

EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO COMO ENFOQUE PREFERENTE: GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LA PERSONA PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS SOCIALES

SILVIA GIMÉNEZ RODRÍGUEZ¹

RESUMEN: España como Estado social y democrático de Derecho, se articula con un sistema público de Servicios Sociales como garantía de los derechos de todas las personas al margen de su situación económica y social. Este, marca sus objetivos para las personas vulnerables y o en proceso de exclusión a través de estrategias de inclusión basadas fundamentalmente en políticas sociales de inclusión económica, laboral y social. Este artículo plantea una reflexión sobre el objetivo de inclusión mercantilista y de utilidad social, olvidando la primera de las premisas de una inclusión integral, que está basada en el empoderamiento como persona. El trabajo social clínico contempla la intervención psico-social en una única intervención, en aras a fortalecer en primer lugar al SER humano vulnerable, para que desde su propio poder recupere sus capacidades para vivir integrado en la sociedad y sea sujeto activo en la construcción social. El Estado de Bienestar no sólo ha de garantizar los derechos civiles y sociales, sino en primer lugar los personales, que hagan protagonista activa y no pasiva a cada persona. ¿Realmente este es el enfoque actual?

PALABRAS CLAVE: trabajo social clínico; Servicios Sociales; empoderamiento personal; derechos sociales y personales; inclusión social.

Clinical social work as a preferred approach: guaranteeing the rights of the person to guarantee social rights

ABSTRACT: Spain, as a social and democratic state of law, is articulated with a public system of Social Services as a guarantee of the rights of all people regardless of their economic and social situation. This system establishes its objectives for vulnerable people and those in the process of exclusion through strategies based fundamentally on social policies for economic, labour and social inclusion. This article proposes a reflection on the objective of mercantilist inclusion and social utility, forgetting the first of the premises of an integral inclusion, which is based on empowerment as an individual. Clinical social work contemplates

¹ Universidad Rey Juan Carlos. Doctora y licenciada en Sociología. Trabajadora Social. Terapeuta Transpersonal. silvia.gimenez@urjc.es.

psycho-social intervention in a single intervention, in order to strengthen the vulnerable human being in the first place, so that he recovers his abilities to live integrated in society and be an active subject in social construction from his own power. The Welfare State must not only guarantee civil and social rights, but first of all, personal rights, which make each individual an active and not a passive protagonist. Is this really the current approach?

KEY WORDS: Clinical Social Work; Social Services; Personal Empowerment; Social and Personal Rights; Social Inclusion.

Allá por el año 2006 la Escuela de Trabajo Social de Comillas celebraba su 50 aniversario y, como no podía ser de otra manera, tuvo su acto de conmemoración donde el rector de aquel entonces, D. José Ramón Busto hizo su discurso pertinente. En él hizo una original afirmación que levantó un curioso revuelo entre los asistentes, «los trabajadores sociales son los profesionales del amor». Recuerdo que la frase fue muy comentada, incluso criticada por lo que cada cual quiso interpretar. Pero también recuerdo al jefe de estudios por muchos años y director de departamento después, nuestro querido Manuel Gil, cuando vino a decir que el problema era cosa de mentes dispersas, porque en realidad era una forma poética de hacer una descripción real del asunto. Dieciséis años después, ya entiendo la alusión poética que refería al trabajo social como profesión del amor; se trataba del Amor Universal: el que respeta, humaniza, acompaña, comparte, escucha, promociona al otro, le cuida. Difiero, eso sí, en lo que pareciera una connotación exclusiva: porque si todas las profesiones fueran profesiones del amor –también las de gestión– la empatía y el cuidado a las personas primaría sobre todo lo demás y disfrutaríamos de un mundo mejor.

¿Acaso no sería más interesante que fuéramos todos profesionales del amor? Ya lo decía el maestro *Yoda*: «solo encontrarás lo que traigas».

1. INTRODUCCIÓN

El profesor Manuel Gil Parejo en su gran trabajo sobre *la Institucionalización del trabajo social en España 1958-2000* (2010), planteaba cuatro consecuencias no intencionadas de este proceso: la burocratización profesional, la desnaturalización del trabajo social, la falta de desarrollo teórico y la pérdida de presencia pública. Pasada una década desde entonces, se advierte en unas más que en otras su continuidad.

La burocratización del trabajo social se entiende como la burocratización de los procesos de intervención que realizan los profesionales con los destinatarios de su acción, como consecuencia de las directrices marcadas por el sistema. A pesar de que algunos autores (Báñez, 2003) señalan que en los años 80 los contenidos profesionales se tecnificaron centrándose en las prestaciones, Gil considera que ni siquiera hubo tal tecnificación, sino que: «los Servicios Sociales, se burocratizaron y con ellos, los trabajadores sociales que se identificaron con este sistema, confundiendo la profesión con el campo de actuación» (Gil, 2010, p. 549). Por ello la evolución del trabajo social ha ido marcada por la identificación con el campo organizativo, descuidando el objetivo intrínseco de la profesión que es la interactividad con las personas atendidas.

La desnaturalización del trabajo social es otra de las debilidades expuestas:

Una de las cuestiones que se constata en el proceso de institucionalización es su distanciamiento de uno de los elementos que caracterizan al trabajo social desde sus orígenes: la relación profesional-sujeto. (...) Ha perdido una parte muy importante de las cuestiones relacionales y psicosociales, en beneficio de un trabajo más orientado a la gestión de los recursos. (Gil, 2010, p.554)

Esta desnaturalización del trabajo social, Gil la considera una cuestión transitoria mientras su identidad se ajusta a las nuevas situaciones, en su planteamiento de «identidad inquieta» de la profesión que se va construyendo conforme evolucionan los tiempos. Así considera que pasó en los años 60 al definirse la profesión, en los 70 con su dimensión política, en los 80 con la incorporación a los Servicios Sociales y en los 90 con su asentamiento institucionalizado en el apogeo de su reconocimiento (Gil, 2010, p. 559). En las primeras décadas del siglo XXI continúa su dilatación con la implantación como Grado universitario y con su adaptación a nuevos campos de intervención: menores, dependencia, migración y refugio, emergencias, intervención psicosocial clínica.

