

## **TRABAJO SOCIAL Y PRÁCTICA CLÍNICA INDIVIDUALIZADA-FAMILIAR EN SALUD MENTAL: UNA MIRADA ANALÍTICA Y SOCIOHISTÓRICA**

**Tomás Wladimir Huaiquiche González<sup>1\*\*</sup>**

**Cecilia Bastías Parraguéz<sup>2\*\*</sup>**

Recibido: 17 de marzo de 2016

Aceptado: 28 de abril de 2016

### **Palabras clave:**

Trabajo Social, Práctica clínica, salud mental.

### **RESUMEN**

El presente artículo tiene por objetivo realizar un análisis sociohistórico de la práctica clínica individualizada-familiar del Trabajo Social en salud mental, a través de una revisión teórica que permite plantear reflexiones en torno al acontecer disciplinar y sus transformaciones como especialidad en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales. Se identifican elementos conceptuales referentes a la clínica, propósitos y aplicaciones en el campo de la salud mental. Posteriormente, se lleva a cabo un análisis sobre las influencias europeas y norteamericanas en la formación de los trabajadores sociales chilenos, destacando el desarrollo de la clínica en sus prácticas, formación, métodos, escenarios de aplicación y sus fundamentos epistemológicos-teóricos-conceptuales desarrollados en su saber-hacer.

Finalmente se realiza una reflexión crítica que permite concluir que en Chile existen las condiciones, derivadas del ejercicio profesional, que permiten sentar las bases para el reconocimiento como especialidad del Trabajo Social Clínico con personas y familias.

### **ABSTRACT**

This present article aims to make a sociohistorical analysis of the familiar-individualized clinical practice of Social Work in mental health, through a theoretical review that allows us to suggest reflections on the happenings discipline and its metamorphosis as a specialty in the practice of social workers. Conceptual elements regarding clinical, purposes and

---

<sup>1</sup> Trabajador Social, Licenciado en Trabajo Social Universidad de La Frontera. Candidato al Grado de Magíster en Estudios y Desarrollo de la Familia, Universidad de La Frontera. Correo electrónico [t.huaiquiche01@gmail.com](mailto:t.huaiquiche01@gmail.com)

<sup>2</sup> Cecilia Bastías Parraguéz, Asistente Social Universidad de Chile, Magister en Ciencias Sociales Aplicadas Universidad de La Frontera. Docente Dpto. Trabajo Social Universidad de La Frontera. Correo electrónico [cecilia.bastias@ufrontera.cl](mailto:cecilia.bastias@ufrontera.cl)

applications in the field of mental health are identified. Subsequently it carried out an analysis of the European and North American influences in the formation of Chilean social workers, highlighting the development of clinical in their practices, training methods and their application scenarios epistemological-theoretical foundations developed and conceptual its know-how. Finally a critical reflection that allows us to conclude that the conditions derived from the professional practice, allowing lay the foundation for recognition as a specialty, Clinical Social Work with individuals and families in Chile is done.

**Keywords:** Social Work, Clinical practice, Mental Health.

## Presentación

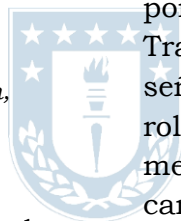
*“El asistente social encuentra trastornos, frustraciones y traumas que surgen de la vida familiar y tiene que tratar con estas desviaciones. Para muchas personas no son accesibles los psiquiatras, ni procuran este tipo de tratamiento. Los asistentes sociales constantemente tratan con personas que, proyectando sus problemas en factores sociales o en otras personas, no buscan inicialmente ayuda porque no reconocen su autoimplicación...Es inevitable que los asistentes sociales se preparen para la psicoterapia”. (Hamilton, 1967: 281)*

Reconocer el Trabajo Social Clínico puede parecer una anomalía disciplinar o una invasión a un campo ajeno a la profesión. No obstante, para profesionales vinculados a la atención de casos y familias, el Trabajo Social Clínico constituye una realidad subyacente al ejercicio profesional, que cuenta con desarrollo práctico, conceptual e histórico y con una base metateórica que lo sustenta.

Desde los años 60, autores como Castellanos (1962), hasta Rodríguez, Gómez & Mangas en 2014 en la actualidad, han establecido que la práctica clínica con personas y familias es parte de la esencia constitutiva del Trabajo Social, reconociendo nexos con corrientes psicoterapéuticas, psicosociales y psiquiátricas. Del mismo modo, han

distinguido relaciones entre Trabajo Social, Psicoterapia y Salud Mental<sup>3</sup>.

Ante la especificidad del conocimiento que implica el Trabajo Social Clínico, surge la necesidad de clarificar, en primer término por qué es necesaria la especialización en Trabajo Social. Miranda en Ituarte (1992) señala que de lo contrario, se constreñiría el rol del trabajador social a un campo limitado, meramente asistencialista, centrado en carencias económicas, gestión de recursos y



<sup>3</sup> Mayor profundización en la materia, exponen autores como: Rodríguez, Gómez & Mangas, 2014; Estalayo, 2014; Antipan & Reyes, 2013; Reyes, 2013; Herrera, Mesa & Montelongo, 2012; Fombuena, 2012, Reyes, 2012; Garcés, 2012; Rosario & Sánchez, 2012; Garcés, 2011; Ituarte, 2011; Reyes 2011; Garcés, 2011; Rodríguez, 2010; Miranda, 2010; Salinas, 2010; Abreu, 2009; Méndez, 2009; Aylwin & Solar, 2009; Becerra & Kennel, 2008; Barranco & Rodríguez, 2008; Fernández, 2008; Karsz, 2007; Flores, 2006; Fernández & Ponce de León, 2006; Fombuena & Martí, 2006; Quiroz & Peña, 2004; Quintero, 2004; Fierro & Salcedo, 2003; Quiroz, 2003; Zapata, 2003; Ituarte, 2002; Gómez, 2000; Gómez & Zapata, 2000; Eroles, 1998; Campanini & Luppi, 1998; Quintero, 1997; Du Ranquet, 1997; Bernler & Johnsson, 1997; Payne, 1995; Álvarez, 1993; Ituarte, 1992; Ramírez de Mingo, 1992; Escartín, 1992; Aylwin, 1991; Kisnerman, 1987; Hill, 1986; Chescheir, 1984; Flores, 1982; Kisnerman, 1981; Montaldo, 1980; Younghusband, 1971; Catalán, 1971; Friedlander, 1969; Hamilton, 1967; y Castellanos, 1962.

trámites institucionales, sin competencias específicas de tratamiento, provocando un sentido de profesión de segunda categoría, que coartaría las posibilidades de especialización terapéutica, lo que es una necesidad para el campo laboral y la formación en competencias para el trabajo con personas.

