

Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: una historia en construcción y un comentario profesional

Diego Reyes Barriá¹

Fecha de recepción: 06-08-2019

Fecha de aceptación: 01-10-2019

RESUMEN

El presente artículo tiene por finalidad esbozar un cuerpo de ideas que bosqueje los argumentos sociohistóricos que justifican la presencia del Trabajo Social Clínico en Chile. La emergencia por esclarecer esta especialidad acontece ante las transformaciones actuales que experimenta nuestra identidad profesional en los escenarios de intervención. Ante esto, la posibilidad de reflexionar críticamente sobre esta situación nos dirige a resituar nuestra historia, la cual, ante los nuevos desafíos contemporáneos, necesita ser resignificada. Por lo tanto, este documento realiza un análisis documental arqueológico y genealógico de la práctica clínica del Trabajo Social en nuestro país, visualizando los vestigios históricos del Trabajo Social Clínico en algunos contextos. Finalmente, se realiza un comentario profesional acerca de la situación actual de los escenarios laborales y de la necesidad de transformar nuestra identidad como trabajadores sociales ante una sociedad psiquiatrizante, que nos interpela y nos convoca a desarrollar una praxis cualificada.

Palabras clave: Trabajo Social Clínico, salud mental, identidad profesional, práctica clínica.

Mapping of Clinical Social Work in Chile: History in the Making and Professional Commentary

ABSTRACT

The purpose of this article is to outline the sociohistorical arguments that justify the presence of Clinical Social Work in Chile. The need to clarify this specialization arises within the context of the current transformations experienced by our professional identity in intervention scenarios. In this sense, the possibility of reflecting critically on the situation at hand leads us

¹ Chileno, Docente del Magíster en Intervención Sociojurídica con Familias, Universidad Andrés Bello. Trabajador Social y Magíster en Psicología Clínica de Adultos. E-mail: d.reyesbarra@uandresbello.edu

to reposition our history which, given the new contemporary challenges, needs to be resignified. Therefore, this document performs an archaeological and genealogical documentary analysis of the clinical practice of Social Work in our country, visualizing the historical vestiges of Clinical Social Work in certain contexts. Finally, professional commentary is made regarding the current situation of the social work profession and the need to transform our identity as social workers before a society of psychiatrization, which challenges us and invites us to develop a qualified practice.

Keywords: clinical social work, mental health, professional identity, clinical practice

Cartografia do Serviço Social Clínico no Chile: uma história em construção e um comentário profissional

RESUMO

Este artigo tem por finalidade criar um corpo de ideias que esbocem os argumentos sócio-históricos que justificam a presença do Serviço Social Clínico no Chile. A emergência por esclarecer esta especialidade ocorre em virtude das transformações atuais que experimenta nossa identidade profissional nos cenários de intervenção. Frente a isto, a possibilidade de refletir criticamente sobre esta situação nos leva a repositonar nossa história, a qual, em face dos novos desafios contemporâneos, necessita ser resignificada. Portanto, este documento realiza uma análise documental arqueológica e genealógica da prática clínica do Serviço Social em nosso país, visualizando os vestígios históricos do Serviço Social Clínico em alguns contextos. Finalmente, é apresentado um comentário profissional sobre a situação atual dos cenários laborais e a necessidade de transformar nossa identidade como assistentes sociais frente a uma sociedade psiquiatrizante, que nos interpela e nos convoca a desenvolver uma práxis qualificada.

Palavras-chave: Serviço Social Clínico, saúde mental, identidade profissional, prática clínica.

¿Qué es el Trabajo Social Clínico? Una arqueología de la disciplina en Chile

Podríamos afirmar que el Trabajo Social Clínico ha estado vinculado históricamente a la profesión desde el origen mismo del Trabajo Social en Chile, y sin duda que su relación directa es con la práctica clínica —antes llamada *casework*—, ejercida tradicionalmente en ámbitos sanitarios y específicamente en la salud mental. No obstante, esta praxis clínica hoy ha sido extendida a otras

áreas, como la protección infantil, la rehabilitación del consumo problemático de drogas o la justicia juvenil.

Respecto de los antecedentes históricos y teóricos de esta especialidad, existe evidencia bibliográfica que ha dado cuenta, de forma directa o indirecta, de esta especialidad (Chescheir, 1984; Quiroz y Peña, 1998; Quiroz, 2003, 2004; Reyes, 2014; Méndez, 2009, 2015; Huaquiche y Bastias, 2016; Bustos, 2016; Reyes, 2016; Reyes y Díaz, 2017; Díaz y Fontealba, 2018; Reyes, Grandón y Bustos, 2019; González y Castro, 2019), reconociéndose de esta forma los fundamentos sociopolíticos y disciplinarios que fundamentan la historicidad de dicha forma de Trabajo Social. Sin embargo, no existe una propuesta historiográfica específica que trace la historia del Trabajo Social Clínico en Chile, mientras que, por otro lado, el reconocimiento oficial del Trabajo Social Clínico, dentro del gremio y en las universidades, ha sido validado recién en estos dos últimos años en el país.

De acuerdo con lo anterior, comenzaremos por dar algunas directrices vinculares desde lo histórico y político para comprender el Trabajo Social Clínico en Chile, con la intención de crear ciertos mapas de la historia de dicha especialidad ante el vacío de sistematización histórica. Estas inquietudes, sin duda implican entender los eventos y acontecimientos sociales que han posibilitado su legitimidad, ante una presencia que no ha estado exenta de conflictos profesionales, disputas gremiales o controversias disciplinarias (Reyes, 2017; Matamala, 2018; Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico, 2019).

Definiciones iniciales

Según el Diccionario de Términos de uso frecuente en el Trabajo Social Chileno (Quiroz y Salazar, 1999, p. 177), el Trabajo Social Clínico “constituye una parte de la práctica del trabajador social²,

² Durante la escritura del texto alternaré la dignación trabajadora social o trabajador social. Principalmente para realizar una escritura y lectura fluida.

focalizada en ofrecer servicio directo al incremento del funcionamiento social”. Desde esta definición preliminar, podemos entender, por una parte, que esta práctica hace referencia a una cualidad específica de ofrecer atención directa —*cara a cara*—, relacionada con incrementar el bienestar humano, lo cual permite una mejora del funcionamiento social de las personas. Mientras que, por otra parte y de manera implícita, nos indica que, desde un punto de vista epistemológico, aquel cambio que conlleva la mejora del funcionamiento debe realizarse por medio de procedimientos conscientes, vinculados al método de casos o *casework*, en una primera instancia.

Ante esta doble lectura conceptual, es precisamente la función histórica del *casework* la evidencia que permite aclarar una parte de la génesis de la praxis clínica, y cómo ésta ha estado fundamentando la presencia del Trabajo Social Clínico en Chile, destacándose una evolución desde el *casework* hacia el Trabajo Social Clínico —similar a lo que ha sucedido en otros países— (Dorfman, 1988, 1996). Pero, es importante destacar las particularidades locales que lo hacen singular, ya que el *casework* se ha transformado e integrado a una forma de práctica clínica integrada o de intervención transformadora (Kisnerman, 1986, 1987), que ha incluido los niveles operacionales (individuos, familias y colectivos) en una unidad ontoepistemológica y metodológica, con una finalidad terapéutica basada en un componente ético, político y comunitario crítico en su matriz paradigmática.

Genealogía de la praxis clínica: las visitadoras sociales

El Trabajo Social es una de las profesiones más antiguas del país y ha estado relacionada directamente con el desarrollo del Estado moderno de Chile (Illanes, 2006). La profesión nace el 4 de mayo de 1925 —siendo la primera escuela en América Latina—, fundada por la Junta de Beneficencia de Santiago, gracias a la iniciativa del Dr. Alejandro del Río, un médico que había tomado contacto con la realidad sanitaria europea, percatándose de que la salud

pública del país necesitaba un componente social, que se materializara en una nueva profesión y que, desde el sistema sanitario público, pudiera contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que padecían de determinados problemas de salud, los cuales tenían como telón de fondo la marginalidad, la pobreza, serios problemas higiénicos y una gran presencia de analfabetismo (Quiroz, 2004a; Aylwin, Forttes y Matus, 2004).

La primera designación profesional a este oficio en nuestro país fue “visitadora social”, profesión que se enseñaba en la Escuela de Servicio Social de la Junta ya mencionada, la cual cambió de nombre posteriormente a Escuela de Servicio Social “Dr. Alejandro del Río”, en 1945. Esta era una institución al alero de la medicina, con un fuerte componente higienista y parajurídico, y con una motivación filantrópica y moral, basada en una “*ética del cuidado*”. Cabe mencionar que esta profesión fue ejercida principalmente por mujeres que, en su mayoría, pertenecían a una clase socioeconómica alta (Quiroz, 1999; Morales, 2010).

El ejercicio de las visitadoras sociales se desarrolló principalmente en establecimientos asistenciales, hospitalarios, asilares y dispensarios; ejerciendo funciones destinadas a la solución de los problemas socioeconómicos, vivienda insalubre y desintegración familiar, a causa de abandono, ilegalidad o incompetencia parental y protección a la infancia vulnerable. Estas configuraciones sociales complejizaban la situación clínica de los enfermos —niños o adultos—, ya que los problemas de hacinamiento, exclusión social o pobreza afectaban a la recuperación de cualquier persona con una enfermedad física o mental, impactando directamente a su grupo familiar y red social.

