

Fundamentos de un trabajo social clínico feminista: una perspectiva de género, raza e interseccionalidad

Johanna Camila Ramírez Mellado¹

RESUMEN

El texto que aquí se expone corresponde a un análisis documental del Trabajo Social Clínico (TSC) con un enfoque feminista. En nuestro país, en los últimos años, ha ido cobrando fuerza un movimiento que se ha logrado posicionar tras la publicación de las Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud; esto, a su vez, ha llevado a los colegas, practicantes e interesados, en la búsqueda de un proceso reflexivo que proporcione un conocimiento situado localmente. En este documento se espera contribuir a este propósito; para ello, se analiza, reflexiona, materializa y genera una serie de conceptos, hipótesis y análisis reflexivos sobre algunas prácticas que debieran ser incorporadas y aplicadas a la práctica del TSC feminista.

Palabras clave: Trabajo Social Clínico, crítica feminista, terapia familiar, interseccionalidad

Fundamentals of Feminist Clinical Social Work: a perspective built on gender, race, and intersectionality.

SUMMARY

This text constitutes a documentary analysis of clinical social work with a feminist approach. Recent years have seen the rise of a movement in Chile that has achieved its current position through the publication of the Technical Guidelines and Standards for Social Work in Health, which in turn has led professionals, graduates, and interested parties to seek out a reflective process that provides locally situation knowledge. This document sets out to contribute to this goal; to that end, it presents analysis, discussion, and materialization to bring forth a series of concepts, hypotheses, and reflective analyses regarding certain practices that ought to be incorporated and applied to the task of feminist clinical social work.

Keywords: Clinical social work, feminist critique, family therapy, intersectionality.

¹ Chilena. Trabajadora Social, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. E-mail: ramirezpelladojohanna@gmail.com

Fundamentos de um serviço social clínico feminista: uma perspectiva de gênero, raça e interseccionalidade

RESUMO

O texto aqui exposto corresponde a uma análise documental do Serviço Social Clínico (SSC) com um foco feminista. Em nosso país, durante os últimos anos, tem ganhado força um movimento que conseguiu se posicionar após a publicação das Normas e Orientações Técnicas do Serviço Social na Saúde; isto, por sua vez, levou colegas, praticantes e interessados a buscar um processo reflexivo que proporcione um conhecimento situado localmente. Neste documento se espera contribuir com este propósito. Para tanto, são analisados, refletidos, materializados e gerados uma série de conceitos, hipóteses e análises reflexivas sobre algumas práticas que deveriam ser incorporadas e aplicadas à prática do SSC feminista.

Palavras-chave: Serviço Social Clínico, crítica feminista, terapia familiar, interseccionalidade

Fecha de Recepción: 28-05-2019

Fecha de Aceptación: 09-07-2019

Trabajo Social Clínico; contexto, aportes y enfoques contemporáneos

A pesar de que la práctica clínica ha formado parte de la historia de la profesión de Trabajo Social en Chile, esta forma de intervención en nuestro país ha sido (re)conocida luego de la publicación por el Ministerio de Salud de las Orientaciones y Normas Técnicas de Trabajo Social en Salud (Minsal, 2018), que entregan las directrices y lineamientos del Trabajo Social, validando la práctica terapéutica y clínica ejercida por la profesión desde sus inicios.

Si bien el Trabajo Social Clínico en Chile es un movimiento que se ha visto visibilizado con mayor fuerza luego de la publicación del Ministerio de Salud, es importante mencionar que, antes de que ello se formalizara con la aprobación del dispositivo estatal, existían en Chile colegas de Trabajo Social realizando prácticas clínicas y presentando aportes de manera directa e indirecta a la práctica especializada del Trabajo Social Clínico en Chile (Chescheir, 1984; Aylwin y Solar, 2002; Quiroz y Peña, 1998; Quiroz, 2003, 2004; Méndez, 2009; Reyes, 2011, 2012, 2013; Antipán y Reyes,

2014; Bustos, 2014, 2016; Huaiquiche y Bastías, 2016; Reyes, 2016, 2017; Reyes y Díaz, 2017).

Dicho lo anterior, es importante *en este momento* justificar la actividad clínica ejercida por colegas. Para ello quiero destacar algunas de las contribuciones desde el Trabajo Social a la terapia. De acuerdo a Baird (1982), corresponden a las siguientes:

- 1) *Persona en situación*: El Trabajo Social se ha orientado a comprender las interacciones dinámicas de las personas con su entorno socioeconómico.
- 2) *El malestar que surge en un contexto adverso*: El Trabajo Social ha contribuido al conocimiento utilizado en psicoterapia, el cual incluso ha transgredido las barreras disciplinares, siendo utilizadas por otras disciplinas. Específicamente, lo que tiene relación con las respuestas psicológicas en las tensiones ambientales nocivas, la pobreza crónica, las enfermedades físicas, las enfermedades mentales, las condiciones de desventaja y la dislocación geográfica y cultural, así como al conocimiento sobre la intervención psicoterapéutica con personas desfavorecidas.
- 3) *Modificación del ambiente*: Una característica fundamental de la práctica de la psicoterapia dentro del Trabajo Social corresponde al énfasis en la modificación del entorno socioeconómico de la persona y, a medida que sea necesario, proporcionarle orientación para lidiar con los problemas socioeconómicos de manera constructiva.
- 4) *Autodeterminación*: La práctica clínica en el Trabajo Social respeta a la persona en cuanto a la determinación de sus propios objetivos y también su sistema de valores y patrones culturales.
- 5) *Relación enriquecedora*: Reconoce que el crecimiento se fomenta cuando las necesidades de dependencia no satisfechas se satisfacen.

- 6) *Recursos personales*: Busca fortalecer los aspectos personales de cada individuo y mejorar su imagen de sí mismo para que, de esta manera, logre superar las dificultades en su vida.
- 7) *La realidad y la transferencia*: No solo utiliza la transferencia que ocurre entre la relación con la persona como una respuesta para la clínica feminista, sino también el aumento de la comprensión de las relaciones, e involucra aspectos personales de la persona en pos de desarrollar soluciones activas a los problemas con el objetivo de lograr crecimiento.
- 8) *Familia y grupo*: Los trabajadores sociales que ejercen como psicoterapeutas han sido los fundadores de la terapia familiar y marital, como también de las terapias de grupo, las cuales tienen contribuciones significativas sobre el conocimiento de las dinámicas familiares y de las interacciones entre los padres.
- 9) *El tiempo y la focalización*: Los trabajadores sociales que ejercen como psicoterapeutas contribuyeron a una nueva comprensión del significado del tiempo en la psicoterapia, delimitando las sesiones de tratamiento, lo cual trae consigo una mayor efectividad.
- 10) *La supervisión*: La supervisión del Trabajo Social Clínico es un modelo que tiene sus raíces en el Trabajo Social y que se ha trasladado para la formación psicoterapéutica en todas las profesiones de ayuda.

De acuerdo con lo anterior, los trabajadores sociales clínicos tienen adquiridos valores que están a la base de la disciplina fundadora, que es el Trabajo Social. Estas características definen a un profesional capaz de intervenir en las subjetividades de las personas, al mismo tiempo que tener en consideración los patrones de poder que rodean el contexto dentro del cual interactúan, o, como escribe Lieberman (1982), “lo que los trabajadores sociales hacen ha sido llamado psicoterapia integral o “*psychotherapy plus*”. Esto debido a que, además de abordar la vida interna de la persona, la atención es siempre direccionada hacia la interacción y transacción dentro de la órbita social” (p. 19).

En relación a la eclosión de actividades realizadas en beneficio de la difusión y conocimiento de esta práctica especializada del Trabajo Social, torna relevancia el estudio y la práctica de corrientes contemporáneas que sustenten y promuevan prácticas basadas en el pensamiento feminista, y particularmente en ideas basadas en un enfoque de género, de raza y de interseccionalidad, las cuales puedan orientar la práctica clínica, ya sea que se desempeñen en el ámbito público o privado.

Como respuesta a la demanda por parte de profesionales y del gremio, ha nacido una especie de contraacademia, la cual ha estado más bien ligada al Comité de Trabajo Social Clínico y Salud Mental perteneciente al Colegio de Trabajadoras y Trabajadores Sociales de Chile, y al perfeccionamiento/conocimiento/formación de profesionales de Trabajo Social en salud mental y de ciencias afines que trabajan en instituciones públicas. Estos colegas proponen enfoques situados a nuestra realidad basados en prácticas posmodernas y postestructuralistas (CITSC, 2017; UFRO, 2018a; UFRO, 2018b; UNAP, 2018; UBB, 2018; UV, 2018; UST, 2018; CELATS, 2018; UVM, 2019), las cuales se centran en la realidad local y en propuestas que hacen justicia a lo manifestado en este escrito. Al mismo tiempo, han ido surgiendo propuestas académicas con otros enfoques basados en la evidencia (PUC, 2019), lo cual corresponde a un paso para la disciplina, dado que paulatinamente aumentan las opciones de entrenamiento profesional y, de este modo, los trabajadores sociales pueden formarse de acuerdo con sus propios requerimientos, valores o sentidos.

