



## Entrevista

María Tapia,  
Senior Research Associate  
en la Universidad de Miami,  
Entrenadora Maestra y  
Supervisora Clínica del  
programa Familias Unidas

# La Importancia y Alcance del Trabajo Social Clínico

Por Karla González Suitt<sup>1</sup> y Olaya Grau Rengifo<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num26.575>

María Tapia es Senior Research Associate en la Universidad de Miami, además de Entrenadora Maestra y Supervisora Clínica del programa *Familias Unidas*, de la misma universidad, el cual se centra en evidencia científica para prevenir comportamientos riesgosos en jóvenes hispanos. En esta entrevista dialoga en torno a las habilidades necesarias para la especialidad del trabajo social clínico, realizando cierta distinción respecto de otras disciplinas, en especial de psicología en el ejercicio práctico. Explica también sus consideraciones respecto de la implementación de intervenciones basadas en la evidencia por parte de profesionales de trabajo social.

El trabajo social clínico es una línea de especialización de la profesión que ha evolucionado a lo largo del tiempo en Chile. En su origen su objetivo fue mejorar las condiciones sanitarias de la población, desarrollándose en contextos hospitalarios y de salud mental con un fuerte énfasis en el trabajo de casos y de familia, entre las décadas de 1920 y 1950 (Aylwin y Solar, 2011; González, 2010). Durante la época de la “Reconceptualización”, entre 1965 y 1973 aproximadamente,

---

1 PhD en Trabajo Social. Profesora de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: [kgonzale@uc.cl](mailto:kgonzale@uc.cl). <https://orcid.org/0000-0002-0543-1892>

2 Dra. en Trabajo Social. Profesora de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Correo electrónico: [mograu@uc.cl](mailto:mograu@uc.cl). <https://orcid.org/0000-0003-0892-0795>

hubo una preponderancia del trabajo social con comunidades, con una fuerte crítica al trabajo social de casos como un ejercicio para el control social, desde una perspectiva funcionalista que no cuestionaba el *status quo* (Aylwin y Solar, 2011; Cuevas, 2010). Este movimiento se desarrolló con mayor fuerza en el ámbito académico, mientras que desde el Colegio de Asistentes Sociales se relevaba el ejercicio de la profesión desplegado hasta ese momento (Aylwin, 1995). Sin duda, esta época establece la reflexión profesional desde una mirada contextual y política que enriquece el tradicional trabajo de casos. Luego de la irrupción de la dictadura cívico militar en 1973 y la consecuente violación a los derechos humanos en el país, los profesionales comenzaron a implementar intervenciones psicosociales terapéuticas de acompañamiento a los familiares de víctimas y de reparación (Aylwin, 1995; Cuevas, 2010). La recuperación de la democracia trajo consigo una revalidación de los principios y valores de trabajo social como la justicia social y el respeto a los derechos humanos dando mayor sentido a las reflexiones de la “Reconceptualización” que se interrumpieron con el Golpe Cívico Militar en 1973; junto con ello, los profesionales se siguen ubicando laboralmente en los programas gubernamentales sectoriales cuyo foco central de intervención son las problemáticas que afectan a las personas más vulnerables en instituciones de salud, protección de la infancia, cárcel y municipios (Quiroz, 2000).

*K.G.: Cuéntanos un poco sobre tu formación, ¿dónde fue? y cómo ha sido el ejercicio práctico y esta combinación entre ejercicio práctico con latinos.*