El aporte más significativo de estas profesionales que conforman parte de nuestra identidad es que cualquier problema social que una persona mantenga condiciona su bienestar subjetivo individual o familiar, por lo que las variables contextuales impactan en la subjetividad de la persona, siendo cada caso único y singular, y digno de una atención sistemática y científicamente orientada. Sin

duda que esta premisa es coherente con una perspectiva transversal del Trabajo Social Clínico en un nivel global: la persona en su entorno —*the person in environment*—. Para algunos psiquiatras y terapeutas familiares, las visitadoras sociales,

además de ocuparse de satisfacer las necesidades básicas de las personas pobres y marginadas, intentaban aliviar el sufrimiento emocional de las familias. A través de las visitas a domicilio, traspasaron la barrera médico-paciente y se contactaron directamente con las familias en su hábitat natural y con la complejidad de las redes relacionales. (Rosselot y Carrasco, 1997, p. 66)

El Trabajo Social de Casos como plataforma clínica: servicios de salud mental y contextos sociojurídicos

En la década de 1940 se crean las escuelas de Servicio Social del Estado de Chile, debido a que la profesión había demostrado ser útil en diferentes campos de la realidad social, integrándose los hombres a la formación en esta profesión. En 1948, estas escuelas son anexadas a la Universidad de Chile y dependen de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, aprobándose el grado universitario el 5 de diciembre de 1950 por parte del Consejo Universitario (Quiroz, 2004a). Esto posibilitó dos grandes ejes en la profesión: se cambió la denominación de “visitadora social” a “asistente social”, lo cual implicaba una nueva identidad profesional, y se incrementaron los años de estudio, incorporándose materias de ciencias sociales y metodologías propias del Trabajo Social, como el *casework* y el *group work*.

Durante esta época, varias profesoras de dichas escuelas comenzaron a tener contacto con el Trabajo Social norteamericano, a partir de estudios de posgrado realizados en EE.UU., influenciando la formación y enfatizando en la necesidad de una práctica rigurosa del Trabajo Social en Chile (González, 2012). El *casework* tuvo un lugar central en el curriculum y en la práctica a modo general, pero este método no tuvo una adaptación rigurosa en algunos cam-

pos, siendo reducido a una forma manual procedimental que no tenía la complejidad y riqueza teórica que existía en Norteamérica, ni mucho menos un énfasis terapéutico; como ejemplo de esto, el psicoanálisis, como base teórica en el *casework* chileno, nunca tuvo una influencia masiva en la totalidad de la práctica (Catalán, 1971). No obstante, solo las trabajadoras sociales que estaban en servicios de psiquiatría fueron rigurosas en su aprendizaje y práctica, incorporando ideas psicoanalíticas y psiquiátricas a su quehacer “pero para ello fueron formadas en los mismos servicios de salud... estas profesionales complementaron siempre el diagnóstico psiquiátrico del paciente con elementos del medio ambiente, fundamentalmente de la familia, y realizaban intervenciones en ese medio” (Aylwin y Solar, 2009, p. 77).

Respecto de lo anterior, podemos afirmar que una gran parte de la práctica clínica del *casework* que fue rigurosamente aplicada estuvo en las acciones de trabajadoras sociales pertenecientes a la salud mental, principalmente aquellas que realizaban funciones en hospitales psiquiátricos. El *casework*, en este escenario, aportaba al estudio social psiquiátrico y al tratamiento de los pacientes junto a sus familias, proporcionando un marco referencial operativo que era conceptualizado como

un acontecimiento viviente, cuyas partes son personas y situación, realidad objetiva y realidad subjetiva, como partes en constante interacción... es un proceso psicosocial con factores internos y externos en interacción, donde cada uno de ellos es un acontecimiento viviente y en el cual coexisten elementos físicos, mentales, emocionales, sociales y culturales en diferentes proporciones... el trabajador social no puede separar los elementos, sino con el objeto de conocerlos mejor y diferenciarlos... para alcanzar los objetivos debe incorporar en el proceso tanto el conocimiento adecuado para la comprensión del desarrollo de la personalidad, en lo normal y en lo patológico, como de la sociedad de la cual forma parte el asistido y el profesional, y un conocimiento de los valores culturales, especialmente del grupo social a que pertenece. (Flores, 1982, p. 147)

Entonces, ¿cuáles eran las razones por las cuales las trabajadoras sociales psiquiátricas aplicaran el *casework* tan rigurosamente a su práctica? Cabe referir que los equipos de salud mental en dicho contexto, y aproximadamente desde los años cincuenta hasta finales de los setenta, estaban compuestos por un equipo limitado de profesionales —el médico, la enfermera, un técnico paramédico y el trabajador social—. Recién en 1952 aparece la primera generación de psicólogos en Chile, siendo éstos incorporados en el sistema sanitario a finales de los años ochenta y expandiéndose los años posteriores (Scharager y Molina, 2007; Urzúa, Vera, Zúñiga y Salas, 2015).

Ante esto, el trabajador social tuvo que fortalecer sus habilidades de intervención para la entrevista clínica, la observación clínica, la intervención en crisis y la visita domiciliaria, adaptando todas estas estrategias a la salud mental, principalmente por orden del médico jefe del servicio respectivo, quien también delegaba funciones de intervención en el núcleo familiar y en el entorno del trabajador social, para que posteriormente el paciente pudiera integrarse a su medio adecuadamente después de una hospitalización psiquiátrica. Esto provocó que los conocimientos terapéuticos, como el psicoanálisis, y los conocimientos psicopatológicos se adaptaran al *casework* y fundamentaran la práctica clínica (Barraza, 1990; Reyes, 2014).

Por otro lado, los casos complejos, vinculados a problemas legales y vulneraciones de derechos, relacionados con la intervención directa en Trabajo Social con familias, eran atendidos por una asistente social del Servicio Nacional de Salud, designada por el tribunal respectivo. Esta situación duró hasta 1961, cuando se crearon los tribunales de menores vinculados a temáticas de familia (Narbona, 1978). No obstante, y pese a que dentro del campo sociojurídico el *casework* constituyó uno de los principales métodos de práctica, éste quedó supeditado a la función del poder judicial, en la que el trabajador social era un auxiliar de la justicia y un dispositivo disciplinario de control social, cumpliendo dentro de su práctica un rol de inspección, vigilancia e investigador policial,

traducido en la frase “ojos y oídos del juez” (Salum y Salum, 2018). A pesar de esta relación institucional histórica, en estos contextos de intervención psicosocial vinculados a lo sociojurídico, hoy existen asistentes comprometidos con una práctica clínica crítica, con la intención de deconstruir aquel rol asistencialista y de control social en la identidad del trabajador social, proponiendo una identidad terapéutica en el trabajo infanto-juvenil (Reyes y Díaz, 2017; Grandón, 2018).

Hegemonía ideológica y supresión del *casework*: resistencias

Durante la década de los sesenta y principios de los setenta, el Trabajo Social chileno estuvo vinculado al movimiento llamado “Reconceptualización”, influenciado por los fuertes cambios sociales experimentados en América Latina, relacionados con la Reforma Agraria y la eclosión de gobiernos socialistas en diferentes países del continente. En este sentido, muchos trabajadores sociales —en concreto, académicos— sintieron un profundo descontento con los métodos de la profesión, principalmente con el *casework*, al cual tildaban de ser clasista, enfocado en una micro realidad que no transformaba a la sociedad, además de ser conservador, por centrarse en la familia y en el individuo como objetos de intervención adaptadora, no demostrando un compromiso ético y político ante las desigualdades sociales estructurales que eran la base de los problemas que tenían los individuos (Solar, 1984; Cuevas, 2010).

Gran parte de las escuelas de Trabajo Social sintieron un cuestionamiento hacia el conocimiento del Trabajo Social que provenía de Norteamérica y Europa, argumentado que dichas realidades sociales, desarrolladas y colonizadoras, no compartían el tipo de sociedad y de realidad sociocultural que existía en Latinoamérica. Ante esto, el *casework* fue eliminado de la formación universitaria en general a mediados de los sesenta y, en su lugar, el paradigma que sustentó toda intervención e ideología política en Trabajo Social fue el dialéctico de corte marxista. No obstante, ocurre algo

particular ante este escenario que contrapone el espacio académico y el profesional. Según Méndez (2015), se produjo la paradoja de que los asistentes sociales de la época no eran formados en intervención con personas y familias, pero sí debían ejercer ese rol en el quehacer cotidiano, ya que la comunidad los percibía en él, y los siguen requiriendo aún hoy en día. Es así como el lugar central de la profesión siempre ha sido el ejercicio de actividades tradicionales, vinculadas a la práctica de acciones directas con los sistemas humanos.

Sin duda que la reconceptualización influyó tanto en la academia y en los espacios formativos desde un monoparadigma que se olvidó de la realidad profesional institucional en la que ejercían los trabajadores sociales. En una investigación realizada en 1967 por el Instituto Superior de Servicio Social, citada por Solar (1978, p. 5), se “concluyó que aproximadamente el 80% de las Asistentes Sociales trabajaba en caso”. Por lo tanto, el rol adscrito por la sociedad a la práctica del trabajador seguía ligado al trabajo con familias y a la atención individualizada, y en el contexto de la salud mental o de intervención directa su rol era mucho más relacionado con lo terapéutico en el quehacer. Ante esto el panorama profesional

experimentó una profunda división entre los profesionales que apoyaban la Reconceptualización, liderados por las Escuelas, y quienes aprendían el pasado de la profesión, liderados por el Colegio de Asistentes Sociales. El Colegio no se oponía a los cambios, pero postulaba que ellos no podían ser hechos a base o en cuestionamiento de todo lo que la profesión había avanzado hasta ese momento. (Peña y Quiroz, 1999, p. 154)

Por lo tanto, podemos reconocer que la Reconceptualización entregó una necesidad por mantener un espíritu crítico contra lo normalizado y opresivo, como también un compromiso ético y político necesario para nuestras sociedades latinoamericanas atravesadas por la injusticia y la desigualdad social. También que, en las prácticas clínicas colectivas, es un eje transversal en el de-

sarrollo comunitario y grupal de muchas poblaciones que luchan contra un sistema discriminador y fragmentado, y que constantemente reproduce prácticas individuales.