A propósito de estas reflexiones iniciales, he venido pensando acerca de algunos temas que podrían ser claves para el desarrollo de la disciplina. El primero de ellos corresponde a un cuestionamiento a la creencia tradicional sobre la existencia de relaciones de poder y de que las personas están sujetas a ello, como víctimas. En este sentido cito a Ramón (2009):

No tenemos estructuras de poder sobre nosotros, tenemos discursos de normalización sobre nosotros. Discursos que nor-

malizan lo que debe ser una vida, lo que debe ser una mujer, lo que debe ser una pareja, lo que debe ser un delincuente, lo que debe ser la sexualidad, lo que debe ser un trabajador, lo que debe ser un padre, lo que debe ser político; lo que debe ser... el poder (p. 9).

El Trabajo Social, a través de sus prácticas y de su histórico vínculo con las personas socioeconómicamente vulnerables, se ha encargado de evidenciar la resistencia a las relaciones de poder, el cual corresponde al lugar donde se sitúan las luchas (Illanes, 2017). Al mismo tiempo, el Trabajo Social ha develado que el poder pertenece a los cuerpos, se introduce en ellos y se modela en relación a lo que ellos hacen. Sumado también a la politización de la disciplina, dado que en su propio discurso se demuestra el acontecimiento de la política; la normalización de los cuerpos y como este cuerpo resiste a dichas políticas.

Actualmente en Latinoamérica se han subyugado o psicologizado saberes que han nacido desde la profesión; esto ha ocurrido tanto en la academia con los profesionales del Trabajo Social, como también en otras disciplinas *psi*. Por lo anterior, al realizar este análisis documental, proponer una relectura de los mismos y relevar que gran parte de los aportes a la terapia familiar ha sido proporcionado por trabajadores sociales, ineludiblemente me hace pensar en lo interesante que sería preguntarse ¿cuáles son los aportes prácticos a la terapia familiar que provienen desde la psicología? Y, al mismo tiempo, ¿por qué se ha producido en Chile y en América Latina —me arriesgo a presentar una visión sesgada dado que no conozco la realidad de la profesión en todas las localidades— una relegación de los conocimientos acumulados que forman y han formado parte de la identidad de la profesión?

Como respuesta podría reflexionar que el periodo de la reconceptualización trajo consigo la pérdida y motivó un desinterés por aquellos conocimientos o prácticas que no provinieran de Latinoamérica, por lo cual todas las prácticas vinculadas a estos saberes —las cuales, en aquel contexto, eran tratadas desde un ámbito

conservador y no promovían la transformación social— no fueron encarnadas en trabajadores sociales latinoamericanos, bajo la premisa de que no correspondían al contexto sociocultural de países hispanoparlantes. Esto repercutió en una pérdida de material requerido para que la disciplina se extendiera y se posicionara en otras vertientes además de los temas relacionados con la macroestructura de la sociedad, lo cual, sin duda, es un aporte. No obstante, se podría vincular también a un proceso dogmático, o bien a la negación de aspectos prácticos relacionados con la práctica directa, invalidándola e invisibilizándola en colegas de Trabajo Social, como también en colegas de otras disciplinas.

A propósito de lo anterior, ha habido disputas gremiales en relación al contenido clínico de las *Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud*. En este sentido, el Colegio de Psicólogos de Chile puso un recurso en la Contraloría General de la República (Colegio de Psicólogos, 2019), en el que alega exclusividad psicoterapéutica. Más tarde el mismo Colegio, en una circular publicada en diferentes redes sociales, expuso el fallo de la Contraloría General, por resolución exenta 357 del 15 de abril del 2019, en el que se deja sin efecto la norma presentada (es decir, la norma vigente es la anterior al 2018), nombrándose en el punto 2 una coordinación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales en conjunto con la Subsecretaría de Salud Pública para una revisión y actualización. En un comunicado emitido el 17 de junio del año en curso por una Asociación Gremial de Psicólogos de Chile (APSICH), se expone una postura en relación al fallo de la Contraloría, manifestando que las cualidades para el tratamiento clínico son adquiridas en la “malla curricular de origen” (APSICH, 2019), es decir, adquiridas en pregrado, por lo tanto, el trabajador social no las poseería y no podría ejercer clínicamente. Sesgada y limitadamente desde el punto de vista anterior, el Trabajo Social Clínico —el cual requiere formación especializada; es decir, no basta con ejercerlo con el pregrado— corresponde a una “alerta” para profesionales “clínicos” que ejercen clínica sin una especialización consistente, la cual en la evidencia requiere más que una forma-

ción en pregrado. En este sentido, y también en la evidencia, debe responder a una línea congruente y consecuente en sí, ya que, de lo contrario, la intervención clínica podría ser iatrogénica; es decir, es necesario abordar un problema con una postura ontológica y epistemológica, que contribuya a elevar el bienestar físico, emocional y subjetivo de las personas que consultan.

A raíz de lo anterior, la necesidad de crear y desarrollar un Trabajo Social Clínico chileno se vuelve necesario al mismo tiempo que requiere demarcar una diferencia con el Trabajo Social Clínico de los Estados Unidos, al hacer de este un espacio político, de alcance para diferentes sectores, es decir, que sea de fácil acceso para las personas que requieran de este servicio, con enfoque cualitativo y singular de las personas, que no sea psiquiatrizante y que no tenga como premisa fundacional el modelo del hombre blanco neoliberal. Teniendo en cuenta lo anterior, es posible que se realice una nueva forma de terapia local, sensible a estas prácticas. En el cuerpo del documento se proporcionarán diferentes líneas de interés que refuerzan esta premisa que guía el desarrollo del texto.

Trabajo Social y Práctica Clínica; una relación histórica con el pensamiento feminista

Si bien el movimiento feminista tiene su origen en los derechos civiles y en los movimientos de liberación de las mujeres, los cuales tuvieron su apogeo en la década de los 60, podríamos afirmar que quizá los modelos más reconocidos del Trabajo Social fueron fundados en valores centrales de la profesión, tales como la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto por la diversidad, por lo cual el pensamiento y la filosofía feminista han formado parte de la disciplina desde sus bases (Reyes, 2017; FITS, 2018). En relación a esto, y siendo una obviedad, la profesión de Trabajo Social en un comienzo estuvo liderada por mujeres, las cuales podrían ser llamadas feministas debido a que conceptualizaron y realizaron acciones sobre algunas problemáticas que estaban íntimamente relacionadas con las vivencias de las mujeres, comprendiendo que muchos de estos problemas —como

por ejemplo la crianza uniparental de las mujeres, los hijos ilegítimos criados por mujeres, la crianza de las mujeres en condiciones socioeconómicas desfavorables y las funciones parentales normativas— tenían su raíz en las fuerzas sociales que interactúan con los problemas interpersonales y subjetivos (Dorfman, 1988, 1996; Quiroz, 1998). Lo anterior se ha definido como un principio, expresado como la persona en situación, el cual puede ser nutrido o profundizado con el eslogan del feminismo radical: “lo personal es político”. En relación a lo planteado, Varela (2018) afirma que este eslogan comprende e identifica distintos centros de dominación en las áreas de la vida que tradicionalmente se han considerado “privadas”, explicitando las relaciones de poder que estructuran las familias y la sexualidad, provocando una revolución en la teoría política del sujeto.

En este sentido, las precursoras del Trabajo Social tenían diversos intereses que justificaban sus distintas acciones profesionales. Es así como Land (1998) afirma que:

Una de las primeras visionarias del Trabajo Social, Jane Addams, proporcionó servicios de recursos sociales para los inmigrantes en un esfuerzo para apalear el proceso de aculturación que experimentaban. También Mary Richmond consideraba que los problemas requerían de un diagnóstico social y anunciaba la importancia de reconocer los problemas en la ecología de la familia y su impacto en las dinámicas dentro de la interacción de la familia. A Richmond le interesaban especialmente las mujeres que habían sido abandonadas por sus cónyuges y las mujeres con enfermedades mentales. Otras precursoras, tales como Bertha Reynolds, pusieron en práctica los preceptos socialistas, y Gordon Hamilton aclaró los importantes vínculos entre el casework, los servicios de bienestar social, los factores económicos que presionan a las familias en dificultades y la necesidad de acción social y defensa. (p. 229)

Es importante mencionar que ciertos modelos desarrollados por las precursoras del Trabajo Social respondieron a problemas atin-

gentes de su época, los cuales, desde un punto de vista social, son similares a los que presenta nuestra sociedad contemporánea. Algunas de estos problemas son: la feminización de la pobreza, el desacuerdo familiar y la violencia, los recursos sociales insuficiente para los grupos inmigrantes, la falta de educación de las personas vulnerables socioeconómicamente de las zonas urbanas, la falta de vivienda, los recursos mínimos de atención de salud para los grupos vulnerables y los niños en riesgo con problemas físicos y mentales (Land, 1998). Posicionar estas variables en la estructura política de un sistema y definir aquellos problemas y su inminente mejora en relación al cambio de estas dificultades estructurales llevó a las fundadoras del Trabajo Social a tomar una postura hacia la práctica que tensionó las posiciones de otras profesiones de ayuda; en este sentido, el Trabajo Social fue responsable de colocar los problemas sociales en la estructura de la sociedad y de la cultura, y especialmente aquellos enraizados en la inequidad que estaban internalizados en la subjetividad de las personas (Land, 1998). Al mismo tiempo, y en el ámbito nacional, las actividades realizadas por Jane Addams, en relación al trabajo con personas inmigrantes, pueden llegar a parecer un escenario actual que viven los profesionales del Trabajo Social y, por otra parte, esta nueva presencia social nos invita a llevar a cabo procesos o prácticas antiopresivas para trabajar con personas de diversas nacionalidades y orígenes raciales. Las perspectivas nombradas nos sensibilizan como trabajadores sociales ante el aumento creciente de personas de diferentes nacionalidades, especialmente con aquellos que encarnan la diferencia, como las personas negras socioeconómicamente vulnerables y quienes tienen un habla diferente del castellano, y que suelen ser discriminadas por los chilenos e invisibilizadas por el Estado.

