

EL TRABAJO SOCIAL CLINICO: ¿ESPECIALIZACIÓN O MODELO HEGEMÓNICO PARA LA PRACTICA?

Magali Ruiz González¹

Introducción

El término “trabajo social clínico” resulta familiar para muchos trabajadores sociales; aunque notemos diferencias en la concepción que se tiene sobre dicho término. Este concepto cobró auge en los círculos de trabajo social a partir de la década de los 80. En un momento dado, y diríamos que aún hoy día, el trabajo social clínico está rodeado de una especie de aureola, que destaca este quehacer, adjudicando a aquellos que lo practican una serie de atributos que otros profesionales en trabajo social no poseen.

Para mediados de la década de los noventa, la proporción mayor de trabajadores sociales en Estados Unidos era constituida por los llamados “clínicos”; y la mayoría (70%) de los graduados de maestría practicaban este enfoque de trabajo. (Swenson, 1995). Entre los años 1975 y 1985, el número de trabajadores sociales clínicos en la nación norteamericana creció en un 140%, de 25,000 a 60,000 y se proyectaba que para el próximo siglo el empleo de trabajadores sociales clínicos aumentaría con más rapidez que el promedio de todas las ocupaciones (Specht, 1995).

¹ Catedrática a tiempo parcial y ex Directora, Departamento de Trabajo Social, Universidad de Puerto Rico.

Cuando se examina con cierto detenimiento el fenómeno del auge del trabajo social clínico, encontramos contradicciones en la literatura profesional referente a este enfoque, inclusive en áreas tan específicas como sus definiciones. Teorizantes de la profesión reconocen que hay muchas preguntas sin contestar sobre este tipo de trabajo social (Swenson, 1995) añadiendo que las discrepancias y desacuerdos sobre esa modalidad reflejan la persistente tensión en el trabajo social entre su misión de cambio social y la dimensión de cambio individual y familiar. Otros teorizantes plantean decididamente que esta modalidad representa un alejamiento de sus practicantes de la esencia de la práctica de trabajo social (Specht y Courtney, 1995).

Nos mueve a escribir este trabajo una cierta insatisfacción con el hecho de que la profesión de trabajo social haya adoptado esta modalidad clínica como favorita frente a circunstancias macrosociales caracterizadas por severos y profundos problemas. La intervención a estos niveles es indispensable en la búsqueda de respuestas a preguntas sobre funcionamiento social humano y en la promoción de sociedades más justas.

Nos proponemos examinar el desarrollo histórico del trabajo social clínico, analizar algunas de sus definiciones y las contradicciones inherentes a éstas y plantear algunos cuestionamientos sobre esta modalidad.

Algunos autores señalan que el trabajo social clínico tiene los mismos componentes del trabajo de caso de la década de los cincuenta e inclusive sostiene que el término es uno sustitutivo o de conveniencia para revivir las prácticas de caso y grupo de antaño (Briar, 1987). Se establece una relación directa del modelo clínico con el enfoque psicoanalítico prevaleciente en la década de los treinta.

Desarrollo Histórico

Un hito decisivo en el origen del trabajo social clínico fue la declinación del trabajo de caso en la década de los 60 (Strean, 1978). En este período, el advenimiento de la preocupación con los derechos civiles, la pobreza, el racismo y la injusticia civil, comenzó a apuntar hacia la hegemonía de los activistas y planificadores sociales en el campo de trabajo social. Se registró una baja en opciones de servicio para trabajadores de caso. Este hecho, en la década de

los 70, se unió al advenimiento de los programas de bachillerato, comenzando a contratarse este tipo de profesional para el servicio directo. Una variedad de estudios en la época comenzaron a apuntar a la ineffectividad de la práctica directa en caso y grupo. Surgieron entonces dos grupos encontrados: aquellos que representan el servicio directo y los que representan la atención al nivel macro y a su efecto en los individuos y familias. El primero grupo, originador del trabajo social clínico, postulaba que la primera obligación del trabajo social era atender a aquellos individuos, familias y grupos víctimas de los problemas sociales más amplios. Comenzó a fortalecerse el grupo orientado a la ayuda directa y se creó en 1972 la revista Trabajo Social Clínico. Aumentó la incursión de los profesionales en trabajo social al ámbito de la práctica privada con clientela de clase media, la cual prefería ver al trabajador/a social en su oficina antes que en una agencia o clínica. Cobró auge así el concepto de trabajo social clínico.

