self grandioso, para la cual, quizás justamente, no sea esa la actitud adecuada del analista para poder modificar el motivo de sus dificultades en algunas áreas de su vida, como pueden ser la interpersonal. En cuyo caso estaríamos haciendo iatrogenia provocando un reforzamiento de su patología y sin considerar su particularidad, estaríamos poniendo en práctica una creencia general sobre la bondad de este tipo de intervención, cuando no sería la adecuada para este paciente. Quizás necesitaría una confrontación algo activa para que pudiera desarrollar él esa empatía y esa comprensión que no tiene frente a los demás, o conocer aspectos de su personalidad que son fundamentales en la provocación de sus dificultades interpersonales.

#### **CAMBIO TERAPEUTICO**

Desde el E.M.T. se tiene especial interés en los momentos de cambio en el tratamiento y las intervenciones específicas que los provocaron.

- *Para el Psicoanálisis Clásico*

Existen diferentes concepciones del inconsciente en Freud a lo largo de su obra.

En los comienzos de su obra, Freud (1900-1901-1905) concebía el inconsciente como un lugar psíquico regido por el proceso primario y el principio del placer (leyes de funcionamiento) que contenía aquellas representaciones que habían sido excluidas de la consciencia mediante la represión por la angustia o culpa que generaban).

En consecuencia la concepción de la cura era la siguiente: los síntomas se resolvían haciendo consciente lo inconsciente, levantando la represión, recuperando los recuerdos infantiles. Aquí la solución terapéutica consistía en incorporar a la consciencia lo que se había excluido de ella y que pasase a funcionar bajo las leyes lógicas conscientes. Freud indicaba el uso de *la interpretación* por parte del analista para lograrlo.

A pesar de los avances y modificaciones en sus concepciones Freud siguió sosteniendo que la cura pasaba por hacer consciente lo inconsciente, ya sea por la interpretación transferencial (esquema del psicoanálisis 1940) o bien por la construcción o reconstrucción (Construcciones en psicoanálisis 1937)

- *Desde el Enfoque Modular Transformacional*

Afinando los recursos técnicos acorde a los avances en la investigación psicoanalítica, el enfoque plantea la constitución del psiquismo desde el principio de la modularidad.

“El psiquismo entendido como una compleja modularidad de sistemas motivacionales entiende el funcionamiento psíquico como dependiente de principios no uniformes, construido desde la articulación no lineal ni sencilla de múltiples sistemas de fuerzas que interactúan, que entran en complementariedad, en conflicto, con áreas de dominancia y hegemonía no permanentes que cambian y alternan y con contenidos y leyes de funcionamiento propias “(Jeanette Dryzun, aperturas psicoanalíticas nº 33)

La teoría del psiquismo vista desde este enfoque, se maneja con un *diagnóstico dimensional* que favorece la comprensión más amplia y específica ayudando a construir una arquitectura propia para cada sujeto: una teoría del trastorno, de la cura y de la técnica acorde al resultado de la combinatoria y articulación de sus diferentes componentes, que constituirán *una configuración psicopatológica particular y de personalidad donde no hay lugar para las intervenciones uniformes y monocordes.*

Trabajando desde el E.M.T. se toman en cuenta no sólo los contenidos temáticos de la historia o relatos del paciente, sino también, sus modos particulares de relacionarse, los modelos procedimentales de relación que han ido conformando en su desarrollo, su manera particular de vínculo en las relaciones con sus otros significativos, los mecanismos y procesos que caracterizan su funcionamiento mental, los códigos que maneja, sus creencias matrices pasionales, por tanto, *el cambio terapéutico* no se logrará sólo buscando en el paciente *el insight cognitivo-afectivo*, sino también *el cambio en la acción.*

Planteando una necesidad de una reformulación de *la teoría de la cura* (Bleichmar, 1994) se va fijando un doble objetivo tan importante uno como el otro: *ampliación de la consciencia, modificación del inconsciente.*

*El primero* es el que está más estudiado y que todos conocemos en psicoanálisis como *el insight afectivo, se refiere a hacer consciente lo inconsciente.* El instrumento por el que se llega a él es la *interpretación del analista.*

*El segundo, modificación del inconsciente,* se refiere a lo que llama *cambio en la acción.*

Es importante entender qué nos plantea Bleichmar cuando dice cambio en la acción. El nos dice: “Nosotros aprendemos a hacer a través de la acción que crea, simultáneamente, un esquema de acción y una convicción, una creencia matriz pasional en el inconsciente, de cómo es”..., el intercambio con el otro. (Bleichmar, Aperturas, nº 001)

Podemos ir viendo entonces, que el cambio terapéutico, tal como lo plantea Bleichmar, no se daría sólo por hacer consciente lo inconsciente (psicoanálisis clásico, algo que fue reprimido deberá aflorar o ser descubierto) sino que también podemos operar en la transformación del inconsciente, logrando no sólo “un saber sobre el hacer” sino “un saber hacer”.

Bleichmar lo desarrolla muy bien en varios de sus artículos, Cómo, diferenciado entre un nivel verbal y uno no verbal, entre memoria declarativa y memoria procedimental, logramos entender que podemos actuar terapéuticamente con el objetivo de lograr el cambio terapéutico, mediante el insight cognitivo-afectivo pero también a nivel de lograr cambio en la acción, con la intervención sobre el hacer del inconsciente que se inscribe en forma de esquemas de acción.

A lo largo de la vida vamos manteniendo acciones de intercambio con la realidad y los otros significativos. Estas experiencias van estructurando nuestro psiquismo a nivel de esquemas de acción, memoria procedimental inconsciente además de que en algunos casos puede existir una narrativa inconsciente o consciente de los mismos.

Los esquemas de acción que se han inscripto de modo procedimental no son siempre factibles de ser verbalizados o simbolizados, pueden ser analizados gracias a las puestas en acto o enactment,(1) que permiten poner en la atención consciente aquello de lo que no se sabe a nivel consciente pero que se vive en la acción, que se hace, en la sesión.

Cuando hablamos de memoria procedimental, nos referimos más específicamente a la referida a la relación con el otro:

“¿cómo hacemos para que el otro responda de la manera deseada?

¿Cuál es el tono de voz a emplear, la forma de acercarnos, el ritmo del contacto? O, todavía algo más notable e incorporado inconscientemente como aquello que se llamó lenguaje del cuerpo: cuando queremos entusiasmar al otro, somos capaces de abrir los ojos, hacer que la mirada brille, dilatar la pupila. Los intercambios entre el lactante que aún no ha adquirido el uso de la palabra y sus otros significativos (Beebe y col., 1997; Stern, 1998) transcurren, precisamente, en ese lenguaje corporal para producir reacciones afectivas en el otro “ (Bleichmar, Fundamentos y aplicaciones del E.M.T., aperturas psicoanalíticas, n° 1)

Podemos decir entonces que, *los instrumentos para el cambio terapéutico* son dos y no son excluyentes o incompatibles: *la interpretación y la relación*.

Concluimos entonces que en el análisis a través de la palabra ayudaremos a descubrir cuestiones del pasado o motivaciones actuales en la vida del paciente, pero además a través del vínculo con el analista, el paciente vivirá experiencias que serán estructurantes para su psiquismo, a lo que llamamos “*un saber hacer*”.

Hugo Bleichmar distingue entre *un saber sobre el hacer* y *un saber hacer*: por ejemplo: si una determinada acción está inscripta en el inconsciente como amenazante, el trabajo analítico llevará a que el paciente se pueda representar dicha acción como no peligrosa, “saber sobre el hacer”. Pero también a través de experiencias estructurantes en la transferencia, podrá modificar en su inconsciente y pasar a un “saber hacer”, dicha acción dejará de estar inhibida y podrá desarrollarla dentro y fuera del consultorio. (modificación del inconsciente) y el inconsciente del paciente crecerá en el saber hacer que satisface a los sistemas motivacionales.( Bleichmar, aperturas n° 1).

## Para terminar

Soy consciente de que este es sólo un avance, una aproximación al modelo, y que hay mucho para comentar en cada uno de los temas y puntos enunciados. Profundizar en ellos daría lugar a múltiples trabajo más específicos. Termino esta exposición, con la idea de haber contribuido a ampliar los conocimientos que existen sobre los avances en Psicoterapia Psicoanalítica, presentarles el enfoque modular transformacional y sus contribuciones y hacerles saber que trabajamos en permanente articulación con los últimos avances en las neurociencias, desarrollando múltiples estudios en referencia a las contribuciones sobre el estudio de la memoria, el aprendizaje, la plasticidad neuronal, etc, y en relación, sobre todo, a los momentos del cambio terapéutico.

## Referencias

Enactment: Esto que ocurre durante la sesión, puede ser de índole muy variada, pero con la característica general de que algo que se dice o se hace, y algo que se responde, ambos de forma espontánea y fuera de lo pensado, irrumpen en el marco del diálogo analítico sorprendiendo y

cambiando el estilo habitual; puede ser breve o más largo, y después, al recuperarse el intercambio de siempre, debe ser comprendido como una puesta en acto de una escena cuyo argumento no ha estado en la conciencia antes de la acción, y que incumbe directamente al mundo interno del paciente, que inconscientemente ha propuesto ese encuentro y ha arrastrado al analista a jugar ese rol, en el que también está implicado, en mayor o menor medida, su propio mundo interno. A propósito del concepto de "enactment", Enrique Moreno, Aperturas Psicoanalíticas, nº 4.

#### **Bibliografía**

- *“Avances en Psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas”*. Hugo Bleichmar, 1997.
- *“Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos”*, Emilce Dio Bleichmar, 2005.
- *“Fundamentos y Aplicaciones del enfoque modular transformacional”*, Hugo Bleichmar. Aperturas psicoanalíticas, nº 001.
- *“La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque modular transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar”*, José Antonio Méndez Ruiz y Joaquín Ingelmo Fernández. 2009
- *“Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo”*. Hugo Bleichmar, Aperturas Psicoanalíticas, nº 21
- *“Por José Antonio Méndez y Joaquín Ingelmo: La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar”*. Jeanette Dryzun, Aperturas psicoanalíticas nº 33
- Freud, *Obras Completas*.

#### **Lic. María Elena (Mariela) De Filpo Beascochea**

*María Elena De Filpo Beascochea* es Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires, Argentina y por la Universidad Autónoma de Madrid, España.

Ha ejercido su profesión en hospitales públicos, sistemas de medicina prepaga y en su consultorio privado, desde 1981.

Se desempeña como Psicoterapeuta psicoanalítica de adultos, adolescentes y parejas en consultorio privado y como vocal en la Junta Directiva de la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid, España.

Miembro de “Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica”. Miembro de “Asociación para la investigación científica y epistemológica” ÁPICE. Miembro del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. COP. Presidente de AMPSI (Asociación Mutual de Psicólogos-1984/1988). Asesora del Secretario de Educación y miembro de equipo de contención al docente. Municipalidad de la ciudad de Bs.As. (1989/1996). Psicóloga integrante del equipo Psicopedagógico de la Escuela de Recuperación nº 5 de la Municipalidad de la ciudad de Bs.As., Argentina ( 1996/2001), etc., Col M-18413

---

## **✓ EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO**

**Francisco Gómez y Gómez**

**E.U.T.S. de la Universidad Complutense de Madrid**

En el deseo de ser gigantes reside vuestra bondad, y ese deseo se encuentra en todo vuestro ser.

Más en algunos tal deseo es un torrente que se precipita turbulento hacia el mar, arrastrando consigo los secretos de las colinas y el canto de los bosques.

Otros son como el riachuelo manso que se pierde en ángulos y curvas y que se agota antes de alcanzar el mar.