De acuerdo con los registros históricos de la profesión ligados a la práctica clínica feminista, Jessie Taft podría ser considerada como una visionaria. Ella fue una trabajadora social clínica (Dorfman, 1996), lesbiana; tuvo una relación por más de 50 años con Virginia Robinson (Dorfman, 1996; Fredriksen-Goldsen, Lindhorts,

Kemp y Walters, 2009); además fue una de las fundadoras de la escuela funcionalista (Dorfman, 1988) y también proporcionó importantes aportes para el interaccionismo simbólico, aunando este último con la teoría feminista de aquel entonces, por lo que su práctica puede ser considerada un tipo de terapia feminista (García, 2009). Entre las propuestas de Taft para la terapia desde el Trabajo Social estaba la relación simétrica entre la persona y el terapeuta asumiendo los procesos de ayuda como procesos recíprocos y de carácter creativo. De acuerdo con García (2009), el objetivo de Taft en la terapia del Trabajo Social con casos fue ayudar a las personas a dirigir su voluntad para cambiar haciendo frente a visiones internas patologizadoras. Taft devolvía la “normalidad” a las personas entendiéndolas no como personas enfermas que deben ser clasificadas, sino como seres humanos —lo cual aplica del mismo modo al trabajador social—; por lo tanto, el protagonismo para modificar un problema proviene de la voluntad de la persona y no del experto profesional.

En cuanto al desarrollo de la terapia familiar en el Trabajo Social existen dos grandes aportes que provienen de trabajadoras sociales. Es así como Virginia Satir, en la década de 1940 comenzó —en un acto subversivo— a incluir a las familias en las sesiones de terapia —por aquel entonces dominaba la terapia individual psicoanalítica—, rompiendo con el enfoque psicoanalista ortodoxo y neofreudiano de la época (Gottesfeld y Pharis, 1977). Más tarde publicó su libro más famoso *Psicoterapia Familiar Conjunta*, en el cual establece el rol y las funciones que los psicoterapeutas desarrollan en las familias (Satir, 2011), los cuales posteriormente fueron criticados por las clínicas feministas, dado que no existía un análisis más profundo sobre las diferencias de género. Asimismo, en 1947 (La primera edición en español de psicoterapia y orientación infantil “psychotherapy in child guidance” fue traducida y publicada 20 años más tarde que la primera edición original) se publica en inglés la primera edición de *Psicoterapia y Orientación Infantil* de Gordon Hamilton, libro en el cual acepta su comprensión errónea al manifestar anteriormente que el Trabajo Social de

casos difiere de la psicoterapia, y equiparar esta forma de ayuda al psicoanálisis². De este modo, Hamilton (1967) incorpora la psicoterapia como una de las funciones del casework con orientación psicodinámica, la que era acorde al paradigma dominante de la época, desarrollando una prototerapia familiar y una práctica clínica dirigida a los niños y a sus padres, la cual está situada en el campo de la orientación familiar y de la infancia en la Jewish Board of Guardians de Nueva York.

Paralelamente, y junto con la declinación del Trabajo Social de Casos (TSC) y el auge de la terapia familiar, el gobierno federal creó una comisión para decidir qué instituciones serían reconocidas para dar formación en terapia familiar, las cuales debían tener tres aspectos mínimos: la supervisión, la experiencia clínica y la investigación. Para esto se creó dos tipos de programas, los MSW (Master en Social Work) y los programas posprofesionales como los del Ackerman Institute (Bloch, 1988). Comienza a surgir el TSC como especialidad; no obstante, generalmente esta conceptualización se utilizó para referirse a quienes trabajan con individuos, familias o grupos, o para referirse a quienes trabajan en el ámbito médico o psiquiátrico. De este modo, la década del 60 será clave para el desarrollo de la práctica clínica en la profesión, dados los movimientos sociales y políticos que estaban ocurriendo (Northen, 1995; Dorfman, 1996). En este sentido, la historia saturada del Trabajo Social como profesión, vinculada al control social y a la normalización de las personas, cuenta que comienza a manifestarse en la década de los 60 y principios de los 70 un panorama caótico para la profesión misma, enmarcado con la exaltación de las guerras contra la pobreza, como también por el movimiento por los derechos civiles, los cuales, a su vez, influyeron en el cuestionamiento de la práctica directa y el consecuente aumento del trabajo grupal o colectivo (Northen, 1995). En efecto, en el desarrollo de la profesión en Estados Uni-

² El libro al cual se hace referencia corresponde a *Teoría y práctica del Trabajo Social con Casos*, de Gordon Hamilton, de 1940

dos en este periodo existió un movimiento similar a la reconceptualización vivida en Chile y en Latinoamérica; no obstante, fue a través de estos acontecimientos que se estimularon prácticas innovadoras, centradas principalmente en zonas urbanas y en políticas nacionales, y que pusieron énfasis en los problemas sociales más amplios y en los enfoques políticos de las poblaciones afectadas por la pobreza. Por otra parte, estos movimientos cuestionadores/reformuladores trajeron como resultado para la práctica clínica un cambio en la concepción sobre las relaciones, tanto en la praxis del trabajo social con casos, como también en los practicantes de psicoterapia y en las distintas profesiones de la salud mental (Hare–Mustin, 1987, 1988; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989; Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1996; Papp, 2005). Por consiguiente, poco a poco se fue cuestionando el modelo estructural acerca de cómo comprender la familia y las relaciones que allí se establecían.

En la terapia familiar —en la que el pensamiento feminista fue introducido a la práctica clínica— autores como Bateson, Jackson y Hayley, desafiaban el pensamiento sobre el lenguaje y los constructos tradicionales de la salud mental, incluso antes del conocido giro interpretativo. En igual forma, las terapeutas familiares feministas —las cuales eran en su mayoría trabajadoras sociales— comenzaron a surgir y a realizar una demoleadora crítica a la práctica y a la teoría de la terapia familiar; no obstante, debieron enfrentar serios cuestionamientos, debido a que fueron las encargadas de desenmascarar las evidentes relaciones de poder presentes en la terapia (Diamond, 1998).

Para finalizar este primer apartado es necesario volver a indicar específicamente los aspectos de la relación terapéutica con una perspectiva de género. Hasta ahora hemos dado atisbos importantes y algunas orientaciones significativas para el TSC feminista. A continuación nombraremos los aspectos que deben estar presentes en las intervenciones terapéuticas realizadas desde el TSC feminista de acuerdo a Land (1998):

- 1) Atención a la dinámica de poder en la relación: hace referencia al valor y a la justicia en las dinámicas de poder que existen en la relación entre la persona y la/el terapeuta, las cuales también son manifestadas dentro de los sistemas familiares y de pareja. Desde las clínicas feministas se ha cuestionado la asimetría histórica en los procesos psicoterapéuticos entre persona/terapeuta, la cual, por definición, es contraria a los objetivos de una práctica clínica feminista. En este sentido, los enfoques constructivistas y los enfocados en las narrativas intentan encontrar la voz subyugada por los relatos dominantes de las personas y definir sobre esa base la terapia, el significado y la definición de los conflictos que la persona tiene en su vida.
- 2) La postura de asociación: desde la psicoterapia tradicional —sobre todo antes del giro interpretativo— se alentaba una práctica terapéutica en la que no se utilice la experiencia de las terapeutas. En este sentido, las clínicas feministas manifiestan la importancia de que otras personas puedan aprender de la experiencia que traen ellas mismas a la terapia, como también su experiencia de ser mujer en un mundo estructurado en relaciones de poder en las que prevalece el género masculino. Por lo tanto, el elemento personal, especialmente en las situaciones en las que lo personal es político, es utilizado con mayor frecuencia en las clínicas feministas de Trabajo Social. Desde esta postura, la relación terapéutica es vista como una asociación en la que ambas partes se ven afectadas la una a la otra en el curso de la intervención.
- 3) La práctica del empoderamiento: dentro de esta tradición, las clínicas feministas generan los objetivos terapéuticos en conjunto con las personas. Frecuentemente, esta práctica se enfoca en empoderar a las personas para que cambien los entornos sociales, interpersonales y políticos negativos, los cuales reducen el bienestar; esto a su vez permite que las personas se puedan ayudar a sí mismas y también criticar–actuar sobre el contexto social opresivo. Durante este proceso de deconstrucción de las relaciones de poder estructurales, las clínicas fe-

ministas pueden usar intervenciones que podrían incluir desenredar problemas interpersonales, revisar perspectivas sobre el contexto sociocultural que afecta las vidas de las personas, orientar sobre los contextos socioculturales que afectan sus vidas y sugerir nuevas acciones de comportamiento, tales como el desarrollo de habilidades y el trabajo de defensa. En la práctica de empoderamiento, la trabajadora social clínica utiliza la experiencia cercana del lenguaje, es decir, un lenguaje que no desprecia la narrativa del sí mismo de la persona y que otorga ese poder a la propia persona.