Desde sus comienzos, este movimiento creó debates y división en la profesión, a tal punto que hubo momentos en que se planteó si no sería más conveniente que los clínicos se convirtieran en otra profesión separada del trabajo social o fundaran una organización profesional independiente (Briar, 1987).

Algunas Definiciones

Herbert Strean (1978) comenta que el trabajo social clínico es sinónimo de “psicoterapia y algo más”. El algo más se refiere al hecho de que el profesional de ayuda no se limita al trabajar con el ámbito intrasíquico, sino que “no pierde de vista las transacciones e interacciones del cliente con su órbita social, pero concentra sin embargo, en modificar aquellas fuerzas en el ambiente del cliente que impiden su funcionamiento personal e interpersonal”. Añade que: “se reconoce que todos los individuos, ricos y pobres son compelidos por deseos, ansiedades, defensas, fortalezas y debilidades inconscientes del ego... y muchos practicantes del trabajo social clínico utilizan como contextos teóricos para la práctica la teoría de sistemas, teoría de roles, teoría psicoanalítica y al psicología del ego”.

Indudablemente se percibe en esta concepción una orientación muy específica hacia el trabajo de caso y hacia el modelo psicoanalítico. El análisis en las fuerzas internas que mueven a los individuos

es evidente a pesar de que se menciona la configuración persona-ambiente.

Otro hallazgo interesante en nuestra búsqueda de diversas conceptualizaciones sobre el trabajo social clínico lo encontramos en los estándares para la práctica de trabajo social clínico, esbozados en 1984 por la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (Enciclopedia de Trabajo Social, 1987). En la sección de definiciones de dichos estándares se establece una relación entre este tipo de trabajo social y la práctica privada de la profesión. Se define aquí el trabajo social clínico como: “la aplicación profesional de teoría y métodos de trabajo social al tratamiento y prevención de disfunciones psicosociales, impedimentos e incapacidades, incluyendo desórdenes emocionales y mentales, y está basado en conocimiento de una o más teorías de desarrollo humano dentro de un contexto psicosocial”.

Un dato interesante que aparece en los estándares del trabajo social clínico ya mencionados, es el hecho de que se equipara la práctica de este tipo de trabajo social con la práctica privada, y se establecen guías para dicha práctica. Además, se establecen los siguientes requisitos para la práctica clínica:

1. Diploma graduado de una escuela acreditada por el Council on Social Work Education.
2. Dos años de experiencia en trabajo social clínico a tiempo completo con supervisión de un/a trabajador/a social clínico/a.
3. Membresía en la Academia de Trabajadores Sociales Certificados o una certificación estatal al efecto.

Consideramos que esta definición obviamente convierte la práctica de trabajo social clínico es una especializada y más orientada al micro que al macro sistema. Resulta más interesante aún el hecho de que un poco más adelante en la definición del término se señala que al trabajo social clínico le resulta central una perspectiva de la persona en situación. Sin embargo, se explica este interés como centrado en: “intervenciones dirigidas a las interacciones interpersonales y dinámicas intrapsíquicas”... Surge de esta visión un cierto énfasis individual centrado en la personalidad del cliente. Por otro lado, el

énfasis en el contexto psicosocial elimina la vertiente biológica, tan relevante en el análisis de funcionamiento sobre todo durante las últimas décadas.

El Diccionario de Trabajo Social (Barker, 1995) define el trabajo social clínico como: “una forma especializada de la práctica directa con individuos, grupos y familias”. Se cita luego la definición de la Sociedad Nacional de Trabajadores Sociales mencionada anteriormente. Añade el diccionario que “algunos trabajadores sociales usan el término “clínico” como sinónimo de trabajo de caso o trabajo social psiquiátrico, mientras que otros consideran que esos términos son diferentes entre sí. En el mismo diccionario se define al clínico/a como: “un profesional que trabaja directamente con clientes, cuya intervención ocurre primordialmente en una oficina, hospital, clínica u otro ambiente controlado. El profesional estudia el problema, diagnostica la situación del cliente y ofrece tratamiento directo o ayuda al cliente a lograr las metas prescritas”. Añade el diccionario que: “El clínico generalmente provee tratamiento directo al cliente (individuo, familia y grupo) usualmente en su oficina”.