Como especialidad, el Trabajo Social Clínico ha estado invisibilizado, en especial en el contexto chileno, sin embargo, en la cotidianidad de la praxis profesional, se realiza desde diversos dispositivos gubernamentales, en especial, en salud mental, programas de reparación en maltrato grave, abuso sexual infanto-juvenil, atención en violencia para hombres y mujeres, rehabilitación en alcohol y drogas, entre otros.

El presente artículo, espera aportar al análisis socio histórico del Trabajo Social Clínico, partiendo de delimitaciones conceptuales para luego referir acerca de la relación entre Clínica y Trabajo Social, identificando cómo se configura el Trabajo Social Clínico como especialidad y cuáles han sido las determinantes sociohistóricas y políticas de la práctica clínica del Trabajo Social en Chile.

### **Delimitaciones conceptuales**

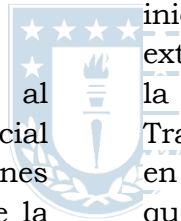
El concepto de clínica, constituye la base de la cual surge una forma especializada de comprensión de los fenómenos de malestar subjetivo (Pasternac, 2003, p. 147.). El término clínica es polisémico, utilizado por varias disciplinas y enfoques teóricos, con sentidos y significaciones distintas, ya sea desde el área médica o social. Las primeras

aproximaciones al concepto clínica hacen referencia a la Medicina. En este sentido, Karsz (2007, p.156) plantea que clínica alude a la idea de la observación directa de la enfermedad a la cabecera del paciente, y que los síntomas clínicos son aquellos que el médico puede percibir mediante la simple observación. “La observación directa pertenece al registro de lo clínico, es decir, para que sea clínicamente significativa, tiene que tratarse de una observación instruida, dotada de conocimientos, muñida de teorías y conceptualizaciones” (op. cit., p.157).

En un sentido similar, pero desde el Trabajo Social, Fombuena (2012, p.18) citando a Alayrangues (2011) señala que:

“La clínica es una ciencia, inicialmente médica hoy en día extendida a otras disciplinas como la Psicología, la Sociología y el Trabajo Social, que se fundamenta en la escucha del otro y en la acción que de ésta se deriva. Requiere una recopilación cuidadosa del conjunto de los factores intervinientes y del establecimiento de una relación cuasi personal e interpersonal entre usuarios y trabajadores sociales. También implica una interpretación ordenada y a la vez intuitiva de los datos y de las relaciones”.

La clínica constituye en la actualidad, un campo de conocimiento autónomo que se ha extendido a distintas disciplinas de las ciencias sociales, entre ellas, Trabajo Social. La transversalidad de su aplicación también es compartida por Antipán & Reyes (2013), trabajadores sociales chilenos, quienes señalan que lo clínico se relaciona más con una actitud, una determinada forma de



abordar los problemas, mediante la elaboración de un plan de acción que permite un análisis e intervención en problemáticas que afectan a la salud mental de las personas. Proponen la incorporación de una mirada transdisciplinar que busca conjugar distintos saberes de las ciencias sociales y los avances del conocimiento médico, combinando los métodos de Trabajo Social con un sustento metateórico que se adapte a las necesidades profesionales.

En la clínica se visualiza un objetivo central, que según Pasternac (2003, p. 147.) es que “se caracteriza por el estudio de un caso, profundizando en todas sus particularidades”. Desde esta idea, se puede inferir que la clínica alude a un método y una práctica, que se centra en las particularidades de la manifestación del malestar subjetivo de la persona o de la familia. En este sentido, Ituarte (2011, p. 306-307.) manifiesta que:

“La intervención clínica comienza en el punto en que concurre la persona (o las personas) y el problema de salud. ...la intervención clínica tiene como exigencia básica el reconocimiento de un malestar subjetivo, de una vivencia subjetiva de malestar o sufrimiento, relacionado con algún problema de salud”.

A partir del reconocimiento del malestar subjetivo de la persona o de la familia surgiría el acontecer clínico (Ituarte, 2002, p.42-43), concepto que hace referencia al punto de encuentro entre una serie de relaciones complejas de la interacción del

profesional centrado clínicamente y las personas que le consultan. El acontecer clínico consta, según la autora de:

“una(o más) personas que sienten algún tipo de malestar, dificultad o problema que le induce a plantear una demanda de ayuda a un trabajador social. Pero aún siendo necesarios estos elementos no son, por sí mismos suficientes para que se produzca el acontecer clínico. Éste suele requerir, muy frecuentemente, un trabajo previo de decodificación de la demanda y de redefinición del problema en términos tanto intra como interpersonales o psicosociales; sólo a partir de ahí será posible la realización del trabajo social clínico<sup>4</sup>”.

En consecuencia, el concepto de clínica desde el Trabajo Social, estaría compuesto por el acontecer clínico, la decodificación de la demanda y la redefinición del problema por parte del o la profesional Trabajador Social y el usuario, cliente y/o familia.

### **El método de Trabajo Social con Casos y su relación con el Trabajo Social Clínico**

La relación entre Clínica y Trabajo Social hace necesario revisar el método de Trabajo Social de Casos<sup>5</sup>, que desde sus inicios se

<sup>4</sup> Cuando se manifiesta la demanda por parte de una persona o familia, se debe tener en cuenta que ésta puede ser la punta de un iceberg, donde la parte que se visualiza y requiere atención no es más que un síntoma de un malestar mayor. Dependerá de las competencias profesionales del trabajador social, clínicamente orientado y formado, decodificar. De este modo, el trabajo social clínico es un campo de acción que busca la complejidad relacional y no la punta del iceberg y sus síntomas.

<sup>5</sup> El Casework usualmente es referido con diferentes nombres en la literatura latinoamericana, tal como Trabajo Social de Caso, Método de caso, Caso Social Individual,

refirió a la preocupación por las particularidades de los individuos y sus familias. Al respecto, Fombuena & Martí (2006), inspiradas en sociólogos contemporáneos como Giddens, 1994; Théry, 1997 y Beck, 1998, manifiestan que “en la actualidad, el Trabajo Social de Casos pasa por un fuerte renacer, al amparo de las teorías vinculadas con el sujeto y con la formación del mismo”. (op. cit., p.1). Este renacer constituiría la base para la práctica clínica individualizada y familiar en los distintos dispositivos de acción profesional.