A modo de síntesis, la práctica clínica feminista es propuesta aquí como un enfoque transversal a nuestro quehacer profesional, que ha de tener en cuenta los valores, creencias, estatus socioeconómico, origen, reglas morales, contexto local y la subjetividad de la persona, pareja, familia o grupo con el cual estamos trabajando, y al mismo tiempo saber cómo nuestros propios valores, creencias, reglas morales, origen y estatus socioeconómico afectan o interfieren en la relación o en el proceso terapéutico que estamos realizando.

Pensamiento feminista con énfasis en la raza, el género y la interseccionalidad; su impacto en el mundo de la terapia

Las pautas estructurales de poder que se manifiestan en la sociedad también son replicadas al interior de las relaciones familiares; en este sentido, el pensamiento feminista —tal como lo manifestamos en el apartado anterior— generó un cambio en la forma de comprender las relaciones de poder que se reproducen a nivel micro. De acuerdo con esto, la institución familiar moderna, como actualmente la conocemos, es una invención social reciente, específicamente cuando el trabajo se separó del hogar y se desarrollaba la expansión de la industrialización —quizá este criterio de inclusión a la actividad laboral solo aplica para la masificación del trabajo femenino, específicamente de la inclusión de las mujeres blancas al mercado laboral—, lo que trajo la inclusión de las

mujeres de clase media al ámbito laboral. En este sentido, y de acuerdo con Rubin (1986), “el origen de la familia, la propiedad privada y el Estado, ve la opresión sexual como parte de la herencia del capitalismo de formas sociales anteriores” (p. 8). En consecuencia, hasta aproximadamente finales de los 60 y principios de los 70 estas pautas fueron consideradas patrones de normatividad, lo cual contribuyó a la creación de estereotipos de género y de sexo basados en la heteronormatividad. Por tanto, el propósito de analizar las causas de los problemas y de desarrollar posibles intervenciones acordes a las premisas feministas para el Trabajo Social corresponde a una de las perspectivas de la teoría feminista, específicamente la relativa a la forma en que se manifiesta el poder en la vida de las mujeres y en la que la subversión de la opresión de las mujeres es el eje central (Liu, 2017).

En 1973 se conformó un comité llamado Women in Psychology en la American Psychological Association, un grupo que trabajó en relación a los prejuicios y estereotipos sexuales existentes en la práctica psicoterapéutica. Posteriormente, en 1979, algunas terapeutas familiares se reúnen; fue así como la trabajadora social clínica Marianne Walters invita a Bethy Carter, trabajadora social clínica con enfoque simbólico experiencial del Family Therapy Institute de Westchester, y a Olga Silverstein y Peggy Papp, ambas trabajadoras sociales clínicas del Ackerman Institute, ocupadas en ese entonces de la formación sistémica de Milán. Todas ellas fueron invitadas a un seminario que se titulaba “Women as family therapist”. Después de estos primeros encuentros, nace una organización llamada Women’s Project in Family Therapy, la cual más tarde publica *La red invisible: pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Más tarde se incorpora al grupo la trabajadora social clínica y reconocida terapeuta familiar Lynn Hoffman. De acuerdo a Bertrando y Toffanetti (2014), las principales críticas de las feministas a la terapia tradicional fueron la aislación de las teorías y de las indagaciones en relación a las mujeres, la falta de enunciaciones sistémicas de las disfunciones familiares, la no evidencia de la variable género, es decir, la no consideración del

género como una categoría fundamental, la tendencia a la reprobación de las madres y a la idealización del padre, la tendencia a reforzar los roles y valores tradicionales y la subyugación de las dimensiones políticas en la terapia familiar.

El pensamiento feminista tuvo y continúa teniendo implicancias en la práctica terapéutica. Los principales valores que se incorporaron a la terapia familiar proveniente de las clínicas feministas son el establecimiento de una actitud positiva hacia las mujeres, el desarrollo de un análisis social en términos de una evaluación de las restricciones sociales y culturales relacionadas al sexo —las cuales condicionan tanto interna como externamente el comportamiento femenino—, proporcionar poder a las mujeres, acompañándolas, motivando e incentivando su rol activo durante las sesiones, y desplazar el equilibrio de poder entre hombres y mujeres en las familias, rechazando el statu quo hasta el punto que se equilibre el peso de las peticiones, tanto en mujeres como en hombres (Walters et al., 1996; Bertrando y Toffanetti, 2014).

Asimismo, dentro de la literatura escrita por clínicas feministas, se ha manifestado que la terapia familiar feminista es la aplicación de la teoría feminista y de los valores que esta práctica tiene a la terapia familiar. Goodrich et al. (1989, las cursivas son mías) expresan respecto de la terapia feminista que “el objetivo es el cambio, no la adaptación: ya sea cambio social, cambio familiar, cambio individual, con la intención de transformar las relaciones sociales que definen la existencia de los hombres y las mujeres” (p. 31). A esto se debe agregar la consideración de un especial énfasis en la singularidad de cada persona y de cada familia. En este sentido y de acuerdo a Hare–Mustin (1987), cuando se altera o interviene el funcionamiento al interior de las familias, sin inminente preocupación del contexto social, económico y político, somos como terapeutas cómplices de la sociedad y perpetuamos la opresión sobre las mujeres. Por ello, se torna fundamental conocer y explorar cómo funcionan las dinámicas familiares y cómo es también el contexto específico en el que estas se encuentran, para no actuar

como un policía de pensamiento o de las familias (Epstein, 1998; Donzelot, 2008).

Walters et al. (1996) distinguen tres fases de evolución dentro del pensamiento feminista en la terapia familiar: 1. Definición de un marco de referencia feminista; 2. Examen de la teoría sistémica y de cómo se la utiliza para poner en desventaja a las mujeres, y 3. Diseño de intervenciones feministas. Si bien las orientaciones con las cuales intervienen las clínicas feministas provienen de diferentes enfoques, tuvieron que definir marcos de referencia feministas que conservaran su esencia clínica. En relación con la teoría sistémica, se critica no considerar el género en las interpretaciones teóricas o, como diría Hare–Mustin (1987), el prejuicio beta, el que ignora las diferencias entre los géneros. Finalmente, es necesario tener en consideración cómo podría situarse una práctica clínica feminista; si bien Walters y sus colegas proporcionan algunos lineamientos, aquí se proponen algunas orientaciones teóricas —aplicadas a la práctica— que pueden ser útiles para una práctica clínica feminista.

Las premisas feministas aquí expuestas se relacionan con un enfoque atento a la raza, el género y la interseccionalidad. Estos tres conceptos pueden potenciar nuestra práctica clínica y hacer justicia a los aspectos singulares de la experiencia humana. En primer lugar, es necesario tener una definición de feminismo que oriente nuestra lectura y práctica; para ello, la feminista negra Bell Hooks (2017) nos entrega la siguiente definición “el feminismo es un movimiento para acabar con el sexismo, la explotación sexista y la opresión” (p. 21). Por lo tanto, el feminismo, por definición, corresponde a un movimiento político y subversivo que debe ser llevado a la práctica por las personas. En el ámbito terapéutico, la práctica antiopresiva hace justicia a las premisas feministas de Hooks, especialmente porque promueve el empoderamiento de las personas como una estrategia que nivela las diferencias de poder (Grandón, 2018). De este modo, al realizar una práctica desde una perspectiva que se fundamente en los principios y valores antiopresivos, se proporciona un enfoque que comienza a entrar

en interacción con problemas acerca del poder, la opresión y la subyugación, los cuales determinan o definen las vidas de las personas que reciben los servicios de atención psicosocial (Burke y Harrison, 2002).

Ahora bien, en relación al respeto por la singularidad, lo local y la raza, la interseccionalidad nos plantea nuevos horizontes para la práctica terapéutica. La interseccionalidad bosqueja la cuestión de un sujeto político, definido por la posición que ocupa en un instante —momento específico—, lo cual depende de relaciones de poder dinámicas y complejas más que de una identidad definida tajantemente en un sistema cerrado de diferencias (Dorlin, 2005). En estos contextos cobra relevancia conocer las distintas realidades locales en las que se desenvuelven las vidas de las personas, y orientar una práctica situada en las singularidades que constituyen al sujeto como una persona única y que puede cambiar su vida, ya que, de lo contrario, caeríamos en lo que llamaría Bidaseca (2011) una “retórica salvacionista”. Una definición oportuna y cercana es la realizada por Bidaseca, Ballesteros, Katz y Jarque (2016), en la que interseccionalidad significa que “además del sistema de opresión patriarcal que caracteriza las sociedades latinoamericanas y que ha discriminado históricamente a las mujeres, se encuentran otros sistemas que promueven la exclusión e impiden el desarrollo de las personas” (p. 319). En este sentido, Zambrini (2014) afirma que esta perspectiva “ha posibilitado establecer las relaciones adecuadas para entender las formas de desigualdades sociales que operan con dispositivos afines, como el sexismo, el clasismo o el racismo, que intervienen de manera combinada en la distribución del poder en los contextos locales” (p. 8). Específicamente, para la práctica terapéutica, ya sea en contextos públicos o privados, es importante conocer quién es la persona que tenemos en frente, cuáles son sus valores, creencias y normas, sus formas de ser en el mundo; y bajo una perspectiva interseccional podemos legitimar las subjetividades de las personas, las cuales principalmente se encuentran inmersas en problemas estructurales internalizados en sus identidades, causándoles dolor o sufri-

miento; al mismo tiempo, reconociendo la opresión que subyuga a grupos diferentes de los hegemónicos, que principalmente se nutren de discursos y prácticas xenofóbicas y de discriminación étnico-racial.