Pero, por otra parte, este movimiento ideológico provocó un daño formativo que hasta hoy afecta nuestra práctica e identidad, ya que se restringió a muchos profesionales —debido a docentes reconceptualizados— de los avances en el tratamiento familiar, de las transformaciones del *casework* y de prácticas emergentes, como la terapia familiar, que se extendían en Norteamérica por aquella época. Se promovió en las academias un rol reducido a la gestión política e ideológica, sin impacto en las poblaciones que requerían de servicios directos específicos ante problemas gravísimos, como el alcoholismo o la desintegración familiar.

De acuerdo con Bernler y Johnsson (1997, p. 11), “es por eso que entre los trabajadores sociales que han cursado sus estudios en los últimos años, hay muy pocos que sepan lo que es *casework*. Otros grupos profesionales que se dedican al trabajo psicosocial desconocen, en general, casi totalmente el tema”. La Reconceptualización sepultó grandes avances disciplinares, como fue la legitimación temprana de la práctica clínica, quedando este espacio laboral asociado y colonizado por la psicología y la psiquiatría, dominando dichas disciplinas gran parte de estas prácticas, principalmente la terapia como rol profesional.

Dictadura militar y reparación de derechos humanos: retrocesos y subversiones

El 11 de septiembre de 1973, Chile sufrió un golpe de Estado organizado por las fuerzas armadas, quienes, descontentas con el gobierno socialista de Salvador Allende e impulsadas por los movimientos conservadores, militares y neoliberales de la región, terminaron por destrozar la unidad social del país. Este periodo dictatorial duró hasta 1990, y ocurrieron grandes retrocesos para la profesión. Primero que todo, se cerraron casi todas las escuelas de Trabajo Social, por considerarlas revolucionarias o marxistas, y

muchos estudiantes y académicos fueron asesinados, algunos fueron presos políticos o víctimas de tortura, y otros sufrieron la desdicha de ser detenidos desaparecidos³.

En 1980, el decreto con fuerza de ley N°1 del Ministerio de Educación quitó el grado universitario a la profesión, provocando la precarización formativa y un daño social hacia la imagen profesional. En 1981 la dictadura dividió la Universidad de Chile, institución que tenía presencia nacional en diferentes regiones y, desde aquella fecha, se crearon nuevas universidades según la región del país, por lo que se volvieron a abrir algunas nuevas escuelas de Trabajo Social pero bajo una influencia asistencial, administrativa y despolitizada; mientras que las otras nueve carreras existentes en el país estaban intervenidas por los militares, determinando la formación hacia una práctica descarnada de la realidad social (González y Morales, 2010). Todo este daño profesional podríamos considerarlo como parte de un gran trauma psicosocial colectivo y que recién hoy es posible reescribirlo (Martín-Baró, 1992).

Muchos trabajadores sociales fueron expulsados de los principales servicios públicos, refugiándose algunos en instituciones no gubernamentales, asociadas a la Iglesia católica concretamente. Podríamos decir que los trabajadores sociales que ejercían en contextos de salud mental y que ejercían funciones terapéuticas quedaron relegados solo a los servicios de psiquiatría y a una práctica individualizada-familiar, ya que algunos proyectos de psiquiatría comunitaria también fueron intervenidos por las agencias de inteligencia de la dictadura. La mayoría de la práctica del Trabajo Social quedó reducida, según Quiroz (2004a, p. 116),

nuevamente al ámbito asistencial, se lo limita a la atención de casos, cumpliendo una función de administrador de recursos (Ej: subsidios, gratuidades médicas, etc.), para auxiliar a los sectores de “extrema pobreza”. En la mayor parte de los casos,

³ Para mayor información sobre los trabajadores sociales asesinados en dictadura, ver Centro de Estudios Miguel Henríquez. Recuperado de http://www.archivochile.com/Derechos_humanos/doc_gen_ddhh/hhdddogen0018.pdf

la función de agente o promotor de desarrollo social ejercida, hasta el momento, por los trabajadores sociales, es traspasada al “voluntariado”.

El 6 de octubre de 1973 se funda el Comité de Cooperación para la Paz de Chile, siendo la primera organización en defensa de los derechos humanos. Esta, a su vez, era una organización ecuménica que entregó asistencia judicial, económica, técnica y espiritual a muchos chilenos que sufrían de persecución política. El departamento de asistencia familiar de los detenidos desaparecidos llegó a atender 8.718 personas en tan solo dos años; sin embargo, la misión de esta institución provocó disgusto en las altas direcciones de la dictadura militar y, en 1975, el dictador Augusto Pinochet dirigió una carta al cardenal Raúl Silva Henríquez solicitando su disolución como institución, lo que significó el fin de aquella organización, pero no del espíritu de su trabajo (Del Villar, 2018).

El 1 de enero de 1976 se funda la Vicaría de la Solidaridad, institución ligada a la Iglesia católica, la cual continúa con el trabajo emprendido por el Comité de Cooperación para la Paz. Durante sus 16 años de existencia se encargó de entregar apoyo judicial, psicosocial, espiritual, económico y colectivo a todas las personas perseguidas por la dictadura militar, y a sus familiares y redes cercanas, además de defender sus vidas y buscar la libertad de los detenidos. Los asistentes sociales jugaron un papel clave en la atención psicosocial —individual, familiar y colectiva— en dicha institución. No obstante, hay algunas situaciones importantes que recalcar respecto de la práctica clínica en dicho clima profesional y sociopolítico.

Como podemos recordar la “Reconceptualización” había sepultado el *casework*, lo que provocó una falencia formativa en los trabajadores sociales de esta época; por otra, la dictadura intentaba reducir la profesión a la mera caridad. Bajo este contexto, el *casework* vuelve a resurgir y a ser valorado como método de atención para las víctimas de violaciones a los derechos humanos, situación que fue inesperada para muchos profesionales y, en este

sentido —y de acuerdo con el testimonio de una trabajadora social de aquella época—,

...no estábamos preparadas para esto... Nosotras estábamos formadas para el trabajo con la comunidad y con grupos y valoramos muy poco la atención individual. La represión nos hizo volcarnos en la atención de casos [en la que] nuestra intervención estaba dirigida a que las personas afectadas recuperaran sus roles, sus derechos y su identidad. (Sepúlveda, en Morales, 2010a, p. 186)

En este sentido, el *casework* u otras modalidades de intervención no estaban sistémicamente fundamentadas en aspectos teóricos o en enfoques claramente delimitados. Esto se debía principalmente a la acción solidaria ejercida en esa institución que estaba situada en la inmediatez y en la rapidez del servicio hacia las víctimas (Aylwin, 1979). Recordemos que el trabajo en esta institución se realizaba bajo la amenaza y la persecución política, inclusive muchos de sus miembros fueron exiliados, encarcelados o asesinados. Gracias al respaldo nacional e internacional, la Vicaría pudo sobrevivir y dar atención a las víctimas.

Lo más significativo de esta experiencia, que se puede considerar una práctica clínica llevaba a cabo por estos trabajadores sociales, es que establecen una misión ética y reparatoria para que las personas, familias y colectivos puedan recuperar su dignidad humana, lo que algunos enfoques posmodernos, como la terapia narrativa, llamarían “prácticas basadas en una metodología de la esperanza”, las cuales buscan la agencia personal de las víctimas y colectivos (Denborough, 2008).

La década de los años ochenta otorgará apertura ante el hostil clima que la práctica clínica vivenciaba en este contexto dictatorial. El Trabajo Social, en esta época, retoma su estudio hacia las intervenciones individuales y familiares, reconociendo que las personas siempre han seguido requiriendo de este tipo de intervención, ya que el contexto de la intimidad histórica de nuestra profesión con las personas —la intervención cara a cara— ha permitido que

ellas se sientan escuchadas, contenidas, comprendidas y ayudadas. Al mismo tiempo, muchos estudiantes de Trabajo Social, ya sea por contacto personal o por el imaginario social, reconocen que el trabajador social desempeña acciones directas, como entrevistas en oficinas, visitas domiciliarias, talleres de grupos con padres, niños u otras formas colectivas que se relacionan directamente con la atención clínica directa (Méndez, 2015).

La perspectiva sistémica fue influyendo directamente en la práctica de trabajadoras sociales que trabajan en salud mental o en algunas instituciones de trabajo con adolescentes, como la Corporación para la Orientación, Protección y Rehabilitación del Menor. Aquí se incluyen algunos estudios realizados sobre la aplicabilidad de este enfoque en la práctica del trabajador social o en problemáticas psicopatológicas, tal como sucede en la Unidad de Familia del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital del Salvador, o en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile (Alvear, Herrera, Iglesias, Márquez y Paredes, 1984; Morales, 1983). Como también para la Rehabilitación Conductual y el Trabajo Familiar, en la que utilizaban la terapia familiar sistémica u otras intervenciones sistémicas, como los grupos de padres (Catalán y Prado, 1984). Además de posiciones profesionales teóricas fundadas desde esta perspectiva (Tomic, 1984).