En el contexto histórico de desarrollo del método, el Casework, estuvo desde sus inicios influenciado por el modelo médico, específicamente por la clínica psiquiátrica y psicoanalítica (Hill, 1986). Desde una relectura actual, la precursora del Trabajo Social, Mary Richmond, sería una profesional clínica incipiente, puesto que insertó el método clínico al tratamiento de caso social, enfocándolo desde sus inicios, al estudio y tratamiento de subjetividad singular del individuo. El Casework de Richmond (1993) se estableció “como el conjunto de métodos que desarrollará la personalidad reajustando consciente e individualmente al hombre en su medio social”. Según Perlman y Maturana de Mellafe (citadas en Catalán, 1971, p. 83) existen dos definiciones sobre este método, la primera hace referencia a “un proceso empleado por algunas instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo afrontar con eficacia

sus problemas de ajuste social”, mientras que la segunda lo sentencia como “un proceso psicosocial destinado a operar cambios en el individuo y en su relación con el medio, con el fin de que pueda enfrentar con efectividad sus problemas de funcionamiento social” (p.84).

Richmond (1993, p.69) especificó las condiciones del método, cuyas intervenciones tenían que basarse en: “a) comprensión de la individualidad y de las características personales; b) comprensión de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social; c) acción directa de la mentalidad de la asistente social sobre la del cliente que consulta; y d) acción indirecta ejercida por el medio social”. Sin embargo, Zamanillo (1987, p.90) afirma, que “ninguno de los tres primeros tipos de intervención apuntados distingue a un profesional del Trabajo Social de un psicoterapeuta”.

Con todo, Richmond (1993) dio paso a la constitución de un proceso metodológico (que tiempo después sería llamado modelo diagnóstico o clínico normativo), el que influenciado por el modelo médico, constituyó la base de lo clínico en Trabajo Social. El proceso contempla la investigación, el diagnóstico, la interpretación, el pronóstico y por último el plan de tratamiento a la persona que atiende el trabajador social. Hill (op. cit., p. 32) refiere que “la denominación de este modelo está claramente atribuida a las influencias que recibió originalmente el método clínico en Medicina (trabajos de Mary Richmond con el Dr. Cabot), y posteriormente de la clínica psiquiátrica y psicoanalítica”.

Algunos historiadores de la terapia familiar como Rosselot & Carrasco (1997, p.66) han

---

Caso Individual, Trabajo Social Individual, Servicio Social de Casos, Intervención Directa, Trabajo Social Caso-Familia, entre otras denominaciones. Algunos autores se refieren indistintamente a Método de Caso o Trabajo Social Clínico. Para efectos de este análisis, no se considerará ésta extrapolación, sin embargo se reconoce que el citado método es la base operacional del Trabajo Social Clínico y de la Terapia Familiar.



señalado que Richmond fue una de las principales precursoras de la Terapia Familiar, y al respecto señala que “Richmond sugiere el tratamiento de familias completas y previene acerca de los riesgos de aislar las familias de su contexto natural...Su aproximación a la práctica consideraba intervenciones en distintos niveles, desde el individual al cultural”. Este método servía para asegurar que la atención del trabajador social no tuviera a la base sólo la mera intuición o los valores filántropos. El proceso de atención tenía que basarse en la rigurosidad que otorgaba el conocimiento de la práctica, complementada por el saber de distintas ciencias sociales que proporcionaban la comprensión de la persona y del medio social, así como por sus interrelaciones.

No obstante, Richmond no fue una profesional clínica vinculada a un enfoque psicoterapéutico como el psicoanálisis, por ello es necesario desmitificar la crítica constante que se le realiza en el sentido de haber incorporado aplicaciones de la teoría psicoanalítica. En estricto rigor no existen registros que demuestren empíricamente aquel argumento y tal como menciona Gavía en Quiroz (2003, 86):

“ella habló de caso social a secas, no de caso psicosocial o psicoanalítico; no aplicó el psicoanálisis al caso social, y el asociarla con el psicoanálisis es algo que ocurrió sólo tras su muerte, por obra y gracia de trabajadores sociales freudianos...la psicologización no es lo que Mary Richmond proponía,

aunque citase a psicólogos y psiquiatras”.

Por otra parte, es necesario esclarecer que Richmond no aplicó el psicoanálisis al caso social individual, y tal como señala Quiroz (op. cit., p. 81):

“La vinculación de Richmond con el modelo psicoanalítico es cuestionable. Lo que con Richmond comienza siendo una atención individualizada, en la que se percibe la influencia de conceptos médicos, tales como diagnóstico, tratamiento y terapia, se ve paulatinamente revestido de conceptos psicoanalíticos por sus discípulos, lo que a su vez provoca una prolongación y profundidad en el << tratamiento >>”.

Con todo, es posible señalar que Richmond fue la primera trabajadora social presistémica y clínica.

El Casework evolucionó (Flores, 2006) volviéndose más complejo y especializado (Flores, 2006), incorporando los aportes de trabajadoras sociales y académicas de la segunda generación de profesionales del Trabajo Social, tales como Charlotte Towle, Gordon Hamilton, Hellen Harris Perlman y Florence Hollis, quienes contribuyeron a otorgar dimensionalidades sustantivas a esta forma de trabajar con personas, llegando a sustentar una finalidad terapéutica sobre la base de corrientes psicodinámicas y funcionalistas en la atención de sujetos que experimentaban situaciones problemáticas de carácter mental, relacionadas con aspectos estructurales de la sociedad, las que en su mayoría referían a secuelas de la primera guerra mundial y sus consecuencias postraumáticas.

Una de las corrientes características del Casework, fue la denominada diagnóstica o psicosocial, que propuso el modelo o terapia psicosocial en el trabajo social individualizado. Según Kisnerman (1987), fue con el aporte de Hollis y su reformulación teórica sobre este método que se definió al Casework como un tratamiento en dos categorías, por una parte como una terapia social (que buscaba cambios en el medio social de la persona) y por otra, como una psicoterapia (debido a que intentaba cambios en la persona). Para Hollis en Kisnerman (op. cit., p. 116) este tratamiento psicosocial constituía “una continua mezcla de esfuerzos para ayudar a la persona a modificar su situación o sus sentimientos y acciones o cambiar su medio a través de intervenciones del trabajador social a su beneficio”.

En consecuencia, es posible identificar que existen por lo menos dos corrientes principales del Casework estadounidense, la escuela diagnóstica (richmoniana o psicosocial) y la funcionalista. Respecto de la primera, Escartín (1992) señala que la obra de Richmond dio paso para pensar un trabajo social individualizado, buscando ayudar a la persona que tiene un problema (generalmente de relaciones familiares cotidianas, problemas escolares y laborales), con la premisa psicoanalítica de que los desórdenes en el funcionamiento intrapsíquico del individuo determinan su interacción en el entorno social, ocasionando muchas veces su propia desadaptación al medio. Aptekar, Quiroz y Peña (1998, p.17) señalan que “el enfoque diagnóstico proviene del New York School of Social Work, que fundamenta sus principios y procedimientos operativos en las ideas de Richmond. El modelo procura obtener una gran cantidad de información acerca del cliente y de sus

problemas, antes de iniciar un tratamiento intensivo. En este sentido, los autores enfatizan que este modelo sigue la ideología ortodoxa de Sigmund Freud”. Kisnerman (1987, p.113) afirma que se llamaba diagnóstica a ésta orientación “por acentuar precisamente la importancia del diagnóstico para poder solucionar los problemas sociales. Pero fue Gordon Hamilton quien en 1940 utilizó el concepto psicosocial, señalando que el Caso, el problema y el tratamiento deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial”.