La falta de desarrollo teórico era otra de las carencias señaladas, de la que se toma especial conciencia en la década de los 90, y que se va cubriendo poco a poco gracias a la creación del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales en las universidades, consolidándose departamentos autónomos y Cátedras (Gil, 2010, pp. 559-570). Aunque precisamente queda en suspenso el desarrollo teórico del trabajo social en sí mismo, a partir de la sistematización de experiencias y buenas prácticas en los procesos de intervención, en favor de un desarrollo teórico más centrado en los Servicios Sociales (Gil, 2010, pp. 602-604). Finalmente, con la incorporación de los profesionales a los grados y doctorados parece que se va enmendando en este siglo XXI, aunque aún le queda un largo camino por recorrer (Gil, 2014).

La última consecuencia no querida de la institucionalización del trabajo social en palabras del profesor Gil Parejo, hace referencia a *la pérdida de la presencia pública* que, si bien marcó su apogeo con la presencia en los gobiernos de los 80, vio sustituido su protagonismo la siguiente década por los profesionales de la Psicología. (Gil, 2010, pp. 570-574). En la actualidad podemos comprobar cómo, aunque la presencia exista no lo es tanto su visualización. Por poner un ejemplo reciente, en la crisis provocada por el fenómeno Covid19, fueron las profesiones sanitarias las que cobraron todo el protagonismo mediático y público, mientras los profesionales de referencia de los Servicios Sociales, las y los trabajadores sociales, seguían lidiando día a día, como profesión esencial, con la población más vulnerable que encontraba sus recursos de atención cerrados, desempeñando un papel de reinención y contención fundamental no publicitado.

De estas cuatro carencias que junto a otros muchos beneficios marcaron la institucionalización, exceptuando las dos últimas, apenas han evolucionado desde aquella reflexión. Precisamente las que hacen referencia al objeto primordial del trabajo social, el de la interactividad con las personas atendidas, son las que no consiguen virar.

Este artículo propone una reflexión marcada por el «desde dónde» se pretende diseñar una intervención social, el «por dónde» se transcurre y de qué manera, y el «hacia dónde» en la actualidad enfoca su punto de mira el trabajo social. Quizá estas carencias de la institucionalización se hayan mantenido en el tiempo como consecuencia de una tendencia generada, ya sea como consecuencia de la adaptación al sistema burocratizado de Servicios Sociales que marca el camino, bien sea por la comodidad de los profesionales en reafirmar su estatus, o bien sea por la desmoralización de otros que se sienten incapaces de defender sus principios de mirada interactiva al vulnerable, en contradicción a los de la estructura reguladora.

Una especialidad cuya mayor visibilidad aportaría una vía añadida marcada por la no burocratización, la natural identidad del trabajo social desde el encuentro directo con la persona, el progreso de desarrollo teórico en evolución y el intento de cobrar esa presencia social no tan reconocida en nuestro país como lo es en otros del entorno y ultramar, es el trabajo social clínico. Aquel que conjuga una acción psicoterapéutica y social en una misma intervención y cuya metodología acompaña la transformación desde el ser: en su confianza, empoderamiento, equilibrio interior y lo fija como pieza clave para tomar el propio protagonismo de la transformación social. El cambio social queda explícito en la definición del trabajo social:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el

empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Con el respaldo de las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a personas y estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar. La definición anterior puede ampliarse a nivel nacional y/o regional².

Hacia este cambio social puede apostarse por diferentes cauces, si bien uno es la reivindicación y denuncia de realidades coyunturales y estructurales no sujetas a derecho, otro trata de acompañar la transformación interior de la persona para que se posibilite y proponga como agente de transformación social.

2. ENFOQUE DE LA INTERVENCIÓN EN LOS SERVICIOS SOCIALES

2.1. EL DESDE DÓNDE

La evolución en España con relación al bienestar social data de la Edad Media con el concepto religioso de «Caridad», avanzando en el siglo XVI hacia la «Beneficencia pública» que otorgaba prestaciones concretas a las personas necesitadas sin mediar en ningún caso el derecho a las mismas. En el Siglo XVIII se genera para atender las necesidades básicas, un sistema público organizado de Servicios e Instituciones Sociales. El siglo XIX aúna beneficencia y asistencia para a partir de la segunda mitad del siglo tomar un papel más destacado la cuestión social con la creación de la Comisión de Reformas Sociales en 1883, que será la base para la generación de futura legislación. En el siglo XX coexistirá en España la Beneficencia, la Asistencia Social, los Seguros Sociales y la Seguridad Social. El keynesianismo post Segunda Guerra Mundial dio paso al Estado de Bienestar en los países del entorno europeo, sustituyendo el asistencialismo clásico, por un enfoque de derechos sociales. En España Cáritas crea en 1957 una sección Social en esta línea y en 1963 el Estado español crea el Sistema de Seguridad Social donde se incluían los servicios sociales y de asistencia. Será la Constitución de 1978 la que proclame a España en su artículo

² La siguiente definición fue aprobada por la Asamblea General de IFSW y la Asamblea General de IASSW en julio de 2014, disponible en: Definición Global de Trabajo Social – Federación Internacional de Trabajadores Sociales (ifsw.org) <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>.

primero como un «Estado social y democrático de Derecho que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico, la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político» estableciendo a las Comunidades Autónomas en las que se vertebra el Estado, las competencias en Asistencia Social (Gil, 2005) (CGTS)³.

El paso del asistencialismo al enfoque de derechos reflejado en la Constitución del 78 abre la puerta a un Estado de Bienestar que se compromete a garantizar a todos los ciudadanos, unos umbrales mínimos para alcanzar su bienestar y el ejercicio de la libertad, alineados siempre con la dignidad humana.