M.T: Yo llegué a este país a los 20 años, a los Estados Unidos, y estaba estudiando el primer año de periodismo y mi bachillerato [pregrado] fue en psicología. El máster lo hice en Trabajo social. Aquí en una universidad que se llama Barry University, la Universidad Barry [Miami, Estados Unidos], en la escuela de Trabajo Social, y por supuesto ha habido mucho desde entonces. Mucha de mi formación clínica ocurrió después de terminar el programa de magister. Y eso ocurre mucho en general en las escuelas, nos dan las bases, pero cuando uno empieza a aprender de verdad es después, en el trabajo diario. Aun en la práctica, el programa donde yo estaba, en todos los programas de trabajo social en este país, tienes que desarrollar trabajo en la comunidad, en las agencias [programas o servicios], con familias, con escuelas, o sea tiene mucho, en el semestre práctico, eso te prepara para después, cuando enfrentas a un trabajo profesional, porque ya tienes experiencia y de hecho mucho de los trabajadores sociales estudiantes, hacen internado [prácticas] en diferentes lugares y a veces terminan siendo contratados. Por estas mismas agencias donde los preparan.

*K.G.: ¿Cuáles son las habilidades más importantes que debe desarrollar el trabajo social clínico?*

M.T.: Bueno, yo creo que una de las cosas fundamentales es desarrollar habilidades de cómo conectarse, de las relaciones interpersonales, porque si trabajamos con familia, niños, adolescentes, personas mayores, tenemos que desarrollar esa empatía, y si no la desarrollamos, tenemos que tenerla. De alguna forma se tiene que adquirir, o sea, en otras palabras, nos tiene que gustar trabajar con el

ser humano, a un nivel muy personal. Y de allí también viene la parte de la ética profesional, porque esta empatía que tengamos, estas habilidades relacionales, lo interpersonal, también tiene que estar muy ligado a la ética profesional, porque vemos muchos casos clínicos... con problemas que quizás quisiéramos ayudar, pero nosotros tenemos que mantener esta postura, de hecho, los trabajadores sociales somos una de las pocas profesiones que tiene un código de ética profesional (por ejemplo, en Estados Unidos: National Association of Social Workers, 2021; en Chile: Colegio de Trabajadores Sociales de Chile, 2014).

Aquí en los Estados Unidos, donde se incluye todo tipo de personas, todo tipo de orientación sexual, todo tipo de nivel económico, de nivel sociocultural, se incluye todo esto, personas con problemas de salud, con problemas mentales, tenemos que ser capaces de instruir a todo el mundo y trabajar con todo el mundo y también tener un enfoque sistémico, de ver a la persona no sola, sino en relación a su medio ambiente, en vez de usar patologías para ponerles una etiqueta, en vez de etiquetarlo (ver por ejemplo, Aylwin y Solar, 2011; Villalba Quesada, 2006). De verlo en relación al medio ambiente, en el sistema que le está tocando vivir, en el momento del desarrollo evolutivo del ser humano donde está (Bronfenbrenner, 1991). Todo eso es un conjunto de cosas que los trabajadores sociales desarrollamos y nos preparan para ver al individuo en un sistema, no solamente una persona sola con problema mental, o que tenga cierto tipo de patologías evidentes, ¿no?, yo creo que esas cosas son muy importantes para el desarrollo social clínico de un trabajador social.

*O.G.: Y en relación a su medio ambiente, ver a la persona allí, una vez que ya se tiene esa mirada, esa visión de la persona en su contexto, ¿cómo se trabaja con este contexto?*

M.T.: Bueno, nosotros no podemos cambiar muchas veces el contexto, pero sí podemos empoderar al individuo a tener control de lo que hace en el contexto. Por ejemplo, si vemos a un individuo que tiene problemas comunicándose, podemos ayudarlo con habilidades de comunicación, porque tampoco es llegar a un lugar y existir, tenemos que tener ciertas habilidades y de alguna forma, en la interacción con este individuo, nosotros modelamos ese comportamiento y la persona puede entonces sentirse empoderada (Villalba Quesada, 2006). Yo creo que eso también es importante del trabajador social, que tenemos que empoderar al individuo. No solamente pensar que le vamos a resolver todos los problemas o que lo vamos a ayudar en todos los problemas, sino también del progreso: traerle, sacarle la fuerza que tiene este individuo y potenciarle estas fuerzas que tiene, ya sea individual, de personalidad o de lo que sea, potenciarla para que esta persona pueda desarrollarse en cualquier medio ambiente, que pueda tomar las riendas de su vida.