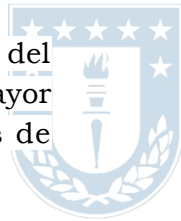
Por otra parte, la escuela funcionalista, según Quiroz y Peña (1998) se caracterizaba por estar basada en la psicología de Otto Rank, que se desarrolló en 1930 como consecuencia de la grave crisis económica y en cierto sentido como contraposición al determinismo freudiano. Esta daba menos importancia a los antecedentes individuales del cliente y otorgaba mayor relevancia a la situación social conflictiva. En el plano de la intervención, el trabajador social impulsaba a la persona a tomar una decisión voluntaria y adecuada para la solución de sus problemas. En este sentido Escartín (1992) señala que existía una orientación al crecimiento individual, ya que el individuo se conforma por sí mismo por las relaciones interpersonales, y que las condiciones externas de su vida le van dando sentido y funcionamiento. La práctica profesional de los trabajadores sociales de casos de esta escuela tenía el foco de fortalecer el poder individual para incrementar el funcionamiento social.

Kisnerman (1987) señala que mientras la corriente diagnóstica se desarrolló especialmente en las escuelas de Nueva York



(hoy Universidad de Columbia) y Chicago, así como en el Smith College, la escuela funcionalista se fue gestando en la década del 30 en la Universidad de Pensilvania con las trabajadoras sociales Virginia Robinson y Jessie Talf, bajo la influencia de la sociología, la antropología y el psicoanálisis no ortodoxo de Otto Rank, con los ideales del desarrollo humano, la voluntad como control, la fuerza creativa del hombre, el significado de la experiencia presente para lograr el crecimiento potencial y el uso consciente del proceso de ayuda. Planteamientos promovidos por Jessie Talf introdujeron el concepto de función de la institución como elemento básico en la ayuda que el trabajador social proporciona a quien demanda sus servicios, consolidando el enfoque.

Según Aguilar (2013) la impronta del Casework estadounidense adquirió mayor relevancia y consistencia teórica a finales de los 70 debido a que:



“...la creciente aplicación del método a la terapia familiar, con la intervención de los trabajadores sociales en los equipos interdisciplinarios, da lugar al llamado modelo de la comunicación-interacción (Satir) que, en los años 80 está fuertemente influenciado por el enfoque sistémico. Tanto el enfoque sistémico, como la psicoterapia centrada en el cliente de Carl Rogers, a fines de la década de los ochenta, dan una nueva tonalidad o perspectiva al método de caso. El primero contextualiza la situación del caso individual; el segundo acentúa la importancia de potenciar la acción de la misma

persona, para poder superar la situación.” (p. 161-162)

La reformulación teórica y epistemológica continúa siendo un problema que requiere profundización, sin embargo es posible concluir que el Casework constituye la base conceptual, operacional y relacional que funda la interacción entre el trabajador social y la persona o familia con la que se trabaja, por lo que siguiendo a Aylwin y Solar (2009):

“el caso social le aporta al trabajador social las destrezas básicas para establecer relación con las familias, para conocerlas en su medio, para ayudarlas a identificar sus problemas y orientarlas en la búsqueda de alternativas de solución a sus dificultades de interacción entre sus miembros y con el ambiente. Pero para que se adecue a las necesidades actuales de la práctica, debe integrar elementos de teoría familiar y de terapia familiar que lo enriquecen y le aportan un marco de referencia común para el desarrollo del trabajo multidisciplinario”. (p. 71-72)

En la actualidad, debido a la integración de diversas ciencias sociales y las finalidades terapéuticas, es posible concluir que una aspiración en la materia sería la especialización en un campo ligado al malestar humano (Fombuena, 2012) con integración de teoría y práctica clínica, para interpretar y comprender el sufrimiento humano con el propósito de contrarrestarlo. Por lo tanto, emerge un Trabajo Social



Clínico, cuya unidad de atención puede ser individual, parejas y o familia.

### **Trabajo Social Clínico**

El Trabajo Social de Casos, desde sus cimientos ha tenido relación con la terapia y psicoterapia. En este sentido, Antipán & Reyes (2013 p. 4) mencionan que: “el Trabajo Social Clínico nace del Casework (Trabajo Social de Caso), complementándose con los modelos de Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y se fortaleció con el ejercicio profesional de trabajadores(as) sociales en servicios psiquiátricos”.

La eminente naturaleza clínica del Casework y las facilidades de desarrollo práctico en instituciones especializadas, originó tempranamente que fuera empleado y adaptado a los contextos psiquiátricos en donde operaban trabajadores sociales. Obligó a los profesionales a introducir en el método de casos, otros fundamentos teóricos para enriquecer su praxis. Desde los 50 y hasta principios del 2000, fueron la psicopatología, teorías de la personalidad, neurología, terapia sistémica, psicoanálisis y escuelas psicoterapéuticas incipientes que entregaban algunas directrices para el trabajo con pacientes complejos, con problemas de salud mental, y específicamente con familias que poseían algún miembro que padecía de trastornos psicóticos como esquizofrenia.

De acuerdo a lo anterior, algunos autores hacen referencia a un Trabajo Social especializado que sería en definitiva, Trabajo Social Psiquiátrico<sup>6</sup>. Autores como Ramírez de Mingo (1992, p.22-24) establecen que:

<sup>6</sup> Trabajo Social Psiquiátrico entendido como un campo especializado de práctica profesional donde se aplica el trabajo social de caso, adaptado con diversas corrientes

“El Trabajo Social Psiquiátrico ha sido influido por las diferentes teorías y prácticas que sobre la asistencia psiquiátrica se han realizado en los últimos años. Para los autores europeos y norteamericanos Hamilton, Bray y Tuerlink, Konopka, el trabajador social debe colaborar con las funciones psicoterapéuticas a través del Casework y del group work. A medida que se iba introduciendo el Trabajo Social en los sanatorios psiquiátricos, uno de los objetivos consistió en mejorar la situación de los pacientes dentro de la institución. Conscientes de las repercusiones negativas que comporta el internamiento prolongado, los asistentes sociales programaron actividades encaminadas a estimular las capacidades y potencialidades de los internados”.