Los derechos sociales pueden garantizarse con el desarrollo de leyes concretas, pero el derecho a la libertad es de difícil garantía en algunas ocasiones si no hay voluntad. Una persona que emigra para conseguir un futuro económico de subsistencia y bienestar, lo ejerce sin libertad, porque no puede elegir. Una persona que emigra de su tierra por conflictos bélicos, habitualmente generados en un despacho repleto de corbatas, no ejerce su libertad saliendo del país, busca refugio. Una mujer africana violada por todos los varones de su familia por declararse lesbiana no es libre saliendo de su pueblo, solo huye. Y así múltiples ejemplos reales de violaciones de derechos personales, civiles y humanos en contra de la dignidad intrínseca de la persona, aquella que la Declaración de derechos del Estado de Virginia (1776), La Declaración de Derechos del hombre y del Ciudadano (1789), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la inspirada en esta última, la Constitución Española del 1978, pretendían garantizar.

El enfoque de derechos sociales desde el trabajo social (Gil, 2008) es muy importante pero el de derechos de la persona desde mi punto de vista ha de ser anterior. Es por ello por lo que el Sistema Público de Servicios Sociales es necesario que apueste por el equilibrio interno de la persona antes, o al menos a la vez, de apoyar su inclusión en la sociedad. El sociólogo Alain Touraine en su obra *el fin de las sociedades* (2016) apuesta por una sociología de la sociedad a una sociología del sujeto que lo defina en relación consigo mismo, explicando las conductas desde la subjetivación que en la conciencia de sus derechos le transforma a él y a su entorno. Ante esta demanda de reconstrucción interna del vulnerado como paso previo al disfrute en libertad de cualquier otro derecho, el trabajo social clínico:

³ Véase: Portal del Consejo General del Trabajo Social - Ejes Estratégicos - Servicios Sociales - Inicio (cgtrabajosocial.es) Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_sss_inicio

Supone para la profesión en España, la esperanza de trascender el asistencialismo histórico que ha intentado sin cesar reducirla a la mera gestión de recursos públicos. Supone la esperanza de volver de una forma renovada del lugar del que nunca debió apartarse: las personas. (Regalado, 2022, p. 173)

2.2. EL POR DÓNDE

El triunfo que representa la institucionalización de los Servicios Sociales en España se materializa en concreto en el catálogo de Referencia de los Servicios Sociales aprobado el 16 de enero de 2013 por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención de la dependencia:

Este catálogo que recoge identifica y define las prestaciones de referencia del Sistema Público de Servicios Sociales como un conjunto de servicios y prestaciones tiene como finalidad la promoción y el desarrollo pleno de todas las personas y grupos dentro de la sociedad para la obtención de un mayor bienestar social y una mejor calidad de vida, en el entorno de la convivencia, y la prevención y la eliminación de las causas que conducen a la exclusión social. (CRSS, 2013, pp. 11-12)⁴

No obstante, en el capítulo de prestación de servicios orientados a atender las necesidades sociales y favorecer la inserción social de la ciudadanía, familias y grupos de población, se observa una cierta carencia en lo referente a servicios y programas explícitos para el empoderamiento psicológico que contribuya a la autonomía real. A pesar de que forma parte de su séptimo principio inspirador de *atención personalizada e integral*:

Se proporcionará una atención integral configurada a través de apoyos adecuados y ajustados a las necesidades y capacidades personales, familiares y sociales, garantizando la continuidad de la atención y respetando siempre la dignidad de las personas, sus derechos y sus preferencias. Se considerarán conjuntamente los aspectos relativos a la prevención, la atención, la promoción y la integración para la elaboración de su plan individual de atención, incorporándose el enfoque de los servicios orientados a la persona. (CRSS, 2013, p. 16)

En cuanto a la Autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar, solo se explicita apoyo psicoterapéutico en la Ayuda a domicilio y

⁴ Véase: Cat de referencia de SS.SS. ([mdsocialesa2030.gob.es](https://www.Mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/serviciosociales/docs/prestaciones-pc/CatalogoSociales.pdf)) <https://www.Mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/serviciosociales/docs/prestaciones-pc/CatalogoSociales.pdf>. pp. 11-12.

apoyo a la unidad de convivencia y en violencia de género, no explicitándose ni en teleasistencia, atención diurna y nocturna de personas mayores, personas sin hogar ni en centros ocupacionales. En cuanto a la Intervención y protección de menores, sí se contempla en la atención a menores en riesgo social y familiar pero no en acogimiento residencial de menores y acogimiento familiar. En cuanto a la atención residencial, no se explicita en los alojamientos de urgencia ni a personas sin hogar, tampoco a las personas mayores en situación de dependencia ni personas con discapacidad y sí se explicita en violencia de género. En cuanto a los servicios de prevención e inclusión social, no se especifica en ninguno de ellos (CRSS, 2013, pp. 24-36)⁵.

En la memoria del Plan Concertado 2019-20⁶ se observa cómo el porcentaje presupuestario destinado a la Unidad Convivencial que es la partida cuyo destino engloba las actuaciones de atención psicológica es de un 6,23% frente al 75,28% del presupuesto destinado a Ayuda a Domicilio, que ni siquiera atiende al porcentaje de las acciones realizadas. En el cuadro siguiente se muestra cómo el porcentaje de actuaciones realizadas en la prestación de apoyo a la Unidad Convivencial en el año 2019 es del 28.07% frente al 71,93% de Ayuda a Domicilio.

Se concluye que no se le da la importancia que requeriría una intervención psicosocial profesional y continuada para el empoderamiento interno y profundo de la persona como antesala de su transformación individual para su aporte como agente de cambio social. Conocido es el caso de Suecia con el cierre de algunos centros penitenciarios por descender el número de reclusos, entre otras cuestiones por descender la reincidencia como consecuencia de los programas de resocialización en sus cárceles donde se enfoca la intervención individualizada basada en la persona.

2.3. EL HACIA DÓNDE

La manida interpretación de que la provisión de recursos en sí mismos a las personas que los necesitan es sinónimo de inclusión social o de prevención de la exclusión social, hace referencia a un proyecto de servicios sociales que tiene sus fuentes un sistema globalista de capitalismo neoliberal que

⁵ Véase: Cat de referencia de SS.SS. (mdsocialesa2030.gob.es) <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/CatalogoServiciosSociales.pdf>

⁶ Véase: <El Sistema Público de Servicios Sociales> (mdsocialesa2030.gob.es) https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/memorias-pc/MemoriaPlanConcertado_2019-2020.pdf

basa sus premisas en la mercantilización de casi todo, por ser prudente. En esta mercantilización se pretende hacer coincidir el valor de uso y de cambio, en la medida de utilidad social pragmática en que es reconocido el ser humano, y es por ello por lo que pareciera que la utilidad de las personas para el sistema está medida por los beneficios materiales que le reporta. El Amor líquido que señala Bauman (2005) que supedita los lazos de solidaridad a los beneficios sociales que reportan.