*O.G.: Sí, para desarrollar estas habilidades o relaciones sobre todo el tema de la relación interpersonal, ¿alguna recomendación que nos podrías dar en términos de la formación?*

M.T.: Bueno, se puede, cuando ellos hacen sus prácticas en la comunidad, ellos tienen una oportunidad de hacer lo que le llamamos *process recording* o el escribir todo lo que está ocurriendo con un cliente, por ejemplo, y cuáles son las estrategias que está utilizando y que es lo que está sintiendo a nivel personal, dentro de él, que es lo que está pasando con ellos (por ejemplo: Fox, 2000; Walsh, 2002). A medida de lo que vayan haciendo, van escribiendo qué es lo que está pasando con ellos y allí eso se analiza con los supervisores en las aulas después. Posteriormente, ellos [los estudiantes de trabajo social clínico] pueden darse cuenta: bueno, aquí estaba teniendo cierta resistencia, aquí quizás no enfatice con la persona, aquí no va a la idea de la persona, qué me dio miedo hablar con esta persona, me sentí de muchas maneras ¿no?, y allí, después poner esas tres cosas, la persona, las estrategias y qué es lo que estaba siguiendo para desarrollar las habilidades interpersonales.

También, una cosa que funciona es hacer grabación de la sesión, y después analizar esas sesiones ya sea en el grupo, en el aula o con su profesor (por ejemplo: Bolger, 2014; Cartney, 2006) eso todo ayuda a potenciar cuáles son las habilidades que ya tengo o cuales son las habilidades que tengo que adquirir, para poder ser efectivo trabajando con personas individuales, con familias, depende de qué es lo que el trabajador social quiere desarrollar y cómo puede trabajar también con un grupo, que es una cosa que muchas veces no hay oportunidad; depende de dónde hagas tu práctica de desarrollar grupos, cuales son estas habilidades, cómo las puedo potenciar, como con un proceso. Lo puedo potenciar grabando sesiones, lo puedo potenciar quizás haciendo juego de roles con mis compañeros en el aula, con un guion, con diferentes guiones, estas [actividades] pueden hacerse como ejercicio práctico. La mayoría de las personas que vamos en esta carrera es porque nos gusta trabajar con seres humanos, si no escogeríamos otra cosa.

*K.G.: Muchas veces es complejo evaluar el comportamiento ético, en el fondo, porque los profesores no están en el campo con los estudiantes y hay otros en el campo y es difícil tener indicadores, entonces ¿cómo lo hacen ustedes para observar eso, para evaluarlo y decir sí, este estudiante tiene una actitud ética, que está apto para trabajar con personas?*

M.T.: Nosotros tenemos el código ético (en Estados Unidos: National Association of Social Workers, 2017; en Chile: Colegio de Asistentes Sociales de Chile, 2014) y las evaluaciones en la práctica; parte de las evaluaciones es ver cómo se aplica ese código ético y eso está. Hay un curso, algunas de las clases que se hacen en el magister es el código ético y es una clase donde se analizan los puntos, donde todas las personas pueden tener la oportunidad de trabajar en sus propios sesgos, ellos pueden trabajar cuáles son sus prejuicios, y cómo el código ético es necesario que lo entendamos, que lo internalicemos para cuando la persona vaya al medio ambiente,

cuando vaya al trabajo, cuando vaya a la práctica, tenga esto muy presente y de allí su supervisor en la práctica usa el código [de ética] para evaluar, y allí ellos deciden una evaluación, es como la nota final de la clase, del curso y es pensado en parte en la ética profesional, pero esa es la manera en que lo controlamos.