Como vemos en esta definición, el trabajo social clínico se considera como una especialidad, y se destaca un hecho que podría parecer banal, pero que no lo es; enfatiza el hecho de que el trabajo social clínico se desarrolla mayormente en una oficina profesional. Se entiende entonces que en este tipo de trabajo social, los clientes se mueven hacia el profesional y éste no debe sentirse responsable de moverse hacia los clientes en sus ambientes. ¿Notamos algún parecido con otras profesiones de la conducta? ¿Cómo se refleja en esta conceptualización el interés del/la trabajador/a social por el ambiente inmediato de los clientes, por ese compartir con los clientes en su propia cotidianidad?

Helen Norteen (1982) una conocida teorizante norteamericana en nuestra disciplina, describe el trabajo social clínico como: “Un término que designa servicios profesionales para y en beneficio de clientes cuando el propósito es mantener y enriquecer el funcionamiento psicosocial de individuos, familias y pequeños grupos”. Es interesante que en su libro relativo al trabajo social clínico, Norteen señala que favorece un solo método en la práctica de trabajo social, un “método común”, algo así como una visión genérica y prácticamente equipara este enfoque con su visión del modelo clínico. Obviamente, su conceptualización resulta diferente a la que propone la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales. En su libro alusivo al

trabajo social clínico, Nordeen presenta un modelo para la práctica integrada que no se diferencia sustancialmente de otras conceptualizaciones orientadas a un enfoque genérico. Sin embargo, ella le llama a este enfoque trabajo social clínico.

Refiriéndose al trabajo social clínico con niños y familias, Carole Meyer (1983), una distinguida teorizante en el trabajo social comenta lo siguiente:

“Lo que define dicha práctica como clínica es que el profesional individualizada cada caso y hace lo necesario para mejorar la situación del cliente..., es clínica porque mediante su práctica, el/la trabajador/a social, mediante delegación a otros, o compartiendo su trabajo en equipo se involucra en ayuda directa; y es clínica porque ayuda al cliente”.

Añade Meyer:

“Entre los diversos acercamientos como el psicosocial, de solución de problemas, conductista, de intervención en crisis, generalista y empíricamente orientados que fundamentan la práctica clínica (o directa) existe una amplia variedad de selección”.

Meyer apunta, además, que es posible que no esté del todo clara la diferencia entre un trabajador social clínico y uno de servicio directo. Señala que paulatinamente el concepto de “clínico” fue sustituyendo al de trabajador/a social de caso, y que una de las razones que así lo requirieron fue advenimiento del nivel subgraduado en trabajo social como un nivel aceptable en el continuo educativo. Ante esta situación, el nivel de maestría perdió parte de su hegemonía en la prestación de servicio directo y sintió la necesidad de proteger su competencia bajo la sombrilla del título de clínico.

Meyer hace alusión, por otro lado, a las especificaciones que señala el Registro Nacional de Trabajadores Sociales Clínicos en 1976 sobre las funciones de este profesional. Este señala:

“Un trabajador social clínico está por educación y experiencia, cualificado profesionalmente a un nivel autónomo de práctica para proveer servicios directos de tipo diagnóstico, preventivo, de desarrollo, de apoyo, y de rehabilitación a individuos, familias y/o grupos cuyo funcionamiento esté amenazado o afectado por estrés social y psicológico o impedimentos de salud. Esto se refiere a práctica directa con un cliente/

paciente en base de uno a uno, uno a familia y uno a grupo. Con algunas excepciones, los métodos de trabajo social que no se aceptan para fines de este Registro incluyen: Administración, Organización de Comunidad, Planificación Social, Supervisión, Consultoría, Educación, Investigación y Entrevistas de Investigación”.

Añade Meyer que esta definición de la Asociación Nacional “es idéntica a lo que se conoce universalmente como práctica directa en trabajo social”. Nos preocupa mucho este punto de vista, ya que se excluye el método de organización de comunidad del enfoque clínico, que en algunas de sus vertientes o modelos ofrece servicio directo. Esto, entonces representa una contradicción, ya que si el trabajo social clínico es sinónimo de servicio directo, como se aduce, debería incluir la organización de comunidad. El modelo de desarrollo de localidades (Rothman, 1979) por ejemplo, presupone intervención directa dentro del método ya que el interventor a nivel comunitario participa directamente con los residentes, los ayuda a organizarse y amplía su capacitación en su función comunal. Esta aparente confusión es planteada por Hepworth, Rooney y Larsen (2002) cuando señalan que los dos términos: trabajo social clínico y práctica directa se utilizan indistintamente, pero que tienen significados diferentes para distintas personas.