CUADRO 1. ACTUACIONES REALIZADAS EN LA PRESTACIÓN DE APOYO A LA UNIDAD CONVIVENCIAL Y AYUDA A DOMICILIO. AÑO 2019

CC.AA.	Nº Ayuda Domicilio	% A.D.	Nº Unidad Convivencial	% A.U.C	Total
ANDALUCÍA	77.563	59,85%	52.022	40,15%	129.585
ARAGÓN	17.666	96,73%	597	3,27%	18.263
CANARIAS	140.751	62,98%	82.718	37,02%	223.469
CANTABRIA	11.871	8,49%	128.026	91,51%	139.897
CASTILLA-LA MANCHA	66.209	33,24%	132.983	66,76%	199.192
CATALUÑA	1.205.203	88,39%	158.282	11,61%	1.363.485
C. DE CASTILLA Y LEON	369.954	87,17%	54.466	12,83%	424.420
C. DE MADRID	39.461	33,16%	79.556	66,84%	119.017
CIUDAD DE CEUTA	1.393	93,30%	100	6,70%	1.493
CIUDAD DE MELILLA	1.037	95,40%	50	4,60%	1.087
COMUNITAT VALENCIANA	35.398	68,21%	16.497	31,79%	51.895
EXTREMADURA					
GALICIA	31.111	33,38%	62.092	66,62%	93.203
ILLES BALEARS	1.304	22,99%	4.367	77,01%	5.671
LA RIOJA	7.164	35,99%	12.739	64,01%	19.903
PRINCIPADO DE ASTURIAS					
REGIÓN DE MURCIA	23.891	75,30%	7.837	24,70%	31.728
TOTAL.....	2.029.976	71,93%	792.332	28,07%	2.822.308

Fuente: Plan Concertado de prestaciones básicas en Servicios Sociales en Corporaciones Locales, 2019, p. 108.

Aunque un estado social y de derecho no tenga que estar pensando precisamente en el capitalismo, lo cierto es que es el escenario donde se desenvuelve, y es por ello por lo que podemos constatar cómo las prestaciones en un estado de bienestar suelen estar orientadas, por un lado, a posibilitar una subsistencia mínima y por otro a empoderar la utilidad de las personas como bien de cambio. Un Sistema Público de Servicios Sociales habría de garantizar unos recursos y servicios suficientes como para poder garantizar la libertad de elección de posibilidades de los individuos en su respeto a la dignidad humana intrínseca e indiscutible. Este ejercicio de libertad se entiende que ha de partir de un equilibrio psicológico que es natural sea desestabilizado por la experiencia de procesos de exclusión de las oportunidades vitales:

la idea de participación activa de las personas en situación de exclusión social en sus procesos vitales comprende el desarrollo personal y la reordenación de su proyecto vital, así como su reconocimiento como sujetos con dignidad y en los que hay que promover la libertad de elección, fortaleciendo sus capacidades y posibilitando su acceso a espacios sociales de los cuales está total o parcialmente excluido. Es decir, toda intervención social debe partir de una primera fase de sensibilización tendente a la concienciación de la persona de su propia situación y de los derechos y deberes que le asisten como ciudadano para que, desde aquí, se pueda emprender un proceso de desarrollo de sus propias habilidades, actitudes y capacidades que le conduzcan a tomar sus propias decisiones. Por tanto, es una tarea que solo puede ser emprendida por la propia persona, asumiendo el profesional un rol facilitador de búsqueda, reconstrucción, activación o devolución de las capacidades perdidas, destruidas, desactivadas o sustraídas. (Palomeque, 2014, p. 23)

Esa intervención social basada en las capacidades que transita entre Sen y Nussbaum: «La noción de *libertad de elección* está inscrita en el concepto mismo de la capacidad» (Nussbaum, 2012, p. 45). Aquel no poder alcanzar determinados anhelos porque las circunstancias no brindan la oportunidad, y por tanto no se siente la capacidad para lograrlo, habla de una ausencia de justicia básica (Nussbaum, 2012, p. 149).

3. APUESTA POR EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

3.1. EL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO Y LA PSICOTERAPIA

Dentro de las diferentes especialidades del trabajo social, se encuentra el trabajo social clínico, especialidad que ha sido en ocasiones confundida con el trabajo social en salud, pero que obedece a otras premisas diferentes.

Amaya Ituarte es la pionera en España en sistematizar esta especialidad, que no parece que haya sido inocentemente invisibilizada⁷. Así la define:

Es una práctica especializada del trabajo social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar al cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional. (Ituarte, 2017, p. 20)

Nos remitimos a Mary Richmond como predecesora de esta especialidad con su trabajo social de casos. Nadie se atrevería a cuestionar a esta celebridad por su empuje como pionera, feminista, activista y emprendedora. Sin embargo, sí se ha cuestionado en ocasiones el trabajo social de casos como un enfoque individualista y conservador que desmarca al individuo de su entorno, entorno estructuralmente opresor. Se trata de un trabajo social de casos poco entendido, corto de miras y sin recorrido real, que solo sería aceptable en esta acepción conservadora si se enfocara como un fin en sí mismo, pero no lo es si se aborda como medio la transformación individual, para conseguir el fin de la transformación social. Mary Richmond así lo entendía:

El trabajo social de caso (...) tenía (...) un campo propio. Ese campo es el desarrollo de la personalidad a través de ajustes conscientes e integrales de las relaciones sociales, y dentro de este campo no está más ocupado con las anomalías en el individuo que en el medio, no descuida a uno más que a otro. El enfoque distintivo del trabajador social de casos, de hecho, es volver a la persona a través de su entorno social. (Richmond, 1922, p. 98)

Richmond puso la semilla de la intervención psicoterapéutica con su práctica en Estados Unidos, donde desde entonces hay una dilatada tradición en el desempeño de esta especialidad, concretamente en la ciudad de Nueva York⁸ donde sí existen Servicios Sociales públicos. Así se expresa la

⁷ Los colegios de Psicólogos han sido reticentes en que otros profesionales hagan práctica de psicoterapia, sin embargo, a nivel internacional es un hecho que los y las profesionales del trabajo social pueden desempeñarlo siempre y cuando tengan la formación especializada. Por poner un ejemplo, en Estados Unidos, la especialidad de trabajo social clínico, dentro de los estudios de Trabajo Social, ya habilita al desarrollo de esta función de manera oficial. En España por fin el Consejo General de Trabajo Social en su documento de 21 de marzo de 2022: «El trabajo social clínico y la psicoterapia» ha abordado clarificando explícita y visiblemente esta forma de intervención psicosocial.

