

Trabajo social clínico: una mirada desde lo social, económico y político

Larry Emil Alicea Rodríguez ¹ 

 OPEN ACCESS  PEER-REVIEWED

Cómo citar/citation:
Alicea-Rodríguez, L. E.
(2022). Trabajo social
clínico: una mirada
desde lo social,
económico y político.
*Voces desde el
Trabajo Social*, 10(1),
60 - 84
[https://doi.org/
10.31919/voces.v10i1.273](https://doi.org/10.31919/voces.v10i1.273)
3

Recibido/received:
23 de octubre de 2022

Revisado/reviewed:
31 de octubre de 2022

Aceptado/accepted:
7 de noviembre de
2022

**Derechos de autoría/
Copyright:** © 2022
Alicea-Rodríguez, L. E.,
Este es un artículo de

Resumen

Esta ponencia forma parte de las presentaciones magistrales del Simposio Anual del Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico. Se aspira a realizar una aproximación a las diferentes miradas locales, regionales e internacionales al trabajo social clínico. Para ello, se repasarán algunos hitos en la génesis y desarrollo de la dimensión clínica, para luego ubicar el contexto social, político y económico en el que se ejerce esta práctica especializada. El análisis contextual tiene el objetivo de desarrollar una crítica al trabajo social clínico centrado en el modelo médico como uno que psicologiza la cuestión social y mercantiliza la salud mental fuera de un enfoque de derechos. Se proponen acercamientos y enfoques terapéuticos antiopresivos y contrahegemónicos para desarrollar el quehacer profesional. Finalmente, se destaca la necesidad de debatir sobre esta práctica y desarrollar acuerdos que la diferencien de otras disciplinas de la salud mental y le brinden una identidad ética política.

Palabras claves: trabajo social clínico, políticas sociales y salud mental; trabajo social clínico antiopresivo

Sumario

Introducción. Contexto social, político y económico de la salud mental. Debates en la dimensión clínica del trabajo social. Referencias.

acceso abierto y distribuido bajo los términos de la licencia y políticas de *Creative Commons Attribution 4.0 International License*.

[EN]

Clinical Social Work: An approach from the social, economic and political

Abstract

This conference is part of the keynote presentations of the Annual Symposium of the College of Social Work Professionals of Puerto Rico. It aspires to approximate the different local, regional, and international views of clinical social work. For this, some milestones in the genesis and development of the clinical dimension will be reviewed. The aspiration is to locate the social, political, and economic context in which this specialized practice is exercised. The contextual analysis aims to critique clinical social work centered on the medical model as one that psychologizes the social question “cuestión social” and commodifies mental health outside of a rights approach. Anti-oppressive and counter-hegemonic methods and therapeutic approaches are proposed to develop professional work. Finally, the need to discuss this practice and create agreements that differentiate it from other mental health disciplines and provide it with a political-ethical identity is highlighted.

Keywords: social work; construction of citizenship; citizen media; community radio; student movements

Datos del autor:



¹ Larry E. Alicea Rodríguez

Trabajador con práctica clínica y forense. Doctorado, maestría y bachillerato en trabajo social, todos de la Universidad de Puerto Rico. Juris Doctor en la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Catedrático Auxiliar Universidad Ana G. Méndez Gurabo, Director Casa Albizu, Presidente del Colegio de Profesionales del Trabajo Social de Puerto Rico. Ex Presidente de la Federación Internacional de Trabajo Social para América Latina y el Caribe.



lalicea@albizu.edu

ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-2967-4992>

El problema de elegir la privatización (que va de la mano de la individuación) como vía para tratar el asunto de la salud – tanto la física como la mental – es que se pierde de perspectiva que la salud es, a la vez, un asunto de responsabilidad singular y colectiva que resulta de un frágil equilibrio entre lo privado y lo público. La salud es una forma de asumir lo propio, pero en función de la convivencia y el intercambio con los otros; no es un azar que la salud sea ante todo una forma de saludar, es decir, de reconocer y desearle al otro que este bien. Para que eso ocurra, habría que detenerse y recuperar los espacios de lo común, ahí donde es posible encontrarse y saludarse. (Gómez, 2014)

Introducción

El trabajo social clínico es una práctica especializada del quehacer profesional ubicada desde los inicios de la profesión y conceptualizada inicialmente como trabajo social de casos o trabajo social psiquiátrico (Asakura et al., 2020; Ruth & Marshall, 2017). Karpetsis (2014) ubica el primer uso del término trabajo social clínico para el 1968 por practicantes que se consideraban aislados de la mayoría de la profesión que consideraba los problemas como solamente una consecuencia de factores sociales y ambientales y se concentraban en la administración, política y planificación sociales. Para el autor, el reconocimiento de la práctica como especialización por la *National Association of Social Workers* (NASW) ocurrió en 1976. En Puerto Rico la trabajadora social Rita Córdova (2010), ubica su primer registro histórico para el año 1930 dentro del contexto del Hospital Psiquiátrico de Río Piedras y con el nombre “trabajo social psiquiátrico”. Esta denominación es consona con la que le brindaban en

Estados Unidos a las profesionales en escenarios de salud mental. Sin embargo, la génesis de la profesión en Puerto Rico, de acuerdo con la investigación histórica realizada por Burgos (2010) ubica a 28 mujeres, seleccionadas por un comité que se desempeñaron como trabajadoras sociales rurales y estudiaban la realidad de las áreas rurales en Puerto Rico, integrándose a las comunidades y contando con las personas para la solución de sus problemas. Los registros históricos ubican un ejercicio profesional que en sus inicios fue principalmente comunitario.

En Latinoamérica, algunas personas ubican la dimensión clínica de la práctica profesional en un desarrollo de hace 30 años principalmente en instituciones públicas como los servicios a la niñez, instrumentalidades de equidad y género, las áreas de salud mental y las municipalidades (Barria Muñoz, 2021). Autores como Reyes-Barría (2019), realizan esfuerzos por el rescate histórico en su país, Chile y ubica antecedentes históricos directos o indirectos desde el origen de la profesión en esa nación.

Otros autores prefieren usar una terminología diferente para acercarse a lo clínico. Un término usado por varios autores es la dimensión terapéutica del trabajo social (Rojas, 2011; Urraca, 2021). La práctica clínica o terapéutica del trabajo social existe en diferentes partes del mundo y se conceptúa esta especialidad como un componente que pone en marcha la práctica de los derechos humanos en la relación terapéutica (Rojas, 2011). Entonces, antes de profundizar en el tema conviene plantear y preguntarse: ¿Existe la práctica clínica en Puerto Rico? ¿Tiene una personalidad claramente definida? ¿Qué tipo de formación clínica se promueve desde la academia? ¿Dónde se ejerce el trabajo social clínico en Puerto Rico? ¿Se ha convertido en una práctica hegemónica que realmente responda a las necesidades del país? o ¿Es la formación clínica la que se convierte en la metodología hegemónica que es promovida por las academias? ¿Cuál es el trabajo social clínico que queremos para Puerto Rico? ¿Cómo convive el trabajo social clínico con el resto de las áreas en las que los y las trabajadoras sociales desempeñamos nuestros roles profesionales?