Pero no permitáis que quien mucho ansía diga a quien poco anhela: “¿Porqué eres tan lento y parado?”.

Porque quien es verdaderamente bueno no pregunta a quien está desnudo: “¿Dónde están tus ropas?”, ni a quien no tiene techo: “¿Qué ocurrió con tu casa?”. (G. Jalil Gibrán. El Profeta).

La presente comunicación pretende recoger las reflexiones que, a través del ejercicio de mi docencia en la E.U. de Trabajo Social de La U.C.M., donde imparto desde hace más de una década las prácticas del trabajo social, he contrastado con compañeros y alumnos sobre la necesidad que existe socialmente de contar con unos trabajadores sociales mejor formados, que fueran capaces de atender los problemas individuales, familiares y grupales tanto a nivel preventivo como terapéutico.

Ya hace cinco años que pusimos en marcha el Curso de: “Experto en Modelo Sistémico-Relacional en Tratamiento Social: Contextos preventivos y terapéuticos”, como Título Propio de la Universidad Complutense de Madrid, para intentar contribuir a paliar dicha necesidad, y mi experiencia desde su coordinación es que los trabajadores sociales y los demás profesionales que lo han realizado (psicólogos, pedagogos, sociólogos, abogados, diplomados en enfermería, etc.) no sólo se sienten entusiasmados con los conocimientos que adquieren, sino que solicitan más formación para poder incorporar lo que aprenden en sus campos de intervención. Manifiestan que aumenta su credibilidad en lo que hacen y que se ilusionan al ver la evolución y mejora de sus clientes.

Si consultamos las normas que estableció, en 1984, la N.A.S.S.W. (National Association Social Worker) para el ejercicio de la práctica del trabajador social clínico podemos observar que dicho código se parece, según mi criterio, a lo que en nuestro entorno viene ocurriendo ya con un buen número de trabajadores sociales, que cada vez van adquiriendo una mayor y mejor formación para poder ejercer como terapeutas con las familias que les demandan ayuda.

Un ejemplo que pone de manifiesto que en nuestro país va aumentando el número de trabajadores sociales con una mayor formación de postgrado es que en el directorio de socios de

la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar de 1.996, ya existían más de 120 socios trabajadores sociales de un total de 882 socios. Es fácil suponer que dicho número haya seguido aumentando y que otras Federaciones o Asociaciones también contarán entre sus socios con trabajadores sociales, que se asocian después de adquirir una formación previa y que es uno de los requisitos establecidos para ser admitidos en ellas.

Gordon Hamilton mantenía allá por 1.967 que el trabajador social tenía que prepararse para administrar psicoterapia<sup>1</sup> porque cuando alguien toma conciencia de su problema y quiere ser tratado no importa que dicho tratamiento sea considerado como parte del trabajo social o como terapia o psicoterapia. Lo importante es la demanda y que el tratamiento sea administrado por un profesional con una formación previa y reconocida.

El trabajador social que esté interesado en la práctica de la psicoterapia “debe estar emocionalmente dispuesto a aprender sobre sí mismo y sobre los demás..... por lo que es conveniente el propio análisis, si fuera posible, y un periodo de adiestramiento en el que se trate un buen número de casos bajo la estrecha supervisión de un profesional, y posteriormente con consultas”.

La N.A.S.W.<sup>2</sup> define al trabajador social clínico como aquel que está, por formación y experiencia, profesionalmente cualificado a un nivel de práctica autónoma, para proveer servicios directos de diagnóstico, preventivos y de tratamiento a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento está amenazado o afectado por stress social o psicológico o por deterioro de salud. Por tanto, como profesional de la atención de la salud<sup>3</sup> que es, va a proporcionar apoyo a individuos y familias, y este apoyo es el que puede incluir a la psicoterapia.

Mi formación de mas de ocho años en el modelo sistémico-relacional, y mi experiencia de intervención en familias, en el Gabinete de Orientación Familiar del Centro Sociocultural “Mariano Muñoz” del barrio de Orcasitas de Madrid, me han demostrado que el trabajador social puede capacitarse para realizar intervenciones preventivas y terapéuticas, tanto a nivel individual como familiar y grupal.

El Trabajo Social Clínico tiene que ser, a mi juicio, una especialización del Trabajo Social. No cabe duda que lo que capacita a cada uno para el ejercicio de una profesión es el título que está legalmente establecido, pero también es cierto que después cada uno adquiere la cualificación que más le gusta; la cual le proporciona las habilidades adecuadas para ayudar a las personas que requieran sus servicios, dentro del ejercicio de su profesión.

<sup>1</sup> Para una información más amplia puede consultarse su libro: “Psicoterapia y Orientación infantil. Hormé S.A.E. Buenos Aires. 1.967” en el que dedica el último capítulo (XII) a la preparación del asistente social para administrar psicoterapia.

<sup>2</sup> Cit por Ituarte Tellaache, A.: Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico. Siglo XXI. Madrid. 1.992. Pág. 5.

<sup>3</sup> Marzillier, J.S. y Hall, J.: ¿Qué es la Psicología Clínica?. Promolibro. Valencia. 1.997. Pág. 14.

Este campo de práctica puede ser encuadrado dentro del Área Temática: “La formación para la autoocupación” de este Tercer Congreso Estatal de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, pues es la práctica privada la que menos se ha desarrollado en nuestro país y por eso es pertinente avanzar en la exploración de nuevos yacimientos de empleo.

El hombre es un ser bio-psico-social y es desde esa unidad desde donde cabe intervenir para ayudarlo de una forma eficiente, no desde la parcelación de su ser. Recuerdo, con cariño, a aquella madre -Agustina-, cuando nos agradecía, con las tartas que hacía tras un curso de hostelería, el que le hubiéramos ayudado a ella y a su hijo -Antonio- de 20 años a salir de la situación en que se hallaban cuando recurrieron a nosotros, porque el médico de zona les aconsejó que así lo hicieran. Tras entrar en contacto con dicho profesional nos manifestó que creía que no era suficiente con la medicación para que el chico superara el estado en que se encontraba: a veces se sentía tan decaído que no se levantaba de la cama en todo el día y otras permanecía en ella más de un día.

En la primera entrevista, llegó Agustina con su marido -Bernabé-, tras haber sido citados previamente todos los miembros de la familia, llorando y diciéndonos que les teníamos que acompañar a su casa, que estaba allí al lado, para que viéramos cómo su hijo no quería levantarse de la cama para venir a consulta. La convencimos de que ella, con la ayuda de su marido, era capaz de ir y hacer que les acompañara, que no sería necesario que hablara, si no quería, pero que escucharnos le ayudaría a no sentirse amenazado y convencerse que queríamos ayudarlo en lo que nosotros pudiéramos y él necesitara. Los padres se fueron y volvieron con él y tras unos meses de tratamiento reinició sus estudios, encontró novia y no volvió a necesitar medicación, ni a meterse en la cama, cuando la situación le desbordaba y no podía controlarla. Ya no tenía que justificar que lo que le ocurría, cuando se acostaba, era algo interno que le sucedía en la cabeza y era superior a sus fuerzas

La madre que siempre había sido la cuidadora de sus hermanas, de su madre, tuvo que acostumbrarse a ser más cuidadora de ella y de su marido, sólo que un poco más desde la salud y no tanto desde la enfermedad. Dedicó su tiempo libre a realizar un curso de repostería donde aprendió a hacer unas tartas en las que ponía su tiempo, sus habilidades y su corazón, por eso estaban buenísimas. Nos decía uno de los últimos días: “....ahora encuentro el sentido de mi vida en las pequeñas cosas que hago... en bordar una mantelería para una sobrina que va a casarse... en ir con mi marido al pueblo algún fin de semana.....”.

En cuanto el médico le retiró a Antonio la medicación nos llamó y nos dijo lo bien que había evolucionado el caso, comentamos cómo: “no hay enfermedades sino enfermos” y quedamos abiertos a nuevas colaboraciones para ayudar a los pacientes que lo necesitaran. El enfoque clínico parte de la realidad vivida por un sujeto determinado y no de una generalización



. basada en categorías de análisis que se consideran objetivas, como afirma Carlos Eroles <sup>4</sup>. Muchas veces establecer fronteras entre la atención sanitaria y la atención social es no tener en cuenta las necesidades <sup>5</sup> de la gente que requiere que ambos sistemas de atención trabajen estrechamente juntos

Los trabajadores sociales tienen mucho que ofrecer y que aportar a nuestra sociedad, suponen unos recursos humanos que además de abundantes pueden ser aprovechados de una manera más eficiente si comienzan a dirigir sus esfuerzos, desarrollando habilidades, no sólo a aplicar los recursos sociales, lo cual es muy importante, sino también a desarrollar y fortalecer los propios recursos de los usuarios de los servicios sociales, potenciar su yo, pues con ello aumentará su autoestima y podrán hacer un mejor uso de sus habilidades para solucionar sus problemas. Hartland reconoció que: “los pacientes en terapia no están dispuestos a abandonar sus síntomas hasta que no se sienten lo suficientemente fuertes para seguir adelante sin ellos” <sup>6</sup>. En este sentido Erickson planteó que: “la mente contiene todos los recursos que un individuo dado necesita para resolver sus problemas, por ello el terapeuta debe ser capaz de ayudar a sus pacientes a activar los propios recursos naturales internos” <sup>7</sup>.

Otro caso en el que intervinimos de forma más breve que en el que hemos comentado anteriormente, nos llegó derivado de la escuela, porque Juan, de 9 años, presentaba conductas inadaptativas en el aula. Cuando recibimos a la familia vinieron los Padres: Juan de 56 años, productor de televisión, Ana de 38 años, dedicada a su casa, y dos hermanas de 14 y de 10 años, Ana y Almudena, que no presentaban problemas.

Citamos a la familia por teléfono y la madre nos contó que estaba muy asustada con su hijo Juan porque cuando decía: “que me da eso”, hablaba de morirse.... de tirarse por la ventana... Nos preguntó si debían venir con el niño, a lo que le contestamos que si no venían con él para que le viéramos creíamos que poco podríamos hacer.

Cuando entraron en la consulta, sentaron al niño en medio de los padres. Al rastrear el problemas que cada uno tenía en su familia nos dimos cuenta que la pareja se comunicaba en torno al problema del hijo. Nos contaron que el problema apareció hacía un año cuando Juan iba a hacer la primera comunión junto con su hermana Almudena y al ir a catequesis comenzó a darle miedo la muerte, nos afirmaron que ellos creían que quizás el miedo se debía a que en la catequesis se hablaba de ella. Y que por eso no hizo la comunión con su hermana.

Nos dimos cuenta que el padre no era creyente, mientras que la madre sí lo era. Sacamos al niño de la parentalización en que se encontraba. El niño colaboró en todo momento con nosotros y el temor que mostraba al principio se le fue olvidando después. Trabajamos unas

<sup>4</sup> Eroles, C.: Familia y Trabajo Social. Espacio Editorial. Buenos Aires. 1998. Pág. 23.

<sup>5</sup> Marzillier, J.S. y Hall, J.: Id. Pág. 338.

<sup>6</sup> Cit. Por Hawkins, P.J.: Introducción a la Hipnosis Clínica. Una perspectiva humanista. Promolibro. Valencia. 1.998. Pág. 53.

<sup>7</sup> Id.

sesiones más para que se pusieran de acuerdo entre ellos sobre cómo no fijar la atención sobre el niño. El miedo a la muerte que tenía el padre fue también comentado y les ayudamos a contestar a lo que les preguntara su hijo sobre dicho tema, haciendo así que dejara de ser un tema tabú en la familia.