Quinteros (2004, p.20-23) refiere que el Trabajo Social Psiquiátrico es identificado como una modalidad de práctica de la profesión, lo que exige que se apliquen las técnicas del Trabajo Social de hospitales y

---

teóricas, buscando dar respuesta a las problemáticas psicosociales y psicopatológicas de los usuarios de la salud mental acorde a los dispositivos psiquiátricos. En algunos contextos internacionales, el Trabajo Social Psiquiátrico es una especialización de la profesión bajo el alero y legitimidad de Facultades de Medicina (Universidad Nacional Autónoma de México:

<http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/psiquiatria/index.php/docencia/cursos-y-diplomados>)

ambientes clínicos asociados a la salud mental. Del mismo modo, al referirse a la terapia familiar menciona que:

“en los procedimientos clínicos y psiquiátricos es donde por excelencia, el profesional en Trabajo Social receptiona, evalúa y atiende a los sistemas familiares. De ahí proviene la idea de que cualquier intervención en ésta área es de por sí *terapia familiar*, desconociendo la diferencia con los otros niveles: recepción, evaluación, prevención, educación y la necesidad de especialización que exigen los procesos terapéuticos”.

Otra definición de Trabajo Social Psiquiátrico la proporciona Montoya & Zapata en Quinteros (2004:115). Lo definen como:

“campo específico de invención del (la) trabajador (a) social, donde investiga sobre los problemas más relevantes en salud mental, colabora en la institución o el organismo gubernamental para cambiar y crear nuevos programas preventivos que beneficien la salud mental del individuo y la familia, y comparte la responsabilidad del diagnóstico con los demás miembros del propio equipo”.

Lo anterior se contrapone en lo que plantea Garcés (2010) quien afirma que:

“El trabajo social en salud mental es fundamentalmente

un trabajo social clínico que tiene lugar con una población determinada. En los servicios de salud mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del trabajador social en salud mental. Estamos hablando, por consiguiente, de un trabajo social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica. Una característica distintiva es el interés del clínico por el contexto social dentro del cual se producen o son modificados los problemas individuales o familiares”.

Garcés (2010) señala que la inserción de los trabajadores sociales en los dispositivos de salud mental, correspondería a consejería o psicoterapia a individuos y a familias para prevenir enfermedades mentales y aliviar sus efectos negativos. De este modo, los programas buscarían oportunidades públicas y fondos comunes para asegurar que las enfermedades mentales sean tratadas a la par con las enfermedades fisiológicas. De este modo, se confirmaría los que proponen Antipán &



Reyes (2013, p.6) quienes señalaban que los trabajadores sociales insertos en la red de dispositivos institucionales, demandarían una atención directa vinculada al cambio. Su “finalidad ya no es generalista, sino clínica. Esta situación lo configura y reorienta a procesos de comprensión subjetiva sobre problemas relacionales que afectan a las personas y que provocan malestar. Es así como se iría redefiniendo ontoepistemológicamente su saber-hacer”. En un sentido similar, Ituarte en Salinas (2006 p. 7) señala que:

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

Es posible concluir que el Trabajo Social Psiquiátrico, es aquel que se desarrolla en contextos específicos, en especial en dispositivos de salud mental tales como instituciones psiquiátricas. En cambio, el Trabajo Social Clínico es un campo de conocimiento y especialización de la disciplina, que trasciende un campo de praxis particular, incorporando un acervo teórico y práctico. Es posible su ejercicio profesional tanto en el campo público como privado, siempre asociado a la salud mental como estado de bienestar del individuo.

## **Trabajo Social Clínico internacional**

En España el Trabajo Social Clínico se define como “...una forma especializada de Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico<sup>7</sup> trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión ( de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrecen el medio social”. Ituarte (1992 p. 11)

La misma autora, señala que el Trabajo Social Clínico, aparece en los años 60 como respuesta a la desvalorización del <<Casework>> “de parte de algunos profesionales que, imbuidos de ideología revolucionaria, consideraban que solamente

<sup>7</sup> El Trabajo Social Clínico ha estado asociado a la terapia y psicoterapia de personas, familia, inclusive grupos, desde su acontecer como casework. Bajo esta premisa, respecto a la administración de terapia o psicoterapia, Herrera, J; Mesa, J & Montelongo.M (2012, p.105) refiriéndose a lo declarado por Mustieles “la palabra psicoterapia o terapia tradicionalmente se ha asociado a unas profesiones concretas, pero es necesario aclarar que << del mismo modo que el trabajo social, la medicina, la psicología, la pedagogía o la enfermería son profesiones legitimadas y reconocidas socialmente, la terapia no es una profesión, ni como tal está sancionada socialmente, por lo que parece más acertado entender la terapia como un ámbito de intervención concreto, sin asociarlo en exclusividad a ninguna profesión concreta “.

el cambio en las estructuras sociales podía hacer que mejorara la situación de las personas y consecuentemente, pusieron todo su énfasis como profesionales en el Trabajo Social de Comunidad, negando todo valor a otras formas de intervención profesional” (Ituarte, op. cit., p. 3).

Con todo, Rosario & Sánchez (2012 p. 350) declaran que la primera licencia de Trabajo Social Clínico fue creada por ley, en Rhode Island en 1961, acompañado por el debate durante las décadas 60 al 80 en EEUU, años en que se continuó entregando y validando el Trabajo Social Clínico. Surge además la primera revista científica de TSC << Journal of Clinical Social Work >>; junto con la creación de varias organizaciones profesionales<sup>8</sup>. Sin embargo, no fue hasta 1987 que NASW (National Association of Social Workers) creó la primera definición de la práctica clínica en Trabajo Social la que se ha modificado a través de los años. En 2005, la NASW señaló que:

“el Trabajo Social Clínico tiene un enfoque primario sobre el bienestar mental, emocional y conductual de individuos, parejas, familias y grupos. Se centra en un acercamiento holístico a la psicoterapia y a la relación del cliente con su medio ambiente. El Trabajo Social Clínico ve a relación del cliente con su medio ambiente

como esencial para la planificación de un tratamiento. Por lo tanto, los trabajadores sociales, a menudo son los primeros en diagnosticar y tratar a las personas con desórdenes mentales y varias perturbaciones emocionales conductuales”.