⁸ Durante una estancia de investigación en la Universidad de Columbia en 2012, pude compartir con trabajadoras sociales clínicas, formando parte activa (en aquel momento era trabajadora social con formación y título de terapeuta transpersonal) en sesiones de terapias grupales trabajando el duelo y el trauma en: la *Latino*

Asociación Nacional del Trabajo Social de Estados Unidos, la asociación que aglutina más miembros en el ejercicio de la profesión del trabajo social en todo el mundo⁹:

(...) El trabajo social clínico incluye intervenciones dirigidas a: las interacciones interpersonales; las dinámicas intrapsíquicas; y las cuestiones relacionadas con el apoyo y el manejo de las situaciones vitales cotidianas. Los servicios que ofrece el trabajo social clínico son: valoración; diagnóstico; tratamiento, que incluye psicoterapia y consejo; defensa de los clientes; consulta; evaluación. El proceso de trabajo social clínico está comprometido con los objetivos del trabajo social y con los principios y valores contenidos en el Código Ético de la NASW. (NASW, 1987, p. 966)

En España el Consejo General del Trabajo Social¹⁰, ha publicado un documento fechado el 21 de marzo de 2022 con autoría de Amaya Ituarte, titulado «Trabajo social clínico y psicoterapia» donde clarifica muchas de las dudas acaecidas en el entorno y extrarradio de la profesión. En este documento se recogen varias definiciones de esta especialización, así como de la Psicoterapia. En la definición de esta última, la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAPS) contempla en el artículo 6 de sus estatutos lo siguiente: «El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas» (FEAPS, 2001). Asimismo, este documento elaborado por el Consejo en su página 12 afirma que la FEAPS reconoce a las y los trabajadores sociales «plena capacidad para ejercer la psicoterapia y para utilizar el título de psicoterapeuta», eso sí, siempre que cumplan unos requisitos de formación especificados en sus estatutos para todas las profesiones indicadas o los que cada modalidad de psicoterapia establezca. De esta manera los profesionales del trabajo social podrán ejercer la psicoterapia tanto en el sector público como en el privado.

Es así como el Consejo General del Trabajo Social en España, otorga al trabajador social clínico en el ejercicio de sus funciones, una intervención

Commission en Manhattan con mujeres trans, en el *Pride House* de Queens con personas con VIH y también pudimos trabajar con los y las empleadas de limpieza que fueron quienes se encargaron de desalojar restos de cuerpos sin vida en la zona Zero de Manhattan, como consecuencia de los atentados del 11 de septiembre de 2001, y que continuaban con angustia, agitación e insomnio.

⁹ Véase: Acerca de (socialworkers.org) <https://www.socialworkers.org/About>

¹⁰ Véase: TRABAJO SOCIAL CLÍNICO_CGTS.pdf (cgtrabajosocial.es) https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/TRABAJO%20SOCIAL%20CLINICO_CGTS.pdf

psicoterapéutica avalada por una formación especializada. Queda zanjado el debate generado en el siglo pasado al respecto y ahora solo es tiempo de especializarse para dar la mejor atención a las personas vulnerables que lo necesitan, generando una forma específica de intervención personalizada que recupera la, en algunas ocasiones perdida por su institucionalización necesaria, esencia del trabajo social. Jonathan Regalado, director del Instituto Español de Trabajo Social Clínico, en su reciente publicación donde aboga por la legitimidad del trabajo social clínico en España, tanto por su enfoque psicoterapéutico como por su objetivo final de cooperación en la transformación social, así lo define:

Un proceso relacional, terapéutico, psicosocial y político, cuyo objetivo concreto es aumentar el bienestar psicosocial y reducir las situaciones perturbadoras del mismo (el malestar). Su meta final es promover la justicia social y la emancipación de las personas. De este modo, aunque el cliente directo sea una persona o una familia, el cliente indirecto del TSC es la sociedad en su conjunto. Desde el TSC, la clínica es el procedimiento a través del cual se contribuye, en colaboración con la persona, a producir los cambios en la situación para mejorar el bienestar psicosocial. (Regalado, 2022, p. 22)

3.2. BUENAS PRÁCTICAS: EL ENFOQUE TRANSPERSONAL EN TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

3.2.1. *Donde los Servicios Sociales no llegan, llega la sociedad civil*

Son significativas las buenas prácticas en trabajo social clínico que se han llevado y están llevando a cabo en España. Pero también es escasa la financiación pública que establece como partida la intervención psicoterapéutica continuada con las personas vulnerables y/o en proceso de exclusión, es por ello por lo que conscientes de esta carencia en 2011 se inscribe en el Registro de Asociaciones de ámbito nacional, la asociación *Proyecto Ser: Terapeutas Sin Fronteras*¹¹. Ya comentamos antes que España al ser un Estado social, democrático y de Derecho, se asume como responsabilidad de este garantizar unos mínimos de calidad de vida para sus miembros, y al observarse una carencia en este ámbito de reconstrucción interior surge esta asociación con la vocación de desaparecer cuando el Estado garante tome su testigo.