Se desprende entonces, de esta visión, la idea de que el trabajo social clínico no tiene ninguna aportación directa que hacer al nivel societal más amplio y que su esfera de acción está más orientada al nivel individual. Si es así, no puede equipararse su definición con la de servicio directo, que es más amplia.

Según Russell, (1990), el trabajo social clínico ha logrado una mayor aceptación y “status” en los últimos años, y la idea de que representaba a una elite inclinada hacia la psicopatología ha variado, esencialmente por tres razones: legislación social, las demandas del mercado y los desarrollos dentro de las organizaciones de trabajo social. La legislación social exige cada vez más a los trabajadores sociales responder por su trabajo, mientras que las demandas del mercado por prácticas autónomas aumentan. Por otro lado, las organizaciones de trabajo social se han expandido, produciendo literatura profesional. Inclusive la educación se ha ampliado para incluir programas para preparar clínicos en trabajo social y la investigación clínica también ha contribuido a adelantar este movimiento.

Según este planteamiento de Russell, podría pensarse que las razones por las cuales el trabajo social clínico ha cobrado mayor auge, son razones ajenas a planteamientos que se hace la misma profesión de trabajo social sobre su esencia y más bien son circunstancias del medio social que han favorecido esta modalidad.

Algunos Comentarios

El examen de la literatura profesional sobre el trabajo social clínico demuestra ciertas contradicciones, imprecisiones y vaguedad en cuanto a la naturaleza de este tipo de trabajo social.

Consideramos que es necesario descartar ya la aceptación de trabajo social clínico como sinónimo de servicio directo. Esto pudo haber sido así cuando el servicio directo estaba en manos del nivel de Maestría, pero el advenimiento de la educación profesional a nivel subgraduados con el enfoque genérico ubica a dos niveles de profesionales operando en el servicio directo, en muchos casos con diversos niveles de conocimiento. Decimos esto, aunque reconocemos que es algo utópico, porque siempre hemos considerado que debe haber una diferencia en profundidad de conocimientos cuando los estudiantes de maestría ya tienen preparación subgraduada en trabajo social, frente a aquéllos que no la tienen.

En un momento dado en el desarrollo del trabajo social clínico, específicamente cuando surgió la preparación generalista se puso de manifiesto la ambigüedad sobre el término "clínico". De hecho, y sobre este asunto, Meyer (1987) comenta que en la década de los 80, se enfrentan la práctica clínica y la generalista y se pone de manifiesto la confusión en el uso de ambos términos. Señala Meyer que a pesar de que se reconoce que el generalista no es un especialista, la definición del término "clínico" podría plantear la pregunta de si el practicante con individuos, grupos y familias. Esto, a su juicio, pone de manifiesto la ambigüedad sobre la definición del "clínico".

El enfoque de generalista en servicio directo no puede equipararse con el llamado clínico, pues en esta primera formación se recomienda un enfoque bio psicosocial espiritual y una visión amplia del funcionamiento humano que rebasa el énfasis en el micro nivel. Indudablemente el trabajo social clínico muestra un cierto énfasis en los niveles intra psíquicos según se observa en la literatu-

ra alusiva a este movimiento. Aún la atención a grupos en este enfoque se orienta también al tratamiento individual, de manera que grupos como los recíprocos y de metas sociales estarían fuera del ámbito de los clínicos, los cuales concentrarían probablemente más en los grupos remediales con enfoque individual (Papell y Rothman, 1966).

Se nos antoja establecer una cierta correlación entre ese tipo de trabajo social y el trabajo de caso psicodinámicamente orientado que cobró tanto auge en la década de los 30. Este movimiento parece arrastrar mucho de este enfoque. En prácticamente toda la literatura que hemos visto relativa al clínico se discuten preponderantemente aspectos del funcionamiento intrapsíquico.

Hasta cierto punto consideramos que este enfoque clínico fue más un movimiento político que el producto de una conceptualización profesional. Surge a partir de un momento histórico en que el trabajo social se replantea su función y responsabilidad con el macro nivel, con las estructuras sociales que promueven opresión, con la acción social. Se registra una especie de reencuentro con las raíces de la profesión y con los valores de justicia social. Como resultado, declina algo el énfasis en el servicio directo a nivel micro, mientras surge por otro lado el nivel subgraduado. Parece surgir el enfoque clínico como un movimiento de supervivencia, de una defensa de este tipo de profesional orientado al servicio directo tratando de proteger su territorio. Paulatinamente, este profesional se organiza y con el advenimiento de la privatización y la práctica privada se adjudica un lugar definido en la profesión.