Para contestar esas preguntas, hay que estar abiertos a la crítica y dejar de pensar que los cuestionamientos a la práctica clínica son una oposición a esta. Este servidor es un trabajador social con una larga trayectoria en los ámbitos clínicos y forenses. Llevo dirigiendo desde el 2005 un equipo que brinda servicios clínicos y

forenses. He tenido el honor de enseñar trabajo social en estas dos dimensiones. De igual manera, practico de forma independiente en estas dos áreas de la profesión. A nivel general, no hay una oposición a que exista una dimensión clínica o terapéutica del trabajo social. Yo no la tengo, ni la respaldaría. Lo que sí existe es un cuestionamiento sobre qué tipo de práctica clínica debería surgir del trabajo social. Lejos de mirar los modelos antiopresivos desarrollados desde el mismo trabajo social y desde disciplinas afines observo con preocupación el advenimiento de una práctica psiquiatrizada y medicalizada que lejos de querer distinguir el rol del trabajo social en los procesos terapéuticos y de salud mental, quiere competir o parecerse al psicólogo o al psiquiatra. Tener destrezas que se parezcan a las de ellos, en vez de tener acercamientos que precisamente contrasten con las otras disciplinas que confluyen en los escenarios de salud mental. Entonces, si hacemos lo mismo ¿para qué estudiar profesiones diferentes?

Al acercarme a este tema lo hago convencido de que la dimensión clínica y terapéutica del trabajo social existe, es un área especializada y necesaria, con una personalidad claramente definida (aunque muchos/as no la tengan clara). Sin embargo, se pretende convertir en una práctica hegemónica, enfocada en la práctica independiente, que no necesariamente responde a la realidad social de Puerto Rico e ignorando los

aspectos sociales, económicos y políticos que inciden sobre la salud mental. Desde esta presentación trato de acercarme a una crítica desde el análisis de la realidad social de Puerto Rico que se viene realizando desde hace años para poder pensar en ese trabajo social clínico que necesita el país y la importancia de que nadie quede atrás en otros espacios donde la profesión ejerce su quehacer.

Contexto social, político y económico de la salud mental

Es importante analizar el estado de la salud y salud mental en Puerto Rico para luego triangular estos asuntos con nuestro ejercicio clínico. Puerto Rico experimenta una crisis de salud pública que está asociada a la limitación de recursos preventivos, la privatización de los servicios y la austeridad que la ha llevado a ser la jurisdicción de los Estados Unidos con peores desempeños de salud relacionados a embarazos prematuros, asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares, VIH, violencia de género, inseguridad alimentaria, encarcelación, sinhogarismo entre otros (Ramos et al., 2022; Rivera et al., 2020).

Ramos y colaboradores (2022), entienden que la crisis tiene su génesis en el 1990. Antes de ese tiempo, el sistema de salud de Puerto Rico era considerado uno ejemplar. Su característica principal era la regionalización. Este modelo provocó un incremento significativo en el acceso al

cuidado de salud y la calidad de vida para muchas personas. La prestación de servicios desde lo público se deterioró por la tendencia del estado, entre los años 70 y 80 de retirarse de forma significativa de las políticas de bienestar social, cónsono con lo que ocurría en Estados Unidos y otras partes del mundo. La situación se agravó con la llegada de la mal llamada Reforma de Salud que vendió los hospitales y centros médicos que le pertenecían al estado y lo cambió por un “plan de salud”. La reforma pretendía hacer accesible la salud privada a las personas empobrecidas, pero terminó elevando los costos de la salud. En palabras de la economista Marta Quiñones Domínguez (2019) ha desangrado el erario causando una brecha en el financiamiento de lo que se paga con deuda pública y lo que viene de fondos federales. Para ella, el sistema de salud en Puerto Rico está en crisis, la falta de fondos que ha dejado la deuda pública está asociada con la fuga de médicos junto a otros profesionales de la salud y el aumento de enfermedades crónicas.

El sistema de salud está basado en un oligopolio de red de servicios que enriquece a los administradores de los seguros mientras privan a las personas del acceso a la salud, limitando el servicio a un costo por cantidad asignada de pacientes, el famoso *capitation* (Quiñones, 2019). En este momento en Puerto Rico el 49 por ciento de los residentes está cubierto por algún programa asociado al Medicaid y solamente el 35 por ciento tiene acceso a

seguros médicos privados proporcionados por patronos (Rivera et al., 2020). Estos autores afirman que 72 de los 78 municipios son designados como áreas medicamente desatendidas por la Administración de Servicios y Recursos de Salud de los Estados Unidos. Principalmente las áreas rurales tienen pocos servicios de salud disponibles. La encuesta de la comunidad que realiza el Censo de los Estados Unidos estima que para 2018 un total de 202,914 vivía sin acceso a algún seguro de salud (United States Census Bureau, 2020). El 4 de septiembre de 2021, El Nuevo Día reportaba que los planes médicos tenían ganancias históricas con su mejor desempeño en dos décadas. Las aseguradoras tuvieron unas

ganancias netas de \$256 millones. Esto, luego de pagar reclamaciones, gastos operacionales e impuestos. Toda esa ganancia se dio mientras ocurría la pandemia con personas encerradas en los hogares mientras las compañías seguían cobrando primas (González, 2021). Como pueden observar, en la Tabla 1, tomado de la investigación de la periodista Joanaisabel González, las aseguradoras se beneficiaron de lo que ella llama “El Pastel de la Salud” MMM Healthcare ganó 51 millones. MMM Multihealth ganó 903,000. Triple S Salud ganó 27 millones. Triple S Advantage ganó 48 millones. MCS Advantage ganó 119 millones. Humana ganó 26 millones y First Medical 21 millones.

Tabla 1

El pastel de la salud

Asegurador	Beneficio en neto en millones	Dividendos a inversionistas
MMM Healthcare	51 millones	47 millones
MMM Multihealth	903 mil	19 millones
Triple S Salud	27 millones	115 millones
Triple S Advantage	48 millones	-
MCS Advantage	119 millones	174 millones
MCS Life Insurance	18 millones	20 millones
Humana Health Plans	26 millones	-
Humana Insurance	5 millones	-

Plan de Salud Menonita	1 millón	-
First Medical Health Plan	21 millones	-
Molina Health Care	11 millones	60 millones

Nota: Del reportaje de González (2021). El pastel de la salud.