La Asociación de Trabajo Social Clínico de Estados Unidos (CSWA) a través de Goldstein (1996) en Rosario & Sánchez (2012, p. 350) define el Trabajo Social Clínico como “la aplicación de los principios del trabajo social en el amplio alcance del tratamiento de la salud mental”. Las prácticas clínicas en Estados Unidos están respaldadas por la Junta Americana de Examinadores en Trabajo Social Clínico (ABECSW), la que establece que el Trabajo Social Clínico es:

“Una profesión de salud mental en la cual la persona en el ejercicio ha sido educada en una escuela graduada y adiestrada con supervisión, domina un cuerpo distintivo de conocimientos y habilidades con el fin de evaluar, diagnosticar y mejorar problemas, trastornos y condiciones que interfieren con la salud biopsicosocial y el funcionamiento de las personas a nivel individual, de pareja, familiar y grupal de todas las edades y procedencias”. (op. cit., p.351)

<sup>8</sup> En EEUU la regulación de las prácticas clínicas de Trabajo Social exigen rendir una prueba de suficiencia, normado según cada Estado. En California: <https://www.aswb.org/california/> Existe además la Asociación de Trabajo Social Clínico <http://www.clinicalsocialworkassociation.org/> En New Jersey existe por su parte, la Asociación de Trabajo Social Clínico <http://www.njscsw.org/>

Tanto en Estados Unidos, como en algunos países de Europa, el Trabajo Social Clínico se ha desarrollado, validándose profesionalmente, con licencia otorgada por LCSW o MCSW; debido a una creciente

necesidad de formar profesionales con un campo de dominio especializado a través de programas de estudios post-gradual los cuales sostienen que existe un campo de conocimiento legitimado y formal<sup>9</sup>. Esto da cuenta de la rigurosidad en la que se sustenta el Trabajo Social Clínico en Estados Unidos, Canadá y Puerto Rico, países en los que se especializan los profesionales con un marco legal regulatorio que lo ampara.

Al contrario, en contextos latinoamericanos no se ha desarrollado, validado y reconocido el Trabajo Social Clínico, principalmente debido a los constantes cambios sociales y políticos, en cuyo contexto el Casework realizaba un tipo de intervención observada como microsocioal y que no respondía a las necesidades de los cambios culturales y los movimientos sociales, salvo excepciones. Puerto Rico, por su sistema político, los trabajadores sociales se rigen por la NASW<sup>10</sup> lo que influye en su carácter profesional y de formación. En este país se ha podido desarrollar un Trabajo Social Clínico validado y reconocido por el Estado. Existen dos Programas de Maestría en Trabajo Social Clínico además de la Certificación Clínica post-maestría.

---

<sup>9</sup> Respecto a la formación postgradual en Trabajo Social Clínico, en New York es posible optar al Doctorado <http://socialwork.nyu.edu/academics/dsw-program.html> En Pensilvania <http://www.sp2.upenn.edu/degree-programs/doctorate-in-clinical-social-work/overview/about-the-program/> En Puerto Rico, Maestría <http://www.universia.pr/estudios/une/maestría-trabajo-social-clinico/st/162992>

<sup>10</sup>Rosario & Sánchez (2012, p. 349) "la presencia de la NASW en Puerto Rico es producto de la relación de 113 años de subordinación política, económica, social y cultural con los Estados Unidos. Resulta de lo antes expuesto la reflexión, de que tanto la NASW como el estatus colonial son dos de muchos factores que influyen en la práctica profesional del Trabajo Social".

## Trabajo Social Clínico en Chile

En Chile, el Trabajo Social Clínico, transita entre los años 40 y 60, por la reconceptualización de la profesión, los movimientos sociales y políticos que anularon ciertos procesos de evolución de la disciplina. Posteriormente y con el retorno a la democracia en los 90, a través de la reparación de los derechos humanos, el Trabajo Social de Caso se retoma como respuesta a la necesidad de intervenir con personas y familias.

La historia del Trabajo Social chileno, comienza alejada de los fundamentos del Casework en sus escuelas fundadoras, las que compartían el espíritu de un estado asistencial (1925-1929). Al respecto, González (2010 p. 27) hace alusión a las diferencias estructurales de las dos escuelas fundadoras, pero que ambos servicios sociales estaban empapados de concepciones para concebir y conducir la política asistencial tales como << Pedagogía social>> << Higiene social>> << Economía social>>. Cabe mencionar que las escuelas fundadoras del Trabajo Social Chileno tenían una fuerte influencia europea específicamente belga, alemana y francesa. Reyes (2011p. 4) señala al respecto que:

"Bajo este modelo se instaló en nuestro país una visión eurocéntrica del Servicio Social, que fue diseñada principalmente para responder de forma similar a los problemas que vivían la sociedad europea sufriendo de la primera guerra mundial. En efecto, la profesión tenía en su base una concepción benéfico-asistencial, paramédica y parajurídica, lo cual fue muy adaptable a los problemas que



nuestra sociedad tenía en aquella época”.

En tales circunstancias, el Servicio Social en Chile, alejado del Casework, va cambiando según González (2012 p. 8) en 1941, por hitos tales como la Conferencia Anual de Trabajo Social (Atlanta, 1941). Como consecuencia, se tendió a imitar métodos profesionales de intervención norteamericana; el tradicional método de Caso de Richmond, lo que se mantuvo hasta la reconceptualización de la profesión.

En Chile, en 1967 se suspendió la enseñanza de Trabajo Social individualizado, más conocido como “caso social” (Solar, 1978, p. 4-5). El análisis del abandono curricular centrado en los objetivos profesionales alejó aún más el interés de trabajo social con lo individual.” Surgió en la época, la necesidad del sistema político de trabajar con los grupos, tanto de obreros y trabajadores en sus sistemas de organización, capacitación y participación, siendo ellos eran los principales clientes o usuarios de la profesión. Por lo que “en un análisis de sus objetivos, frente a la solución de problemas de grupos populares, obviamente la acción a nivel individual no tuvo mucho sentido” (op. cit., p.5).

La dictadura en Chile (1973-1990), marcó el desarrollo del Trabajo Social Clínico, debido a que el país pasó por uno de los periodos de mayor vulneración de derechos humanos y sociales, por lo que la profesión también se vio afectada con un retroceso profesional, tanto en su formación como en sus prácticas. Reyes (2011) al respecto plantea que:

“significó asumir una definición de trabajo social como tecnología

social, otorgando desde lo epistemológico una definición como profesión que debe aplicar los conocimientos que las ciencias sociales entregan, para así centrarse en la soluciones inmediatas de los problemas sociales que afectan a las personas (principalmente socioeconómicos). El Servicio Social es relegado nuevamente al ámbito asistencial”

Con todo lo que significó la dictadura en Chile, algunas trabajadoras sociales en contacto académico con Estados Unidos, pudieron reconocer las prácticas clínicas de Trabajo Social como campo favorable de intervención además de visualizar su desarrollo en dicho campo. En este sentido Jiménez señala que (1980, p.33-34):

“Los trabajadores sociales ejercen en una perspectiva clínica y de consejería de personas, familias y grupos... La mayoría de los trabajadores sociales en USA están empleados en diferentes partes del sistema de bienestar social u otros sistemas que tienen como propósito complementarlo, como los sindicatos, los establecimientos educacionales. Un grupo pequeño, pero que va en aumento, realiza práctica privada en la línea de consultoría y/o terapia personal y familiar”