Se trata de una asociación civil e independiente sin ánimo de lucro y con carácter de organización no gubernamental (O.N.G.) constituida para dar

¹¹ Véase: Proyecto Ser: Terapeutas Sin Fronteras: Nuestros Proyectos (proyecto-ser-terapeutassinfronteras.blogspot.com) <https://proyectoserterapeutassinfronteras.blogspot.com/p/nuestros-proyectos.html>

apoyo y acompañamiento psicosocial a personas en proceso de exclusión social y/o sin recursos. Sus valores se enfocan desde la conciencia de que la desesperanza, la depresión y la tristeza son algunas compañeras del camino del ser humano, y de que no todas las personas y grupos tienen las mismas oportunidades para poder transformarlas y superarlas. Esta asociación entiende que el problema de la exclusión social es un tema estructural y que para prevenirla es urgente un cambio en las estructuras del sistema. Sin embargo, mientras otras iniciativas organizan su labor desde este enfoque, *Proyecto Ser: Terapeutas Sin Fronteras* trabaja a nivel de la persona, acompañando la búsqueda de respuestas propias, en conexión con el interior de cada uno, con su esencia y empoderamiento que trascienda el peso de sus vidas rotas y así, poder emprender una vida plena en la sociedad. Para que estas personas también sean protagonistas de su propio cambio y del de la sociedad, es necesario que recuperen su autoestima, su poder y se conecten con su dignidad intrínseca a la condición de persona, nunca perdida. Se podría decir que es más fácil *beberse* una renta mínima, que resulta ser muy mínima, que invertirla en futuro si se siente y arrastra el dolor de la hostilidad vivida, que sí se acepta la situación y se cambia el foco a la percepción de la valía propia y de las oportunidades vitales.

Este proyecto se enfoca desde una lógica de la solidaridad basada en el «hacer con» desde el SER-AMOR y no en el «hacer para y por» desde un exclusivo activismo social. Su principal filosofía se basa en el Amor Universal como la vía para cambiar trayectorias difíciles que se quedan instaladas tanto en el consciente como en el inconsciente de las personas. Este Amor moviliza desde el respeto, humanidad, acompañamiento horizontal, compartir, escucha activa, cuidado y promoción de la persona. Se coloca el punto de partida en la conexión con éste, a través de la conexión con el ser esencial poderoso que cada persona llevamos dentro y apuesta por las capacidades y potencialidades de cada ser humano posee para encontrar esa salida del caos interno con entrada en el equilibrio que es proyectado hacia el entorno.

El equipo de Proyecto Ser: Terapeutas Sin Fronteras está compuesto por un grupo de profesionales multidisciplinares con un nexo común, abordaje humanista transpersonal de la intervención, por lo que cuenta con especialistas en psicoterapia individual y grupal, *counselling* y acompañamiento psicosocial, *mindfulness* (profesionales del trabajo social clínico, la psicología y la psicoterapia). Entre sus cometidos está organizar talleres de desarrollo personal, como gestión de las emociones, autoestima, biodanza, *mindfulness*, comunicación consciente y sesiones psicoterapeutas individuales y grupales. En 10 años de existencia esta asociación ha llevado a cabo múltiples talleres, así como más de 100 terapias individuales de continuidad semanal entre

personas vulnerables (tanto autóctonas como inmigrantes) sin hogar (Giménez y Carbonero, 2022, p. 179), madres solteras sin recursos, personas con diversidad funcional sin recursos, personas presas y personas azotadas por las crisis económicas cíclicas y que se han visto en poco tiempo despojadas de su estabilidad psicosocial, entrando en procesos de exclusión social¹².

3.2.2. *Enfoque transpersonal en el trabajo social clínico*

El trabajo social clínico requiere una especialización profunda en psicoterapia que puede proceder de diferentes orientaciones. El enfoque transpersonal se desarrolla con el objetivo de incluir en su mirada los niveles últimos de Maslow de autorrealización y trascendencia:

Considero a la psicología humanista, esta tercera fuerza psicológica, como algo transitorio; como un allanamiento del camino hacia la cuarta psicología, aún más «elevada», una psicología transpersonal, transhumana, centrada en el cosmos más que en las necesidades y el bienestar del ser humano, una psicología que trascienda la naturaleza del hombre, su identidad, su autorrealización, etc. (Maslow, 1988, p. 12)

El enfoque psicoterapéutico en un contexto de trascendencia reside en el poder de la presencia incondicional: aprender a reconocer, permitir, abrirnos e investigar en nuestra experiencia tal cual es, sin tratar de alejarnos de ella. Se trata de un modelo que requiere tanto la presencia del psicoterapeuta como de la persona acompañada en lo que Welwood denomina *Counselling centrado en la presencia* (Welwood, 2002, p. 184).

Siguiendo a Welwood (2002, pp. 181-299), es interesante tener en cuenta los siguientes aspectos para la intervención bajo el paradigma transpersonal:

1. *Presencia incondicional* como antídoto al problema de la personalidad condicionada, pues el automatismo lleva a rechazar y a alejarse de los aspectos dolorosos, desagradables o amenazantes de la experiencia.
2. *Momento colapso del mundo*. Como una experiencia que haga a la persona cobrar conciencia de la vulnerabilidad básica del ser humano, así como del modo de servirse de las crisis de identidad como oportunidad para descubrir en el proceso su auténtico poder.
3. *Entender los problemas ligados a la falta de sentido en la vida*, con una visión más amplia del papel que desempeña el vacío en la existencia humana.

¹² Véase: Proyecto Ser: Terapeutas Sin Fronteras (proyectoserterapeutassinfronteras.blogspot.com) <https://proyectoserterapeutassinfronteras.blogspot.com/search?updated-max=2011-12-06T19:07:00%2B01:00&max-results=1>

4. Importancia que juega *el papel del corazón en la curación psicológica* y la importancia del amor incondicional en la relación curativa.
5. Importancia de *la amabilidad y de la amistad incondicional en el descubrimiento de la bondad* que se es, lo que ayuda a superar la necesidad compulsiva de demostrar valía.
6. La depresión, como ruptura del corazón, es una reacción negativa al descubrimiento de la dimensión abierta e ilimitada de la vacuidad, que la persona en este estado suele interpretar de modo personal como un signo de fracaso o de carencia. Pero *la depresión, considerada como una oportunidad espiritual*, constituye una excelente oportunidad para descubrir el único apoyo verdadero, el fundamento del ser.
7. Es esencial *distinguir lo que se cree ser de la experiencia sentida*, para abordar de una nueva forma los problemas emocionales y transmutar los estados confusos y conflictivos de la mente en sabiduría de la conciencia.
8. *Aplicación a la vida cotidiana de las enseñanzas y prácticas del despertar espiritual.*
9. *Las relaciones interpersonales de intimidad, pasión y amor alimentan en ocasiones sentimientos ligados al miedo, poder, abandono, traición, regresión y demás situaciones amenazadoras.* Estas relaciones pueden ser un camino de transformación en personas capaces de relacionarse y comprometerse con los demás, a la vez que arraigar lo personal en el fundamento mayor del ser que trasciende la persona y le exige crecer y despertar.