Salud mental

En cuanto a la salud mental en Puerto Rico, se estima que el 16 por ciento de la población entre 18 y 64 años cumple con criterios para ser diagnosticado con algún trastorno de salud mental (ASSMCA, n.d., 2016). Esto representa un total de 310,000 personas. Este informe publicado por ASSMCA establece que los diagnósticos más comunes son los de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo y que más del 15 por ciento tiene un diagnóstico de salud mental en concurrencia con uno de sustancias. Los trastornos por uso de sustancias, como le llama ASSMCA afectaban a 1 de cada 7 personas entre 15 a 64 años (ASSMCA, n.d.). Las personas que de acuerdo con el informe tenían enfermedades serias de salud mental el 40 por ciento no recibía tratamiento de ningún tipo. Sin embargo, las cifras de ASSMCA son contradictorias, otro documento que se presume que es del 2016, porque los datos que recoge son del 2010 al 2015 indica que solamente el 24 por ciento recibió servicios para su condición. Esto implicaría que más del 70 por ciento estaba sin recibir servicios. Una investigación realizada por Negroni y

colaboradores (2020), esbozó que las personas participantes coincidían que tener una enfermedad mental era percibido como un déficit del carácter y que experimentaban prejuicios, devaluación y estigma. Esto, era una barrera para que recibieran servicios de tratamiento y recuperación asociados a su diagnóstico. Sin embargo, la investigación arrojó que la atención a la salud mental está controlada por compañías aseguradoras con fines de lucro que limitaba la disponibilidad, el acceso y que priorizaba en medidas de contención de costos. El estigma que reportaron las víctimas en la investigación citada anteriormente, en muchas ocasiones se extiende a los profesionales de salud (Polanco Frontera et al., 2013).

La investigación demográfica de Ortiz Fonseca detalló que, en Puerto Rico, del 2015 al 2018 se encontraron 11,709 certificados de defunción en los que se registró al menos una causa de salud mental entre las causas de muerte. Eso representó un 9.85 por ciento del total de muertes. De esas muertes hay diferencias que la investigadora consideró estaban relacionadas a desventajas

sociodemográficas, mayormente en el área metropolitana. Concluyó que las enfermedades de salud mental predisponen a las personas a ciertos tipos de comportamientos y estilos de vida que aumentan su riesgo de muerte entre los que se incluyen la poca o ninguna actividad física, el uso de alcohol y otras drogas y el fumar en exceso (Ortiz-Fonseca, 2020).

La situación de salud mental en Puerto Rico está en precario, esto es reportado en varios periódicos locales e investigaciones científicas (Alfonso, 2018; Lafarga et al., 2022; Menéndez-Sanabria, 2021; Negroni et al., 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2015; Ortiz-Fonseca, 2020; Polanco Frontera et al., 2013; Ramos et al., 2022; Velez Ortiz, 2015). Esta situación se agravó luego del huracán María, los terremotos y la pandemia (Dickerson, 2017; Lugo-Hernández, 2022; Méndez-González, 2021). La situación luego de estos eventos no solamente afectó a las personas, sino que laceró el ya precarizado sistema de bienestar social y a los proveedores de servicios (Powell et al., 2020).

En resumen, Puerto Rico, producto del desmantelamiento del estado benefactor cuenta con un sistema de salud privatizado y precarizado para la población que a su vez es un negocio rentable para los proveedores. Ese sistema mantiene a miles sin acceso a servicios médicos y en el caso de salud mental, más de la mitad de las personas que cumplen con criterios

diagnósticos que regulan la salud mental, no está recibiendo algún tipo de servicio. En ese contexto, se ubica el ejercicio del trabajo social clínico en los escenarios de salud mental en Puerto Rico. Desde ese contexto, diversos profesionales en Puerto Rico han comenzado a estudiar y analizar de forma crítica la práctica clínica en Puerto Rico.

En Estados Unidos se confrontan situaciones muy similares a las que nosotros experimentamos. Esto nos lleva a coincidir con autores recientes que vinculan la agudización de problemáticas que existen en EEUU con un impacto más precario en Puerto Rico. Para ellos el problema colonial agudiza las situaciones de salud física y mental nuestro país (Ramos et al., 2022; Rivera et al., 2020) Son políticas malas para ellos y peores para nosotros.

Un breve resumen sobre el panorama en Estados Unidos nos revela su propia crisis. En el 2020 el Instituto Nacional de Salud Mental indicó que 21 por ciento de las personas adultas tenía algún diagnóstico lo que representaba un total de 52.9 millones de personas. 14. 2 millones de personas tenían condiciones de salud mental consideradas por la organización como serias. 75 por ciento de las mujeres presas en Estados Unidos tienen algún diagnóstico de salud mental. Entre el 20 y el 30 por ciento de esas mujeres experimentaban condiciones consideradas como serias. El número de

personas presas en Estados Unidos ha descendido pero la población penal con diagnósticos de salud mental ha subido. Uno de cada cuatro de los cerca de mil tiroteos de la policía donde murió una persona en el 2016 eran personas con problemas de salud mental en lo que la autora llama la criminalización de la enfermedad mental en los Estados Unidos (Roth, 2018). Estas mismas denuncias son confirmadas por la investigación de Powers (2017).

La crítica mundial sobre la salud mental

Realmente hay un cuestionamiento global al modelo psiquiátrico de salud mental desde los mismos cimientos de la psiquiatría, la psicología y el trabajo social. Sin embargo, cuando pretendemos entrar en el debate de lo clínico inserto en esos cuestionamientos, alguna, porque no es toda la reacción local, es que se ataca a lo clínico. ¿Esas reacciones son realmente una defensa a lo clínico o una defensa de espacios privilegiados en la prestación de servicios? Hay personas que le han dicho de forma específica a la Junta del Colegio, cuando se han hecho intentos de acercamientos, que no hay nada que debatir. Y sí, hay mucho que debatir aquí y que se está debatiendo en otros lugares.

Debates en la dimensión clínica del trabajo social

¿Cuáles son esos debates? Primero, hay un debate al modelo médico y al trabajo

social clínico en función de ese modelo basado en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales*, en la actualidad DSM 5 TR. Este manual es redactado principalmente por psiquiatras y es un producto de la Asociación Americana de Psiquiatría. La psiquiatría es una rama especializada de la medicina. Las fundaciones de la medicina son en el determinismo biológico. Atender el malestar emocional sobre bases exclusivamente médicas tiene el efecto de obviar las estructuras institucionales de opresión, la interseccionalidad y las otredades (Shim & Vinson, 2021). Por si acaso, cito a psiquiatras. Desde la misma medicina se critica que el último manual sobremedicaliza el comportamiento humano (Watts, 2012).