*K.G.: Ahora, ¿cuál es la diferencia que ves desde tu perspectiva, en el trabajo interdisciplinario entre el trabajo social clínico y el trabajo de un psicólogo clínico?*

M.T.: Bueno, la gran diferencia que hay aquí es que los psicólogos hacen evaluaciones y pruebas para diferentes cosas, como por ejemplo para la atención, como para el desarrollo y los trabajadores sociales no se forman en esa línea, no se forman en la línea de hacer pruebas psicológicas, esa es una de las grandes cosas que veo diferente, y también que el trabajador social trabaja mucho en la comunidad, muy ligado a lo que es el trabajo comunitario y la acción política (Kilbane et al, 2013), que no es necesariamente lo que hacen los psicólogos, por lo menos en los Estados Unidos. Esa es la gran diferencia que yo veo, cómo nos involucramos en las políticas públicas, cómo nos involucramos en las políticas públicas de los gobiernos locales y estatales<sup>3</sup>, que eso es lo que el psicólogo no hace (Regalado, 2017; Sewpaul y Jones, 2007).

*K.G.: Sí, cuando dices trabajo político ¿tiene que ver con el involucramiento en la creación, en el diseño de los programas o va más allá de eso?*

M.T.: Bueno, va más allá de ir a la legislatura, y ver los *advocacy*, los proyectos de ley, las propuestas que se están presentando a las diferentes cámaras, a los diferentes niveles del gobierno, lo mismo puede ser a nivel local porque aquí tenemos sistema local, estatal y federal, lo mismo puede ser en los tres niveles. Por ejemplo, aquí los profesores nos llevan a la legislatura de aquí al lado de La Florida o de los diferentes estados, y allí ellos [los estudiantes de trabajo social] hablan con los congresistas, ellos [los estudiantes de trabajo social] hablan con ellos [los legisladores] de las diferentes cosas que están pasando en las comunidades, de las cosas que les preocupan y también de las propuestas que estos políticos han firmado y han pasado, o sea que es como la representación del pueblo ese nivel.

---

<sup>3</sup> La mirada articulada y transversal en todos los niveles de implementación de programas desde el diseño de las políticas públicas hasta su implementación directa, en situaciones cara a cara es una de las características más distintivas entre trabajo social y otras disciplinas de las ciencias sociales. Esto queda explicitado en los Estándares Globales para la Educación y Entrenamiento de Trabajo Social (Sewpaul y Jones, 2004), donde se señala que trabajar con individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades, asistir a las personas para acceder a los recursos comunitarios, comprometerse en acciones políticas para provocar un impacto en la política social y respetar las culturas, entre otras, son propósitos esenciales de trabajo social sin distinción.

**K.G.:** *¿Ya eso es lo que se le llama advocacy?*

M.T.: Eso es una de las cosas que hacen los trabajadores sociales, está muy ligado a las políticas, entender qué es lo que pasa en el sistema político, que eso sí no lo hace un psicólogo<sup>4</sup>.

**K.G.:** *Y eso a pesar de que sea un trabajador social clínico, puedes hacer eso o entras en el rango de acción que corresponde al macro.*

M.T.: Es parte de las formaciones que dan en la escuela y las diferentes escuelas pueden tener diferentes derivaciones ¿no?, pero la mayoría de las escuelas tiene un componente de política social, porque tiene mucho que ver con el trabajo social, tiene sentido un curso macro donde se vea, de dónde vienen todas estas acciones sociales que afectan a nuestros clientes, y después si quieres tomar más el trabajo clínico, tienes que entender de dónde viene esto.

**K.G.:** *Y eso tiene que ver con esta mirada de la persona en su contexto, en su ambiente.*

M.T.: Correcto.

**K.G.:** *¿Cuáles son los ámbitos de intervención donde actúa un trabajo social clínico?*

M.T.: Tiene mucho, muchos ámbitos, puede ser desde la práctica privada, hasta las escuelas, tenemos muchos trabajadores sociales clínicos en las escuelas, en los hospitales, en la comunidad, en centros comunitarios, es muy común siempre ver un trabajador social en clínicas comunitarias, en consultorios, que ustedes les llaman (por ejemplo: Davidson, 1990; Kelly et al., 2020; Reckrey et al., 2014). Puede también [trabajar] a nivel de administrativo porque como tienen contacto con la legislación y el proceso político, también puedan ocupar cargos que sean a nivel administrativo (Kilbane et al., 2013).