Finalmente, la noción performativa del género puede ser otro aporte tanto a la teoría feminista como también a su aplicación a la terapia familiar. Sabsay (2011) escribe que la noción de “performatividad de género” “supuso un aporte fundamental en la medida en que denunciaba el régimen normativo y obligatorio de la heterosexualidad que el binarismo de género suponía” (pp. 51–52). En otras palabras, corresponde a un nuevo horizonte para aquellas personas que consideran que sus vidas no son plenamente vivibles dentro de los cánones del género. De acuerdo a Butler y Athanasiou (2017), la performatividad tiene lugar cuando aquellas personas que no cuentan —personas que no se sienten identificadas por el binarismo de sexo heteronormativo de hombre y mujer—³ prueban que tienen una capacidad reflexiva y que sí cuentan, o se tienen en cuenta a ellos mismos, no solo mediante una práctica numeral, sino que apareciendo en algún sentido, ejerciendo de esta manera un derecho de existencia. Powell (2012), en relación al pensamiento de la feminista Judith Butler, afirma que “la performance ofrece una manera no idealista de contrarrestar la reificación de los estereotipos de género y desnaturalizar el estatus de género como una categoría ahistórica y universal” (p. 4). En consecuencia, la comprensión de la noción performativa del género en terapia nos acerca a un trato no discriminatorio y no basado en prejuicios o valores sobre el deber ser de un cuerpo que podría traer el terapeuta a la terapia.

Para finalizar este punto, hay dos pensadoras importantes para el pensamiento feminista contemporáneo. Desde la literatura, Ngozi (2018), quien habla sobre el peligro de la historia única y sobre

³ Para más información al respecto, ver *Sexo, género y sexualidades*, de Elsa Dorlin (2005), o *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*, de Anne Fausto-Sterling (2006).

cómo, al insistir en estos supuestos como eventos únicos y totalizadores, se simplifican las experiencias de vida de las personas y se subyugan muchas otras historias que también conforman parte de su identidad. Al mismo tiempo, añade que uno de los principales riesgos de la historia única es la creación de estereotipos que limitan la vida de los individuos. En este sentido, es frecuente que, en los contextos públicos en salud mental, las personas sean intervenidas de acuerdo con lo que las fichas o expedientes clínicos dicen sobre su propia vida en términos de diagnósticos, olvidando que, en muchas ocasiones, son esas mismas historias las que causan daño y actúan como un dispositivo normalizador de la identidad a una fija, sin tener la posibilidad de poder explorar otra forma de ser. Como clínica feminista es importante hacer florecer nuevas historias, las cuales frecuentemente han sido subyugadas por los relatos dominantes que otros —generalmente dispositivos institucionales— cuentan sobre la vida de las personas (White y Epston, 1993; Ramón, 2009).

Por otra parte, desde la filosofía, Davis (2018), feminista negra que escribe, entre otros temas, sobre la violación a mujeres negras por hombres, refiere que “el racismo siempre se ha nutrido de su capacidad para incitar a la coacción sexual” (p. 179). En este sentido, la violación —y específicamente la sufrida por mujeres negras— nos invita a considerar los aspectos distintivos respecto de la raza, siendo esta visión una que promueve la inclusión y se acerca a la realidad de la mayoría de las mujeres en el territorio. Dicho lo anterior, el racismo ha permanecido como una provocación a la violación, y las mujeres negras y sus descendientes han sido el objetivo principal de este racismo; no obstante, también las mujeres blancas han padecido el efecto rebote de las agresiones cometidas. En un contexto terapéutico, las clínicas feministas debemos tener en consideración que el abuso sexual y la violación, a cualquier persona, ya sea mujer, hombre o alguna disidencia sexual, corresponde a un acto ilegal, reprochable, no justificable, y que no corresponde juzgar a la víctima por parte de los profesionales que atienden a esta persona. También las clínicas feministas debemos

prestar especial atención a los discursos que rodean a las personas que han sobrevivido a un abuso o a una violación sexual, dejando en evidencia las pautas estructurales que producen y reproducen la supremacía de sexos, y al mismo tiempo evidenciar cómo eso afecta la vida de las personas que han sufrido estos actos.

Los enfoques posmodernos y postestructuralistas en terapia familiar incorporan diversos aspectos y críticas realizadas por las clínicas feministas. Específicamente, las terapias posmodernas reducen el nivel de experticia del profesional, elevando los conocimientos locales y los saberes únicos de las personas (Paquin, 2009). La práctica narrativa incorpora la dimensión cultural de la subjetividad de las personas; sin embargo, no es la primera en hacerlo, ya que estas críticas pertenecen a las teóricas y terapeutas feministas. Es así como la Terapia Narrativa de White y Epston (1993), basada en el pensamiento de Michel Foucault, incorpora una reflexión sobre las relaciones de poder y cómo éstas son replicadas en la práctica terapéutica. En relación a esto, teóricas o practicantes narrativas han realizado estudios sobre mujeres sobrevivientes a abusos sexuales (Durrant y White, 2006; Liu, 2017). Por consiguiente, es necesario revisar las contribuciones del pensamiento feminista específicamente en la terapia narrativa.

Contribuciones del pensamiento feminista en la Terapia Narrativa

La Terapia Narrativa se fue desarrollando al mismo tiempo que proliferó el pensamiento feminista en el mundo de la terapia (Russell y Carey, 2003). Por lo cual no es de extrañar que las prácticas narrativas manifiesten en su filosofía un cuestionamiento postestructuralista y posmodernista sobre el poder; tal como el reconocimiento de la autoría de las personas en relación con las narraciones de sus vidas, como también la consideración de que hay relatos que han sido subyugados por las estructuras dominantes, y la especial atención a los discursos saturados como conocimientos dominantes de la vida y como unidades de poder. Estas ideas centrales facilitan el análisis de los contextos sociopolíticos que están

insertos en los relatos sobre la vida de las personas, como también el reconocimiento de los efectos constitutivos y positivos del poder, la sujeción del poder por medio de “verdades” normalizadoras, y el reconocimiento del poder ascendente; es decir, el origen de estas tecnologías de poder que se producen localmente (White y Epston, 1993). O como bien lo resume Foucault (1977), “donde hay poder, hay resistencia, y no obstante lo anterior, ésta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder” (p. 116).

Dentro de las motivaciones para dialogar sobre los aportes del pensamiento feminista a la práctica narrativa está, en primer lugar, que es una escuela creada y desarrollada por trabajadores sociales; Michael White y David Epston, por lo tanto, parten de la identidad profesional de la disciplina y de cómo ésta se ve reflejada en la filosofía que expone la terapia narrativa (Fernández, 2018). Además, es una escuela que surge en el contexto de los movimientos feministas, por lo tanto, incorpora en ella las críticas a la normatividad y a las relaciones de poder. Finalmente, dentro del contexto latinoamericano y específicamente chileno, la práctica narrativa ha adquirido principal relevancia en la formación de profesionales, dado que el reconocimiento y el perfeccionamiento en este tipo de prácticas surgen desde trabajadores sociales (Reyes y Gálvez, 2017). Por las razones mencionadas, parece justo realizar un análisis de las contribuciones del pensamiento feminista en la terapia narrativa.

Russell y Carey (2003) identifican algunas prácticas narrativas que se ven y que se vieron influidas en el feminismo. Abordaremos estas premisas, su definición y su aporte a la práctica narrativa.

1) La externalización de problemas. La persona no es el problema, el problema es el problema.

La comprensión de la naturaleza sociohistórica de los problemas lleva a ubicar a estos no como parte del sujeto, sino en relación con su entorno. Las conversaciones externalizantes ubican a los problemas separados de las personas, localizando el problema en

la historia y en la línea de tiempo de la vida de las personas, trazando de esta manera la historia del problema y de los efectos de éste en su vida y en sus relaciones (White y Epston, 1993; White, 2007). Desde esta perspectiva, las personas son capaces de descubrir “hechos” acerca de sus propias vidas y relaciones que anteriormente, desde el relato saturado por el problema, no estaban en condiciones de percibir (White y Epston, p. 54).

La externalización está ligada a los contextos políticos operantes en las subjetividades de las personas con quienes se practica la terapia. Russell y Carey (2003) manifiestan que, al “localizar los problemas fuera de las personas, habrá más posibilidad de que las cuestiones relacionadas con género, clase, cultura, raza, sexualidad, y habilidades para la vida, sean incluidas en las conversaciones terapéuticas” (p. 13). Esta postura terapéutica tiene relación con el eslogan feminista de “lo personal es político”.

2) Contando historias; buscando y coconstruyendo relatos alternativos.