En la última sesión donde les dimos el alta, trabajamos reforzando sus recursos para saber cómo hacer frente a ese problema u otros que apareciesen en el futuro. Quedamos a su disposición por si nos necesitaban en alguna otra ocasión. Ana la madre nos decía: “Hemos visto la necesidad de encontrarnos nuevamente como pareja, ahora que los hijos van creciendo”. “Ahora vamos a salir nosotros solos una vez a la semana, pues nuestros hijos tienen, también, que ver cómo tenemos nuestro espacio distinto al de ellos, que se quedan en casa”.

Estoy totalmente de acuerdo con Cloé Madanes cuando afirma que la terapia se dirige a organizar la familia como una red de ayuda mutua, a enseñar terapia como una forma de arte y a incorporar moralidad y espiritualidad. La espiritualidad incluye un cierto sentido del humor que nos ayude a reírnos de nuestra precaria situación en este mundo. Uno de los propósitos de toda terapia debe ser el de ayudar a la gente a hacer cosas que les creen buenos recuerdos para poderlos recordar, entre ellos, muchos años después .

Todos tenemos que aportar nuestro granito de arena para contribuir a cambiar el perfil del trabajo social. Tenemos que colaborar para hacer que las representaciones sociales existentes incluyan al trabajador social como un profesional que cree en las personas a las que presta sus servicios, que les escucha y les comprende, que les da nuevas esperanzas de cambio, que les ayuda a ser más amables y solidarios con los otros miembros de su familia, en definitiva que les enseña a relativizar la vida, a ser más comprensivos y condescendientes con ellos mismos y con los demás.

Por último, para acabar esta comunicación, quiero hacerlo con la cita de un pensamiento de Anthony de Mello que creo que refleja bastante bien hacia donde puede virar el trabajo social con el enfoque clínico:

Dijo un día el Maestro: “No estaréis preparados para ‘combatir’ el mal mientras no seáis capaces de ver el bien que produce”.

Aquello supuso para los discípulos una enorme confusión que el Maestro no intentó siquiera disipar.

Al día siguiente les enseñó una oración que había aparecido garabateada en un trozo de papel de estraza hallado en el campo de concentración de Ravensburg:

“Acuérdate, Señor, no sólo de los hombres y mujeres de buena voluntad, sino también de los de mala voluntad. No recuerdes tan sólo todo el sufrimiento que nos han causado; recuerda también los frutos que hemos dado gracias a ese

**sufrimiento: la camaradería, la lealtad, la humildad, el valor, la generosidad y la grandeza de ánimo que todo ello ha conseguido inspirar.**

**Y cuando los llares a ellos a juicio, haz que todos esos frutos que hemos dado sirvan para su recompensa y su perdón”.**

8 Cloé Madanes: Historias de Psicoterapia, en Nardone, G. y Watzlawick, P.: Terapia breve: filosofía y arte. Herder. Barcelona. 1.999. Págs. 201-224.

### **3- Experiencia de colegas**

#### **Dossier El Trabajo Social Independiente**

##### **“El Trabajo Social Terapèutico”**

El Sábado 25 del corriente mes de Junio, en Buenos Aires, Argentina, se concretò la reuniòn de carácter “**fundacional**”, de un grupo de Profesionales del Trabajo Social, con el fin de crear un “**espacio de reflexiòn**” sobre el Trabajo Social Terapèutico.

Entre los temas abordados, se encuentran:

**Leyes de Ejercicio Profesional; Niveles de Intervenciòn; Antecedentes Internacionales; Socioterapia; Trabajo Social Clínico: Trabajo Social Independiente; Trabajo Social y sus especializaciones de post-gradò.-**

Agradecemos la presencia y activa participaciòn de los Profesionales del Trabajo Social:

**Lic. Martha Caselli de Ferreira**

**Lic. Marìa del Carmen Sandoval**

**Lic. Valeria Navas**

**Mg. Daniel Ocampo**

**Lic. Susana Giusti de Layoco**

**Lic. Mònica Chadi**

**Y la colaboraciòn de:**

**Lic. Liliana Calvo**

**Lic. Marià Eugenià Guerrini**

**Lic. Marià Amalia Ferreira**

**Lic. Solvejg Ingrid Rivera**

Y la adhesión de: **Mg. Ângela Marià Quinteros Velazquez desde Colombia**

.....

## **“ Trabajo Social Independiente”**

**Por Lic. Mònica Chadi\***

### **“Breve Reseña de la Evolución del Trabajo Social”**

Citar al Tratamiento Familiar significa una contienda que habitualmente se desarrolla dentro del marco institucional, especialmente si nos referimos a la tarea de los trabajadores sociales. Pero como parte de la evolución de la profesión, así como también del accionar de otras profesiones y particularmente de las tareas de equipos interdisciplinarios, debemos describir las características del Trabajo Independiente. Particularmente del Trabajo Social, ya que esta ciencia tiene menor recorrido en esta experiencia. Y en consecuencia existe escasa bibliografía al respecto. Motivos por los cuales merece un capítulo a parte.-

“En la República Argentina surge la necesidad de la tarea autónoma atendiendo las realidades socio-económico-laborales de la República, que han conducido paulatinamente, de una relación laboral dependiente del estado, casi como exclusivo empleador, a la proyección del trabajo independiente, con el desafío de... valorar económicamente y dignamente el desempeño profesional...” (FAAPPSS-1997-). - Resulta difícil pensar al Trabajo Social como profesión autónoma, especialmente si nos remontamos a sus orígenes. El mismo tiene sus raíces en “brindar servicios a la población marginal y alienada”. -

Estos comienzos están emparentados con las buenas intenciones de personas colocadas socialmente en mejores condiciones personales para brindar “ayuda” a los seres más necesitados, en principio respecto de sus economías. Pero a medida que esta acción se fue profundizando, comenzó a extenderse a aquellos que se encontraban afectados no solo por la pobreza respecto de sus posibilidades materiales, sino también en minusvalía social, en cuanto a formar parte de la línea más baja, de acuerdo a las jerarquías en la pirámide social. Paralelamente también se amplió a aquellos que se encontraban en situación de riesgo e indigencia, como huérfanos, insanos, etc.-

Las mencionadas acciones comenzaron a sistematizarse, comprendiendo lo que hasta hoy en día se conoce como “tareas de beneficencia”. Este último término entendido como “virtud de hacer el bien”. Desde nuestro conocimiento social, podríamos definirlo como brindar a las personas aquello que no poseen o lo que no se encuentran en

condición de acceder. Cuando dicha beneficencia se reguló, dio lugar a establecimientos que brindaban dichos servicios, ya en forma institucionalizada. Así podemos hablar de orfanatos, casa de pobres, hospicios, etc. Estas instituciones primarias necesitaban de la acción regular de personal estable. Personal que comenzó a tener que ejercer tareas específicas, que de ser meros trabajos pasaron gradualmente a necesitar de una preparación adecuada.-

Así surgieron en principio tibios entrenamientos en carreras de corta duración emparentadas al posterior Trabajo Social, para pasar a una capacitación terciaria y luego universitaria de esta disciplina, prolongando cada vez más el período de formación, todo lo cual generó una especificidad que teorizó los contenidos necesarios para dicha capacitación.-

Estas teorías se fundaron en ciencias como la medicina, el derecho, la filosofía y todas aquellas disciplinas más cercanas al humanismo. Pero respaldándose, más específicamente con la “sociología”, especialmente en las décadas del último siglo pasado.-

No obstante el surgimiento del Servicio Social como carrera de grado, podemos generalizar tanto en alcances como en una cuestión común en todos los países donde creció esta profesión, que su accionar estaba ligado al **“asistencialismo”** entendiéndose por éste el **“servir en algunas cosas o tareas a otros”**. -

De allí que durante varias décadas del siglo XX, en muchas naciones, principalmente en algunas latinoamericanas, se habló de **“Servicio Social”**, para pasar más recientemente a los términos comunes de **“Trabajo Social”**. -

No es casual la aplicación de estos términos, ni su cambio posterior. Los mismos son consecuencia de modificaciones en los conceptos y en las modalidades en la cotidianidad del ejercicio.-

El **“asistencialismo”** supone una acción ejercida por una persona en beneficio de otra. La misma es una relación complementaria. Requiere de un actor pasivo, frente a otro activo que hace por él. Podemos sintetizar esta conducta como **“servicio de uno a otro”**. De allí la designación de Servicio Social.-

En la actualidad, el ejercicio de la profesión evoluciona hacia la **“asistencia”** propiamente dicha, la cual implica una relación más cercana a la simetría entre profesional y cliente, ya que **“la tarea social se dirige a un ser o grupo activo participante del accionar profesional, en un proceso colaborativo para la solución de problemáticas”**. Es decir que de un Trabajador Social con un papel central, evolucionamos a una paulatina devolución al “protagonismo de la gente”. En consecuencia, hablamos de “trabajo” (que podríamos definir como mancomunado) y no de “servicio”. -

Cabe aclarar que estas últimas descripciones son instancias de una evolución del “Trabajo Social” que forman parte de un proceso de cambio no establecido en su totalidad, y que como todo devenir humano tal vez no concluya. Además, que el mismo varía de acuerdo a las diferentes realidades y necesidades de cada nación.-

Por ejemplo, todavía persiste la aplicación del término “ayuda” como inherente al ejercicio del Trabajo Social, siendo que este vocablo se asocia más a una actitud pasiva del “sistema consultante” próxima al asistencialismo, que a la dinámica propia de la “asistencia”. Tal es así que si nos remitimos a la definición de **“ayuda”** se la agrupa como sinónimo de **“socorro, auxilio”**. -

De todas maneras, resulta significativo tener presente que aún aplicando este término, la conceptualización y desarrollo de la teoría y práctica, difieren de la de aquellas etapas más cercanas a los inicios del Trabajo Social. Tal es el caso, por ejemplo de Elisa Bianchi, que denomina uno de sus libros “El Servicio Social como Proceso de Ayuda”

(1994), pero que define al mismo como “la promoción de los recursos personales, sociales... e institucionales”. Es decir que encuadrándolo dentro de lo que significa “promoción” implica activar los recursos propios del cliente, suponiendo un desarrollo a través de la autodeterminación del mismo. Más aún (en uno de los capítulos de la misma obra) María Dal Pra Ponticelli habla del “proceso de ayuda realizado por un profesional... dirigido a individuos, grupos o sujetos colectivos, tendiente a activar un “cambio” en el modo de situarse... frente a los problemas que los afectan o de los cuales tienen intención de hacerse cargo..., en relación a las respuestas por activar o ya disponibles.”-

En concordancia con lo expuesto, observamos que la terminología no responde a su sentido literal, sino que supone argumentos que al desmenuzarlos, están ligados a los cambios que últimamente se han producido y no a ciclos anteriores, en vías de superación.-

Por último, debemos señalar que en esta descripción, las reestructuraciones señaladas nos conducen a una mayor proximidad y aplicación de lo que (desde hace algunas décadas) se denomina “**Trabajo Social Clínico**”, dado su ligazón con intervenciones terapéuticas, entendiendo por este último vocablo “ los procedimientos para el tratamiento que conduzcan a la reducción de los factores que originan el sufrimiento humano”. -

Específicamente en el Trabajo Social, se denomina “Clínico” a aquel que tiene como meta “**la mejora del mantenimiento del funcionamiento psicosocial de los individuos, las familias y los grupos... y cuya práctica es la aplicación profesional de la teoría y los métodos de tratamiento del Trabajo Social**”. (Rachelle Dorfman-1988). -