Además, aparece un primer artículo sobre la información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico (Chescheir, 1984). Todo esto debido principalmente a psiquiatras que se formaban fuera del país, que implementaban intervenciones clínicas sistémicas en estos contextos públicos y que influenciaron a trabajadores sociales u otros profesionales. Por otra parte, los trabajadores sociales, docentes de las Escuelas de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chile, que se habían formado en terapia familiar o habían adquirido estudios de Master of Social Work (MSW) en Estados Unidos, comenzaron a dar una arista terapéutica a la formación en Trabajo Social, específicamente al trabajo con familias desde una perspectiva sistémica (Jiménez, 1980; Pérez y Almonte, 1988; Reyes, 2016).

Vuelta a la democracia: enfocándose en el trabajo con familias y trazando nuevas directrices en el Trabajo Social

El retorno a la democracia, en 1990, significó para Chile la posibilidad de volver a unir al país como sociedad. Se reconoció la violación de derechos humanos ocurridos en dictadura y se crearon dos informes, el de la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura —Comisión Valech— y el de La Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación —Comisión Rettig—, los cuales estaban destinados al reconocimiento y reparación de las personas víctimas de represión política por parte del Estado en dictadura.

Este escenario marca la tendencia prioritaria para la formación y práctica del Trabajo Social en el ámbito de los derechos humanos, siendo el “método de caso” una prioridad para el trabajo con dicha población, víctima de represión y tortura política. En este sentido, el *casework* queda trazado por tres líneas de acción:

una acción asistencial: que revaloramos ineludible en el proceso de ayuda a la recuperación de la autonomía. Una acción terapéutica: que descubrimos como eje inherente al desarrollo de un trabajo que tiene por eje el vínculo creado entre el asistente social y el afectado. Una acción educativa: que destacamos como elemento esencial en el proceso de apoyo a la reinserción social. (Gallardo, 1990, p. 64)

Un libro destacado al respecto fue *Familia, Género y Terapia: Una experiencia de Terapia Familiar Sistémica* (1997), del Comité de Defensa de los Derechos del Pueblo, a través de su programa de Terapia Familiar, compuesto por equipos multidisciplinarios y guiados por enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras formados como terapeutas familiares. En dicho texto se encuentra un capítulo escrito por una trabajadora social, en el que se relata el trabajo terapéutico realizado desde una iniciativa perspectiva narrativa, por lo cual este trabajo representó, para ellos,

nuestro encuentro con horrores que antes no habíamos sospechado o previsto; en estas psicoterapias... terapeuta y paciente no sólo buscan curar a éste, sino también necesitan comprender el fenómeno de la violencia social en sus aspectos relacionales. La necesidad de comprender surge de la convicción de no aceptar el horror pasivamente. (Hering, 1997, p. 91)

La terapia familiar sistémica fue un elemento clave de interés para la formación profesional y para la práctica del Trabajo Social con familias en diferentes contextos, y particularmente en la psiquiatría, los derechos humanos y en la práctica con población infantojuvenil. En este sentido, la salud mental empieza a ser vista como un campo que se puede profundizar en las próximas décadas en el Trabajo Social. Sin embargo, la terapia familiar comienza a quebrar los límites profesionales rígidos entre disciplinas, para formar equipos multidisciplinarios de intervención; pero esto parece asustar a ciertos gremios y, en específico, a la joven Psicología, que estaba tratando de ganar un espacio de validación en la salud mental, autodeclarándose exclusiva para el ejercicio de la terapia familiar y la salud mental.

No obstante y ante una eventual dominación de las prácticas terapéuticas por parte de la Psicología, aparecen algunas clarificaciones y declaraciones importantes en algunos artículos académicos sobre la relevancia de la identidad del trabajador social en dichas áreas y prácticas (Aylwin, 1991; Álvarez, et al., 1992; Saldías, 2018). Lamentablemente, la Psicología y la Psiquiatría lograrán más adelante monopolizar la terapia familiar y la psicoterapia, expulsando al Trabajo Social por un buen tiempo, mediante la creación de acreditaciones en psicología clínica que otorgaban la pericia en psicoterapia. No obstante, debido a irregularidades legales⁴,

⁴ Como un presagio, el decano de la Universidad de Chile 2017 realiza un análisis de la situación irregular de la psicología clínica en el país, dando una antesala a los hechos actuales: Recuperado de <http://www.uchile.cl/noticias/133422/la-salud-mental-en-chile-y-la-acreditacion-de-psicologos-as-clinicos>

todo este sistema, creado fraudulentamente, cae por un dictamen de Contraloría hace algunos años⁵.

En 1996, la Universidad de Concepción publica un libro de suma relevancia *El Sociodiagnóstico*, de Mario Quiroz e Iván Peña, que aborda directamente la relación entre *casework* y Trabajo Social Clínico, enfatizando la importancia de realizar un diagnóstico social clínico que permita intervenir de forma sistemática en determinadas áreas, como la familia, la infancia y la salud. Analiza las escuelas filosóficas que han dado origen al Trabajo Social Clínico en Chile y elabora instrumentos de diagnóstico clínico social para situaciones problemáticas relacionadas a los problemas conductuales en los niños y el sistema familiar.

Cabe mencionar que esta Universidad, y varios de sus profesores que pertenecen a la Escuela de Trabajo Social, han publicado textos importantes, como *La visita domiciliaria desde una perspectiva sistémica en el Trabajo Social con Casos*, que tiene una mirada clínica relacional (Quiroz, 1994); *El modelo clínico de intervención psicosocial para el Trabajo Social*, que rescata los aportes de autoras clásicas del Trabajo Social, como Florence Hollis y Gordon Hamilton (Méndez, 1998). Además, hay algunas propuestas específicas para la práctica de la terapia familiar desde un enfoque intergeneracional, o la relevancia de la primera entrevista en la práctica profesional como estatus clínico indiscutido (Quiroz, 1998; 2000).

Siglo XXI y escenario actual: emergencia, controversias y nuevas voces

La década del 2000 está marcada por relevantes cambios en la profesión, tanto en lo académico como en lo gremial. Una de las principales intenciones de los trabajadores sociales fue recuperar el rango universitario que había sido derogado en dictadura. Ante

⁵ Comunicado oficial del Colegio de Psicólogos ante la clausura de su acreditación clínica: Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/2019/01/24/comunicado-n01-2019/>

esto, se realizaron diversos esfuerzos políticos y legales que permitieron crear el proyecto de Ley N° 20.054, que reconocía que

la labor de los asistentes sociales chilenos ha quedado marcada en la historia social y política... incluyendo la apertura de métodos innovadores en su tiempo, como fueron el desarrollo de la terapia familiar, la organización del movimiento poblacional y vecinal; la teoría del desarrollo local; la asistencia social especializada para víctimas de la represión política durante el Gobierno Militar; la implementación de las políticas y programas de promoción de la mujer y de combate a las discriminaciones de género... Las y los asistentes sociales día a día hacen su aporte al progreso humano de nuestra Nación. (Congreso Nacional de Chile, 2002, p. 5)

Pese a las divisiones existentes, se logró aprobar “la exclusividad universitaria” del Trabajo Social en 2005 (González y Morales, 2010). Las licenciaturas en Trabajo Social empezaron a funcionar como un requisito ineludible para la obtención del título profesional, que ahora ha cambiado de “asistente social” a “trabajador social”. Un cuerpo sólido de conocimientos en ciencias sociales, metodologías de Trabajo Social y ciertos cursos electivos especializados comenzó a ser parte de los *curricula*, demostrando un estatus epistemológico disciplinar único (Toledo, 2004). Y respecto de los aspectos vinculados a la praxis clínica, la formación para el trabajo con personas y familias fue un área prioritaria en algunas escuelas de Trabajo Social.

Dos libros marcan profundamente la formación de aquellos tiempos e introducen nuevos paradigmas para el trabajo con personas y familias. En el nivel local, en 2003 se publica *Trabajo Social Familiar*, de Nidia Aylwin y María Olga Solar, que realiza una síntesis de una serie de modelos de intervención ligados al Trabajo Social con casos y al tratamiento familiar, destacándose la perspectiva sistémica y construccionista, centrada en las fortalezas y en la resiliencia, siendo una antesala para la relación entre Trabajo Social Clínico y Terapia Familiar. Por otra parte, *Pensar el Trabajo Social:*

una introducción desde el construccionismo, del argentino Natalio Kisnerman, cuya segunda publicación de 2005 influyó fuertemente en la aulas chilenas, invitando a los enfoques construccionistas sociales, narrativos y sociocríticos, que otorgan una nueva lectura al Trabajo Social latinoamericano, recuperando nuestros autores disciplinares e identificando una práctica unificada —personas, familias y colectivos— (Kisnerman, 2005).

La Universidad de Concepción, en 2003, comenzó a trabajar en un modelo de formación académica en el Trabajo Social con familias, propuesta dirigida por Mario Quiroz, Iván Peña y Natalia Mora. Este contemplaba una integración del *casework* y del tratamiento familiar, incluyendo la terapia familiar y sus herramientas a la práctica profesional del trabajador social en formación; incorporando la supervisión clínica centrada en la persona del terapeuta en dos niveles: una enfocada al desarrollo personal y otra al trabajo con la familia de origen desde la óptica simbólico-experiencial, basada en James Framo y Virginia Satir; más una supervisión clínica grupal bajo espejo unidireccional (Quiroz, 2004). Otro texto de gran relevancia será *Problematizar el Trabajo Social*, de Saül Karsz, un texto que coloca una mirada clínica transdisciplinaria a la profesión. Posteriormente, en 2009, Ximena Méndez lanzará un libro de compilación de modelos de intervención para el *casework*, texto que aporta una célula incipiente de los marcos referenciales de la práctica genérica del Trabajo Social Clínico que surgirá más adelante.