Los grupos de liberación de las mujeres, al igual que los grupos feministas, se dedicaron a crear conciencia y se enfocaron en que las mujeres fueran capaces de reunirse para compartir y contar sus historias (Land, 1998). A través de esto fueron capaces de hacer conexiones entre sus experiencias y de crear interpretaciones centradas en la experiencia de ser mujer en el mundo. Por ello la importancia de enfocarse en la historia y en los efectos que produce contar tal historia de tal manera. De acuerdo con Letelier (2017), somos seres históricos y estamos situados en una época y lugar determinados, lo cual es relevante para la práctica narrativa, porque los problemas de las personas dependen de los contextos en que están inmersos. Por lo tanto, escuchar y reconocer la narrativa de una persona puede tener un efecto potente tanto en el profesional como en la persona; del mismo modo, los discursos culturales llevan consigo una contribución importante respecto del problema que las personas experimentan. En este sentido, Paquin (2009) manifiesta que los efectos que tienen algunos discursos pueden

ser vistos en ciertas actitudes y hábitos que las personas adquieren, lo cual se potencia con el daño causado por el ejercicio del poder y los efectos de la opresión. En este sentido, la construcción de relatos alternativos y su relación con el pensamiento feminista constituye un acto liberador para las personas que consultan, dado que permite coconstruir una experiencia sobre la base del contexto sociopolítico del cual se forma parte.

3) La deconstrucción de los discursos dominantes.

El feminismo se ha interesado desde sus inicios en invitar a las mujeres a cuestionar las formas en que las relaciones de poder influyen en sus propias vidas. Según White (1994), la deconstrucción aplicada a las prácticas narrativas se basa en la deconstrucción del relato del sí mismo y en los conceptos culturales dominantes de conformidad con los que viven las personas; por lo tanto, la deconstrucción de las prácticas del yo y de la relación que estas tienen en las prácticas que son dominantes en la cultura, y en este sentido, concretamente, en la deconstrucción de las prácticas discursivas de la cultura. Russell y Carey (2003) proponen una manera de deconstruir las historias dominantes que las personas tienen sobre sus vidas y que les ocasionan daño; esta forma es cuestionando los discursos que sostienen estas historias. Desde esta orientación se puede ayudar a las mujeres a que no “internalicen” los significados ni las suposiciones sexistas; en cambio, se propone que las localicen dentro de los discursos patriarcales más amplios.

4) Crear oportunidades para que los valores apreciados por las personas sean descritos de una forma enriquecida.

Las preguntas en las prácticas narrativas están orientadas en sacar a la luz los valores y las creencias apreciadas para las personas. A través de las preguntas se tiene como objetivo generar narraciones enriquecedoras de los valores, los cuales dejan de estar en la sombra y pasan a estar en la trama de su historia (Russell y Carey 2003). Es la coconstrucción de un espacio para la creación de

las oportunidades, para que los valores de las personas salgan a la luz, al mismo tiempo que prevalece la idea de no desarrollar una monocultura, y abrir espacios a una libertad cultural y personal (Gutiérrez, 2018). En igual forma, basándose en la experiencia narrativa, cuando las personas se separan del problema se puede observar más fácilmente otras posibilidades e identidades preferidas, las cuales anteriormente han estado invisibles (Dickerson, s/f). En efecto, esta oportunidad entrega el valor a las mujeres para que ellas mismas vuelvan a apreciar su forma de ser mujer en el mundo, revalorando sus conocimientos y experiencias, y posicionándolas en una línea de tiempo de sus vidas y en las estructuras políticas de la sociedad.

5) Prácticas comunitarias; vinculando la vida de las mujeres.

Las feministas han estado involucradas con la práctica narrativa, específicamente han estado interesadas en la manera de trabajar que vincula las vidas de las mujeres en relación con temas compartidos con la comunidad (Denborough, 2002; Russell y Carey, 2003; Díaz y Fontealba, 2018). En este sentido, las ceremonias de definición tienen lugar en foros estructurados, que proporcionan un espacio para que las personas participen en la expresión de las historias de sus vidas; y para la expresión de los saberes y habilidades para la vida que se asocian con estas historias (White, 2002). En tal sentido, una actividad importante de la práctica narrativa es el compromiso de la audiencia para ser testigo y autenticar las historias preferidas. Para ello existen variadas opciones dentro de la práctica, las cuales están vinculadas a las mujeres alrededor de ciertos temas, historias, relatos y valores preferidos. De acuerdo con White (2003), en relación a las prácticas narrativas en las comunidades

se establecen las condiciones que contribuyan a la identificación, descripción detallada y a honrar estos conocimientos y habilidades de las comunidades, hemos asumido el empleo de muchas de las prácticas “narrativas” que son apropiadas en

nuestro trabajo con individuos, parejas, las familias y que para los grupos serán relevantes. Estas son prácticas que se han desarrollado históricamente en los micro contextos del trabajo terapéutico y que contribuyen a la rica descripción de las historias alternativas de la vida de las personas.

El uso de estas herramientas y el trabajo con testigos externos o con la comunidad ofrece muchas oportunidades para la influencia feminista. Especialmente, es común que se utilice estos grupos para agenciar a mujeres que han sobrevivido al abuso sexual infantil (Russell y Carey, 2003).

6) Identidad multihistoriada.

Las ideas de la práctica narrativa están fundamentadas por comprensiones postestructuralistas sobre la identidad, en particular en la idea de que nuestras identidades son multihistoriadas (Russell y Carey, 2003). Lo anterior proporciona nuevas premisas, especialmente para hombres que han agredido sexualmente. En específico, en estos casos se trabaja la responsabilización de sus actos, dando sentido a sus relaciones, al abuso y a sí mismos. Elms (1993) considera que tales creencias y perspectivas son determinantes de la conducta de las personas y de sus configuraciones de interacción, y al mismo tiempo se transforman en obstáculos potenciales para afrontar la situación; por esto, hacerse responsables de esto contribuye a desarrollar diferentes maneras de relacionarse.

El pensamiento postestructuralista desafía el punto de vista encapsulado del ser y al mismo tiempo propone que la identidad de las personas no es fija, sino contextual y relacional; de esta manera, el comportamiento no está determinado por estados internos (Russell y Carey, 2003). El punto anterior tiene concordancia con la interseccionalidad, que nos plantea una relación de un sujeto político que actúa en relación a la posición que los define en un momento t determinado.

7) Reconocimiento de la naturaleza política del trabajo terapéutico y de la posición de poder que tiene el terapeuta.

La terapia narrativa reconoce la naturaleza política del trabajo terapéutico. Russell y Carey (2003) afirman que se busca reconocer tanto la naturaleza política del trabajo terapéutico como la posición de poder que tenemos en relación con las personas que buscan ayuda. Dentro de la práctica narrativa, el terapeuta evita el rol de experto, sobre todo en relación a la narración de la vida de las personas.

Si bien esta filosofía no garantiza una interacción terapéutica sin abuso de poder, es probable que sea de ayuda para reducir riesgos inherentes a una relación terapéutica en la que el poder está en desequilibrio (Hare–Mustin, 1987; Furlong, 1999; Rose, 2007). Este principio es congruente con las premisas feministas, dado que reconoce las relaciones de poder, al mismo tiempo que reconoce que en la terapia se ven reflejados los valores, creencias y supuestos del terapeuta, los cuales también figuran como parte de la terapia entregada.

Los lineamientos aquí definidos solo corresponden a formas metodológicas de explicitar cómo se vio y se continúa viendo el pensamiento feminista en la práctica narrativa. Dicho esto, es necesario dejar en evidencia que la filosofía detrás de la práctica narrativa es una que cuestiona las relaciones de poder, las posiciones de las instituciones, y que reconoce los conocimientos y valores de la persona; por lo cual, aplicando la práctica narrativa, es común que estos lineamientos se entremezclen entre sí, dando como resultado una práctica enriquecedora y con un enfoque feminista.

Conclusiones y desafíos para el Trabajo Social Clínico Feminista en Chile

En Chile, al igual que en diversos países de Latinoamérica, se vivió el proceso de la reconceptualización como un proceso reflexivo, el cual invitó a los colegas de la profesión a una constante posición

crítica respecto del entramado social en el cual se está inserto. Por consiguiente, los colegas formados en Trabajo Social son agentes de crítica respecto de la posición de la cual se forma parte en la estructura social. En este sentido, ¿podría ser que el cuestionamiento y la crítica realizada a lo largo de este trabajo forme parte de una nueva reconceptualización? Este nuevo proceso también corresponde a una crítica reflexiva sobre parte de una identidad profesional subyugada en Chile y en Latinoamérica, y también a una actividad práctica, la cual invita a posicionarnos y formarnos en los espacios institucionales y en relación con las prácticas hegemónicas ejercidas en los contextos de trabajo.

La práctica clínica y terapéutica del Trabajo Social Clínico Feminista está estrechamente vinculada a una crítica constante del espacio clínico en relación a la estructura de la cual se es parte, es decir, se utiliza como un espacio micropolítico, en el cual la producción de saberes locales —que tienen sentido para las personas en sus contextos— están en tensión y en relación al lugar que utilizan en un espacio social, cultural y político. Por lo tanto, el espacio que se utiliza en la intervención se transforma en una intervención política, que promueve una versión preferida de las personas y las incita a la reflexión y a la lucha por sus valores y conocimientos.