Tal parece que el trabajo social clínico y la práctica privada van de la mano, ya que esta especialización le ha provisto una esfera adicional de acción al trabajo social: el ámbito privado. Las reformas de bienestar social y de salud han facilitado y abierto estos nuevos espacios para los clínicos.

Nos preocupa hasta cierto punto cómo armonizar este trabajo social clínico más especializado con la función y valores de la profesión. El mismo hecho de ejercer la práctica privadamente puede prestarse para esa redefinición de valores. El trabajo social como profesión nace del estado Benefactor en su función social de proveer para el desvalido. La mística profesional cambia ante una visión mercantilista de los servicios. Apoyamos la posición de Morris (1986) al reconocer que los embates contemporáneos al Estado Benefactor requieren respuestas de la misma profesión a dichas realidades.

A nuestro juicio, y en los comienzos del tercer milenio, la situación no ha cambiado. La glorificación del trabajo social clínico y de la práctica privada sigue vigente. Resulta interesante observar cuán profundamente ha impactado a nuestra profesión la afición a la psicoterapia y los aspectos intrapsíquicos de la conducta. Desde la década de los 30 en el pasado siglo comenzó el coqueteo de la profesión con Freud, y hoy día, en los albores de otro siglo, se continúa mirando hacia los factores intrapsíquicos como los determinantes del funcionamiento social. Se substituyó la admiración a Freud por la adhesión al DSM.

Uno de los criterios más acerbos del trabajo social clínico y la práctica privada, Harry Specht (1994) señala: “una cosa es tomar prestadas técnicas de otros para mejorar los servicios de nuestra profesión; otra cosa es olvidar la misión de nuestra profesión.... parecemos dispuestos a abrazar como función primaria lo que una vez se consideró periférico”.

Somos de opinión que la complejidad de la sociedad contemporánea requiere algo más que trabajadores sociales clínicos. Requiere profesionales con una visión amplia y holística de los problemas humanos que puedan intervenir a todos los niveles en el vasto sistema social, en la búsqueda de alternativas para los problemas humanos. El énfasis en el trabajo social clínico podría entenderse, hasta cierto punto como el intento de una profesión que no está clara sobre su esencia, de invadir otros campos en las disciplinas de la conducta. Sin embargo, la esencia del trabajo social es clara y se orienta hacia soluciones sociales a problemas humanos.

La visión biopsicosocial y espiritual del funcionamiento humano y la perspectiva holística en la práctica de trabajo social exigen que se mire hacia el ser humano en virtud de su interacción con las fuerzas del ambiente, con otros sistemas y dentro de ese panorama, el profesional de ayuda debe estar preparado para intervenir a todos los niveles que la situación exija. El énfasis en el individuo como foco central de la intervención, que es una tendencia en el trabajo social clínico, puede diluir la intervención con otros sistemas en la situación.

La responsabilidad de la profesión de trabajo social hacia el macro sistema está asociada con el mismo origen de la profesión. El trabajo social clínico no parece estar orientado hacia esta dirección ya que precisamente nace como un movimiento de reacción ante la hegemonía del trabajo social comunitario y de acción social en la década de los 60.

A pesar de que ese enfoque macro sistémico es tan necesario en la práctica de la profesión, y sobre todo, en las circunstancias sociohistóricas del mundo contemporáneo, se ha notado una decadencia en efervescencia de estos enfoques como se registró en la década de los 60. Este hecho, junto a la realidad de la privatización y declinación del Estado Benefactor puede estar promoviendo mayor auge de los enfoques clínicos y convirtiéndose como en una especie de tabla de salvación para la profesión en este momento. Sin embargo, a nuestro juicio no es la solución ideal. Puede llevar a la práctica profesional a caer en lo que Ezequiel Ander Egg (1974) una vez llamó la fase “aséptico tecnocrática”, es decir un tipo de práctica sin mística, concentrando en unos problemas humanos desvinculados de realidades sociales y enfocados desde un quehacer puramente técnico. Desde nuestra perspectiva, el trabajo social clínico puede percatarse, para fines diagnósticos, del impacto de las fuerzas ambientales sobre los individuos bajo su atención, ni con la responsabilidad de hacerlo. Es en esta visión de la práctica que a nuestro juicio, se diluye la mística. Goldstein (1979) por ejemplo, reiteraba que los trabajadores sociales eran primordialmente ayudadores de gente”, como opuesto a “cambiadores o transformadores de la sociedad”. Otras disciplinas orientadas a la conducta también se consideran ayudadoras de gente, pero debe haber algo que diferencie al trabajo social de éstas.