Cuando se publicó el DSM 5, la *National Association of Social Workers* de los Estados Unidos (NASW) emitió todo un número especial de su revista *Social Work* para analizar el documento psiquiátrico. Entre los artículos se destaca que muchos de esos diagnósticos representan un reto para los servicios y promueven el estigma (Pomeroy & Parrish, 2012). Una de las críticas más fuertes provino de Washburn (2013). El autor indica que ningún profesional de trabajo social fue formalmente invitado a participar del equipo de trabajo principal del manual ni de los grupos de trabajo para revisar la quinta edición. Sobre esto es importante destacar que de 500,000 profesionales que usan el DSM, 250,000 son trabajadores-as

sociales. Sin embargo, el Manual es redactado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Los psiquiatras son el siete por ciento de todos los profesionales de salud mental (Frances & Jones, 2014). ¿Nos parece correcto que el siete por ciento dicte la pauta de la salud mental? Washburn continúa su crítica diciendo que, dentro de la misma práctica clínica, el uso del DSM es polarizante por sus problemas de validez y confiabilidad para la práctica y para la educación. Destacó que los cambios al DSM en la edición quinta tenían preocupados a muchos de las y los profesionales de la salud mental incluyendo psiquiatras por sus conclusiones basadas en poca investigación y las conexiones de los miembros de los grupos con la industria de psicofármacos. En ese manual, los factores socioculturales fueron prácticamente eliminados y algunos profesionales llamaron a boicotear su puesta en vigor.

Un aspecto importante es que el modelo del DSM es hegemónico en Estados Unidos, pero no ocurre de igual forma en todo el mundo (Frances & Jones, 2014). Estos autores hacen un narrativo de la secretividad de la investigación detrás de los criterios diagnósticos. Esta crítica relacionada a la secretividad y procesos cuestionables de validez es compartida por el editorial de la revista *Journal of Social Work Education* (Robbins, 2014). Para los autores el manual promueve la medicalización de comportamientos que deben ser considerados normales llevando

a que muchas personas sean etiquetadas como enfermas mentales, sujetas a estigma y expuestas a tratamientos y pruebas innecesarias.

El problema que principalmente se plantea desde la investigación es que la psiquiatría ha querido imponer que un “trastorno psiquiátrico” es lo mismo que una enfermedad médica (Wakefield, 2013). Lo que esto implica es que hay algo que está mal en un proceso psicológico o un mecanismo que no está funcionando como operaría otra parte del cuerpo. Este autor, también niega la pretensión de que la mayoría de los diagnósticos son enfermedades cerebrales que pueden ser descritas de forma genética o neurobiológica. La implicación que plantea Wakefield es que la psiquiatría se lleva el dominio social que ha sido tradicional del acercamiento del trabajo social cambiándolo a un abordaje médico-cerebral. Para él es una vuelta al trabajo social psiquiátrico lejos del acercamiento de la persona en su ambiente. El colega asocia esto a los debates sobre la medicalización de la salud y la industria farmacéutica. Los diagnósticos aumentan, por tanto, la cantidad de personas a tratar aumenta y los fármacos para tratar la condición proliferan en concordancia con la saturación de diagnósticos. De eso se forma toda una industria que trasciende a los fármacos para desarrollar asociaciones, adiestramientos y convenciones, todo con un gran lucro para sus proponentes.

Considero que la persona que mejor ha analizado este problema es el sociólogo Allan Horwitz, investigador de la salud mental autor de artículos, libros y capítulos en libros editados. Horwitz plantea que antes de la década del 80 los diagnósticos psiquiátricos estaban intrínsecamente vinculados a experiencias particulares de las personas. Los terapeutas veían estos problemas en su intersección con los antecedentes y circunstancias psicosociales y por consiguiente se hacía imposible desligarlas de las interpretaciones de las personas, sus identidades, socialización, relaciones y eventos de vida. El DSM III cambió eso para compararlos con enfermedades físicas. El problema principal es que hay unos marcadores médicos en las enfermedades físicas como las imágenes, las pruebas de laboratorio, el estudio de tejidos que permiten distinguir la enfermedad física. Para él y muchos otros profesionales esos marcadores no existen en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas. Ese manual ha comenzado a ser citado en las opiniones de los tribunales y se usa como defensa para evaluar responsabilidad criminal, eximir de pena de muerte, elegibilidad para incapacidad, y hasta para determinaciones de custodia (Horwitz, 2021). Todo esto de forma inadecuada extrapolando documentos intrínsecamente clínicos a los campos forenses (Melton et al., 2017; Simon & Stahl, 2020). El DSM comenzó con 101 diagnósticos y se amplió a 182 en el segundo, 265 en el

tercero y 292 en TR del tercero. Con la niñez, de tres páginas dedicadas a este grupo en el DSM II, creció a más de 46 diagnósticos aplicables. A manera de ejemplo, en el 1980 menos del 1 por ciento de la niñez se diagnosticaba con ADHD, en el 2011 pasaban del 10 por ciento. Igual con el espectro de autismo, de 1 de cada 2,000 en los 70 y 80 ha subido a 1 de cada 68 en el 2013 (Horwitz, 2021).

En otro libro sobre cómo se ha ido creando el concepto de enfermedad mental Horwitz (2002) establece la necesidad de distinguir entre lo que realmente es un desorden mental y lo que son las reacciones normales a los estresores sociales. Plantea que no hay nada malo con personas que responden con depresión, ansiedad y otras señales de angustia emocional a ambientes, situaciones y relaciones estresantes. Las reacciones producto de estos eventos deben ser consideradas normales como respuestas a sus ambientes. Otro aspecto que critica es cómo se patologiza aquello que se desvía de las normas sociales por conflicto y respuestas disidentes a normas culturales conflictivas o falta de cumplimiento con los estándares culturales.

En estas dinámicas lejos de identificar qué le pasa a la persona participante la pregunta debe ser ¿por qué le pasa esto al participante? Para contestar eso, se requiere un análisis topográfico y funcional del comportamiento y lo que presentan los participantes (Echeburúa et al., 2014) y esto

lo plantea un grupo de psicólogos. Entonces, un acercamiento desde el trabajo social clínico debería situarse en visualizar la salud y la enfermedad mentales no como cualidades de los individuos, sino como situaciones enraizadas en varios aspectos de las circunstancias sociales y que atacan a las personas desde afuera, no desde su interior (Horwitz, 2017).