La década de 2010 estará marcada por las nuevas generaciones, que darán una lectura crítica a la formación con familias y pondrán la reincorporación de la terapia familiar, del trabajo social clínico y de la salud mental como conocimientos y especialidades claves para recuperar una historia que ha estado dominada por la colonización psicológica y psiquiátrica respecto de estos temas. En este sentido, habrá tres congresos de estudiantes en los que se expondrán estos temas: en 2011, en la Universidad de Concepción; en 2012, en la Universidad Arturo Prat de Iquique, y en 2013, en la Universidad de los Lagos de Osorno. Algunas de

las ponencias de cada año están trazadas por la necesidad de incorporar a los autores clásicos del Trabajo Social vinculados a la terapia familiar y a la psicoterapia, con la finalidad de estimular la toma de conciencia de la praxis terapéutica en el Trabajo Social, sentando las bases para el naciente Trabajo Social Clínico, que será un futuro prominente ante el deterioro de la imagen social de la profesión, ante los problemas políticos, gremiales, académicos y laborales (Reyes, 2011; Reyes, 2012; Reyes, 2013).

En 2014, a nivel institucional sanitario, en el sur austral del país, el Hospital de Puerto Montt crea la Unidad de Trabajo Social Clínico. Con esta denominación se intenta diferenciar el rol clínico y de intervención social con casos complejos (línea terapéutica), respecto del Trabajo Social realizado en las áreas de Recursos Humanos, de la Oficina de informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), etc. Se trata de una unidad de apoyo clínico, integrada a los equipos multidisciplinarios de salud, que participa en el análisis y evaluación social de los problemas de salud de los usuarios, poniendo énfasis en el abordaje de factores sociales determinantes de la salud y en la gestión de acciones que incorporan a la familia y su entorno, en permanente coordinación con la red social, para favorecer el tratamiento, la rehabilitación y la protección de la salud. Cabe mencionar que esta unidad es única en el país y constituye un antecedente digno de replicar en todas las instituciones sanitarias de Chile (Ministerio de Salud, 2019).

En 2015 aparece un texto relevante respecto al tema: *Trabajo Social con personas y familias: modelo clínico de intervención*, de Ximena Méndez, un libro que vuelve a colocar en la palestra el Trabajo Social Clínico, vinculando algunas de las propuestas locales con la de Amaya Ituarte, de España, realzando nuevamente una mirada de intervención psicosocial como aspecto clínico en el Trabajo Social.

Por otra parte, el 18 de marzo de 2017, y gracias a las tecnologías de internet, diversos trabajadores sociales interesados en la práctica clínica del Trabajo Social, tanto local como internacional

—Chile y España—, fundan el sitio web Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico, que busca mantener actualizado, informado, conectado y movilizado al colectivo profesional respecto de esta temática, siendo una de las principales referencias del Trabajo Social Clínico en idioma español y desencadenando un punto de encuentro importante en Chile y en otras latitudes hispanoparlantes.

Un hito histórico importante y relevante en estos últimos años de relaciona con que, el 9 de marzo del 2018, el Ministerio de Salud de Chile aprueba las *Normas y Orientaciones técnicas del Trabajo Social en Salud*, documento organizado por el Colegio de Trabajadores Sociales de Chile, que actualiza *Normas y Orientaciones para el Asistente Social en Salud*, de 1993. Esta actualización se venía trabajando ya varios años, pero recientemente pudo tener el respaldo ministerial, gremial, académico y profesional respectivo. En este documento:

- Se reconoce la Salud Mental como campo específico de la profesión, definiendo al Trabajo Social en Salud Mental como Trabajo Social Clínico. Utilizando una definición de autores locales.
- Da cuenta de determinadas acciones concretas que se definen como atención directa/clínica asistencial.
- Enfatiza en las funciones de atención, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento profesional.
- Establece un modelo clínico del Trabajo Social en salud y se fundamenta y valida desde la perspectiva holística y ecosistémica persona-ambiente.
- Legitima el uso de métodos como la psicoterapia familiar y grupal, la supervisión, la consejería y el acompañamiento psicosocial; declarando la relación histórica con dichas prácticas.

Asimismo, el documento asume que la profesión aporta saberes y competencias altamente especializadas en el campo de la salud y

de la justicia, específicamente en la intervención con personas que sufren trastornos mentales o con las personas en conflicto con la ley (MINSAL, 2018).

Sin duda que este documento ha significado un reconocimiento histórico, colocando en la palestra la visibilización de una serie de prácticas que realizan los trabajadores sociales en el país, en el ámbito sanitario, clínico y terapéutico. No obstante, y desde la toma de conocimiento público de esta normativa, el Colegio de Psicólogos⁶ ha realizado una serie de esfuerzos, recursos administrativos y jurídicos, y declaraciones que han pretendido expresar que el campo de la psicoterapia es de exclusividad profesional, pero su influencia ha sido desorganizada y con un apoyo pequeño del sector ortodoxo; principalmente, su postura gremial de defensa ha sido un discurso denigratorio hacia el Trabajo Social y sus argumentos legales oscilantes e invisibilizadores de un contexto mundial: porque hasta la misma American Psychological Association (APA) reconoce el ejercicio de la psicoterapia en el Trabajo Social y, específicamente, en el Trabajo Social Clínico⁷.

El Colegio de Trabajadores Sociales de Chile, ante el conflicto con el gremio de Psicología, decidió crear, por iniciativa de la presidenta, Sra. Alicia Yáñez Merino, el Comité de Trabajo Social Clínico y Salud Mental, con la finalidad de apoyar y asesorar al gremio profesional en esta nueva identidad especializada. Esta iniciativa comenzó a funcionar el 24 de julio de 2018. La creación de este comité fue apoyada por el trabajador social clínico y académico de la Duke University de Estados Unidos, Williams Meyer, como también por Sonia Martins Seixas, de Brasil, quien es miembro de la American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work; a su vez, el Dr. Jonathan Regalado, de España, también apoya esta iniciativa y moviliza al colectivo de Trabajo Social de Islas Canarias para la creación de un comité similar en la asociación

⁶ Para más detalles, ver: <http://colegiopsicologos.cl/2018/06/29/comunicado-n052018/>

⁷ Para mayor información, ver: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/psychotherapy-professionals>

gremial respectiva de ese país. Todas estas personas enviaron una carta pública celebrando este comité.

A raíz de estos eventos, el Colegio de Trabajadores y Trabajadoras Sociales de Chile ha realizado variados cursos en diversas ciudades del país —Arica, Santiago, Valparaíso, San Antonio, Concepción y Puerto Montt— sobre Fundamentos del Trabajo Social Clínico desde una perspectiva Narrativa y Antiopresiva. Además, realizó el primer conversatorio internacional, llevado a cabo el 15 de mayo de 2019, que contó con la presencia del Dr. Jonathan Regalado, de España. Todos estos esfuerzos gremiales sitúan al Colegio profesional de Trabajo Social como el principal actor en respaldar el Trabajo Social Clínico en el país, e inclusive en Latinoamérica, masificando una identidad profesional contemporánea en nuestros países.

Paralelamente a este contexto gremial, a nivel académico se comenzó a realizar una serie de seminarios, encuentros y conversatorios sobre Trabajo Social Clínico en diferentes universidades del país, entre 2018 y 2019. Las universidades que han promovido seminarios de Trabajo Social Clínico son, y se nombran desde la primera a la última, Universidad de La Frontera, Universidad Arturo Prat de Iquique, Universidad del Bío Bío sede Chillán, Universidad de Valparaíso, Universidad de Viña del Mar, Universidad Santo Tomás sede Iquique, Universidad Tecnológica de Chile sede Iquique, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Universidad San Sebastián sede Santiago, Universidad Católica Silva Henríquez y Universidad Tecnológica de Chile sede Santiago.

Uno de los últimos acontecimientos es la fundación del Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico⁸, proyecto social que nace como un efecto coherente con todos estos actos. Dicha institución na-

⁸ Este proyecto social, fundado el 19 de mayo de 2019, busca fortalecer el ejercicio de la praxis clínica en la profesión, tanto en Chile como en otros países de la región. Actualmente es el primer instituto sobre el tema en Latinoamérica. Para más información, ver <http://www.ichtsc.com>

ce al igual que las instituciones vigentes en gran parte del mundo y que se vinculan al desarrollo de esta especialidad en el Trabajo Social. Este nuevo actor viene a legitimar, aportar y dar voz a los profesionales del Trabajo Social en el desarrollo de una práctica terapéutica cualificada en Chile y Latinoamérica, teniendo un sello distintivo singular, ya que considera al Trabajo Social Clínico como una práctica terapéutica especializada, posgraduada, crítica, política y performativa.

También han ocurrido encuentros académicos, en los que miembros del Comité del Colegio referido han expuesto sobre Trabajo Social Clínico en contextos institucionales locales. Una de estas exposiciones fue la realizada en el Hospital del Salvador, en la ciudad de Valparaíso. Otros encuentros han sido en el I Congreso Nacional del Perú, en la ciudad de Puno, y en el II Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay, en donde también se ha expuesto sobre Trabajo Social Clínico desde la Terapia Narrativa. El Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS), en Perú, ha realizado un Seminario sobre Intervención Sistémica en el 2018, y últimamente, en 2019, dictó un curso de 32 horas sobre Trabajo Social Clínico y Terapia Familiar: una perspectiva Posmoderna, Narrativa y Crítica, y otro curso de 21 horas, en conjunto con el Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico, sobre Trabajo Social Clínico Informado por el Trauma: Una Perspectiva Narrativa y basada en Fortalezas. Finalmente, el Hospital del Niño, en la capital de Panamá, también dictó un seminario especializado sobre Trabajo Social Clínico para más de 150 asistentes.