**K.G.:** *¿Como de implementación de programas?*

M.T.: Como implementación de programas, como directores de agencia, tenemos muchos trabajadores sociales que cumplen estos roles, es variado, pueden estar en diferentes ámbitos.

---

<sup>4</sup> Advocacy es un término que se puede traducir en abogacía o representación, cuya acción, de acuerdo a Sosin y Caulum (1983) está orientada a influir en la toma de decisiones, o cambiar una decisión específica, reconociendo, entonces, tres roles: 1. Representado; 2. Advocate o representante, y 3. Tomador de decisión.

*K.G.: Y allí la duda que me surge es, por ejemplo, en estos roles más administrativos, de jefaturas de implementación, eso no es más del trabajo social macro o es necesario para ciertos cargos o espacios específicos que sea un trabajador social clínico, por la experticia clínica que tiene y para poder dirigir procesos, se me confunden las dos cosas, el trabajo social clínico y el macro.*

M.T.: Sí, yo conozco trabajadores sociales que están dirigiendo agencias que después de terminar la maestría en trabajo clínico, hicieron una maestría en negocio, y estos perfiles, siempre se dieron cuenta que querían trabajar a nivel macro, pues hicieron una maestría en negocio, en administración de negocios y se fueron por allí, pero ya saben, ya tienen, ya conocen el trabajo clínico y son directores de agencias, llevan la agencia y donde tienen un montón de otros trabajadores sociales u otros psicólogos trabajando, pero está en este nivel, lo que digo es que no todo el mundo quiere irse a este campo. Pero, por ejemplo, si hay un trabajador social que ha hecho un trabajo clínico por muchos años en una agencia y de repente quiere desarrollar este trabajo más a un nivel de liderazgo y lo desarrolla y lo tiene, lo puede hacer.

*K.G.: Una pregunta más desde tu perspectiva, María ¿cuáles son los enfoques o modelos teórico-práctico más útiles o relevantes para el trabajo social clínico, para el ejercicio del trabajo social clínico?*

M.T.: Bueno yo creo que una cosa importante es la teoría de sistemas, donde ocurren dentro de un contexto, donde se ven los síntomas de la persona o lo que queramos llamar la patología, dentro de un contexto sistémico ... por ejemplo, si lo vemos desde lo que es el síntoma, el abuso de drogas, uno lo ve aislado, pero siempre lo vemos en contexto de la familia, en el contexto de una ciudad con más problemas psicosociales o más problemas socioculturales que este peligro (por ejemplo: Aylwin y Solar, 2011, Bronfenbrenner, 1979; Gitternan y Germain, 2008) . Nunca lo vemos como el individuo solo, responsable, que no cabe en una serie de cosas. Es como quien consume alcohol, tiene a alguien que lo apoya, o tienen un contexto que lo apoya, nunca lo vimos aislado, yo creo que la teoría de sistemas es una de la que más nos ayuda a ver más allá del individuo y a localizar al individuo dentro de un contexto y poderlos ayudar desde ese ámbito, en vez de etiquetarlo. Esa es una de las [teorías] más relevantes para el desarrollo de un trabajador social clínico.

*O.G.: ¿Alguna otra que creas que es interesante?*

M.T.: Bueno la otra que nosotros hemos usado mucho es la teoría de la participación colectiva<sup>5</sup> usada por Paulo Freire en Brasil, donde a las poblaciones que son marginadas se les empodera en este método participativo, no es educándolo, si no sacando de ellos las fuerzas que tengan, las estrategias, las cosas buenas que tienen (Carroll y Minkler, 2000). Potenciando esas estrategias para que ellos [los usuarios] sientan que tienen valor, que pueden aportar y de allí ir agregando en base a eso; en vez de decir “ustedes no saben nada, vamos a venir a enseñarles”, (decimos), “bueno ustedes tienen mucho conocimiento, ustedes tienen experiencia práctica de la vida” cómo vamos a usar eso para trabajar en el problema de la

---

5 Educación popular.



comunidad donde hay drogas y alcohol. Entonces desde ese ángulo también es importante, sobre todo para las poblaciones marginadas, que los trabajadores sociales se preparen usando ese tipo de estrategia.