El llamado político al trabajo social clínico que hace Wakefield (2013) va dirigido a lograr la justicia psicológica como un objetivo del trabajo social clínico. Para ello hay que ubicar el contexto social como fuente del malestar basado en una perspectiva de determinantes sociales de la salud mental (Scheid & Wright, 2017). La propuesta fuera del modelo médico va dirigido al estudio del estrés en las sociedades contemporáneas y su efecto sobre la salud de las personas (Wheaton & Montazer, 2017). Esto, unido al análisis de la conexión entre las redes de apoyo social y la salud emocional (Lewis-Brown, 2017). Se añade la ponderación del desempleo y trabajo precarizado como factores de estresor (Limonic & Lennon, 2017). El acercamiento clínico tiene que tener un componente de avalúo de los efectos emocionales relacionados a la estratificación socioeconómica (Eaton & Muntaner, 2017). A esto se le añade análisis de género y aspectos de sexodiversidad (Rosenfield et al., 2017) y los de raza (Williams et al., 2017), entre otros. En ese

contexto, quisiera entrar a conceptualizar la práctica clínica en Puerto Rico.

Debates y tensiones en Puerto Rico

Uno de los primeros cuestionamientos que se encuentra a esta práctica proviene de la destacada profesora y autora de trabajo social Magali Ruiz (2003). Entre las críticas que hizo la profesora es la aureola que se le adscribe a algunos profesionales que ejercen en lo clínico y que se atribuyen características que otros profesionales en trabajo social no poseen. Reflejaba insatisfacción con que la práctica se tornara “como favorita” y hegemónica para la profesión frente a circunstancias macrosociales caracterizadas por problemas severos y profundos. Al momento que escribió, le preocupaba el énfasis en la práctica privada y que el aumento en estas prácticas era producto de un mercado que precisamente las promovía considerándolo un movimiento más político que producto de una reconceptualización profesional. Para ella, era un enfoque de supervivencia que cambiaba la mística profesional ante una visión mercantilista de los servicios. Añadió su preocupación por la falta del componente comunitario en la dimensión clínica. Finalmente puntualizó una crítica con el énfasis de la práctica clínica que se ejercía al momento en que escribió. Desde su visión, se enfatizaba en el funcionamiento intrapsíquico como determinantes del funcionamiento social. En sus palabras: “Se sustituyó la admiración

a Freud, por la adhesión al DSM" (p. 88). Podemos notar que la crítica a lo clínico de esta respetable colega no era a su práctica, sino a lo que ella consideraba las pretensiones hegemónicas de lo clínico y a la privatización de la salud mental.

La tesis de maestría de Rosario y Sánchez (2012) es otro documento que aborda la práctica clínica en Puerto Rico. Estas profesionales detallaron que la formación clínica aumentó en la década del 1990 luego del desmantelamiento del estado benefactor, tiempo en el cual se comienza a visibilizar la privatización de los servicios. De su revisión de literatura concluyeron que la investigación de lo clínico en Puerto Rico no había generado un cuestionamiento de qué, cómo, para qué, para quién, cuándo, dónde y el porqué de esta práctica en el trabajo social. Al momento de esa investigación la revisión de literatura que realizaron encontró que había escasez de textos, artículos y estudios profesionales sobre el tema en Puerto Rico. Los artículos estaban más enfocados en las modalidades de intervención. La única investigación que encontraron abordaba de forma específica la terapia y las intervenciones terapéutica fue la que realizaron Acosta y Ayala en el 1992. Esa investigación arrojó que los modelos imperantes en la práctica eran médicos y que las respuestas de las que participaron en la investigación eran ambiguas en algunas áreas. Otra investigación que reseñan es la de Jiménez y colaboradores del 1983 que encontró que en los

escenarios de tratamiento de salud mental la competencia de la persona profesional en trabajo social no estaba clara, tenía vinculaciones estrechas con la psiquiatría y eran como "la conciencia social en el escenario psiquiátrico". El análisis de las intervenciones que se realizaban concluyó que las mismas tenían un poco enfoque social, no contemplaban aspectos ambientales y no se utilizaban modelos de intervención de forma concienzuda. La terminología que usaban era intrapsíquica sin poder mencionar los marcos teóricos que usaban.

Esa tesis concluyó que existe la necesidad de establecer una definición concreta sobre el trabajo social clínico en Puerto Rico desde un posicionamiento crítico. Nótese que las autoras no están en contra de esta práctica. Ellas llamaron a un reposicionamiento de la misma desde perspectivas críticas, basadas en los hallazgos que encontraron en su proceso investigativo. Para ellas se debía incluir las competencias técnico-instrumentales y teóricas-metodológicas contemplando las competencias éticas-políticas que las sustentan. Otra área de atención necesaria fue el análisis de cómo el capitalismo neoliberal impacta esa dimensión de la práctica. Comparten con Ruíz (2003) la preocupación por la inserción a la provisión de servicios privados concibiendo a las personas como clientes consumidores y no como sujetos de derechos. Para ellas era necesario la reflexión crítica sobre cómo se asume el modelo de los Estados Unidos sin

problematización. Añaden como necesario establecer las diferencias con la psicología y la delimitación de fronteras. Entre otras aportaciones puntualizaron la reflexión sobre los aspectos teórico-metodológicos y los modelos, la tensión con los requisitos de los planes médicos sobre todo aquellos diagnósticos basados en el DSM. Asumieron como importante que esa dimensión de la práctica continúe siendo eminentemente política y social y que enfrente la individualización y psicologización de los sujetos sociales y de las manifestaciones de la cuestión social que enfrentan. Finalmente, cuestionaron la proliferación de las prácticas privadas como unas que propician precisamente las políticas neoliberales y provocaban que el estado se desvincule de su responsabilidad social. Comparto su preocupación de que el derecho a la salud mental queda al arbitrio del mercado y como expresan:

Quien pueda pagar o conseguir los servicios, podrá acceder a estos y quienes puedan pagar por servicios de mejor calidad, así lo harán. Las personas que no puedan pagar, deberán conformarse con lo que puedan pagar o con servicios menos accesibles o de menor calidad. (Rosario-Rivera & Sánchez-Marcano, 2012, p. 382)