Bases teóricas y metodológicas del Trabajo Social Clínico en el escenario chileno contemporáneo: rutas formativas

Algunos hechos son necesarios de explicitar. Primero, en Chile los trabajadores sociales tuvieron la oportunidad de recibir formación para ser terapeutas familiares. Uno de los primeros centros fue el Instituto de Psicología y Psiquiatría de Santiago de Chile,

el cual alcanzó a formar a varios trabajadores sociales, entre ellos al destacado Mario Quiroz Neira; sin embargo, esta institución desapareció por presión del Colegio de Psicólogos luego de 2000 (Saldías, 2019, comunicación personal). El otro centro fue el Instituto Chileno de Terapia Familiar, en el cual, hasta 1997, se pudo cursar la especialización como terapeuta familiar siendo trabajador social. Posterior a ello, el Instituto cierra sus puertas al Trabajo Social. En relación con lo anterior, es importante mencionar que el Instituto Chileno de Terapia Familiar posee en la actualidad un convenio con el Ackermann Institute for the Family⁹, lugar en el cual, en los Estados Unidos, se forman los trabajadores sociales clínicos como terapeutas familiares y, al mismo tiempo, la gran mayoría de sus docentes son trabajadores sociales clínicos, entre los cuales se cuenta a Peggy Papp, Marcia Sheinberg, Fiona True, etc. Por otro lado, en el mismo 1997, conjuntamente emerge la Acreditación para Psicólogos Clínicos, bajo el alero del Colegio de Psicólogos de Chile¹⁰; no obstante, todo su sistema cae a mediados de 2018 por estar fuera de marcos legislativos.

No obstante la práctica clínica en el Trabajo Social se desarrolló igualmente, y desde un punto de vista contemporáneo, el Trabajo Social Clínico chileno se ha vinculado con los enfoques sistémicos, los cuales han estado institucionalizados en diferentes organizaciones públicas de salud o en programas de protección infanto-juvenil. Pero podríamos decir que la tendencia contemporánea más amplia es con los enfoques posmodernos (Bertrando y Toffanetti, 2004; Limón, 2005), y con la Terapia Narrativa (White y Epston, 1980), la cual es una de las propuestas clínicas más ampliamente aceptadas en la práctica, lo que ha permitido funda-

⁹ Si ustedes revisan su administración, en ella figuran como mayoría los trabajadores sociales clínicos. Véase <https://www.ackerman.org/administration/>

¹⁰ Este gremio ha estado dominando el campo de la psicoterapia en las últimas décadas, manteniendo prácticas que van contra la misma regulación legal; ante esto, han mantenido una división gremial que llevó al cierre de la Acreditación de Psicólogos Clínicos y, por último, a un dictamen de Contraloría que consideró innecesaria dicha acreditación para los mismos psicólogos, traducándose en que la Psicología Clínica tampoco está regulada por ley. Para más detalles al respecto, véase <http://colegiopsicologos.cl/2018/10/09/comunicado-n07-2018/>

mentar las intervenciones terapéuticas en distintos contextos del ejercicio profesional y con diversas poblaciones.

Consideramos que la introducción de estas ideas se debe a la formación terapéutica que recibieron varios trabajadores sociales en la línea sistémica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, quienes, desde la apertura del programa de Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar, en 2007, han podido adquirir un entrenamiento clínico, el que había estado excluido por varias décadas ante la dominación psicológica y psiquiátrica en el país. Años más tarde, la misma universidad permitiría el ingreso de trabajadores sociales al Magíster en Psicología Clínica de Adultos (línea sistémica-relacional), a pesar de fuertes resistencias de algunos sectores más conservadores del mismo departamento de Psicología. La aceptación de trabajadores sociales en dichos programas se debe principalmente a que la Terapia Narrativa ha sido una de las influencias más significativas para la terapia familiar en Chile, específicamente en la Universidad de Chile, y debido a que sus creadores, Michael White y David Epston, son trabajadores sociales. Esto impulsó a que los psicólogos aceptaran formar en psicoterapia a los trabajadores sociales (Otero y Gálvez, s.f.; Gálvez, 2017).

Por otra parte, la práctica de la Terapia Narrativa en el Trabajo Social Clínico chileno la podríamos situar también con la promoción del *Manual de Herramientas Teórico-Prácticas para Intervenciones de Calidad, Centradas en el Vínculo*, de 2008, creado por el Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile¹¹. En este documento institucionalizado se ofrece una forma de intervención dirigida a diversos dispositivos especializados que trabajan en la protección infanto-juvenil. Allí se encuentra una primera aproximación de la

¹¹ Su elaboración fue encargada al Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica (eQtasis) del Área Clínica y Salud Mental, del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, el que fue asesorado por el Departamento de Protección de Derechos del Servicio Nacional de Menores.

terapia narrativa como modelo, sumada a otras prácticas sistémicas contemporáneas, que enfatizan que las distintas profesiones de la salud mental adquieran una posición clínica posmoderna, política y crítica de la realidad social y cultural.

En 2009 se crea la iniciativa privada Prácticas Narrativas Chile (PRANAS)¹², un proyecto académico que mantiene contacto directo con el Narrative Practices Adelaide y el Dulwich Centre. Hoy, ellos organizan anualmente seminarios, diplomados y cursos de carácter nacional e internacional en materia de Terapia Narrativa. Muchos profesionales del Trabajo Social se han formado en PRANAS con el objeto de nutrir sus prácticas clínico-terapéuticas desde una perspectiva narrativa.

Si bien hay escasa sistematización e investigación de las prácticas terapéuticas en el país, esto se debe principalmente a que las escuelas de Trabajo Social en Chile no están enfocadas directamente al ámbito clínico, o su formación es muy débil en el mismo. Por otro lado, tanto en lo académico como en las instituciones en las que ejercen los trabajadores sociales, existen resistencias para que los profesionales del Trabajo Social realicen prácticas terapéuticas, incentivando inclusive un rol de control social en la práctica, o meramente administrativo. Por lo tanto, muchas de las prácticas clínicas que realizan los trabajadores sociales, han sido por una voluntad personal e intención innovadora para la práctica, y muchas veces estas prácticas han sido una forma de subversión profesional ante la reproducción de un rol profesional policíaco, que los trabajadores sociales quieren deconstruir de su identidad profesional (Donzelot, 2008).

Los únicos documentos que evidencian estas prácticas están en artículos o compilados de libros, los cuales se vinculan a la reparación del maltrato grave y el abuso sexual desde una perspectiva narrativa y sistémica crítica. Lo importante es que los principales abordajes terapéuticos, desde este enfoque, son las conver-

¹² Para mayor información, ver <https://pranaschile.org/>

saciones de externalización, la utilización de contradocumentos terapéuticos y el trabajo con el árbol de la vida, tanto grupal como comunitario. se incluye un modelo de Trauma Relacional para el trabajo con dichos problemas (Bustos, 2016, 2017; Reyes, 2016; Bustos y Paredes, 2017; Paredes y Bustos, 2018; Díaz y Fontalba, 2018).

Cabe mencionar que el Dulwich Centre de Australia, el principal centro de Terapia Narrativa en el mundo, envió una carta de apoyo por la aprobación de las *Normas Técnicas del Trabajo Social en Salud*, y su director, David Denborough, ha declarado una posición excepcional para validar la práctica clínica del Trabajo Social en nuestro país, relevando la importancia de los trabajadores sociales en el desempeño de la psicoterapia y la terapia social, y en el ejercicio profesional de los trabajadores sociales en el campo de la salud mental¹³.

Por último, en la actualidad, existen algunas opciones de especialización para trabajadores sociales que deseen profundizar en estrategias, metodologías y técnicas de intervención que podríamos llamar “clínicas” o “terapéuticas”. En la Universidad de Chile, pueden cursar los siguientes programas: Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica Narrativa Infanto Juvenil; Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Sistémica y Familiar y el Magíster en Psicología Clínica de Adultos. También el Diplomado Internacional en Prácticas Narrativas de PRANAS. En la Universidad Andrés Bello se puede cursar el Diplomado en Intervención Familiar desde una Perspectiva Sistémica e Integrativa en Terapia Familiar. La Pontificia Universidad Católica de Chile ha creado el Diplomado en Técnicas Clínicas para Intervenciones Sociales con perspectiva Intercultural. Por último, la Universidad Alberto Hurtado de Chi-

¹³ Para acceder al documento, revisar el siguiente post en la web: <https://www.trabajosocialclinico.com/single-post/2018/09/25/LA-REFERENCIA-MUNDIAL-EN-PR%C3%81CTICAS-NARRATIVAS-APOYA-EL-TRABAJO-SOCIAL-CL%C3%8DNICO>

le también permite el acceso a trabajadores sociales en el Magíster en Clínica Relacional con niños y sus padres.