Encuadrado dentro del “Trabajo Social Clínico” encontramos (entre otros ámbitos) al “Trabajo Social Independiente”. Modalidad de Intervención que ha recorrido un largo derrotero para encontrarse actualmente en la posibilidad de su concreción, ejecución y aplicación.-

La intervención desligada de la dependencia laboral institucional, implicó una larga lucha que aún hoy todavía no tiene en algunos países de Latinoamérica la ley que regule este ejercicio. Como ejemplo de quienes ya cuentan con ella tenemos a Colombia regida por la Ley N° 53, de 1977 que reglamenta la profesión del Trabajador Social. Y Argentina que posee la Ley Nacional N° 23.377, sobre el ejercicio de la profesión de Servicio Social o Trabajo Social. Y la Ley Provincial de la Provincia de Buenos Aires N° 10.751. Ambas crean los Colegios Profesionales respectivos y determinan las incumbencias, deberes y derechos de los profesionales.-

En Estados Unidos este ejercicio es de larga data, a tal punto que los Trabajadores Sociales se encuentran en igualdad de oportunidades, jerarquías y posibilidades de acción que otros profesionales de la salud. Algunas de las dificultades suelen establecerse en los aranceles que con frecuencia son más bajos que los de psiquiatras, psicólogos y sociólogos. Estas cuestiones generalmente se resuelven en términos de competitividad y competencias. Como dato significativo de este último país se debe citar que los privilegios y valores del Trabajo Social Clínico están contenidos en el Código Ético de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Graduados.-

Por último pueden unificarse los lineamientos citados con la última definición de Trabajo Social acordada en asamblea en Montreal en 1998, que dice: “**La profesión de Trabajo Social promueve la resolución de problemas en las relaciones humanas, el cambio social, el poder de las personas mediante el ejercicio de sus derechos y su liberación y mejora de la sociedad. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los**

**puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son esenciales para el Trabajo Social”.** -

Sintetizando el breve recorrido realizado y la experiencia recogida de quienes ejercemos la profesión en forma independiente, surge que la más frecuente dificultad de esta área, está implícita en la dicotomía entre los orígenes de la profesión (que implican un “estigma” para los Trabajadores Sociales) y las actuales posibilidades de este marco ejecutivo. Al respecto dice Rachelle Dorfman. “La tradicional preocupación sobre la práctica privada ha sido que no es apropiada para una profesión cuyos orígenes están en el servir al pobre y desvalido”. -

Por otra parte, existe **“una contradicción entre la demanda social y de los servicios institucionales, que asocian al Trabajador Social como solamente capacitado para intervenir en los niveles sociales marginales, cuando en realidad la formación e incumbencias son amplias y no sectarias, pudiendo dirigirse a cualquiera que pueda tener problemas sociales, ya que su fuerza yace en los valores consistentes que constituyen la base de sustentación de una profesión altamente consustanciada con las normas de respeto y valoración de la condición humana”.**-

### **“Alcances del Trabajo Social Independiente como una Diferente Alternativa en la Consulta y Resolución de Problemáticas”**

Más allá de los avances para la concreción del ejercicio de la profesión de Trabajador Social en forma independiente, el interrogante que surge respecto de la actividad, es los “cómo”, para los cuales no alcanza como respuesta las capacitaciones de post-grado y maestrías que muchos profesionales de esta área han realizado y continuarán realizando, aunque los mismos brinden mayor eficiencia y efectividad. Es decir que dichas formaciones no son suficientes para responder las dudas y cuestionamientos que surgen frente a este reto profesional . –

Todo cambio implica enfrentarse a situaciones nuevas y por lo tanto desconocidas.

Dichas situaciones producen temor y ansiedad. Las circunstancias conocidas son las que nos reaseguran conductas predecibles.-

Avanzar en el ejercicio en el ámbito privado implica que por un lado se vivencie temor, lo cual genera aferrarse a tareas tradicionales y conocidas. Por otro **“el deseo de crecimiento gesta el impulso a acceder a experiencias profesionales que apunten a la evolución”.** -

Las citadas perspectivas de evolución pueden ser resistidas por el propio ámbito “intraprofesional” que defiende un accionar asociado con evaluar, luego de recoger información de los sectores sociales sobre los que se opera. Tipos de intervenciones que implican un rol más próximo a la pasividad. Y que se fundan en que desde sus comienzos y aún en la actualidad la formación universitaria, como carrera de grado, está impartida para desarrollarse dentro de un marco institucional y de relación de dependencia.-

El ejercicio independiente significa un “salto al vacío”, casi como una deslealtad para aquello para lo que se fue entrenado. La sensación es de encontrarse en soledad frente a lo que implica la falta del respaldo del marco institucional. Situación que encuentra su resolución en la aceptación que el Trabajo Social cuenta con los suficientes contenidos como para dar respuesta a este debate. Y en el convencimiento, que al evitar este paso se esta no solo coartando el deseo de crecimiento de la propia profesión, sino simultáneamente privando a todo el arco social consultante de una propuesta que posee

bastantes recursos como para solucionar contingencias no solo compartidas en el espacio profesional, sino que pueden ser posibles de resolución, precisamente por **“tener el Trabajo Social elementos específicos que no pueden encontrarse en otras disciplinas”**. Sin ánimo de omnipotencia, estimo que uno de los factores que facilita el avance de la propuesta independiente es el reconocer las propias posibilidades.-

Paralelamente los sistemas “interprofesionales” y mensajes de los usuarios, refuerzan posiciones comunes, a través de propuestas que solicitan estas acciones.-

La contra cara de la evolución dentro del quehacer profesional, presupone alimentar “dos aspectos primordiales” para responder a los “cómo” citados al principio.-

En primer término constituimos los Trabajadores Sociales en **“agentes multiplicadores y de promoción”** de la oferta que la profesión significa como modelos de consulta. Modelos que están ligados a intervenciones sociales, (que difieren de algunas ligadas a la psicología o psiquiatría) que trabajan en lo intervincular, **“teniendo como sustento la prolongada trayectoria del Trabajo Social como disciplina operacional contextual por naturaleza”**. -

Todo lo cual implica una opción para el “sistema usuario” de una propuesta más ecológica, ya que dignifica y activa el ámbito espontáneo por excelencia de pertenencia y cotidianidad. Además respeta y promueve los lazos “pre-existentes,” estimulando y ampliando las redes relacionales del marco total de un individuo o grupo, motivando cambios a través de la reformulación de interacciones productivas, que se potencian en un accionar coherente generador de organizaciones más saludables.-

En segundo lugar, fundamentar dicha oferta selectiva, avanzando permanentemente en conocimientos, todo lo que permite una necesaria y responsable actualización, que hacen que el “Trabajo Privado” brinde diferentes formas de intervención.-

Esta propuesta y su consiguiente soporte nos enfrentan con el prestigio que el “Trabajo Social Autónomo” implica para la evolución de la profesión en sí misma. Y nos exige, a nosotros como profesionales, transformarnos frente a las nuevas responsabilidades asumidas en activadores de recursos, propios, del cliente e institucionales.-

Desde esta perspectiva se debe trabajar paralelamente en no caer en los riesgos que los términos “privado e independiente” encierran en sí mismos. Entre ellos, que los Trabajadores Sociales neguemos u olvidemos nuestros orígenes y se pierdan de vista los valores y propósitos que dieron lugar a la profesión en sí misma. Esto presenta el peligro de encasillarnos como profesionales de “alto rango o status”, más que lo que realmente somos como profesión humanista: **“gente con un trascendente grado de vocación de entrega, y de dar y devolver lo que humildemente hemos tenido la suerte de aprender”**. El crecimiento es posible en la medida que se desplieguen las alas, pero sin renegar u olvidar las raíces.-

Las “contradicciones y dificultades” continuaran surgiendo, en la medida que enfrentemos esta modalidad de práctica profesional y no cesemos en alimentarla.-

Nos reafirmaremos, dentro de esa acción de nutrirla, no eludiendo el esfuerzo que ello encierra para la saludable y necesaria “jerarquización profesional”, que se hará más sólida en la medida que conjugemos estabilidad y crecimiento.-

En consecuencia los alcances del Trabajo Social Independiente están y estarán directamente relacionados con este convencimiento y con la respuesta y propuesta que brindé al “contexto social” como una probabilidad más de resolución de conflictos humanos.-

**“Identidad Profesional del Trabajador Social en el Ejercicio Independiente de la Profesión”**



El Trabajo Social Independiente significa una renovación en el “encuadre” de la actividad profesional. Coherentemente este cambio, alcanza a la “identidad profesional”. De aquel origen ligado con tareas netamente asistencialistas, llegamos a un rol que requiere de una mayor reafirmación, especialmente por el hecho del pasaje necesario entre un trabajo realizado en “dependencia” institucional y una acción cuya cualidad más sobresaliente es la “independencia”. -

Creo que es imposible no asociar esta situación, con el “crecimiento”. Todo ser humano inicia su existencia con un alto grado de “dependencia” respecto de quienes son sus seres más cercanos, avanzando rodeado de una contención que le brinda la estructura familiar por excelencia. A medida que progresa en sus etapas evolutivas, se acrecientan los grados de independencia, hasta transformarse en un ser “autónomo”. -

Trasladando esta situación vital a la tarea profesional, es acertado asociar la “independencia”, con aquella necesaria para alcanzar una actividad autónoma. No sin antes aclarar que la independencia es lograda también en los roles tradicionales y que se desarrollan dentro del ámbito institucional. La diferencia reside que este tipo de evolución se realiza dentro de los caminos ya conocidos del quehacer de la profesión.- Por el contrario la “emancipación” que requiere el ejercicio independiente, significa en sí misma un cambio. Cambio para los cuales la carrera de grado poco capacita. No por descuido, sino porque la mayoría de las formaciones académicas están previstas para las funciones comúnmente signadas para el Trabajo Social.-

El deseo de evolución es el motor que impulsa el acceder a nuevas experiencias, entre las cuales podemos incluir la “actividad independiente”. -

A esta normal vivencia se suma como otro factor de resistencia las mencionadas demandas de todo el marco comunal que responden todavía a las bases de la profesión.-

Esta situación coloca al Trabajador Social en una contradicción; en un “conflicto de lealtades” entre la solicitud de una tarea que lo limita y rotula, que no lo estimula para ejercer otros roles. Y sus capacidades y anhelos de evolución, que lo impulsan (entre otras cosas) hacia la “independencia”. **“Capacidades que coinciden con un Trabajador Social más próximo a la creación de nuevos ámbitos; a la gestación de nuevas acciones; al “vuelo” que asegura su individuación.”-**

Como toda situación de crecimiento comparable al joven que busca el momento oportuno para abrir la puerta que lo conduzca a su propio proyecto de vida, el Trabajador Social está a la espera.-

Pero también como toda circunstancia vital, requiere no de una instancia sino de un **“proceso”**. Es decir el trayecto a recorrer para alcanzar dichos niveles. Camino que se afianza a través de ensayos, errores y aciertos; marchas y contramarchas. Y del que posiblemente todavía estemos atravesando etapas.-

**“Lo señalado, “confirma la necesidad de una “identidad” sustentada en la posibilidad de resolver los conflictos entre temores y deseos; entre posibilidades y necesidades; entre anhelos y realidades; entre demandas y propuestas concretas. Deseos, necesidades, anhelos y propuestas que afianzan y promueven el ejercicio independiente hacia el afuera. Y que paralelamente (hacia adentro) afirman los ciclos que requiere el pasaje de tarea dependiente a independiente”.** -

El presente desarrollo nos conduce a la lógica necesidad de asociar la “identidad profesional independiente” con un “pensamiento progresista”. Es decir aquel que genera acciones proyectadas hacia un futuro. **“Un pensamiento que avale el crecimiento, gestando soluciones nuevas para nuevas problemáticas. Y no aquel que frena el impulso emancipador, apostando a las mismas respuestas para contingencias diferentes”.** -