*O.G.: Queríamos preguntarte también acerca de la práctica basada en evidencia, ¿por qué sería tan importante quizás para el trabajo social clínico o si la consideramos relevante, como lo utilizan, como lo enfocan?*

M.T.: Yo creo que los trabajadores sociales se empoderan cuando ellos pueden aplicar con éxito intervenciones que han sido probadas con evidencia científica (ver por ejemplo: Morago, 2004; Pereñiguez Olmo, 2012). Esto le da relevancia, ellos pueden hacer ese tipo de trabajos, al igual que el psicólogo, o al igual que otras personas de otras profesiones de la salud mental (por ejemplo: Mc Neece y Thyer, 2004; Mullen, Bledsoe y Bellamy, 2007; Rivera-Suazo Ramos-Cruz, 2017). Por ejemplo, en Ecuador lo hicimos con los trabajadores sociales, se capacitaron en un modelo con evidencia científica y lo llevaron a cabo (Molleda et al., 2017) y hay varios modelos que te permiten, tienes que hacer el modelo por supuesto, pero también puedes traer tus propias herramientas que ya has aprendido. Yo creo que una de las bellezas de ser trabajador social es que tú puedes traer tus propias herramientas y llevar un modelo adelante y no descartar lo que ya sabes, si no agregarlo a tu bolsita de herramientas clínicas, que aprendes otra cosa que tiene evidencia científica que quizás tú estabas haciendo y no tenías ni idea, de que esto es impactante, y que resulta y la estabas haciendo y lo que pasa es que ahora lo tienes validado, con tu trabajo. Yo creo que aprendiendo evidencia científica los ayuda, los empodera a validar el tipo de trabajo clínico que hacen.

## Comentarios de las autoras

Hoy en día la situación mundial de pandemia del COVID-19 ha dejado en evidencia las habilidades y destrezas clínicas que los trabajadores sociales despliegan en el contexto sanitario, y la necesidad urgente de fortalecer, por una parte el reconocimiento de esta línea de especialización en trabajo social, especialmente en América Latina, y por otra parte, la formación de habilidades acordes a la intervención en crisis, de acompañamiento terapéutico a las personas enfermas, hospitalizados y sus familias. La conversación con María Tapia da cuenta de que el trabajo social clínico conlleva la formación de habilidades y competencias específicas de trabajo social que se fundan en las habilidades generalistas que caracterizan a la profesión, las cuales han sido sintetizadas por diversos autores. Por ejemplo, Razeto y Cortez Monroy, (2015) mencionan 6 dominios de habilidades: político, intrapersonal, ético, interpersonal, cultural y técnico-instrumental que fundan la profesión de trabajo social y cuya conceptualización se aprecia en la conversación con María Tapia.

En cuanto al dominio político, Tapia refiere que un trabajador o trabajadora social que interviene con problemáticas específicas en un contexto clínico posee la formación necesaria para comprender que dicho problema se contextualiza en un sistema social, se aborda a través de políticas y programas sociales, cuyo diseño se discute en espacios de legislación y puede ser influenciado por los sujetos de



intervención, implementadores, diseñadores y evaluadores, a través del advocacy. Esta última característica diferencia la especialización del trabajador social clínico de un psicólogo, desde la perspectiva de María, lo cual se enmarca en los principios de la profesión.