Una investigación reciente, trabajó los alcances de la práctica clínica en Puerto Rico y los debates que la rodean (Nieves-Rolón et al., 2019). El grupo investigativo

realizó 7 entrevistas estructuradas a profesionales del trabajo social clínico que tenían formación mixta en trabajo social y psicología. Las personas entrevistadas tenían maestría en trabajo social y doctorado en psicología y tenían que tener dos años de experiencia ejerciendo el trabajo social clínico. Los autores tuvieron varios hallazgos interesantes. En primer lugar, observaron que no había una definición homogénea. Entendían que no había un acuerdo profesional y que existían áreas grises. Observaron dificultades al momento de definir la práctica con definiciones poco precisas o incorporando otros conceptos. Detallaron que los profesionales entrevistados hicieron hincapié en el conocimiento y manejo del DSM y la necesidad de dominar modelos que permitieran trabajar con las “patologías” identificadas. En esa investigación no había un consenso sobre la capacidad para diagnosticar “enfermedades mentales” de las profesionales en práctica clínica. Algunos participantes pensaban que los trastornos de personalidad estaban fuera del alcance de las competencias. Las áreas de dominio eran identificadas como áreas a fortalecer en la formación. Aunque identificaban la diferencia entre psicólogo y trabajo social pensaban que la práctica está basada en teorías y modelos que vienen de la psicología clínica. Un aspecto de preocupación que señala el grupo investigativo es la falta de formación en miradas que reconozcan las diversidades,

interseccionalidades, intervenciones críticas, antiopresivas más allá de la mirada sintomatológica que usa el modelo médico predominante y hegemónico. Por tanto, entienden que hay una ausencia de interpretar esos síntomas como respuestas a problemas más complejos que deben interpretarse e intervenirse a nivel estructural. Proponen trabajar una definición consensuada de la práctica clínica en Puerto Rico y realizar un estudio que documente las prácticas reales que se están llevando a cabo. Aspectos con los que coincido. Los datos de esta última investigación continúan validando lo que plantearon Rosario y Sánchez (2012). Este grupo de autores encontró una práctica que no podía desarrollar su propia definición, inserta en el modelo de diagnósticos intrapsíquico y fuertemente matizada por las teorías psicológicas como si las bases del trabajo social no tuvieran nada que enseñarle al trabajo social clínico e ignorando los acercamientos en la terapia que fueron creados por profesionales del trabajo social.

En Puerto Rico, hemos notado que la formación clínica reciente hace un énfasis en la práctica independiente sin cuestionar los retos de esa práctica para los profesionales y para las personas. No se cuestiona que los planes médicos prefieren la práctica terapéutica de los trabajadores sociales porque precisamente les pagan menos a nuestras profesionales de lo que le pagan a los psicólogos y psiquiatras por el servicio de terapia. Medicare reembolsa

a las profesionales del trabajo social clínico solo el 75 por ciento del programa de honorarios del médico. A los psiquiatras y psicólogos se les reembolsa el 100 por ciento de la lista de honorarios. La tasa de trabajo social clínico es incluso más baja que la tasa del 85 por ciento a la que se reembolsa a otros profesionales no médicos (enfermeros practicantes, asistentes médicos, especialistas en enfermería clínica, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, patólogos del habla y lenguaje, dietistas registrados). Aunque el grupo de trabajo social clínico está calificado para brindar estos servicios, Medicaid solo reembolsa el 75 por ciento de lo que se le reembolsaría a un psicólogo o médico por brindar el mismo servicio y facturar bajo el mismo código de Medicaid (NASW, 2021). En esa práctica independiente que factura a planes médicos se regula la cantidad de sesiones, se promueven acercamientos costo efectivos que no necesariamente se basan en la necesidad de la persona participante, y se exige un diagnóstico como precondition para la facturación y cobro por los servicios prestados. Nuevamente no cuestionamos la necesidad de la especialidad clínica, cuestionamos cómo el embudo de lo privado afecta el acceso a los servicios y cómo el trabajo social lejos de resistir esas prácticas tiene que responder a ella so pena de no poder tener ingresos sobre nuestro trabajo.

Como segundo punto en este acercamiento crítico al trabajo social

clínico en Puerto Rico es importante observar la realidad de la práctica del trabajo social en Puerto Rico. A pesar de que la enseñanza clínica, principalmente en las universidades privadas, se ha convertido en la modalidad que más se enseña, al comparar la información que se brinda al Colegio de Profesionales de Trabajo Social, el quehacer profesional no se ejerce principalmente en estos escenarios. Los números de la profesión en diferentes estudios que se han realizado demuestran que el 67 por ciento de los profesionales se desempeñan en el gobierno, principalmente en Familia y Educación y un 33 por ciento en diversos ámbitos del sector privado. La base de datos del Colegio reporta que solo 44 colegas o el 0.56 por ciento informa que trabaja en oficina privada, trabajo independiente o por cuenta propia. Mientras el 1.61 por ciento o 126 colegas reportaron que trabajaban en hospital psiquiátrico o una clínica de salud mental privada. 134 colegas o el 1.71 por ciento trabajaba para la Administración de Servicios de Salud Mental y contra la Adicción y otros 111 (1.41 por ciento) reportaron que trabajaban en el Departamento de la Salud. En Puerto Rico existen programas clínicos desde la década del 90 y que al momento tenemos programas específicamente clínicos en la Universidad Católica, Universidad Ana G. Méndez y la Universidad Interamericana y acercamientos especializados en Familia en la Universidad de Puerto Rico - Río

Piedras y Universidad Ana G. Méndez, que tienen componentes que pueden considerarse de base clínica y terapéutica. Sin embargo, eso necesariamente no se ha traducido en una proliferación de la práctica clínica en espacios privados. Me parece que hay que hacer una investigación en detalle sobre las prácticas independientes, las que han sido exitosas, y las que han fracasado. ¿Son exitosas todas las prácticas independientes? ¿Cuáles son más exitosas y sobre qué medidas de desempeño se mide una práctica exitosa? ¿Está el espacio terapéutico privado ocupado por la psicología? ¿Son posibles en todas las áreas geográficas o son fenómenos más metropolitanos que necesariamente no funcionan en la ruralía o las áreas empobrecidas del país? Otro asunto necesario es revisar en qué agencias públicas se están realizando prácticas clínicas. Identificarlas. ¿Cuántos están en ASSMCA? ¿Cuántos están en salud? ¿Cuántos están en clínicas 330? ¿Cuántos de los que están en las prácticas independientes facturan a planes médicos privados? ¿Cuáles han sido sus experiencias? ¿Realmente la creciente formación clínica enfocada en lo privado responde a la demanda del trabajo social que continúa siendo pública y de organizaciones privadas que brindan servicios sociales?

Otro aspecto, es precisamente qué vamos a considerar clínico. ¿Hay componentes de formación clínica o terapéutica en las maestrías de familia? ¿Hay componentes

clínicos en las preparaciones forenses? ¿Se puede hacer clínica o terapia desde la comunidad? Un trabajador social comunitario que trabaja con la comunidad aspectos de cohesión, manejo de duelo por los desplazamientos, o trabaja en la promoción de aspectos de salud mental comunitaria ¿no hace trabajo clínico desde lo comunitario? Si vamos a atribuir lo clínico a la preparación formal ¿se pueden llamar clínicos los que estudiaron maestrías que no tenían especialidad clínica, pero se han preparado o han centrado su práctica en lo clínico?