Un Trabajador Social progresista necesita sostener su integridad en un trayecto que esté iluminado con “claridad” respecto de **“quienes somos, de donde venimos y hacia donde vamos...”**( Mónica Chadi- 2000). -

Los dos primeros términos nos son comunes a todos. El último es particular. Corresponde al Trabajador Social que elija como ámbito de su ejercicio el independiente.-

La oportunidad que esto significa aportará recursos para su propia reafirmación emocional, otorgándole una mirada distintiva que es condición indispensable para evaluar y adecuar su propuesta a las diferentes contingencias sociales que acceda.-

No obstante esta conjunción, se debe aclarar que el panorama es más amplio.-

En coherencia, toda intervención profesional estará signada por un pensamiento que se centra en la observación de las relaciones entre el grupo consultante y que es aplicable a los abordajes que se realicen dentro del quehacer del Trabajador Social, sea este dentro o no de un encuadre institucional.-

Tal vez, uno de los mayores soportes para el “Trabajo Social Autónomo” sea el Modelo Sistémico por las aproximaciones entre ambos.-

Tomando en cuenta, desde su integración, los aportes más sobresalientes de lo Social y lo Sistémico podemos definir que el Trabajo Social ofrece el marco, es decir el ámbito donde ocurren los acontecimientos: **“los contextos”**. Y el Enfoque Sistémico presenta los lazos vinculares que conectan a la gente: **“las relaciones”**. -

Por lo tanto la identidad de un Trabajador Social que conjugue ambas disciplinas, se caracteriza por un perfil expansivo. No limitado por un aspecto de la realidad, sino que se constituye en **“actor y parte”** de la intervención profesional, al actuar desde posiciones que le permiten evaluar las relaciones intergrupales, pero paralelamente las interprofesionales y también la relación “profesional- sistema usuario”, teniendo dirigida su mirada hacia todo el amplio espacio contextual. Su identidad se transforma en **“multifacética”**, al expandir su conducta.-

En el ámbito del ejercicio independiente, (especialmente en los **“Tratamientos Familiares”**) la situación se define más puntualmente al fusionarse las **“identidades asistenciales y terapéuticas”**, que se entrelazan al tomar el término “terapéutico” como común a lo psíquico y social. “Homologándolo a la de nuestro quehacer profesional, si consideramos a este concepto como todo aquello que hace al proceso de cambio... En tal caso, nuestra actividad puede denominarse **“socio-terapéutica”**.

( Mabel Franco- Laura Blanco- 1998).-

Ejerciendo esta función socio-terapéutica el Trabajador Social se transforma a sí mismo en una interdisciplina, ya que confluyen en su persona métodos y técnicas del Trabajo Social y del Enfoque Sistémico. Su historia profesional- personal se nutre de lo **“social-contextual”**. Su co-relato de lo **“terapéutico-relacional- sistémico”**.-

Resumiendo la identidad profesional independiente del Trabajador Social es **“transformadora”** ya que al integrarse los recursos metodológicos, técnicos y estratégicos, su perfil se sustenta y sostiene sobre las bases de brindar “alivio, reducción o eliminación de los factores desencadenantes de las problemáticas”.-

**“Asiste y resuelve. Colabora con la adaptación de los cambios inducidos. Convoca al diálogo socio-relacional. Tiene un rol social y un rol activador de cambios. Brinda funciones reparadoras y modificadoras. Se centra en lo relacional, pero paralelamente en el ámbito más amplio del universo social. Conjuga lo asistencial y lo terapéutico. Hasta aquí el proceso que da lugar a la identidad que gesta un “Socioterapeuta”**.-

**“Perspectivas del Trabajo Social Independiente”**

Desde una supuesta proyección futura, que nos permite medir que perspectivas guarda el Trabajo Social Independiente, se establece que más allá de las posibilidades que ofrezca el panorama global, respecto de los pedidos de consulta y de los encasillamientos del Trabajador Social en cuanto a su tarea, es importante aclarar que mucho de lo que suceda en más, estará directamente relacionado con factores internos de la propia profesión.-

Mientras continuemos con la “dicotomía” de sí este es un espacio que nos es propio o que por el contrario está más cercano a los perfiles correspondientes a otras profesiones más ligadas a formaciones académicas de distinto rango, **“la paradoja en la que se continuará inmerso constituirá un factor obstaculizador del avance hacia tareas más autónomas y creativas”**.-

Como se ha señalado anteriormente, toda situación de cambio produce una natural tendencia a la retracción. Retrocesos que favorecen el quedarnos en tareas ya conocidas.-

En contraposición surgen las tendencias a las modificaciones y el ir hacia adelante.- Coherentemente, cohabitan los lineamientos que nutren la estabilidad y el no cambio, como actitud respetable, pero de freno para la necesidad de acrecentar las acciones y los espacios que aporten renovaciones en el ejercicio profesional.-

Manteniendo claridad respecto de estas posiciones extremas, podrá vislumbrarse la posibilidad de un mayor acercamiento entre ambas, que si bien respete los argumentos y conductas que sostengan cada una, puedan alimentarse una de la otra y viceversa, entendiendo que resultan complementarias. Ya que una resulta más un histórico del Trabajo Social, mientras que la otra responde a la necesidad de evolución de todo quehacer humano.-

**“Ambas son TRABAJO SOCIAL, con mayúsculas. Ambas responden a los preceptos de mejorar la calidad de vida de la gente. Ambas necesitan de personas con respeto y admiración por la condición humana. Las dos son parte de un mismo punto de partida, más allá que cada una tome caminos diferentes que acrecentarán todo el panorama profesional, sin olvidar sus orígenes y su derrotero hacia todo el universo social.”**-

Internalizar esta realidad dual, nos aporta la solución para la mencionada paradoja. Pero simultáneamente teniendo en claro que esta respuesta se concretará de acuerdo al grado de compromiso. Y con nuestra propia autoconfirmación como actores compatibles con el rol como profesionales independientes (ejercemos o no nuestra tarea desde este sector).-

La citada introspección, no descarta como posibilidad de progreso en este camino su espontánea relación con los ámbitos interprofesionales. **“La confirmación por parte de los espacios externos, estará directamente relacionada con la imagen que ofrezcamos de nuestra circunstancia interna.”** De allí la necesidad de tener resuelto este punto de conflicto. Cuanto más sólida resulte nuestra propia confirmación, mayores resultarán los avales de parte del resto del espectro profesional.-

**“No obstante, es central citar que esta auto y externa afirmación se acrecentará y reafirmará en la medida que ofrezcamos resultados y eficiencia en cada tarea.”**-

Ya que de nada sirve defender y ofertar propuestas, que a posteriori no presenten resultados que también alienten los aprendizajes, con su natural cuota de ensayo y error.-

Desde una hipotética mirada proyectiva, podemos evaluar que el feed-back positivo en el intercambio entre mundo interno y externo profesional, paralelamente provocará mayores alcances interdisciplinarios, en la medida que **“toda la comunidad**

**profesional no nos detengamos solo en el discurso teórico que fundamente la tarea, sino que progresems aún y cada vez más en la acción en el abordaje".** (Mónica Chadi- 1997 y 2001).-

Por último, de todo lo expuesto la perspectiva se vislumbra como de alto alcance en la medida que este accionar, (en un mecanismo de ida y vuelta; de lo profesional al sistema usuario; de oferta de intervención al panorama social ampliado y de este último como posibilidad de evaluación de la propia conducta), permita afianzar la posibilidad de la consulta.-

En un circuito de retroalimentación, la demanda crecerá de acuerdo a la claridad y fortaleza de la propuesta. Lo puntualizado encierra nuestro compromiso para con la profesión; para con los ámbitos interprofesionales; para con el sistema usuario y para el porvenir y proyección de la carrera como oferta alternativa de consulta.-

\*Extractado del Libro de Mònica Rosa Chadi de Yorio:  
"FAMILIAS y TRATAMIENTO FAMILIAR. Un desarrollo Tècnico-Pràctico"  
Capítulo I - Espacio Editorial- (2005- 2008)-

---

## **Socioterapia y Trabajo en Red**

**"La red social, personal , estable, sensible, activa y confiable es salutogénica"(Sluzki)**

**Lic. Liliana Calvo**

**Al hablar de redes nos referimos a la figura de una trama, de una urdimbre, usándola como metáfora y como símbolo. Mencionamos la "hebra de un tejido" para referirnos al ser humano como parte integrante de su red, y a su vez tomamos en cuenta, con un concepto de totalidades y desde una concepción holista, o sea de evolución, a esa red relacionada con un sistema mayor.**

**Aparecen conceptos relativos a la interrelación, al entramado, a los nexos, a los modos de vincularse, a los lazos que se crean entre varias personas, en una familia, en un grupo de trabajo, entre varios profesionales, entre varias instituciones.**

**Las relaciones que el ser humano va estableciendo a lo largo de su vida, desde su entorno más íntimo como lo es la familia, se van ampliando a medida que comienza a crecer y relacionarse con nuevas personas, así hacen su aparición en la vida de un niño la presencia de sus abuelos, de sus tíos, de sus primos...**

Luego éste primer núcleo se va desarrollando y surgen los amigos, más adelante los compañeros de estudio, los maestros, los compañeros de trabajo, los vecinos. La trama se va extendiendo cada vez más a medida que transcurre su desarrollo y crecimiento, todas estas personas en mayor o menor medida van conformando, con igual o diferente contacto de intimidad su red de apoyo y soporte.

En nuestro trabajo social como socioterapeutas nos referimos a menudo a la “Metodología de Intervención en Red”

Qué intenta hacer el socioterapeuta que trabaja desde una concepción holista del trabajo en red?

A partir de la situación social que presenta la persona que lo consulta interviene en principio "aceptando lo que es", sin modificar nada. Entiende que sólo a partir de la "aceptación de lo que es" se pueden producir los cambios. A medida que se realizan los encuentros en el transcurrir del proceso se va generando una interrelación en la red social de la persona, para que ella se transforme en un soporte y apoyo nutricional y fortalecedor para la misma.

Este tipo de abordaje también lo realiza el Trabajador social cuando recibe el pedido de su intervención por parte de alguno de los profesionales que asisten al cliente, ya sea el psiquiatra o psicólogo que lo atiende, o el médico de su sistema de salud, o el abogado que le lleva a delante sus asuntos jurídicos.

El socioterapeuta parte de lo que detecta como elemento más soportativo para la persona, la persona o elemento que hace "figura" en ese momento de su red, y luego va ampliando y extendiendo ese espacio a medida que descubre e integra también a otras posibles personas, grupos o instituciones sostenedoras para la misma.