No resulta nuevo para los estudiosos en trabajo social el historial de “problemas de identidad” de nuestra profesión. El impacto del reto de Flexner a la profesión en 1915 (en Pumphrey, 1961) marcó el comienzo de este proceso de búsqueda de identidad que permea los desarrollos de la profesión a lo largo de su historia. El encuentro del trabajo social con la psiquiatría en la década de los 20 parece haber dejado sus huellas permanentemente.

Si aceptamos que el neoliberalismo y la globalización constituyen fenómenos que promueven el debilitamiento de las comunidades y la marginalización de grupos poblacionales de escasos recursos, resulta inevitable plantearse si el trabajo social clínico es la respuesta a este reto para el trabajo social contemporáneo. El trabajo social de los orígenes buscaba la reforma social, quizás un tipo de reforma traída por los cabellos, pero reforma al fin. Hoy día, nos referimos con mucho orgullo a nuestra identificación con la justicia social, la igualdad de oportunidades, las poblaciones en desventaja. ¿Cumpliremos con esta misión con el DSM bajo el brazo, en

nuestras cómodas oficinas, tratando de penetrar en la incógnita impenetrable de la mente humana, o debemos regresar a la cotidianidad de nuestros clientes, a los ambientes en que se desenvuelven a las políticas sociales que les afectan, a sus comunidades en desventaja, a su necesidad del llamado empoderamiento?

¿Por qué nos resulta tan difícil entender que hoy más que nunca, el rol protagónico de la profesión de trabajo social debe orientarse más hacia el fortalecimiento de políticas sociales más justas y hacia el fortalecimiento de las comunidades en desventaja?

Aceptaríamos el trabajo social clínico como una especialización más, siempre con reservas, pero no podemos aceptarlo como un modelo hegemónico para la práctica, porque de ser así se tornó difusa la esencia de nuestra profesión.

Bibliografía

- Ander-Egg, Ezequiel (1974). *El Trabajo Social como Acción Liberadora*. Buenos Aires, Argentina: Editorial ECRO, p. 36-37.
- Barker, Robert L. (1987). "Private and Proprietary Services", en *Encyclopedia of Social Work*. Silver Spring, Maryland: *National Association of Social Workers*, p. 324-329.
- Barker, Robert L. (1995). "The Social Work Dictionary". Silver Spring, Maryland: *National Association of Social Workers*, p. 62.
- Briar, Scott (1987). "Direct Practice, Trends and Issues" en *Encyclopedia of Social Work*. Silver Spring, Maryland: *National Association of Social Works*. Vol. I, p. 394.
- Encyclopedia of Social Work* (1987). Silver Spring, Maryland: *National Association of Social Workers*. Apéndice 3, p. 965.
- Goldstein, E.G. (1979). *Knowledge Base of Clinical Social Work*, en P.L. Ewalt (Ed) *toward a Definition of Clinical Social Work*, Washington, D.C.: *National Association of Social Workers*, p. 403-422.

- Hepworth, Dean H., Rooney, Roland y Larsen, Jo Ann (2002). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills*. California: Brooks/Cole. Pp. 25-34.
- Meyer, Carol H. (1983). *Clinical Social Work in the Eco Systems Perspective*. New York: Columbia University Press, p. 247-248.
- Morris, Robert (1986). *Rethinking Social Welfare*, New York: Longman, p. 23-43.
- Northen, Helen (1982). *Clinical Social Work*, New York: Columbia University Press, Preface IX.
- Papell, Catherine y Beulah Rothman (1996). *Social Group Work Models: Possession and Heritage*, In *Journal of Education for Social Work*. New York: Council on Social Work Education.
- Pumphrey, Ralph E. y Muriel Pumphrey (1961). *The Heritage of American Social Work*, New York: Columbia University Press, pp. 301-307.
- Russell, Mary N, (1990). *Clinical Social Work: Research and Practice*. Newbury Park: California: Sage Publications, p. 9.
- Specht, Harry, y Mark Courtney (1994). *Unfaithful Angels*. New York: The Free Press, p. 47.
- Strean, Herbert, S. (1978). *Clinical Social Work*. New York: The Free Press, p. 33.
- Swenson, Carol R. (1995) *Clinical Social Work*. In *Encyclopedia of Social Work*; 19th Edition, Vol. 1. NASW Press, pp. 502-513.