Un paso que pudiera considerarse y debatirse es la delimitación de lo clínico. Con esto lo que se pretende es producir una definición de lo clínico que brinde una base identitaria a esta práctica y que atienda la ambivalencia que se impresiona desde las investigaciones revisadas para esta ponencia. Una definición que aborda el espíritu de lo terapéutico que hemos estado discutiendo es la que propone Rojas (2011). Desde mi perspectiva, esa definición es un buen arranque para el debate. Ella define la dimensión terapéutica del trabajo social de la siguiente forma:

Se entiende por dimensión terapéutica del Trabajo Social, los procesos de investigación-intervención realizados por un o una profesional, que pretenden lograr el cambio subjetivo, relacional y comunicativo de las y los sujetos, con el fin de que translaboren,

resignifiquen y superen el sufrimiento subjetivo, o bien, que rompan con la repetitividad de su historia personal, familiar o comunitaria, cuando ésta se presenta como un obstáculo para su bienestar y el de su entorno. (Rojas, 2011)

En efecto, un buen estudio que podemos desarrollar desde el Colegio o la academia debe estar enfocado en desarrollar un perfil de la práctica clínica en nuestro país para iniciar una discusión sobre esta. Preliminarmente los números nos levantan hipótesis que la mayoría del trabajo social clínico en Puerto Rico pudiera estar ejerciéndose en escenarios públicos y privados de salud mental y no en la práctica privada o independiente.

Reflexiones sobre la práctica clínica que debemos aspirar

Ya hay autores que proponen rutas disidentes al modelo médico y una práctica clínica liberadora con marcos claramente antiopresivos (Belkin-Martínez, 2014). La colega propone la incorporación de la metodología de la educación popular y técnicas de la psicología de la liberación con modelos que identifiquen claramente las condiciones de opresión en los niveles macro, cultural e institucional abordando el daño psicológico que produce la opresión y acompañando a las personas a trabajar y enfrentarlos. Esto requiere que la práctica clínica pueda identificar los patrones en los

que opera la opresión internalizada para apoyar y promover desde el trabajo clínico la solidaridad con otros grupos y comunidades.

Otro aspecto es que esta vertiente del trabajo social combate el neoliberalismo y sus ideales de individualismo y resiliencia (Zilberstein, 2021). Estos dos conceptos para la autora y colega son producto y se hicieron populares con creencias neoliberales. Para ella, las prácticas tradicionales del modelo médico y de otras prácticas “basadas en evidencia” no son otra cosa que la recirculación de ideas neoliberales dominantes que muchas veces pasan sin ser vistas por los practicantes. Los discursos dominantes de la teoría clásica psicoanalítica, el apego, las teorías relacionales, aunque incluyen dimensiones sociales están enfocadas en cambiar la realidad intersubjetiva de las personas. Las cognitivas conductuales que son principalmente las que se enseñan en muchas de las facultades con concentración clínica, se enfocan también en la persona y en el desarrollo de autocontrol (Zilberstein, 2021). No solamente critica las terapias desde estos acercamientos, sino que cita estudios sobre cómo las personas profesionales del trabajo social han desarrollado una instancia personalista e individualista de su práctica. Otro factor que denuncia es el uso de la resiliencia sin una mirada crítica. Postula que la resiliencia no está asociada a factores individuales, sino a los dominios

familiares y ambientales, lo que la aleja del concepto biologicista de la resiliencia. Estos modelos enfocan a las personas en sus propias necesidades y los alejan de involucrarse en grupos y comunidades, de igual forma, ubican a las personas como responsables y foco de sus condiciones sociales. La autora se une a contradecir el discurso de la psicología y psiquiatría moderna de que todo se concentra en emociones y comportamientos para ir a las raíces de las inequidades estructurales. Para esto hay que tener enfoques sobre el empobrecimiento, el trauma, la discriminación, la calidad de los servicios educativos y otras inequidades sabiendo que son ellas las que producen principalmente el malestar. A manera de ejemplo detalla investigaciones sobre cómo el vivir y crecer en comunidades empobrecidas y con desventajas sociales tienen que ver con el desarrollo de baja puntuación en la habilidad intelectual (IQ), mayores problemas de comportamiento, menores medidas de desempeño en salud y bienestar.

El abordaje debe ir dirigido a un trabajo social clínico-crítico que no esté amarrado a las ataduras del neoliberalismo (Brown, 2021). Brown entiende que esto implica empacar el discurso biomédico y desempacar el discurso de la vida de las personas y sus experiencias translaborándolas y resignificándolas en conversaciones terapéuticas colaborativas. Las terapias narrativas, los modelos afirmativos de la sexodiversidad,

los acercamientos feministas, los enfoques de afirmación racial, la clínica comunitaria entre otros, vienen a ser respuestas a estos modelos opresivos. Requiere renunciar al DSM 5. No implica que no lo vamos a conocer. Implica que lo conocemos para debatirlo y brindar otras alternativas fuera del diagnóstico. No lo dice Esterla o Nérida, el grupo investigativo liderado por el doctor Nieves ni la profesora Magaly Ruiz. Tampoco lo decimos las personas que hemos sido críticas con el modelo dominante del trabajo social clínico. Brown (2021), trabajadora social del norte global establece que el trabajo social se está fragmentando entre sus valores tradicionales y aquellos del mercado y que ese cambio que ocurre principalmente desde el 1980 lejos de fortalecer la profesión, le ha quitado poder y fraccionado su identidad profesional. Esto contradice a algunas voces locales que fabrican una persecución a su práctica que no existe. Tal vez muchos de los que indican de forma equivocada que el Colegio se opone a lo clínico, lo que no entienden es que precisamente lo que defiende el Colegio a través de los esfuerzos que se vienen construyendo es defender nuestras identidades, incluyendo la clínica y no diluirlas. Entre esos esfuerzos está debatir lo clínico para en colectivo defender su identidad desde el trabajo social. El enfoque que ha asumido el trabajo social clínico desde estos modelos impuestos por la salud mental neoliberal, según Brown nos quita autonomía. A esto se le añade

que nos impone cómo hacer las cosas y no nos permite particularizar la necesidad de las personas. Esa dominación de la práctica por las fuerzas del mercado es peligrosa porque hace que se vuelva estrecho el ámbito del ejercicio clínico a través de los trámites burocráticos, la disminución de las sesiones y la falta de elección en los modelos de intervención. Obliga a diagnosticar para cobrar lo que tiene como resultado etiquetar a las personas dentro del reduccionismo del modelo médico.