*Para ejemplificar comentaré un caso, la socioterapeuta recibe la derivación del médico psiquiatra que atiende a la cliente, ella es una mujer viuda, sin hijos, de 58 años, que ha padecido un accidente cerebrovascular y que a partir de esta situación ha quedado con una discapacidad que no le permite volver a su espacio laboral que es donde tenía las mayores vinculaciones con otras personas.*

*Es una persona que hace años vive sólo en un barrio que es el mismo donde ha nacido, es decir que aún conserva relación con alguno de sus vecinos que la conocen desde la infancia, su padre una persona muy mayor vive sólo y sólo lo ve en ocasión de alguna festividad familiar, al igual que a su hermana que está casada y tiene varios hijos, sobrinos de la cliente. Parte de su familia está en el exterior del país, se comunica vía telefónica con ella, un hermano que está viviendo en Europa, que es con quien mantiene mayor contacto a pesar de la distancia y quien le ofrece ayuda económica dada la situación por la que atraviesa la cliente, todavía está en trámite su haber jubilatorio.*

*En una de las primeras entrevista menciona a Laura una vecina de la cual es amiga desde la infancia de ambas y comenta que ella en forma reiterada la viene a buscar para invitarla a su casa ( la cliente sabe tocar el piano y a su amiga le gusta mucho la música clásica) también se ofrece para salir a escuchar conciertos juntas, o para acompañarla en las citas a los controles médicos. Cabe aclarar que la cliente tiene un problema en una de sus piernas y está en tratamiento de rehabilitación por lo que le cuesta viajar a lugares alejados del propio.*

**En este momento del proceso, la socioterapeuta registra a esa amiga de la infancia como a una de las relaciones más soportativas para la cliente , también su hermano es parte de la red de sostén , a pesar de estar en el exterior desde allí se comunica semanalmente y le ofrece ayudarla desde lo económico.**

**A partir de aquí el profesional focaliza en los vínculos y en las relaciones que ha establecido la cliente, intenta descubrir cómo son los mismos, si se dan fluidamente, si están obturados, obstaculizados. Luego necesita saber si la persona tiene en cuenta esos recursos , si toma "contacto" con ellos, si recurre a ellos habitualmente.**

*En este caso mencionado la cliente acepta las invitaciones y los ofrecimientos de su amiga, la relación entre ellas es fluida, la cliente siente que da y que recibe en este vínculo y eso es muy importante dada su situación.*

*También el contacto con el hermano que vive en el exterior le es soportativo, el vínculo entre ellos es saludable. Ella acepta éstos recursos que él le ofrece, los tiene en cuenta, en su juventud ella lo ayudó mucho para que él terminara su carrera universitaria.*

**En el encuentro profesional es necesario ver la modalidad de relacionarse en el aquí y ahora de la cliente con ella, a partir de este encuentro , también la socioterapeuta pasa a formar parte de su red de apoyo y sostén , junto a todos los profesionales que la atienden.**

**Así la acompaña en el proceso, se transforma en una facilitadora que intenta que ella logre una “convivencia más saludable” con las diversas partes de su entorno” para arribar a tener una mejor calidad de vida.**

**El Trabajador Social como socioterapeuta trabaja en función de lo que percibe como más soportativo, integra a las relaciones más significativas de la persona, para luego ir ampliando hacia círculos más externos, incluyendo también a las redes institucionales, para ello recurre a los grupos de autoayuda, a los centros de capacitación, a los centros vecinales y culturales, a los servicios sociales de los barrios, a los grupos de autoestima, sitios todos donde la persona puede llegar a participar y así ir ampliando su red de soportes.**

**Trata de ser un intercomunicador entre las distintas partes de la red, intenta organizar y establecer nexos de comunicación. Para él hacen más "figura" las relaciones que las personas, les otorga más lugar. Observa cuando están presentes o ausentes los vínculos, detecta cuales son las personas que están más cerca también incluye el descubrir y tomar en cuenta que apertura tienen cada una de ellas.**

**Al iniciar su abordaje parte de la familia del cliente, si ellos no están disponibles, toma en cuenta también a la familia ampliada, a sus amigos, a sus vecinos, a compañeros de su grupo de trabajo, e integra y amplía la red realizando un trabajo articulado con las diferentes redes institucionales que puedan brindarle un sostén y apoyo fortalecedor.**

**Todo esto forma parte del Proceso Socio-educativo que se desarrolla, por momentos se transforma en un mediador que aclara, promueve actitudes de colaboración, cooperación y también de diálogo. Trabaja en post de que se produzcan acuerdos en todos los niveles de la red, facilita los intercambios desde una "perspectiva social integrada e integral".**

Material sugerido:

Calvo,L Resiliencia, Autoestima y Promoción Social. Artículo publicado por Revista ConViviendo [www.convivirgrupo.com.ar](http://www.convivirgrupo.com.ar)

Calvo,Liliana Autoestima del Trabajador Social publicado en página [www.fortunecity.es](http://www.fortunecity.es)

Calvo,Liliana :FAMILIA RESILIENCIA Y RED SOCIAL ,de Espacio editorial 2009

Chadi, Mónica : Integración del Servicio Social y el Enfoque Sistémico Relacional. Edit. Espacio 1997.

Reynoso L, Calvo, L. "Trabajo Social y Enfoque Gestaltico". Edit. Espacio 2003

Sluzky, C " La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica". Edit. Gedisa. 1996

.....

- ✓ **Clare Winnicott was one of the leading British social workers of the 20th century. The wife of Donald Winnicott, an analyst of Melanie Klein, a wartime innovator in caring for evacuated children, a teacher and mentor to a generation of social workers, and a gifted psychotherapist, Clare Winnicott's life encompassed a remarkable richness of relationships and accomplishments. Beginning with an extended biographical overview by Joel Kanter, this volume compiles sixteen papers, interview and lecture transcripts, and letters by**

**Clare Winnicott. For all concerned with children-in need, these materials offer an eloquent integration of the child's inner world and the external realities of loss, separation and trauma. Using this comprehensive perspective, Clare's writings provide professionals with pragmatic strategies for assisting parents in the difficult challenge of creating and sustaining facilitating environments for troubled children.**

Clare Winnicott era uno de los trabajadores sociales británicos principales del vigésimo siglo. La esposa de Donald Winnicott, un analista de Melanie Klein, innovador del tiempo de guerra en cuidar para los niños evacuados, un profesor y un mentor a una generación de trabajadores sociales, y un psicoterapeuta dotado, vida de Clare Winnicott abarcó una riqueza notable de relaciones y de realizaciones. Comenzando con una descripción biográfica extendida de Joel Kanter, este volumen compila dieciséis papeles, transcripciones de la entrevista y de la conferencia, y letras de Clare Winnicott. Para todo en cuestión con niño-en necesidad, estos materiales ofrecen una integración elocuente del mundo interno del niño y las realidades externas de la pérdida, de la separación y del trauma. Usando esta perspectiva comprendi Clare Winnicott era uno de los trabajadores sociales británicos principales del vigésimo siglo. La esposa de Donald Winnicott, un analista de Melanie Klein, innovador del tiempo de guerra en cuidar para los niños evacuados, un profesor y un mentor a una generación de trabajadores sociales, y un psicoterapeuta dotado, vida de Clare Winnicott abarcó una riqueza notable de relaciones y de realizaciones. Comenzando con una descripción biográfica extendida de Joel Kanter, este volumen compila dieciséis papeles, transcripciones de la entrevista y de la conferencia, y letras de Clare Winnicott. Para todo en cuestión con niño-en necesidad, estos materiales ofrecen una integración elocuente del mundo interno del niño y las realidades externas de la pérdida, de la separación y del trauma. Usando esta perspectiva comprendi las escrituras de Clare proveen de profesionales las estrategias pragmáticas para asistir a padres en el desafío difícil de los ambientes que facilitan que crean y que sostienen para los niños preocupados.

**Cara a cara con los niños:** la vida y obra de Clare Winnicott

## **4- El libro sugerido**

### **Vivir en el Alma**

Joan Garriga

## **5- Novedades en libros infantiles**

**“La historia de bongó el tiburón asustado”,**

Ediciones ConViviendo

Liliana Calvo , ilustradora Anabella Ossani



Liliana Calvo

**La Historia de Bongó,  
el tiburón asustado**



Un Cuento Integrador que transmite valores esenciales  
junto a la necesidad del cuidado del medio ambiente

**Ediciones ConViviendo**



*Quilín un chico “solidario y cooperador”,  
vive una fantástica aventura junto a su familia  
y amigos, ayudando a un tiburón perdido en el mar.*

*Lili Calvo logra en éste relato transmitirnos valores esenciales  
para la saludable convivencia de los niños y las familias  
en un medio ambiente necesitado de cuidados.  
Con asesoramiento e ilustraciones de Anabella Ossani.*

**Cuentos para una agradable Convivencia**

## **6-Citas que nos ayudan a reflexionar**

**“La Paz comienza con una sonrisa”**

**Madre Teresa de Calcuta**

## **7-Congresos-Jornadas-Seminarios y Talleres**



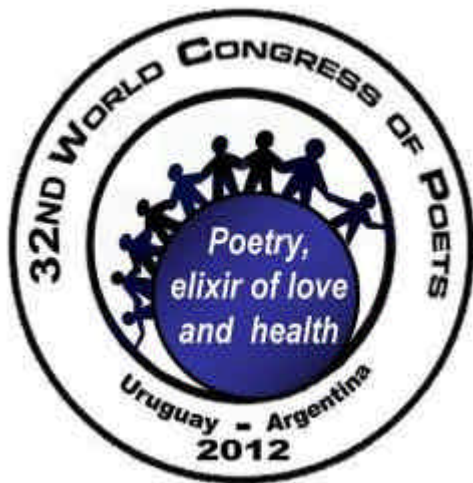
## 32 Congreso Mundial de Poetas WCP/WAAC

ARGENTINA Y URUGUAY 2012

El XXXII Congreso Mundial de Poetas (WCP) bajo el auspicio de la Academia Mundial de Arte y Cultura (WAAC) (UNESCO), tendrá lugar por primera vez en Sudamérica, en **Uruguay**, con un programa de pos-congreso en **Buenos Aires**. El evento también proporcionará un tributo en memoria del escritor Mario Benedetti. El congreso estará bajo el lema:

**“Poesía, elixir de amor y salud”**

Será un acontecimiento global importante en el cual esperamos la participación de 200 a 500 poetas de los cinco continentes y el masivo cubrimiento de la prensa escrita y televisiva.



Presidente del Congreso:

**Ernesto Kahan**

Vicepresidente:

**Milagros Hernández Chiliberti**

Directora Sección Argentina:

**Vilma Lilia Osella**

El Congreso Mundial de Poetas fue creado en 1973, bajo los auspicios de la Academia Mundial de Artes y Cultura, fue reconocido por la UNESCO, y registrado como organización sin fines de lucro en el estado de California, E.E.U.U. en 1985.

Uno de los propósitos de la Academia es organizar encuentros de poetas en todos los países con el objeto de promover paz y fraternidad en el mundo, consolidar el intercambio cultural para la comprensión mutua entre las gentes de diversas culturas, así como elevar la excelencia universal a través de poesía y literatura.