El retorno a la democracia trajo consigo prácticas profesionales relacionadas con la reparación de violaciones y vulneraciones a los derechos humanos, en las que los asistentes sociales jugaron un rol

primordial<sup>11</sup>, ya que eran quienes acogían a las víctimas. Según Gallardo (1992, p.8) “si se pudiera caracterizar a quienes buscan esta ayuda, diríamos que son seres humanos puesto en una situación límite, en un estado de estrés máximo, cuya conciencia de ser persona ha sido anulada, su capacidad de actuar por sí misma invalidada, llena de tensión ansiedad y miedo, en estado de máxima invalidez”. Por tal razón, los esfuerzos en directa relación con los individuos y familias que buscaban y/o necesitaban ayuda”. Gallardo (op. cit., p 4) señala que:

“Sin desconocer los esfuerzos casi inmediatos se realizan por organizar o agrupar a quienes sufren un problema en común (y la importante evolución posterior a través del método de grupo y las técnicas de educación popular), la modalidad más empleada es la atención individual, a través de la cual se aplican los conceptos técnicos de caso”

El devenir histórico revisado respecto de Método de Trabajo Social de Caso y su renacer en el contexto actual hacen necesario retomar el Casework con el objeto de profundizar en la intervención individual y familiar.

### **A modo de conclusión**

El Trabajo Social Clínico debería consolidarse como una rama especializada del Trabajo Social, ejercida por un(a)

---

<sup>11</sup> Para comprender el rol que jugaron las y los asistentes sociales en periodo de dictadura y posterior retorno a la democracia existe un texto obligatorio para el lector como lo es “Familia, Genero y Terapia. Una experiencia de Terapia Familiar Sistémica. De Estrada, A; Henring, M & Donoso A (1996).

profesional formado a nivel de postgrado, con experiencia clínica, supervisado y capacitado para intervenir en materia de salud mental.

La finalidad del Trabajo Social Clínico tal como lo expresan Antipán y Reyes (2013) es pesquisar y reconocer problemas de patología mental, así como también realizar procesos terapéuticos que conlleven a contener y enfrentar situaciones de alto estrés emocional y deterioro de relaciones personales y familiares. Por medio de la visión clínica de los fenómenos, el trabajador social clínico emplea estrategias y formas de intervención terapéuticas orientadas a potenciar, tratar y mejorar la calidad de vida en los sistemas humanos. A través de la atención, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional implementa conocimientos y métodos de Trabajo Social y de ciencias sociales adaptadas a problemáticas psicopatológicas, en conjunto con la administración de la psicoterapia desde una perspectiva holística, intenta contribuir a la solución de necesidades y problemas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo personal, de pareja, familiar y grupal” (p.9).

En consecuencia, surge como desafío para los profesionales del medio, reconocer sus aportes en materia Clínica, en especial en el campo de la salud mental, desde los distintos dispositivos donde se ejerce. Sumado a ello, el desafío es también avanzar en el reconocimiento de la profesión por parte de los prestadores de servicios en salud y ser reconocida como profesión sanitaria por la Superintendencia de Salud. Del mismo modo y dada la necesidad de formar cuadros profesionales especializados en Trabajo Social Clínico para el área de salud mental, los programas de postgrado en materia de

familia, pueden desempeñar un rol preponderante, otorgando la oportunidad de rescatar desde la práctica profesional, la especificidad, profundidad y complejidad de la disciplina de Trabajo Social en el ámbito. Pueden además, contribuir a aportar al sustento teórico para la construcción de esta especialidad con trabajos como el presente y a futuro, sentar las bases para que en Chile existan programas de estudios de postgrado en la materia, desde las escuelas de Trabajo Social.

## Bibliografía

- Abreu, M. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Revista ENE de Enfermería*. 3, 70-79.
- Aguilar, M. (2013). *Trabajo Social: Concepto y Metodología*. España: Paraninfo.
- Arroyo, M. (2004). *Trabajo Social y Terapia Familiar: Un binomio en la intervención profesional*. México. Revista La Salud en Durango de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango.
- Aylwin, N & Solar, M. (2009). *Trabajo Social Familiar*. Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Aylwin, N. (1991). Trabajo Social y Salud Mental. *Revista del Colegio de Asistentes Sociales de Chile*. 1(1), 32-35.
- Antipan, I & Reyes, D. (2013). El Trabajo Social en Salud Mental: Un Trabajo Social Clínico. (Reedición). Texto no publicado.
- Álvarez, M. (1993). Trabajo Social y Familia. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. 62, 27-32.
- Barranco, C & Rodríguez, H. (2008). Trabajo Social en Salud. Visión histórica y práctica profesional en Atención Primaria de Salud: Los avances y el reto de la calidad. *Revista de Trabajo Social y Salud*. 61, 7-35.
- Becerra, R & Kennel, B. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en la salud mental*. Argentina: Espacio.
- Bernler, G & Johnsson, L. (1997). *Teoría para el trabajo psicosocial*. Argentina: Espacio.
- Castellanos, M. (1962). *Manual de Trabajo Social*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Campanini, A & Luppi, F. (1998). *Servicio social y modelo sistémico: una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. España: Paidós
- Catalán, H. (1971). *Servicio Social*. Chile: Universitaria.
- 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.
- Du Ranquet, M. (1997). Los modelos en trabajo social: intervención con personas y familia. España: Siglo XXI España Ediciones.
- Escartín, J. (1998). *Manual De Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. España: Aguacalera.
- Eroles, C. (1998). *Familia y Trabajo Social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Argentina: Espacio.
- Estalayo, L. (2014). La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria. *Trabajo Social Hoy*. 1(71). 63-72.
- Fernández, T. (com). (2008). *Trabajo Social con Casos*. España: Alianza.
- Fernández, T & Ponce de León, L. (2006). El proceso de intervención en el Trabajo Social con casos: Una enseñanza teórica-práctica para las escuelas de Trabajo Social. *Acciones e investigaciones sociales*, extra 1. 1, 371-392.
- Fierro, S. & Salcedo, E. (2003). La consulta en domicilio con fines terapéutico: Una opción de intervención e investigación con grupos familiares. *Revista de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Colombia*. 5, 150-160.
- Flores, A. (2006). Trabajo Social de Casos: Análisis de algunos de sus programas de enseñanza de escuelas y facultades de Trabajo Social. Tesis para optar al grado de Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León de México.
- Flores, O. (1982). *El Trabajo Social en el Tratamiento*. En Gomberoff, M & Jiménez, J. *Psiquiatría*. Ediciones MEDCOM.
- Flores, O. (1982). *El estudio social psiquiátrico*. En Gomberoff, M & Jiménez, J. *Psiquiatría*. Ediciones MEDCOM.
- Fombuena, J (com). (2012). *El trabajo social y sus instrumentos: Elementos para una interpretación a piacere*. España: Nau Llibres.
- Fombuena, J. (2012). Trabajo Social Clínico: Teorías, técnicas y prácticas. Trabajadores Sociales suficientemente buenos. *Trabajo Social y Salud*. 72, 17-36.
- Fombuena, J & Martí, A. (2006). Trabajo Social Clínico. *Revista Acciones e investigaciones sociales*. 1, 446-454.
- Friedlander, W. (1969). *Conceptos y Métodos del Servicio Social*. Argentina: Kapelusz.
- Gallardo, V (1992). Una propuesta de revisión del método de caso. *Revista de Trabajo Social*. 61, 59-66.
- Garcés, C. (2011). *El trabajador social en el sistema hospitalario: Intervenciones*. Perú: Ediciones BC.