Un comentario profesional: una visión local

Ante todo lo expuesto y recopilado, podemos concluir que el Trabajo Social Clínico en Chile constituye una especialidad nueva y con apertura a desarrollarse en nuestro país, si bien esta ha estado presente históricamente en la práctica de muchos trabajadores sociales pertenecientes al área de la salud mental y hoy esta práctica ha sido expandida a otros contextos psicosociales, como la protección infantil o la responsabilidad penal adolescente. Podemos considerar que es necesaria su formación posgraduada y que debe contar con una definición que pueda hacer justicia a su reconocimiento local y, específicamente, a la realidad laboral nacional. Por lo tanto, una definición coherente sería la siguiente:

El Trabajo Social Clínico es una práctica especializada de la profesión, la cual consta de formación posgraduada y de supervisión clínica respectiva. Los enfoques y metodologías se fundan en la integración de los métodos del Trabajo Social con una finalidad terapéutica, considerando distintos marcos paradigmáticos, epistemológicos, políticos y teóricos. Además, incluye todos los avances en teoría social y de salud mental, con la intención de crear una perspectiva clínica transdisciplinaria aplicada al ejercicio clínico de la profesión. Sus principales funciones y servicios están orientados a realizar evaluaciones integrales, supervisar, investigar y asesorar clínicamente; junto a la administración de la terapia desde una perspectiva amplia, incluyendo sus modalidades individuales, familiares, grupales y colectivas. Otras prácticas clínicas que se incluyen son la consejería, la educación social en salud mental, la intervención en crisis, la defensa de casos, la mediación, la visita domiciliaria con fines terapéuticos y el desarrollo comunitario, entre otras afines. Sus principales objetivos están orientados hacia una práctica de empoderamiento y a la recuperación de la autoría de los grupos más vulnerables de la sociedad, como

también de otras clases sociales que lo requieran. Al mismo tiempo mantiene una perspectiva basada en fortalezas, informada por el trauma y una ética colaborativa que busca disminuir la opresión y contribuir a que las personas sean capaces de generar cambios en sus propias vidas. Es por esto que la práctica del Trabajo Social Clínico puede ser realizada tanto en contextos públicos como privados, o en el ejercicio libre de la profesión. Por otro lado, la población a la cual va dirigida su práctica puede tener distintas edades, situación socioeconómica, raza, ciclo vital, pertenencia étnica o género.

De la definición anterior se puede comenzar a clarificar la necesidad de conceptualizar un Trabajo Social Clínico que sea acorde con nuestra sociedad chilena, la cual, durante el último tiempo, ha tenido una exposición sistemática de problemas de salud mental, como la depresión y el suicidio; el consumo problemático de drogas, o el aumento del maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual. Si hoy esta especialidad ha sido tema en boga, es debido a que precisamente estamos transitando hacia una sociedad psiquiatrizada neoliberal avanzada, caracterizada por mantener mayores índices de desigualdad social, interpeándonos directamente como profesión en este contexto actual. Todo este panorama se confirma con diversos estudios que han situado a Chile como uno de los países con peor salud mental de la región, y con la peor salud mental infantil mundial (Jiménez y Radiszcz, 2012; Salinas, 2019; Herrera, 2019).

Por otro lado, la constante migración y los problemas vinculados a la discriminación racial, laboral y de habitabilidad, nos trasladan al viejo panorama vivenciado a principios del siglo XX en Estados Unidos, siendo este escenario un símil de lo que acontece hoy en nuestro país. Son estas razones por las cuales el Trabajo Social Clínico aparece tan fuertemente, ya que nos interpela a crear prácticas especializadas y calificadas que den respuesta a los nuevos problemas sociales, los que se relacionan día a día con los malestares subjetivos y las condiciones de explotación de la propia *psique* humana (Han, 2014).

Uno de los desafíos prioritarios es que los trabajadores sociales puedan abrazar esta nueva identidad profesional y que, al mismo tiempo, puedan dotarla de un nuevo sentido, de una ética y de otras direccionalidades epistemológicas. Hay quienes miran con resquemor y resistencia el término “clínico”, asignándole un significado único, psicológico, medicalizado y reducido a un espacio individualizante, lo cual está sesgado y saturado en primera instancia. En este sentido, y de acuerdo con Deleuze y Guattari (1991), los conceptos no tienen un significado único, y si estos conceptos nos evocan nuevos senderos y rumbos, nuevas resonancias y lugares desconocidos, que invitan a recorrer otras áreas de sentido, es porque de cierta forma tocan una hebra de realidad, una verdad, y constituyen líneas de fuga que nos interceptan en un espacio nuevo de identidad disciplinar.

Por lo tanto, lo “clínico” hay que entenderlo desde otro lugar, desde un nuevo habitar, desde un espacio de relación en el que se interseccionan las subjetividades en pos de un cambio ante un sufrir social que atenta contra nuestra calidad de vida e identidad como sujetos. De acuerdo con esto, ese lugar —que es la práctica clínica en la que se hace la realidad de la teoría clínica— también puede ser un espacio micropolítico, poético y de justicia social colectiva, un diálogo humano crítico, un espacio de resistencia ante los diagnósticos psiquiátricos y todos aquellos poderes *psi*, que en el último tiempo han reducido el sufrimiento social a la mera práctica del etiquetamiento, invisibilizando los aspectos más amplios de la experiencia humana. Es por todo esto que el Trabajo Social Clínico es una contratrama a esa realidad del psicopoder.

Bibliografía

- Alvear, M., Herrera, J., Iglesias, L., Márquez, J y Paredes, C. (1984). Trabajo Social a la luz del enfoque sistémico. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 43, 46-53.
- Álvarez, et al. (1992). Servicio Social y Terapia Familiar. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 59, 82-86.

- Aylwin, N. y Solar, M. (2009). *Trabajo Social Familiar*. Santiago, Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Aylwin, N. (1979). Una experiencia de Trabajo Social: la Vicaría de la Solidaridad. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 27, 06-09.
- Aylwin, N. (1991). Trabajo Social y Salud Mental. *Revista del Colegio de Asistentes Sociales de Chile*, 1(1), 32-35.
- Aylwin, N., Forttes, A. y Matus, T. (2004). *La reinención de la memoria: Indagación sobre el proceso de profesionalización del Trabajo Social Chileno 1925-1965*. Santiago, Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Barraza, F. (1977). No hay Salud Mental sin Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 23, 36-40.
- Bernler, G. y Johsson, L. (1997) *Teoría para el trabajo psicosocial*. Buenos Aires, Argentina.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2003). *Historia de la Terapia Familiar: los personajes y las ideas*. Madrid: Paidós.
- Bustos, A. (2016). Terapia Narrativa y Abuso Sexual Infantil: Una mirada desde el Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social de la Universidad de Concepción*, 3, 76-89.
- Bustos, A. (2017). Navegando con los efectos del Trauma: Posibilidades de abordaje terapéutico desde la Terapia Narrativa. *Revista de Familias y Terapias*, 26(43), 91-204.
- Bustos, A. y Paredes, F. (2017). La construcción de informes a tribunales como un rito de legitimización de la vida y lucha de las personas que han sufrido abuso sexual: desafíos, prácticas y reflexiones o piqueros, volteretas y guatazos. En Latorre (comp.), *Prácticas de Terapia Narrativa: Voces latinoamericanas tejiendo relatos preferidos* Vol. 1. Santiago, Chile: PRANAS Ediciones.
- Catalán, H. (1971). *Servicio Social: Conceptos Fundamentales*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Catalán, E. y Prado, F. (1984). La rehabilitación conductual en el medio libre y el trabajo con la familia. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 44, 25-28.
- Congreso Nacional de Chile. (2002). Historia de la Ley N° 20.054. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/5547/>
- Cuevas, H. (2010). El proceso de reconceptualización en Chile: Notas para el análisis y el debate disciplinario. En: M. González *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008: Contribu-*

ción para nuevos relatos. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas de Educación Superior.

- 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.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1991). ¿Qué es la filosofía? Madrid: Anagrama.
- Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Del Villar, S. (2018). *Las asistentes sociales de la Vicaría de la Solidaridad*. Santiago, Chile: Editorial Universidad Alberto Hurtado.
- Díaz, M. y Fontealba, R. (2018). Terapia Grupal con adolescentes que han sobrevivido al abuso sexual: una experiencia con práctica narrativas colectivas. *Revista de Trabajo Social de la Universidad de Concepción*, 18, 104-117.
- Dorfman, R. (1988). Clinical Social Work: The Development of a Discipline. In: R. Dorfman (comp.). *Paradigms of Clinical Social Work*, Vol. I. New York: Brunner/Mazel.
- Dorfman, R. (1996). *Clinical Social Work: Definition, Practice and Vision*. New York: Brunner/Mazel.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Estrada, A., Hering, M. y Donoso, A. (1997). *Familia, género y terapia: Una experiencia de terapia familiar sistémica*. Santiago, Chile: CODEPU.
- Equipo de Trabajo y Asesoría Sistémica de la Universidad de Chile. *Manual de herramientas teórico-prácticas para intervenciones de calidad, centradas en el vínculo*. Recuperado de: <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/02/MANUAL-DE-HERRAMIENTAS-TE%3%93RICO-PR%3%81CTICAS-PARA-INTERVENCIONES-DE-CALIDAD.pdf>
- Flores, O. (1982). El Estudio Social Psiquiátrico. En: M. Gomberoff y J. Jiménez (comp.), *Psiquiatría*. Santiago, Chile: Ediciones MEDCOM.
- Gálvez, F. (1 de noviembre de 2017). *Sobre los trabajadores sociales en la formación terapéutica de la Universidad de Chile*. [Mensaje de blog]. Recuperado de: <https://www.trabajosocialclinico.com/single-post/2017/11/01/SOBRE-LOS-TRABAJADORES-SOCIALES-EN-LA-FORMACION-TERAP%3%89UTICA-DE-LA-UNIVERSIDAD-DE-CHILE>

