

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 1.984, 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 psicoterapia¹ 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.² 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 salud³ que es, va a proporcionar apoyo a individuos y familias, y este apoyo es el que puede incluir a la psicoterapia.

Mi formación de más 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.

¹ 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.

² Cit por Ituarte Tellaeche, A.: Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico. Siglo XXI. Madrid. 1.992. Pág. 5.

³ 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 ayudarle 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 ayudarle 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 Eroles⁴. Muchas veces establecer fronteras entre la atención sanitaria y la atención social es no tener en cuenta las necesidades de la gente que requiere que ambos sistemas de atención trabajen estrechamente juntos⁵.

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”⁶. 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”⁷.

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

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

⁵ Marzillier, J.S. y Hall, J.: Id. Pág. 338.

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

⁷ 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 después⁸.

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 llames 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.