Conocer y profundizar en la historia de las prácticas clínicas permite apropiarse de un área de dominio histórico para la profesión, ya que ella es la que constantemente ha tenido que estar en contacto con las personas vulnerables o excluidas de un sistema estatal que no es inclusivo y que parece no dar abasto, es decir, el conocimiento adquirido es válido, oportuno y contingente para la actualidad. En relación al Trabajo Social Clínico Feminista en Chile, corresponde a un desafío aun mayor, debido a que, al mismo tiempo de aplicar la clínica en el Trabajo Social, se debe estar consciente de cómo la estructura social determina prácticas que corresponden a discursos dominantes sobre nosotros mismos. Mantener esta práctica como una forma de deconstrucción de un sí mismo es una fuente interesante de conocimiento que invita a

replantearnos la reproducción local de micromachismos, al mismo tiempo que a una aplicación de estos conocimientos adquiridos en la experiencia del trabajo clínico con personas normativas y no normativas, en relación al lugar que ocupan en el mundo y cómo ese lugar que ocupan en el mundo hace que tengan cierto discurso en relación a ellos mismos.

Lo positivo de que en Chile sea una práctica naciente es la posibilidad de escribir una historia singular y situada que haga sentido para la realidad política y social de las personas que habitamos en este país. Sobre todo teniendo en cuenta la diversidad racial y nacional que rodea las prácticas de los colegas, y desde aquello se han de proponer nuevas prácticas que integren enfoques antiopresivos, antiracistas, decoloniales, enfoque de género, con reconocimiento de las minorías étnicas, disidencias sexuales, personas negras, sin actividad laboral o con un nivel socioeconómico bajo.

Bibliografía

- Antipán, I. y Reyes, D. (2014). *El Trabajo Social en salud mental. Un trabajo social clínico*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/328475212_El_Trabajo_Social_en_Salud_Mental_Un_Trabajo_Social_Clinico
- Asociación Gremial de Psicólogos de Chile, ASPICH. (2019). *Comunicado n° 3*. Recuperado de <https://www.facebook.com/AP-SICHCL/photos/a.258115934746142/444735582750842/?type=3&theater>
- Aylwin, N. y Solar, M. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Tercera edición 2009. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Baird, M. (1982). Social Work Contributions to Psychotherapy, en F. Lieberman, Florence (Comp.), *Clinical Social Workers as Psychotherapists* (pp. 21-36). Nueva York: Gardner Press.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004) *La historia de la terapia familiar. Los personajes y sus ideas*. Tercera impresión 2014. Barcelona, España: Paidós Terapia Familiar.
- Bidaseca, K. (2011). Mujeres blancas buscando salvar a las mujeres de color café de los hombres de color café. Reflexiones sobre desigualdad y colonialismo jurídico desde el feminismo

- poscolonial, en K. Bidaseca, y V. Vázquez (Comps.), *Feminismos y poscolonialidad. Vol 1.* (pp. 85-108). Buenos Aires, Argentina: Editorial Gedisa.
- Bidaseca, K., Ballesteros, S., Katz, M. y Jarque, M. (2016). Cuerpos racializados, opresiones múltiples. Ser mujer, indígena y migrante ante la justicia, en K. Bidaseca, y V. Vázquez (Comps.), *Feminismos y poscolonialidad. Vol. 2.* (pp. 317-332). Buenos Aires, Argentina: Editorial Gedisa.
- Bloch, D. (1985). Terapia Familiar y Formación, en M. Elkaïm (Comp.), *Formaciones y prácticas en terapia familiar* (pp. 17-20) Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Burke, B. y Harrison, Ph. (2002). Anti-oppressive practice, en R. Adams, L. Dominelli y M. Payne (Comps.), *Social Work. Themes, Issues and critical debates* (pp. 229-239) Londres: Palgrave MacMillan.
- Bustos, A. (2014). Modelos contemporáneos de intervención en Trabajo Social revisión bibliográfica del modelo narrativo. *Revista Perspectivas*, 25, 67-83.
- Bustos, A. (2016). Terapia narrativa y abuso sexual infantil. Una mirada desde el Trabajo Social. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, Universidad de Concepción (Chile), 13, 76-89.
- Butler, J. y Athanasiou, A. (2017). *Desposesión: lo performativo en lo político*. Buenos Aires: Editorial Eterna Cadencia.
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social. (2018). *Intervención familiar desde la perspectiva sistémica e integrativa en terapia familiar*. Recuperado de <http://www.celats.org/11-noticias/56-intervencion-familiar-desde-la-perspectiva-sistemica-e-integrativa-en-terapia-familiar>
- Chescheir, M. (1984). Información Básica para la Práctica del Trabajo Social Clínico. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 43, 5-9.
- Colegio de Psicólogos. (2018). *Comunicado n° 8/2018 sobre "Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud"*. Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/2018/10/12/comunicado-n08-2018-sobre-normas-y-orientaciones-tecnicas-del-trabajo-social-en-salud/>
- Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico, CITS. (2017). *Sobre los trabajadores sociales en la formación terapéutica de la Universidad de Chile*. Recuperado de <https://www.trabajosocialclinico.com/single-post/2017/11/01/SOBRE-LOS-TRABAJADORES-SOCIALES-EN-LA-FORMACION-TERAPeutICA-DE-LA-UNIVERSIDAD-DE-CHILE>

- Davis, Á. (2018). *Mujeres, raza y clase*. Buenos Aires: Editorial Akal.
- Denborough, D. (2002). *A storyline of collective narrative practice. A history of ideas, social projects, and partnerships*. Adelaide: Dulwich Centre.
- Diamond, J. (1998). Postmodern Family Therapy: New Voices in Clinical Social Work, en R. Dorfman (Ed.), *Paradigms of Clinical Social Work: Volumen II* (pp. 185-224). Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Díaz, M. y Fontealba, R. (2018). Terapia grupal con adolescentes que han sobrevivido al abuso sexual: una experiencia con prácticas narrativas colectivas. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, Universidad de Concepción (Chile), 18, 104-117.
- Dikerson, V. (s/f). *Patriarcado, Poder y Privilegio. Una mirada desde el punto de vista de la narrativa/postestructural del trabajo con parejas*. Recuperado de https://pranaschile.org/wp-content/uploads/2019/02/Patriarcado-Poder-y-Privilegio_-Una-mirada-desde-el-punto-de-vista-de-la-Narrativa_Post-estructural-del-trabajo-con-parejas-por-Victoria-Dickerson.pdf
- Dorfman, R. (1988). Clinical Social Work: The Development of a Discipline, en R. Dorfman, *Paradigms of Clinical Social Work: Volumen I* (pp. 3-24). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Dorfman, R. (1996). *Clinical Social Work: Definition, Practice and Vision*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Dorlin, E. (2005). *Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Donzelot, J. (2009). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Durrant, M. y White, Ch. (1993). *Terapia del abuso sexual*. Segunda reimpresión 2006. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Elms, R. (1993) Hostilidad, apatía, silencio y negación. Cómo ayudar a los adolescentes agresores incitándolos a que modifiquen su conducta, en M. Durant y Ch. White (Comps.), *Terapia del abuso sexual* (pp. 154-182). Segunda reimpresión 2006. Barcelona: Gedisa.
- Epstein, L. (1999). La cultura del Trabajo Social, en A. Chambon, A. Irving y L. Epstein, *Foucault y el Trabajo Social* (pp. 81-107). España: Editorial Maristán.
- Fausto-Sterling, A. (2006) *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Editorial Melusina.
- Federación Internacional de Trabajo Social. (2018) *Definición global de Trabajo Social*. Recuperado de <https://www.ifsw.org/es/>

what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/

- Fernández, K. (2018). *Referente mundial en prácticas narrativas apoya el trabajo social clínico*. Recuperado de <https://www.trabajo-socialclinico.com/single-post/2018/09/25/LA-REFERENCIA-MUNDIAL-EN-PR%C3%81CTICAS-NARRATIVAS-APOYA-EL-TRABAJO-SOCIAL-CL%C3%8DNICO>
- Fredriksen-Goldsen, K., Lindhorst, T., Kemp, S. y Walters, K. (2009). "My Ever Dear": Social Work's "Lesbian" Foremothers A Call for Scholarship. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 24, 325-336
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. México D.F.: Siglo XXI editores.
- Furlong, M. (1999). Interrogando las Psicoterapias: Una Entrevista con Nikolas Rose. *Psychotherapy in Australia*, 5, 40-46.
- García, S. (2009). Jessie Taft. Interaccionismo simbólico, teoría feminista y trabajo social clínico. *Universidad Rey Juan Carlos. Trabajo Social Hoy*, 56, 145-154.
- Grandon, E. (2018). *La práctica anti-opresiva en contexto de Trabajo Social Clínico*. Recuperado de <https://www.trabajosocialclinico.com/single-post/2018/02/06/La-practica-antiopresiva-en-contexto-de-trabajo-social-cl%C3%ADnico>
- Gayle, R. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Revista Nueva Antropología*, 13, 95-145.
- Goodrich, Th., Rampage, Ch., Ellman, B. y Halstead, K. (1989). *Terapia Familiar Feminista*. Buenos Aires: Editorial Paidós Terapia Familiar.
- Gottesfeld, M. y Pharis, M. (1977). *Profiles in Social Work*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Gutiérrez, A. (2018). Acciones contra los malos tratos (bullying) en la escuela, en I. Latorre-Gentoso (Ed.), *Prácticas de terapia narrativa. Voces latinoamericanas tejiendo relatos preferidos* Vol. II. (pp. 71-84). Santiago de Chile: Ediciones Pranas.
- Hamilton, G. (1967). *Psicoterapia y orientación infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Hare-Mustin, R. (1987). The problem of gender in family therapy theory. *Family Process*, 26(1), 15-28.
- Hare-Mustin, R. (1988). The meaning of difference. Gender theory, Postmodernism and psychology. *American Psychological Association*, 43, 455-464.