- Gálvez, F. y Otero, I. (S/f). *Historia del enfoque sistémico en la Universidad de Chile*. Recuperado de: <http://eqtasis.cl/wp-content/uploads/2018/03/Felipe-Galvez-Sanchez-Ismael-Otero-Historia-Enfoque-Sistemico-UCHILE.pdf>
- Gallardo, V. (1990). Una propuesta de revisión del método de caso. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 61, 59-66.
- González, M y Morales, P. (2010). *¿Asistente o Trabajador Social? Perdida y restitución del rango universitario del Trabajo Social en Chile, 1980-2008*. En: M. González (comp.), *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008: Contribución para nuevos relatos*. Santiago, Chile: Técnicas de Educación Superior.
- González, G. (2012). La obvia inferioridad de nuestras escuelas... las primeras influencias norteamericanas en el Trabajo Social chileno a inicios de la década de los 1940. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 82(1), 33-42.
- González, K. y Castro, C. Abordaje del consumo problemático de alcohol en la atención primaria de salud a través de la Terapia Breve Centrada en Soluciones: un modelo clínico para Trabajo Social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 9(16), 154-175.
- Grandón, E. (6 de febrero del 2018). *La práctica anti-opresiva en contexto de Trabajo Social Clínico*. [mensaje de blog]. Recuperado de: <https://www.trabajosocialclinico.com/single-post/2018/02/06/La-practica-antiopresiva-en-contexto-de-trabajo-social-cl%C3%ADnico>
- Han, B. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Madrid: Herder.
- Herrera, C. (2019). Investigación revela que niños chilenos tienen la peor salud mental del mundo. *Diario Concepción*, Concepción, Chile. Recuperado de: <https://www.diarioconcepcion.cl/pais/2019/06/20/investigacion-revela-que-ninos-chilenos-tienen-la-peor-salud-mental-del-mundo.html>
- Huaiquiche, T. y Bastías, C. (2016). Trabajo social y práctica clínica individualizada-familiar en salud mental: una mirada analítica y sociohistórica. *Revista de Trabajo Social de la Universidad de Concepción*, 3, 33-50.
- Illanes, M. (2008). *Cuerpo y Sangre de la política chilena: la construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940)*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Instituto Chileno de Trabajo Social Clínico. (28 de junio de 2019). *Trabajo Social Clínico en Chile: Enigma, Poder y Resistencia*

cia. [mensaje en un blog]. Recuperado de: https://www.ichtsc.com/post/trabajo_social_clinico_en_chile_enigma_poder_y_resistencia

- Jiménez, M. (1980). El Trabajo Social: Una profesión de amplio desarrollo en Estados Unidos. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 31, 33-35.
- Jiménez, A. y Radiszcz, E. (2012). Salud Mental en Chile: La otra cara del malestar social. Santiago, Chile: Centro de Investigación Periodística. Recuperado de: <https://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social>
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el Trabajo Social: Definición, figuras, clínica*. Madrid: Gedisa.
- Kisnerman, N. (1986). *El método: la intervención transformadora*. Buenos Aires: Hvmanitas.
- Kisnerman, N. (1987). *Atención Individualizada y familiar*. Buenos Aires: Hvmanitas.
- Kisnerman, N. (2005). *Pensar el Trabajo Social: Una introducción al construccionismo*. Buenos Aires: Hvmanitas.
- Limón, G. (2005). *Terapias Posmodernas: Aportaciones construccionistas*. Ciudad de México: Editorial Pax.
- Matamala, J. (28 de junio del 2018). Opinión sobre la polémica entre Trabajo Social Clínico y Psicología. *Convergencia Medios*. Recuperado de: <https://www.convergenciamedios.cl/2018/06/polemica-trabajo-social-clinico-y-psicologia>
- Martín-Baró, I. (1992). *Psicología social de la guerra: Trauma y Terapia*. San Salvador: Talleres Gráficos Universidad Centroamericana.
- Méndez, M. (1998). *El modelo clínico de intervención psicosocial*. Recuperado de: <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero1/articulos/a4/articulo4.htm>
- Méndez, M. (2009). *Metodología operativa del Trabajo Social de Caso: Compilación de Modelos de Intervención*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Méndez, M. (2015). *Trabajo Social con Personas y Familias: Modelo Clínico de Intervención*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Ministerio de Salud. (1993). *Normas y Orientaciones Técnicas para el Asistente Social en Salud*. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2018). *Normas y Orientaciones Técnicas del Trabajo Social en Salud*. Santiago, Chile: MINSAL.

- Ministerio de Salud. (2019). *Manual de Organización y Funciones: Unidad de Trabajo Social Clínico*. Puerto Montt: MINSAL.
- Morales, E. (1983). Aspectos biográficos-familiares en la anorexia nerviosa. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 41, 5-17.
- Morales, P. (2010). Servicio Social en Chile en los años 20 y 30: El cuidado del otro como una cuestión de mujeres. En: M. González (comp.), *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008: Contribución para nuevos relatos*. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas de Educación Superior.
- Morales, P. (2010a). Se hace camino al andar... Trabajo Social y Derechos Humanos en Chile: De la atención de casos a la denuncia documentada. En M. González (comp.), *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008: Contribución para nuevos relatos*. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas de Educación Superior.
- Narbona, C. (1978). Servicio Social Judicial: Una aplicación del trabajo social individualizado. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26, 5-9.
- Reyes, D., Grandón, P y Bustos, A. (2019). Clinical Social Work in Chile: A History of Disciplinary Oppression and the Uprising of a Clinical Identity. In: *International Handbook of Clinical Social Work Practice*. New York: Routledge. (Texto en proceso de publicación.)
- Reyes, D. (2011). *Una mirada epistemológica al Trabajo Social Familiar chileno: propuestas para la reintegración de la Terapia Familiar*. Recuperado de: https://docs.wixstatic.com/ugd/ed67b9_3a03039aef064c029f166538f1c00fd9.pdf
- Reyes, D. (2012). *Trabajo Social Clínico, Salud Mental y Psicoterapia: Pasos hacia una práctica integral en los servicios salud mental y psicosociales*. Recuperado de: https://docs.wixstatic.com/ugd/ed67b9_4b88c9c5bbb4efaac3a06b59f8f3003.pdf
- Reyes, D. (2013). *El Trabajo Social en la psicoterapia sistémica: bienvenidos a la obra de Michael White*. Recuperado de: https://docs.wixstatic.com/ugd/ed67b9_73b5a90b25e946fea282a4dd3304999c.pdf
- Reyes, D. (2014). *El Trabajo Social en Salud Mental: Un Trabajo Social Clínico*. Recuperado de: https://docs.wixstatic.com/ugd/ed67b9_dbf77f00c9bc41308da16de189181223.pdf
- 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. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/145231>

- Reyes, D. (13 de Marzo del 2017). *Trabajador social clínico: la identidad subyugada, la identidad que renace...* [mensaje en un blog]. 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 de Trabajo Social de la Universidad de Concepción*, 16, 63-77.
- Rosselot, F. y Carrasco, E. (1997). Modelos y escuelas de Terapia Familiar: Mapa histórico de referencia 1. *De Familias y Terapia*, 5(18), 64-89.
- Paredes, F. y Bustos, A. (2018). Memoria traumática y reexperimentación intrusiva: trabajando con los efectos del abuso sexual infantil. *Revista de Familias y Terapias*, 27(44), 67-84.
- Pérez, M. y Almonte, C. (1988). Concepción sistémica de las interacciones familiares. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 55, 30-35.
- Peña, I. y Quiroz, M. (1999). La formación en Trabajo Social: un proceso dentro de un contexto: la experiencia chilena. En: M. Quiroz (comp.), *Antología del Trabajo Social Chileno*. Concepción: Editorial Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. y Peña, I. (1998). *El Sociodiagnóstico*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Quiroz, E. y Salazar, D. (1999). *Términos de Uso Frecuente en el Trabajo Social Clínico chileno*. Temuco: Ediciones Universidad de La Frontera.
- Quiroz, M. (1994). *La visita domiciliaria: Estrategia interventiva del modelo tradicional del Servicio Social de Caso*. Concepción: Editorial Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (2000). *La primera entrevista: Un paso fundamental del proceso de ayuda en Trabajo Social*. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/32779>
- Quiroz, M. (2003). *Aportes teóricos conceptuales para el trabajo con familias*. Concepción: Universidad de Concepción.
- Quiroz, M. (2004). *Fundamentos teóricos y epistemológicos del Trabajo Social*. Concepción: Universidad de Concepción.

- Quiroz, M. (2004a). Apuntes para una historia del Trabajo Social en Chile. En: N. Tello (comp.), *Trabajo Social en algunos países: aportes para su comprensión*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saldías, P. (2019). *Consulta sobre el Instituto de Psicología y Psiquiatría de Santiago*. (Saldías, Paulina, comunicación personal, 06 de febrero de 2019).
- Salinas, F. (2019). Chile y su salud mental en crisis. *Radio La Clave*. Santiago, Chile. Recuperado de: <https://radiolaclave.cl/reportajes/chile-y-su-salud-mental-en-crisis>
- Salum, S. y Salum, E. (2018). Trabajo Social Socio Jurídico en Chile: Génesis, desarrollo histórico y desafíos disciplinares. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n131/0101-6628-ssoc-131-0015.pdf>
- Solar, M. (1978). Retorno al Trabajo Social Individualizado. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26, 04-07.
- Solar, M. (1984). Trabajo Social Familiar: un poco de historia y tres períodos importantes. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 44, 05-10.
- Scharager, J. y Molina, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-59.
- Tomic, V. (1984). El conflicto conyugal bajo una perspectiva sistémica. *Revista de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 44, 22-24.
- Toledo, U. (2004) ¿Una epistemología del Trabajo Social? *Revista Cinta Moebio de la Universidad de Chile*, 1(21), 200-204.
- Urzúa, A., Vera, P., Zúñiga, C. y Salas, G. (2015). La psicología en Chile: análisis de su historia, presente y futuro. *Universitas Psychologica*, 14, 1125-1142.
- White, M. y Epston, D. (1980). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Madrid: Paidós.