La trabajadora y el trabajador social clínico influenciados por este enfoque hacen que el *counselling* y la meditación se convierten en dos grandes motores de transformación en la intervención terapéutica.

El *counselling* es un método y una filosofía donde la premisa básica es la convicción de que la mayoría de nosotros estamos capacitados para resolver nuestros propios problemas, si se nos da la oportunidad de ello. Es crear nuevas perspectivas y un cambio previo dentro de la persona, ayudando a sentirse diferente en la situación, para llevar a un cambio en el comportamiento y a un cambio en su entorno. Los *counsellors* establecen una relación igualitaria con el otro en la que ambos son participantes activos, fomentando la participación y expresión del otro (pensamientos, ideas, emociones, necesidades...). El *counselling* es un proceso de colaboración en el que el otro es quien tiene la responsabilidad de tomar decisiones y alternativas con el apoyo del *counsellor*. Es un modelo de la relación de ayuda que conlleva: respeto (al otro y a uno mismo), disponibilidad, acompañamiento, escucha

empática (al otro y a uno mismo), Ser uno mismo (permitiéndoselo al otro y a sí mismo).

La importancia del *counselling* al intervenir en ámbitos de exclusión social, radica, desde mi punto de vista, en la propia esencia del modelo. La relación de ayuda se establece desde aquella condición que les une y desde la que se da una relación de igual a igual, que desde otros niveles no sería posible: la condición de ser personas. Desde ahí, el hecho de hacer ver a la persona acompañada que ambos son los ayudados, uno ayuda al otro en un aspecto vital a la vez que es ayudado en otro y viceversa y hace recuperar la confianza en el poder de quien creía haberlo perdido. Convertirlo en un modelo de *Counselling transpersonal* como propone Welwood, enfocaría la esencia del método en acompañar a la persona al autodescubrimiento del ser esencial que todos llevamos dentro, del Amor que somos, para trascenderlo en el otro y en el Universo.

El *mindfulness* es la traducción inglesa de «sati» (en la lengua Pali) o «smṛti» (en sánscrito): podemos traducirlo como «recordar atender al presente» Otras definiciones están relacionadas con la autorregulación de la atención orientándola hacia el momento presente, con curiosidad, apertura y aceptación (Bishop et al. 2004). O la conciencia de aquello que emerge en el momento presente, con propósito y sin juzgarlo (Kabat-Zinn, 2003). La práctica del *mindfulness* desarrolla una cualidad de atención que permite aprender a relacionarse de forma directa con aquello que está ocurriendo en la propia vida, aquí y ahora, en el momento presente. Ofrece la oportunidad de trabajar conscientemente con el *distress* o con los desafíos vitales. La atención plena es mucho más que el entrenamiento de la atención: es el cultivo de estados mentales que proporcionan recursos para transformarse y para transformar el mundo que se habita a través de la conciencia. Practicarlo es un proceso que cambia la manera en la que funciona la mente, con un reflejo en la propia vida. Su origen viene de las prácticas espirituales budistas, desarrollándose a partir de los años 80 modelos protocolizados de intervención basados en el *mindfulness* en el entorno clínico. Dos de ellos son el programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* (MBSR) y el programa de Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT).¹³

El entrenamiento en *mindfulness* consiste en la práctica de la meditación, la gimnasia del corazón, como la capacidad innata que tiene todo ser humano estar completamente presente en sus acciones, a través de la respiración consciente que deja pasar las habituales distracciones en un ir y venir entre

¹³ Al respecto véase: Alejandra Sánchez Yagüe, directora y Fundadora de Mindtraining. Alejandra Sánchez Yagüe - Mindtraining. <https://www.mindtraining.es/quienes-somos/alejandra-sanchez-yague/>

el pasado y el futuro. Los beneficios son muy potentes relacionados con el control de ansiedad, reducción del estrés, aumento de la concentración y de la creatividad. La meditación ofrece cada día nuevos estudios científicos que aportan el beneficio para la salud física y psíquica, lo que hace de ella también una vía de máximo interés para la regulación de los estados desequilibrados del cuerpo y de la mente. No obstante Ken Wilber considera que no se trata de una técnica de construcción de estructura ni una técnica de descubrimiento, análisis de guion o diálogo socrático y por lo tanto no las podrá en manera alguna sustituir. Es un complemento ideal a ellas porque es beneficiosa tanto por sus propias cualidades intrínsecas, como porque se trata de un relajador del psiquismo que facilita la represión de los niveles inferiores y contribuye a fomentar los procesos terapéuticos de esos niveles (Wilber, 2005, p. 248). El *mindfulness* en el trabajo social es un enfoque muy interesante que se aplica en la actualidad (Conejos y Naval, 2022, pp. 232-337).

CONCLUSIONES

El Estado de Bienestar no sólo ha de garantizar los derechos civiles y sociales, sino en primer lugar los personales, que garanticen la libertad y dignidad personal dándole a la persona el protagonismo activo y no pasivo de su propia historia. Sería interesante apostar por una intervención psicosocial para el empoderamiento de la persona no solo en intenciones sino a nivel presupuestario.

El profesor Manuel Gil Parejo (2010) planteaba cuatro consecuencias no intencionadas en el proceso de institucionalización del trabajo social: la burocratización profesional, la desnaturalización del trabajo social, la falta de desarrollo teórico y la pérdida de presencia pública. Una es la propuesta que se ha pretendido articular para dar un empuje de evolución a estas consecuencias, la apuesta firme por el trabajo social clínico.