- Hooks, B. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid: Editoriales Tinta Limón y Mapas Traficante de Sueños.
- Huaiquiche, T. y Bastías, C. (2016) Trabajo Social y Práctica Clínica Individualizada-Familiar en Salud Mental: Una mirada analítica y sociohistórica. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, Universidad de Concepción (Chile), 13, 33-50.
- Illanes, M. A. (2010). Sus cuerpos mutuos. La “pedagogía crítica” de las trabajadoras sociales en el Chile de los sesenta y setenta, en J. Pinto, *Mujeres. Historias chilenas del siglo XX*. Santiago de Chile: Editorial LOM.
- Land, H. (1998). The Feminist Approach to Clinical Social Work, en R. Dorfman, (Ed.), *Paradigms of Clinical Social Work: Vol. II* (pp. 227-256). Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Letelier, C. (2017). Tres historias de mujeres: contexto y política en las conversaciones terapéuticas, en I. Latorre-Gentoso (Ed.), *Prácticas de la Terapia Narrativa. Voces latinoamericanas tejiendo relatos preferidos. Vol. I.* (pp. 45-62). Santiago de Chile: PRANAS-Chile ediciones.
- Lieberman, F. (1982) Psychotherapy and Social Work, en F. Lieberman (Comp.), *Clinical Social Workers as Psychotherapists* (pp. 3-20). Nueva York: Gardner Press.
- Liu, Ch-L. (2017). Culture or oppression? An anti-oppressive perspective on women with mental health problems who survived their male partners' violence. *Izvirni znanstveni članek*, 24, 289-300.
- Méndez, M. (2015). *Trabajo Social con Personas y Familias: Modelo Clínico de Intervención*. Argentina: Editorial Espacio.
- Ministerio de Salud. (2018). *Aprueba orientaciones y normas técnicas para el trabajo social en salud*. Resolución Exenta 389 de 2018.
- Northen, H. (1995). *Clinical Social Work: Knowledge and Skills*. New York: Columbia Press University.
- Ngozi, Ch. (2018). *El peligro de la historia única*. Barcelona: Literatura Random House.
- Papp, P. (1988). Carta a Salvador Minuchin, en H. Ch. Fishman y B. L. Rosman (Comps.), *El cambio familiar: Desarrollos de modelos* (pp. 219-227). Barcelona: Editorial Gedisa S.A.
- Paquin, G. (2009). *Clinical Social Work: A Narrative Approach*. Nueva York: Council On Social Work Education.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2019). *Seminario Internacional “Trabajo Social Clínico: Expresiones de la interven-*

- ción intercultural”. Recuperado de <https://www.facebook.com/trabajosocialuc/videos/668974490200706/>
- Powel, J. (2012) *Social Work, Poder and Performativity*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/9632206.pdf>
- Quiroz, M. y Peña, I. (1998). *El sociodiagnóstico*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (1998). *La antología del Trabajo Social Chileno*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (2003). *Aportes teóricos conceptuales para el trabajo con familias*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Quiroz, Mario (2004). *Fundamentos teóricos y epistemológicos del Trabajo Social*. Chile: Universidad de Concepción.
- Ramón, R. (2009). El discurso sobre el poder en la intervención profesional: otro caso de la colonización del Trabajo Social por el régimen de verdad de las ciencias sociales. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 27, 111-129.
- Reyes, D. (2011). *Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar Chileno Propuestas para la reintegración de la Terapia Familiar*. Trabajo expuesto por el autor en el III Congreso Nacional de estudiantes de Trabajo Social, realizado del 28 al 31 de octubre de 2011 en la Universidad de Concepción. Recuperado de <https://www.ichtsc.com/recursos>
- Reyes, D. (2012). *Trabajo Social Clínico, Salud Mental y Psicoterapia Pasos hacia una práctica*. Trabajo expuesto por el autor en el IV Congreso Nacional de Estudiantes de Trabajo Social, realizado del 31 de octubre al 3 noviembre del 2012, en la Universidad Arturo Prat de Iquique. Recuperado de <https://www.ichtsc.com/recursos>
- Reyes, D. (2013). *El Trabajo Social en la Psicoterapia Sistémica: Bienvenidos a la obra de Michael White*. Trabajo presentado en el V Congreso Nacional de Estudiantes de Trabajo Social, realizado en la Universidad de Los Lagos, el 2 de noviembre del 2013 en la Ciudad de Osorno, Región de Los Lagos. Recuperado de <https://www.ichtsc.com/recursos>
- Reyes, D. (2016). *Trabajo Social Clínico, Subjetividad Y Psicoterapia Sistémica: Una mirada micropolítica y poética a la práctica clínica de profesionales que ejercen en contextos públicos de salud mental y programas psicosociales*. Tesis Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Línea Sistémica Relacional. Universidad de Chile.
- Reyes, D. (2017). *Trabajador social clínico: la identidad subyugada, la identidad que renace*. Recuperado de <https://www.trabajosocialclinico.com/single-post/2017/03/13/Trabajador->

social-cl% C3% ADnico-la-identidad-subyugada-la-identidad-que-renace% E2% 80% A6

- Reyes, D. y Díaz, M. (2017) El lugar de la práctica clínica sistémica en el trabajo social: un ensayo crítico sobre la experiencia profesional de dos trabajadores sociales en un programa de reparación en maltrato grave y abuso sexual. *Revista Electrónica de Trabajo Social*, Universidad de Concepción (Chile), 16, 63-77.
- Reyes, D. y Gálvez, F. (2017). *Sobre los trabajadores sociales en la formación terapéutica de la Universidad de Chile*. Recuperado de <https://www.trabajosocialclinico.com/single-post/2017/11/01/SOBRE-LOS-TRABAJADORES-SOCIALES-EN-LA-FORMACION-TERAP-UTICA-DE-LA-UNIVERSIDAD-DE-CHILE>
- Rose, N. (2007). Terapia y Poder: Techné y Ethos. *Revista Archipiélago*, 76, 101-124
- Russell, Sh. y Carey, M. (2003). Feminismo, terapia e ideas narrativas: Explorando algunas preguntas que no son tan comunes al abordar este tema. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2.
- Sabsay, L. (2011). *Fronteras Sexuales: Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Satir, V. (1964) *Psicoterapia Familiar Conjunta*. México D.F.: Ediciones científicas, La prensa médica mexicana, S.A. de C.V.
- Universidad de La Frontera, UFRO. (2018a). *Con masiva convocatoria se realiza primera versión del Seminario de Terapia Narrativa y Trabajo Social Clínico*. Recuperado de <http://humanidades.ufro.cl/index.php/noticias/638-con-masiva-convocatoria-se-realiza-primer-versi%C3%B3n-del-seminario-de-terapia-narrativa-y-trabajo-social-cl%C3%ADnico>
- Universidad de La Frontera, UFRO. (2018b). *Docente UFRO participa del Primer Congreso Internacional del Perú “Apostando por un Trabajo Social Inclusivo”*. Recuperado de <http://humanidades.ufro.cl/index.php/noticias/676-docente-ufro-participa-del-primer-congreso-internacional-del-per%C3%BA-%E2%80%9Capostando-por-un-trabajo-social-inclusivo>
- Universidad Arturo Prat de Iquique, UAP. (2018). *Trabajo Social Clínico y Terapia Narrativa en conversatorio sobre infancia y vulneración de derechos de UNAP*. Recuperado de http://www.unap.cl/prontus_unap/site/artic/20180831/pags/20180831165322.html

- Universidad del Biobío, UBB. (2018). *Escuela de Trabajo Social UBB realizó seminario que reivindica la práctica clínica terapéutica en la profesión*. Recuperado de <http://noticias.ubiobio.cl/2018/09/03/escuela-de-trabajo-social-ubb-realizo-seminario-que-reivindica-la-practica-clinica-terapeutica-en-la-profesion/>
- Universidad de Viña del Mar, UVM. (2019). *Carrera de Trabajo Social UVM efectúa curso de actualización profesional*. Recuperado de <https://www.uvm.cl/noticias/carrera-de-trabajo-social-uvm-efectua-curso-de-actualizacion-profesional/>
- Universidad Santo Tomás, UST. (2018). *Profesionales del área social de la región se capacitan en Iquique*. Recuperado de <https://enlinea.santotomas.cl/actualidad-institucional/mundo-santo-tomas/profesionales-del-area-social-la-region-se-capacitan-iquique/>
- Universidad de Valparaíso, UV. (2018) *IV Seminario de Trabajo Social Clínico reunió a expertos internacionales*. Recuperado de <https://www.uv.cl/pdn/?id=9875>
- Varela, N. (2018). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Penguin Random House, Grupo Editorial.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Editorial Paidós Terapia Familiar.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa. Colección de terapia familiar.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Editorial Gedisa. Colección de terapia familiar.
- White, M. (2003) *Narrative practice and community assignment*. Australia.
- White, M. (2007). *Mapas de la práctica narrativa*. Santiago de Chile: PRANAS-Chile ediciones.
- Zambrini, L. (2014). Diálogos entre el feminismo postestructuralista y la teoría de la interseccionalidad de los géneros. *Revista Punto Género*, 4, 43-54.