Hasta el presente, se han desarrollado 31 Congresos Mundiales de Poetas con enorme éxito en muchos países. El primero en 1969 fue llevado a cabo por Amado Yuzón, Lata-Wen Cheng, Krishna Srinivas y Lou Lu Tour, y tuvo como objetivo unir naciones en búsqueda de paz a través de la poesía. A continuación la lista de los congresos:

- 1o 1969 Manila, Philippines..... Amado Yuzon
- 2o 1973 Taipei, Taiwan..... Tin-wen Chung
- 3o 1976 Baltimore, U.S.A..... Jenó Platthy
- 4o 1979 Seoul, Korea..... Byung-hwa-Cho
- 5o 1981 San Francisco, U.S.A..... Rosemary C. Wilkinson
- 6o 1982 Madrid, Spain..... Justo Jorge Padrón
- 7o 1984 Marrakech, Morocco..... Leopold Sedar Senghor
- 8o 1985 Corfu, Greece..... Leopold Sedar Senghor
- 9o 1986 Madras, India..... Justice S. Mohan
- 10o 1988 Bangkok, Thailand..... Prince Chand Chirayu Rajani
- 11o 1990 Cairo, Egypt..... Mahmoud Khalifa Ghanem
- 12o 1991 Estambul, Turquía..... Osman Turkey
- 13o 1992 Haifa, Israel..... Ada Aharoni
- 14o 1993 Monterey, México..... Sonja Garza Rapport
- 15o 1994 Taipei, Taiwan..... Chi-lung Wang
- 16o 1996 Maebashi, Japan..... Yutaka Akiya
- 17o 1997 Seúl, Corea..... Han-yi Baek
- 18o 1998 Bratislava, Slovakia..... Milan Richter
- 19th 1999 Acapulco, Mexico..... Manuel S. Leyva Martinez
- 20th 2000 Thessaloniki, Greece..... Nikolaos Moshovos
- 21o 2001 Sydney, Australia..... Robyn Ianssen

- 22o 2002 Iasi, Romania..... Dorin POPA
- 23o 2003 Taipei, Taiwan..... Chi Lung Wang
- 24o 2004 Seúl, Corea..... Baek Han Yi
- 25o 2005 Los Ángeles, USA..... Lucy Cabeles
- 26o 2006 Ulaanbaatar, Mongolia..... Mend Ooyo
- 27o 2007 Chennai, India..... Justice Mohan
- 28o 2008 Acapulco, Mexico..... Maria Eugenia Soberanis
- 29o 2009 Budapest, Hungary.....Istvan Turczi
- 30o 2010 Taipei, Taiwan..... Yu Hsi
- 31o 2011 Kenosha, USA..... Mary Ann Lackvichi

#### **Comité Ejecutivo de la Academia**

Yu Hsi (patrón),

Maurus Young (presidente),

Ernesto Kahan (1er vicepresidente y secretario general),

Mend-Ooyo (2nd vice- presidente),

Istvan Turczi (3rd vice- presidente),

Dorothy Young (Relaciones Públicas)

Milan Richter Afaa M. Weaver, Bei TA,

Eugenia Soberanis (miembros)

Michel Wang (Tesorero)

<http://unionhispanoamericana.ning.com/forum/topics/xxxii-congreso-mundial-de-poetas-wcp-waac-uruguay-y-argentina>

## **8- Actividades**

### **Orientación Vocacional Laboral**

**Coordinan Lic. Lili Calvo y Lic. Guillermo Ossani**

### **Asistencia Psicoterapéutica de Niños y Jóvenes**

**Coordina: Lic. Anabella Ossani**

### **Asistencia Psicoterapéutica, Terapia corporal y Orientación a familias**

Coordinan: Lic. Anabella Ossani , Lic. Virginia Grassi  
Y Lic. Lili Calvo

### Orientación a padres en la crianza de sus hijos

Lic. Lili Calvo

Clases individuales de Genosociograma, recurso valioso en el abordaje con familias. Coordina Lic. Lili Calvo

### Talleres de Autoestima en Grupo ConVivir

Coordinadora responsable: Lic. Virginia Grassi

Un sábado al mes

Con inscripción previa a: [info@convivirgrupo.com.ar](mailto:info@convivirgrupo.com.ar)

Informes y Citas: 4583-2221 y 4981-1213

### Consultorio Jurídico

Dra Cristina Recchia

### Consultorio Psicopedagógico

Lic. Marta Tolosa

### Socioterapia a Familias en Zona Norte Lic. Mónica Chadi

## 9- Una película para ver

### “El Secreto de la calabaza mágica”

Por Víctor Uribe

Una satélite es golpeado por una lluvia de asteroides y una nave espacial china es enviada al rescate. La nave es tripulada por un niño de 11 años llamado Wang Bao (en inglés le dicen *Raymond*). Gracias al éxito de la misión es aclamado por las multitudes, hasta que es despertado por su abuela y hermana para que vaya a la escuela, no sin antes despedirse de su mamá que se va de viaje.

Wang no sólo es un chico flojo para despertarse temprano, también lo es para la escuela. Confía demasiado en que la muestra no le preguntará, aunque por desgracia le toca resolver el problema en el pizarrón. Sólo tiene una estrella en la tabla de calificación, mientras sus demás compañeros tienen varias. Y cuando le toca trabajar en equipo perjudica a sus compañeros con su actitud. Eso sí, para dibujar naves espaciales le pone mucho entusiasmo y dedicación.

La abuela le cuenta su hermanita sobre la calabaza mágica, que puede llevar a los niños al cielo y ayuda a las personas a obtener éxito. Siguiendo unos pájaros y una rana, Wang llega a un hermoso río a pescar, pero en lugar de atrapar peces captura Bao Hulu, una calabaza que habla y puede ayudarle a hacer las cosas sin esfuerzo, pero antes debe prometer no hablar de su existencia. Bao

**Hulu es capaz de conceder cualquier deseo, aunque a veces mete en problemas a Wang en lugar de ayudarlo.**

**Es una divertida película de Disney para los niños chinos (aunque todos pueden disfrutarla), coproducida con China Film Group y basada en el libro de Zhang Tianyi, escrito en 1958.**

**El secreto de la calabaza mágica nos recuerda el valor de lograr las cosas con nuestro propio esfuerzo y la perseverancia (algunas cosas llevan más tiempo), para disfrutar más las metas que conseguimos. También nos habla sobre la importancia de los amigos, quienes nos apoyan en los momentos difíciles.**

<http://www.kidzworldspanol.com/articulo/3102-resena-secreto-de-la-calabaza-magica>

## **10- Una poesía para inspirarse**

### **MI CARTA A LA PAZ UNIVERSAL**

**Tu amor,  
es mi árbol de manzanas  
el camino por los trigales de la tolerancia,  
el canto de los inviernos en espera de más calor,  
y mi carta – la de esta mañana –  
que te dejé en el buzón,  
y dice: te amo...  
Paz,  
doncella dulce inmaculada,  
tus rosas sueñan con la luz del sol  
¡Oh vida! ¡Oh amada!  
La lluvia en ti, la lluvia en el jardín  
y yo que te estoy besando  
¿Lo sentís?**

**Ernesto kahan\***

\* Ernesto Kahan, nacido en Argentina en 194; Doctor en medicina, Profesor universitario y escritor. En Argentina fue Director General del Ministerio de Salud de la Nación y Profesor de Salud Pública y Epidemiología en las Universidades de Buenos Aires y de la Patagonia.

En 1976 emigra a Israel donde se hace acreedor del cargo de Vice Director de uno de los más importantes complejos médicos del país. Director del Departamento de Epidemiología y Estadística del Instituto de Salud Ocupacional en la Facultad de Medicina de la Universidad de Tel Aviv. (1985-1997), conjugando esta tarea con la orientación y asesoramiento de las investigaciones para la cátedra de Medicina de familia en dicha universidad desde 1992.

En el año 96 es designado Director Académico de los cursos para médicos y Director del Centro de Estudios Estratégicos en Sistemas de Salud del Instituto Internacional de la Histadrut. Ya en el 98 se convierte en jefe del equipo evaluador de proyectos del Banco Mundial para atención médica primaria en el Ecuador.  
Director de cursos sobre reforma de los sistemas de salud, investigación médica, medicina comunitaria y salud en el trabajo en universidades de Israel, América Latina y Europa, es también, director del programa Master en Medicina de Familia de la Universidad de Tel Aviv.



El doctor Kahan, reconocido mundialmente por su visión analítica de los sistemas de atención primaria de salud en Israel y otros países, y por su concepción de la responsabilidad médica, fue Investigador Invitado en la Universidad de Washington (USA) y Profesor Honorario e Invitado entre otros por las Universidades UNAM (México), UCE (Dominicana), Católica (Perú), Salamanca (España) y Católica (Ecuador) y designado Huésped Ilustre en varias ciudades históricas y capitales de América por su contribución a la paz y la salud.

Fundador de Asociaciones de Médicos por la Paz en Israel, Uruguay, Bolivia, Chile y Colombia. Vice-Presidente de la Federación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear (IPPNW, Premio Nóbel de la Paz 1985) siendo a su vez, delegado a la ceremonia de recepción de dicho premio.

Vice Presidente del Forum Internacional de Literatura y Cultura para la Paz (IFLAC), en 1991 fue galardonado con el Premio Albert Schweitzer de la Paz y en 1996 nominado Embajador Mundial para la Paz por la juventud del Uruguay y el Consejo Nacional de Educación. En 1999 recibió la "ORDEN AL MERITO EN SALUD PUBLICA HÉCTOR ABAD GÓMEZ", como reconocimiento a su labor en beneficio de la humanidad. En el 2002 fue honrado con la "MEDALLA RECTORAL" de la Universidad de Chile "Por sus distinguidos méritos y relevantes condiciones humanas". En 2002 recibió el título honorario de "DOCTOR EN LITERATURA" por la World Academy of Arts and Culture (accepted by UNESCO) y fue elegido Vice Presidente de esa Academia y del Congreso Mundial de Poetas. En 2004 fue galardonado por la Organización Global para la Excelencia en Salud (GOHE sigla en inglés) con el premio a la "Excelencia en la Salud 2004", en reconocimiento a su labor profesional y su contribución a la paz mundial.

2005 - Distinguido con la Medalla de Oro del Congreso Mundial de Poetas a su excelencia poética de "imaginación existencial y consideraciones espirituales plenas de inclinaciones surrealistas y exploraciones cósmicas que caracterizan a Kahan, un poeta sin paralelo" y por su contribución a la hermandad de los poetas y la paz por la poesía".

2005 – Embajador de la Asociación POETAS DEL MUNDO, en Israel

2006 - Embajador de la Paz-Universal Peace Ambassador GENEVE CAPITALE MONDIALE de la PAIX.

2006 - Premio "Llave de Oro Hanchon Culture – literatura" A la Literatura por el Modernismo Natural. Corea

2006 – Doctor Honoris Causa. Academia de Ciencias e Universidad de Ulaanbaatar. Mongolia

2006 - "Premio al Mejor Poeta 2006" por la Asociación Internacional de Escritores EEUU (International Writers Association)

2007 - Distinción "Ernesto Kahan, mejor cultura y poesía en Internet - Asociación Internacional de Escritores y Artistas EEUU (International Writers Association)

2008 - Distinción "Ernesto Kahan, mejor poema en el año 2008 "Yom ha' shoah - Día del Holocausto" - Asociación Internacional de Escritores y Artistas EEUU (International Writers Association)

2008 - Embajador Literario de la Asociación de Escritores y Artistas del Orbe, "ASEADLO" en Israel.

2008 - Reconocido como "Creador Mundial de Paz en Armonía" Asociación Global por la Armonía (GHA) Rusia.

2008 - El Directorio de la Casa del Poeta Peruano aprobó Condecorarlo con Medalla de Oro, como Miembro de Honor de la Casa, máxima distinción de la institución.

2008 - Doctor Honoris Causa y Profesor Honorario. Universidad Alas Peruanas. Perú

2008 - Presidente Honorario. Colegio Nacional de Músicos del Perú

2008 - Profesor Honorario. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú

2009 – 2do Premio al poemario "partos de gentes y lenguas"- premio Internacional de poesía "Aguas Verdes" Perú.

2009 – Mención de honor al Poemario "En camino" - PREMIO MUNDIAL DE LITERATURA "ANDRÉS BELLO"

2009 - Diploma en reconocimiento a la contribución para la investigación y docencia. Cátedra Medicina de Familia. Univ. Tel Aviv.

2010 - Diploma en reconocimiento a la contribución para la investigación y docencia. Facultad de Medicina. Univ. Tel Aviv

2010 – Reconocimiento y "Botón de Oro" Universidad de Margarita. Venezuela

2010 – Premio Internacional de Poesía "Alfonsina Storni" Argentina.