En relación con el dominio intrapersonal en el trabajo social clínico, Tapia aborda el uso de herramientas más específicas que mantienen sintonía con dichos temas generalistas, a la vez que requieren una profundización de habilidades que apoyarán el fortalecimiento de la subjetividad de las personas con las que el profesional intervenga. Por ejemplo, el uso consciente de la persona del trabajador social como herramienta principal de trabajo requiere de procesos constantes de autoobservación y supervisión profesional. Este dominio se desarrolla simultáneamente con los otros, teniendo una sintonía especial con el dominio ético, en términos de que la autoobservación y supervisión fortalecen la calidad profesional.

El dominio ético se relaciona con la excelencia profesional, la cual se resguarda con instrumentos como los códigos de ética y las normativas de organismos colegiados y los currículums de las Escuelas de Trabajo Social. La entrevistada menciona a la ética como un dominio relevante en relación con el dominio interpersonal, señalando que la actitud ética también se refleja en la interacción con los sujetos de intervención en tanto habilidades sociales como la empatía o la capacidad de vincularse con otros son reflejo de la ética profesional.

Asimismo, el dominio interpersonal es fundamental para el trabajo social clínico en tanto se requieren habilidades para establecer relaciones humanas con otros de manera de implementar intervenciones sociales de ayuda efectivas. El dominio interpersonal hace sinergia con el dominio cultural, pues los trabajadores sociales clínicos se relacionan con grupos diversos excluidos de la sociedad. De este modo, se requiere el desarrollo de habilidades a partir de enfoques tradicionalmente comunitarios como, por ejemplo, el legado de Paulo Freire y la educación popular, que considera aquellos recursos, herramientas, fortalezas y saberes que traen los sujetos de intervención para la intervención clínica.

Por último, la referencia a las intervenciones basadas en la evidencia se alinea con el dominio técnico-instrumental, y con el dominio ético apuntando a la excelencia de la profesión, e instalando una mirada menos desarrollada en el trabajo social Latinoamericano. Con ello, María Tapia, subraya que la implementación de intervenciones con evidencia científica puede significar una mejora en la calidad de las intervenciones sociales clínicas para la población con la cual se trabaja, además de la adquisición de herramientas específicas para el profesional que implementa este tipo de intervenciones.

Como conclusión, el trabajo social clínico se enmarca como una especialización de la profesión, siendo consistente con los dominios de habilidades propuestos por Razeto y Cortéz-Monroy, y con los objetivos de la profesión de trabajo social de promover la justicia social, la inclusión social y la autodeterminación de las personas para su bienestar subjetivo, en un marco de búsqueda de excelencia y dignidad para los sujetos de intervención.

## Referencias bibliográficas

- Aylwin, N. (1995). *Una mirada al desarrollo histórico del Trabajo Social en Chile* [conferencia]. I Conferencia Conmemorativa de la Fundación de los 70 años de la Escuela Dr. Alejandro del Río, Concepción.
- Aylwin, N. y Solar, M.O. (2011). *Trabajo Social Familiar*. Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Bolger, J. (2014). Video self-modelling and its impact on the development of communication. *Journal of Social Work, 14*(12), 196-212. <https://doi.org/10.1177/1468017313476982>
- Bronfenbrenner, U. (1991). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Paidós Iberica.
- Cartney, P. (2006). Using video interviewing in the assessment of social work communication skills. *British Journal of Social Work, 36*(5), 827-844.
- Colegio de Asistentes Sociales de Chile (2014). *Código de ética para los trabajadores sociales de Chile*.
- Cuevas, H. (2010). El proceso de reconceptualización en Chile. Notas para el análisis y el debate disciplinario. En M. González (Ed.), *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos* (pp. 109-128). Ediciones Técnicas de Educación Superior.
- Davidson, K. W. (1990). Role Blurring and the Hospital Social Worker's Search for a Clear Domain. *Health & Social Work, 15*(3), 228-234.
- Fox, R. y Gutheil, I. A. (2000). Process recording: A means for conceptualizing and evaluating practice. *Journal of Teaching in Social Work, 20*(1-2), 39-55.
- Gitterman, A., y Germain, C. B. (2008). *The life model of social work practice: Advances in theory and practice*. Columbia University Press.
- González, M. (2010). La visita de las moscas azules. El concepto de «visitación» como eje articulador de la formación de asistentes sociales en las primeras escuelas chilenas. Santiago, 1925-1935. En M. González (Ed.), *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos* (pp. 23-51). Ediciones Técnicas de Educación Superior.
- Kelly, M. S., Frey, A. J., Alvarez, M., Cosner Berzin, S., Shaffer, G. y O'Brien, K. (2010). School Social Work Practice and Response to Intervention. *Children & Schools, 32*(4), 201-209. <https://doi.org/10.1093/cs/32.4.201>
- Kilbane, T., Pryce, J. y Hong, Y. P. (2013). Advocacy Week: A Model to Prepare Clinical Social Workers for Lobby Day. *Journal of Social Work Education, 49*(1), 173-179. <https://doi.org/10.1080/10437797.2013.755420>
- McNeece, C. A. y Thyer, B. A. (2004). Evidence-based practice and social work. *Journal of evidence-based social work, 1*(1), 7-25.