La burocratización de la profesión considerada como el hecho de diluir la práctica genuina del trabajo social en la férrea organización, en inicio, de los Servicios Sociales auspiciados por el sistema imperante, es emplazada a una revisión de enfoque. La burocratización de los procesos puede conseguir la eficiencia que nunca le dará la agilidad del mercado, pero aquella no tendría por qué afectar a la práctica profesional en su metodología. El trabajo social clínico se propone como una de las opciones para intervenir con eficiencia eso sí, siempre que la organización del sistema presuponga su importancia en el proceso de inclusión.

Gil Parejo consideraba que la desnaturalización del trabajo social y su pérdida de personalización interactiva con los agentes destinatarios de la

intervención, solo era una cuestión transitoria mientras su identidad se ajustaba a las nuevas situaciones. Esa «identidad inquieta» de la profesión que se iba construyendo conforme evolucionan los tiempos y en esa construcción el trabajo social clínico juega un papel emergente en la actualidad. La cercanía de persona a persona de la intervención profunda, íntima, cómplice y respetuosa con el proceso de cada cual, a la par que metódica por comprometida con la persona en su dignidad y en el despertar de sus capacidades únicas.

El desarrollo teórico del trabajo social en sí mismo, más allá del desarrollo teórico de los Servicios Sociales es una evidencia cada vez más constatada. Todavía genera más valor si especialidades emergentes van sistematizando su práctica y concluyendo en su eficiencia a través de un discurso que armonice aquel teorema que no sabemos si era de Kurt Lewin o se lo había dejado en herencia al profesor Gil por tanto que lo mencionaba en sus clases: *la mejor práctica es una buena teoría*.

La presencia pública, ya reconocida, necesita del empuje de la visibilidad mediática para que lo sea social. El trabajo social clínico al reivindicarse como autóctono de la profesión y lícito en el entorno multidisciplinar de la intervención psicosocial, está ya aportando una parte de publicidad en esta profesión de identidad inquieta.

El enfoque transpersonal en el trabajo social clínico permite acompañar a la persona desde la certeza de que en su interior están las respuestas, de que allí anida la intuición que proviene de la inteligencia del corazón, del Amor Universal (el del comienzo del artículo) como transformador de realidades. Y si como decía Teilhard de Chardin, somos seres espirituales viviendo una aventura humana, podemos concluir con que la dignidad está en la esencia de cada uno y en el ser esencial está la esperanza.

IN MEMORIAM

Dicen que las almas cuando deciden habitar un cuerpo físico olvidan la misión para la que lo hicieron. Dicen que los cuerpos físicos solo recuerdan cuando se prende una lucecita en su corazón. Dicen que esa luz solo se prende si se está en continua conexión con la bondad, generosidad, amabilidad, con el Amor Grande. Y dicen también que, si prende ese corazón prende e ilumina el de todos los seres que se encuentra en el camino. Dejando un rastro de múltiples bombillitas conectadas para siempre a esa bondad, generosidad, amabilidad y Amor Grande. Entonces la misión de la vida es reflejar a esas bombillitas que te reflejan. Y aquí estamos, Manolo, reflejando.

REFERENCIAS

- Báñez Tello, T. (2003). *El trabajo social en Aragón. El proceso de profesionalización de una actividad feminizada*. [Tesis doctoral]. Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bishop et al. (2004) Mindfulness: A Proposed Operational Definition, *Clin Psychol Sci Prac*, (11), 230-241.
- Catálogo de Referencia de Servicios Sociales. Informes, estudios e investigación 2013*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Conejos Ara, L., y Naval Vicuña, M. (2022). *Mindfulness y compasión en la relación de ayuda*. Valencia: Nau Llibres.
- Gil Parejo, M. (2008). Trabajo social: una profesión colegiada y comprometida con los derechos sociales. *Trabajo Social Hoy*, (55), 61-70.
- Gil Parejo, M. (2010). La institucionalización del Trabajo Social en España. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 72 (140-141); 169-190.
- Gil Parejo, M. (2014). *La institucionalización del trabajo social en España*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Giménez Rodríguez, S., y Carbonero Muñoz, D. (2022). Personas sin hogar LGTBI. En Rubio-Martín, MJ., et al. (Ed.), *Perspectiva social y psicológica de la situación sin hogar. Vidas de calle y sueños rotos*, (pp.163-182). Pirámide.
- Grof, S. (2009). *La mente holotrópica*. Barcelona: Kairós.
- Ituarte, A. (1999). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Consejo General y S. XXI.
- Ituarte, A. (2017). *Prácticas de trabajo social clínico*. Valencia: Nau Llibres.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Intervenciones basadas en la atención plena en contexto: pasado, presente y futuro. *Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*, (10), 144-156.
- Palomeque, N. (2014). El enfoque de capacidades para el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, (73), 7-26.
- Maslow, A. H. (1988). *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós.
- Memoria del Plan Concertado de prestaciones básicas en Servicios Sociales en Corporaciones Locales*.
- Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Dirección General de Diversidad y Servicios Sociales, 2019.
- National Association of Social Workers (1987) *Encyclopedia of Social Work*. 18th. Maryland: Silver Spring.
- Nussbaum, M (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Espasa.
- Regalado, J. (2022). *El trabajo social clínico es legítimo. Argumentos y evidencias que sustentan la legitimidad de su desarrollo en España*. Santa Cruz de Tenerife: IETSC - Instituto Español de Trabajo Social Clínico. Valencia: Nau Llibres.
- Richmond, M. (1922). *Social Case Work*, New York: Russell Sage Foundation. Traducción: Caso social individual, (1982) Buenos Aires: Humanitas.
- Tourainte, A (2016). *El fin de las sociedades*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.

- Welwood, J. (2002). *Psicología del despertar*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2005). *Antología*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2007). *La conciencia sin fronteras*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. (2010). *Breve historia de todas las cosas*. Barcelona: Kairós.
- Wilber, K. y otros (2008). *La práctica integral de la vida*. Barcelona: Kairós.