Honrado con el mayor título de la Asociación Global por la Armonía (GHA): "Creador Mundial de Armonía" al Prof. Emérito Ernesto Kahan. San Petersburgo, junio 21, 2010

2010- reconocimiento "Premio oro del movimiento mundial por la paz, la paz eres tú"

2010- Premio Estrella del Cóndor, al poema Al Cóndor de los Andes. Concurso Carlos Garrido Chalén, 16 Octubre 2010. Unión Hispanoamericana de Escritores

2011 - Orden de la Manzana ARG 2011

2011 - Corresponsal Internacional Soc Arg Artes Ciencias Arg 2011

---

## **11- Las entrevistas de ConViviendo:**

### **A la Prof. Dra. Carmina Puig i Cruells por Lic. Liliana Calvo**

Prof. Dra. Carmina Puig i Cruells, es Trabajadora social y Psicóloga, con Maestría en Antropología de la Salud y Doctorado en Antropología Social. Profesora Titular de los Estudios de Trabajo Social, Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. Cataluña, España



**GC: Carmina te invito a que nos comentes ¿dónde desarrollas tu tarea profesional y desde cuando lo haces?**

Desde hace más de 20 años desarrollo mi tarea docente en diferentes Universidades Catalanas. Actualmente soy la responsable de los Estudios de Trabajo Social de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona – Cataluña (España).

También desarrollo parte de mi actividad investigadora y de transferencia del conocimiento, como supervisora externa con equipos de servicios sociales, de salud,

con el fin de colaborar en la mejora de la calidad del servicio y del bienestar de los profesionales.

**GC: Tus anteriores experiencias profesionales fueron similares o has hecho un cambio en el sitio o en el abordaje profesional? Coméntanos algo de ello.**

Anteriormente de ser docente ejercí de Trabajadora Social en los Servicios Sociales de base y dirigí durante años los Servicios Sociales de una municipalidad grande. Paralelamente me preparé para poder ejercer de supervisora y compaginaba algunas clases en la Universidad, hasta que me decidí por completo a la docencia y la supervisión.

**GC: Si es así ¿a que se debe el mismo?**

Cambié de orientación profesional precisamente porque la docencia me permitía profundizar y investigar en los procesos que acontecen en la profesionalización del Trabajo Social. Me permitió estructurar tres ejes que para mi eran imprescindibles, DIT: Docencia- Investigación y Transferencia del conocimiento. Encontré este equilibrio tanto en la materia como en el ejercicio de la supervisión profesional. Por una parte el ejercicio de la docencia universitaria me ha brindado la oportunidad de diseñar e implementar una asignatura llamada **Clínica social y supervisión** basada en esta metodología. A su vez la investigación doctoral la dedique a esta materia. La Tesis de doctorado puede consultarse on line en [www.tdx.cat](http://www.tdx.cat). También es posible la transferencia de conocimiento a través de las supervisiones que realizo en muchos equipos de Servicios Sociales principales protagonistas y contribuyentes a la continuidad de mi investigación sobre el tema.

**GC: ¿En tu país existe el trabajo social realizado en forma independiente?**

**¿Están los profesionales matriculados, como aquí en Argentina?**

Si es posible el ejercicio libre de la profesión y hay profesionales que trabajan en este marco privado o concertado con la administración pública. Aunque no existe la obligatoriedad de Colegiarse la mayoría de profesionales así lo hacen. El Colegio es una forma de organización profesional bien apreciada por el conjunto de los Trabajadores Sociales.

**GC: Sabemos que has venido a Argentina ha desarrollar un Seminario sobre Supervisión. ¿Que puedes decirnos sobre la Supervisión en trabajo social?, ¿Cuál es para ti el objetivo de la misma?**

La supervisión en Trabajo social, y sus potencialidades, ofrece a los profesionales de los equipos de Servicios Sociales, Sanitarios, de Salud Mental una oportunidad para mejorar las destrezas profesionales a través de la reflexión, el pensamiento y el autocuidado. Las circunstancias actuales de incertidumbre necesitan ser lideradas por los profesionales con el fin de adaptarse a los cambios, generando culturas organizativas basadas en la confianza, el compromiso y la capacidad de aprendizaje. En el presente está el cambio continuo. Por eso tenemos que ser más claros en qué se quiere conservar, a la vez que estar preparados para los cambios. Para ello la supervisión ayuda a desarrollar habilidades y competencias con el fin de mejorar resultados y lograr una mayor eficiencia profesional.

Se entiende el espacio de supervisión como el marco idóneo para el análisis y el “re-aprendizaje”, entendido como el descubrimiento de elementos significativos nuevos, basado en la reflexión sobre la práctica profesional diaria, sea en el contexto que sea (atención directa, coordinación...); sobre las

relaciones que necesariamente se establecen con los usuarios del servicio, los compañeros y compañeras, con los jefes administrativos y políticos, sobre la institución en la que trabajamos y la estructura organizacional de la misma.

Esta reflexión puede ayudar a evitar que el trabajo sea un conjunto de acciones mecánicas, aisladas. Ayudándonos a reelaborar el trabajo como “conocimiento”

También trata de evitar que el conflicto se quede solo en eso, en un conflicto entre personas, aislado de nuestra compleja realidad profesional y combatir el desánimo profesional y el aislamiento, profesional

El espacio de supervisión debe concebirse como una clara apuesta por la calidad del servicio, la satisfacción de las personas atendidas y el bienestar de las profesionales que trabajan en los Servicios Sociales.

Los objetivos que aborda se concretan en tres ámbitos diferentes en el ámbito de la intervención social, el ámbito profesional, y el ámbito de la organización

### **Ámbito de la intervención social**

- Identificar los obstáculos que interfieren en la intervención social con las personas
- Facilitar la reflexión sobre las intervenciones/actuaciones que permitan obtener otros puntos de vista que contribuyan a los objetivos profesionales.
- Reconocer el saber obtenido de la experiencia
- Integrar práctica y teoría de la intervención social

### **Ámbito profesional**

- Contribuir a identificar en los profesionales sus capacidades y recursos y reconocer sus funciones, tareas y las vivencias emocionales que las acompañan.
- Facilitar la expresión de dificultades
- Contribuir a la gestión satisfactoria de los conflictos.
- Contribuir a la construcción/reconstrucción de cada equipo. Profesionales dedicados a la atención directa y profesionales de coordinación.
- Contribuir a la motivación y reforzar la confianza del equipo
- Contribuir a la prevención del cansancio profesional y promover el autocuidado

### **Ámbito de la organización**

- Contribuir a la revisión del proyecto global de Servicios Sociales
- Planificación, sistematización de la práctica.
- Contribuir a la revisión de la estructura organizativa en la que se desarrollan los proyectos
- Facilitar la identificación de objetivos comunes
- Abordar las problemáticas del entorno organizativo e institucional en que se realiza la intervención individual o grupal
- Contribuir a la organización de los equipos y a la coordinación entre ellos
- Contribuir a la identificación/creación de apoyos y referentes entre profesionales

Los beneficios de la práctica de la supervisión son muy importantes para las instituciones y por supuesto para los propios Trabajadores Sociales.

La supervisión facilita y promueve que se aprenda a tomar distancia de la propia práctica, superando elementos de cansancio y estrés que pueden afectar incluso a la vida familiar y a la vida privada, contienen mejor las presiones que existen en los contextos, aprendiendo a relajarse y a tomar más distancia de situaciones estresantes, manejándose mejor en las relaciones con los colegas, con sus jefes y con las personas atendidas. Colabora en percibir a tiempo mecanismos que dificultan la cooperación y el trabajo en conjunto. En general se aprende a manejarse mejor con los recursos personales que se disponen y de los institucionales, en definitiva aprenden a manejarse mejor en las relaciones y en los conflictos y en las oportunidades que ofrece el puesto de trabajo.

**GC: ¿En tu país hay experiencia de ello, los profesionales concurren a dichos espacios?**

Si hay diversas experiencias de las diferentes modalidades de supervisión, individual, en grupo y en equipo. Es una práctica que se va extendiendo por todo el territorio y cada vez se percibe más interés en el tema. Se va extendiendo como me gusta nombrarlo a mi a modo de “mancha de aceite” .

**GC:¿Cómo la realizas tú, con que enfoque llevas a cabo las Supervisiones?**

Defino la supervisión de la siguiente manera. La supervisión es un proceso y una relación que tiene como objetivo revisar el “que hacer” profesional y los sentimientos que acompañan la actividad, así como contrastar los marcos teóricos y conceptuales

con la praxis cotidiana. El núcleo de la supervisión es el supervisado y el foco de la supervisión son: la intervención, los sentimientos que acompañan la actividad, los valores, el modelo de interpretación que se manifiesta en su actitud y orientación con las personas atendidas, colegas y con uno mismo.

**GC:¿Qué consideras que aún falta realizar para nuestra capacitación y crecimiento como profesionales?**

Las situaciones con las que se encuentran los trabajadores sociales en el día a día revelan el necesario esfuerzo que se deberá de continuar haciendo en la actualización del conocimiento de los profesionales.

La práctica de los interventores sociales debe incorporar más allá de conocimientos teóricos, una formación que les permita un trabajo profundo sobre los procesos de descentración y aproximación al marco del otro, disipando etnocentrismos, prejuicios y estereotipos, preconcepciones y imposición de valores y modelos de vida que pueden obstaculizar la relación con la población atendida.

También somos concedores del riesgo psicosocial en las profesiones sociales y las posibilidades de instalarse en un malestar, por este motivo formulo la necesidad de dotarse de mecanismos para tener cuidado de uno mismo para poder así atender, ayudar, mediar con el otro. Entendiéndolo no como una defensa del usuario sino como un requisito imprescindible para trabajar en situaciones difíciles.

Considero que la supervisión podría complementar la formación profunda y rigurosa sobre la aproximación al marco del otro. Esta puede dar soporte a identificar y tomar conciencia personal y profesional y puede capacitar para controlar los factores de riesgo y de fracaso a los cuales esta sometida toda intervención de ayuda.



Entiendo la supervisión, como ya he dicho, como un espacio donde preguntarse, para dudar, para canalizar la no solución, para la elaboración de los conflictos. El grupo de profesionales y el supervisor ofrecen su capacidad de escucha permitiendo que fluya la subjetividad de sus miembros.

Se centra en los aprendizajes desde la experiencia acumulada durante la tarea profesional, con la finalidad de mejorarla ya que se ocupa de pensar sobre el hacer, sobre la tarea, para devolverlo a las personas atendidas. Ya que lo peor, es redundar en lo evitable, es la repetición no pensada sobre la tarea. Este es su gran potencial formativo.

**GC: Muchísima gracias Carmina por entregarnos aportes tan valiosos al darnos a conocer tus posturas profesionales y tu amplia experiencia en la temática de la Supervisión.**



- Prof. Dra. Carmina Puig i Cruells, Trabajadora social y Psicóloga, con Maestría en Antropología de la Salud y Doctorado en Antropología Social. Profesora Titular de los Estudios de Trabajo Social, Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. Cataluña, España. Su línea de investigación y acumulación teórica se centra en la supervisión profesional en Trabajo social desde la perspectiva relacional y de cuidado del cuidador. Autora de varias publicaciones “Del supervisar y de la supervisión en la intervención social”; “Lo que el ojo no ve. La mirada en supervisión o el arte de comprender lo disfrazado. Etnografía y procesos de supervisión de los profesionales”; La intervención social: más allá del recurso más cerca del vínculo. Es asesora y supervisora en los campos de planificación, programación en atención primaria, infancia, proyectos de género y trabaja en supervisión individual, de grupo y de equipos. Es miembro de pleno derecho de la European Association for Supervision (Supervision and Coaching in Europe) y de la Association of National Organisations for Supervision in Europe.