- Molleda, L., Estrada, Y., Lee, T.K., Poma, S., Quevedo Terán, A.M., Condo Tamayo, C., Bahamon, M., Tapia, M., Velázquez, M., Pantin, H., Prado, G. (2017). Short-Term Effects on Family Communication and Adolescent Conduct Problems: Familias Unidas in Ecuador. *Prev Sci*, 18, 783-792. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0744-2>
- Morago, P. (2004). Práctica basada en la evidencia: de la medicina al trabajo social. *Evidencias de trabajo social. Cuaderno de Trabajo Social*, 17, 5-20
- Mullen, E. J., Bledsoe, S. E. y Bellamy, J. L. (2008). Implementing Evidence-Based Social Work Practice. *Research on Social Work Practice*, 18(4), 325-338. <https://doi.org/10.1177/1049731506297827>
- National Association of Social Workers (2021). Code of Ethics <https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics>
- Pereñíguez Olmo, M. D. (2012). Trabajo Social e investigación: la práctica basada en la evidencia. *Revista de Trabajo Social de Murcia*, 17, 22-25.
- Quiroz, M. (2000). Apuntes para la historia del Trabajo Social en Chile. *Surá*, 44, 1-22.
- Razeto, A. y Cortéz-Monroy, F. (2015). *Modelo de progresión de habilidades profesionales para la intervención social en estudiantes de la carrera de trabajo social*. Documento no publicado.
- Reckrey, J .M., Gettenberg, G., Ross, H., Kopke, V., Soriano, T. y Ornstein, K. (2014). The Critical Role of Social Workers in Home-Based Primary Care. *Social Work in Health Care*, 53(4), 330-343. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.884041>
- Regalado, J. (2017). La evaluación y el diagnóstico en trabajo social clínico. En: A. Ituarte (coord.) *Prácticas del trabajo social clínico*. (pp. 87-108). NAU Llibres.
- Rivera-Suazo, S., Ramos Cruz, P. D. (2017) La práctica basada en evidencia y su intersección con los derechos humanos y la profesión del trabajo social. *Voces desde el Trabajo Social*, 5(1), 13-41.
- Sewpaul, V. y Jones, D. (2005). Global standards for the education and training of the social work profession. *International Journal of Social Welfare*, 14(3), 218-230.
- Sosin, M., y Caulum, S. (1983). Advocacy: A conceptualization for social work practice. *Social work*, 28(1), 12-17.
- Villalba Quesada, C. (2006). El enfoque de resiliencia en Trabajo Social. *Acciones e Investigaciones sociales*, (1), 466-466.
- Walsh, T. C. (2002). Structured process recording: A comprehensive model that incorporates the strengths perspective. *Social Work Education*, 21(1), 23-34. <http://dx.doi.org/10.1080/02615470120106997>