- Garcés, C. (2011). *Historia Cronológica de Trabajo Social en los Estados Unidos*. Texto Recuperado 03 de noviembre del 2015 disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00016.pdf>
- Garcés, E. (2012). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23, 333-352.
- Gómez, F. (2000). Trabajo Social Clínico. 3° Congreso de escuelas universitarias de Trabajo Social: Cambio Social, Relaciones humanas, Nuevas tecnologías y enfoques para una formación de futuro. 1, 7-15
- Gómez, C & Zapata, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. España: Ediciones Eunat.
- González, M (2012). "La obvia inferioridad de nuestras escuelas." Las primeras influencias norteamericanas en el Trabajo Social Chileno a inicios de la década de los 40. *Revista Trabajo Social*, 82, 33-42.
- Hamilton, G. (1967). *Psicoterapia y Orientación Infantil*. Argentina: Paidós.
- Herrera, J., Mesa, J; & Almeida, M. (2012). La práctica de la psicoterapia desde el Trabajo Social. *Revista Atlántida*, 4, 103-118.
- Hill, R. (1986). *Caso Individual: Modelo actuales de práctica*. Argentina: Hvmánitas.
- Ituarte, A. (2012). Cuestiones básicas en el proceso clínico de atención psicosocial. *Trabajo Social y Salud*. 72, 5-16.
- Ituarte, A. (2002). El acontecer clínico en Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 35, 42-59.
- Ituarte, A. (2011). Trabajo Social Clínico en el Contexto Sanitario: Teoría y Práctica. *Trabajo Social y Salud*, 64, 283-304.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. España: Siglo XXI.
- Kars, S. (2006). *Problematizar el Trabajo Social: Definición, figuras, clínica*. España: Gedisa.
- Kisnerman, N. (1987). *Atención Individualizada y Familiar*. Argentina: Hvmánitas.
- Kisnerman, N. (1981). *Salud Pública y Trabajo Social*. Argentina: Hvmánitas.
- Miranda, M. (2010). La formación en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23, 323-332.
- Montaldo, E. (1980). *Psicología y Servicio Social*. Argentina: Hvmánitas.
- Méndez, M. (2009). *Metodología operativa del Trabajo Social de Caso: Compilación de Modelos de Intervención*. Chile: Universidad de Concepción.
- National Association of Social Workers. (2005). *NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*. United States.
- Quintero, Á. (1997). *Trabajo Social y Procesos Familiares*. Argentina: Lumen/Hvmánitas.
- Quintero, Á. (2004). *El Trabajo Social Familiar y el enfoque sistémico*. Argentina: Lumen/Hvmánitas.
- Quiroz, M. (2003). *Fundamentos Teóricos y Epistemológicos Del Trabajo Social*. Chile: Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (2004). *Aportes teóricos conceptuales para el trabajo con familias*. Chile: Universidad de Concepción.
- Quiroz, M & Peña, I. (1998). *El sociodiagnóstico*. Chile. Universidad de Concepción.
- Quiroz, E & Salazar, D (1999). *Términos de uso frecuente en el Trabajo Social Chileno*. Chile. Ediciones Universidad de La Frontera.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social: Una introducción crítica*. España: Paidós.
- Pasternac, M. (2003). *El método experimental y el método clínico en psicología*. En Braunstein, N., Pasternac, M., Benedito, G & Saal. *Psicología: Ideología y Ciencia*. (pp. 127-155). México: Siglo XXI.
- Ramírez de Mingo, I. (1992). *El Trabajo Social en los servicios de la salud mental*. España: Ediciones de la Universidad Complutense S.A.
- Rosselot, F & Carrasco, E. (1997). Modelos y escuelas de Terapia Familiar: Mapa histórico de referencia 1. *Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 64-89.
- 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 en Trabajo Social de la Universidad de Los Lagos. Chile, Noviembre. Texto no publicado.
- Reyes, D. (2012). *Trabajo Social Clínico, Salud Mental y Psicoterapia: pasos para una práctica integral en los servicios de la Salud Mental*. Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Estudiantes en Trabajo Social de la Universidad Arturo Prat de Iquique. Chile, Noviembre. Texto no publicado.
- Reyes, D. (2011). *Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar chileno: propuestas para la reintegración de la Terapia Familiar*. Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de Estudiantes en Trabajo Social de la Universidad de Concepción. Chile, Octubre. Texto no publicado.
- Rivera, N & Sánchez, F. (2012). Práctica y formación del Trabajo Social Clínico en el contexto socio-económico y político de Puerto Rico. *Tandil*. 7(4), 349-363.
- Richmond, M. (1993). *Caso Social Individual*. Argentina: Hvmánitas.
- Rodríguez, M. (2010). La intervención social como objeto de análisis clínico. *Portularia*. 10(1), 74-84.
- Rodríguez, L., Gómez, M & Mangas, P. (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social:



- Propuesta de especialización en salud mental.  
*Trabajo Social Hoy*. 2(72), 109-126.
- Rosario, N & Sánchez, F (2012). Práctica y Formación del Trabajo Social Clínico en el Contexto Socio-Económico y Político de Puerto Rico. *Revista de Trabajo Social - FCH- UNCPBA*. 4, 349-363.
  - Salinas, T. (2010). Trabajo Social Clínico y ejercicio libre de la profesión. *TSnova: Trabajo Social y Servicios Sociales*.1, 39-44.
  - Solar, M. (1978). Retorno al Trabajo Social Individualizado. *Revista Trabajo Social*. 26, 4-7.
  - Younghusband, E. (1971). *Servicio Social Familiar*. España: Euramerica.
  - Zamanillo, T. (1987). Fisonomía de los trabajadores sociales. Los problemas de la identidad profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*. 7, 85-103.
  - Zapata, B. (2003). Práctica sistémica y mundos posibles. *Revista de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Colombia*. 5, 103-118