El llamado final es a una práctica crítica y antiopresiva. En palabras de Tedam (2021) es una práctica que toma como punto focal las opresiones y el poder que subyace en estas desde una mirada multidimensional que evade los acercamientos lineales. La práctica no puede ser binaria. Para ello se requiere que en cada intervención haya un análisis crítico de las estructuras de poder, desde una perspectiva de reconocimiento de las diferencias e interseccional donde lo subalterno tome relevancia (Morgaine & Capous-Desyllas, 2015). Para estas autoras se comienza definiendo las identidades sociales de las personas, luego las grupales, identificando las necesidades, los derechos y sus intersecciones. El acercamiento crítico y antiopresivo se informa por el trauma y se destaca por la humildad cultural del terapeuta. Esto requiere que haya una ubicación de las instancias de inequidad económica, por grupos (niñez, mujeres, sexodiversidad,

inmigración, raza) para entonces asumir la dimensión social y política de la terapia.

Desde esa práctica también se interviene con el privilegio social desde un avalúo de las instancias y dominios de poder y su impacto sobre la vida de las personas. Esa práctica es contextual, contrahegemónica, consciente de la cuestión social, se informa por la evidencia y el trauma, es interseccional y se basa en acercamientos teóricos y saberes críticos. Para cualquier acercamiento antiopresivo, el problema existe fuera de la persona, por tanto, se busca el contexto. No tengo dudas, que esa práctica clínica disidente y contrahegemónica es alcanzable en Puerto Rico y podemos aspirar a ella.

Referencias

- Alfonso, C. (2018). PTSD and suicide after natural disasters: Eye on hurricane Maria and Puerto Rico. *Psychiatric Times*, 35(4), 1–5.
- Asakura, K., Strumm, B., Todd, S., & Varghese, R. (2020). What does social justice look like when sitting with Clients? A qualitative study of teaching clinical social work from a social justice perspective. *Journal of Social Work Education*, 56(3), 442–455.
<https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1656588>
- ASSMCA. (n.d.). *Salud Mental de Puerto Rico: Análisis de la situación de salud mental en Puerto Rico*.
<https://Assmca.Pr.Gov/Estadistica/Ao%20Fiscal%2020142015/Evaluacion%20al%20Estado%20de%20la%20Salud%20Mental.Pdf>
- ASSMCA. (2016). *Need assessment study of mental health and substance use disorders and service utilization among adult population of Puerto Rico*.
<https://Assmca.Pr.Gov/BibliotecaVirtual/Estudios/Need%20Assessment%20Study%20of%20Mental%20Health%20and%20Substance%20of%20Puerto%20Rico%202016.Pdf>
- Barria Muñoz, J. R. (2021). En defensa del Trabajo Social Clínico. El giro pragmático y la contribución de la Terapia Familiar Sistémica en la práctica con personas y familias. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 79–86.
<https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32041>
- Belkin-Martínez, D. (2014). The liberation health model: Theory and practice. In D. Belkin-Martínez & A. Fleck-Henderson (Eds.), *Social Justice in Clinical Practice* (pp. 9–28). Routledge.
- Brown, C. (2021). Critical Clinical Social Work and the Neoliberal Constraints on Social Justice in Mental Health. *Research on Social Work Practice*, 31(6), 644–652.

<https://doi.org/10.1177/1049731520984531>

Burgos-Ortiz, N. (2010). *Pioneras de la profesión de trabajo social en Puerto Rico*. Publicaciones Puertorriqueñas.

Córdova-Campos, R. (2010). *Trabajo Social Clínico en Puerto Rico: La construcción de la personalidad puertorriqueña*. Action Printing.

Dickerson, C. (2017, November 14). Una crisis de salud mental acecha a Puerto Rico. *The New York Times*.

Eaton, W., & Muntaner, C. (2017). Socioeconomic stratification and mental disorder. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems* (pp. 239–265). Cambridge University Press.

Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica, 32*(1), 65–74.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>

Frances, A., & Jones, K. D. (2014). Should social workers use Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5? *Research on Social Work Practice, 24*(1), 11–12.

<https://doi.org/10.1177/1049731513507981>

Gómez, M. (2014). La priva(tiza)ción de la salud mental. *80 Grados*.

González, J. (2021, September 4). Con ganancias récord los planes médicos. *El Nuevo Día*.

Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. The University of Chicago Press.

Horwitz, A. (2017). An overview of sociological perspectives on the definitions, causes, and responses to mental health and illness. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 6–19). Cambridge University Press.

Horwitz, A. (2021). *DSM: A history of psychiatry's bible*. John Hopkins University Press.

Karpetis, G. (2014). Advocating the clinical social work professional identity: A biographical study. *Journal of Social Work Practice, 28*(1), 23–41.
<https://doi.org/10.1080/02650533.2013.806888>

Lafarga, I., Welton, M., Díaz-Rivera, J., Walkins, D., Díaz, Z., Torres, H., Galán, C., Gullolty, N., Agosto, L., Cordero, J., Alshawabkeh, A., & Vélez, C. (2022). The impact of natural disasters on maternal health: Hurricanes Irma

- and María in Puerto Rico. *Children*, 9(1), 940.
- Lewis-Brown, R. (2017). Understanding the connection between social support and mental health. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 207–223). Cambridge University Press.
- Limonic, L., & Lennon, M. (2017). Work and unemployment as stressors. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 224–238). Cambridge University Press.
- Lugo-Hernández, E. (2022, July 19). Salud mental: ¿crisis de servicios o crisis social? *El Nuevo Día*.
- Melton, G., Petrila, J., Poythress, N., Slobogin, C., Otto, R., Mossman, D., & Condie, L. (2017). *Psychological evaluations for the courts* (4th ed.). Guilford Press.
- Méndez-González. (2021, May 14). Inestabilidad y temor: se deteriora la salud mental en Puerto Rico. *Es Mental*.
- Menéndez-Sanabria, P. (2021, November 29). Se exacerbaban las condiciones de salud mental en Puerto Rico. *El Vocero*.
- Morgaine, K., & Capous-Desyllas, M. (2015). *Anti-oppressive social work: Putting theory in action*. Sage.
- NASW. (2021). *Medicare Reimbursement*. <https://www.socialworkers.org/advocacy/policy-issues/medicare-reimbursement>.
- Negrón, L. K., Medina, C. K., Rivera Díaz, M., & Paniccía, M. (2020). Perceptions of mental health and utilization of mental health services in Puerto Rico. *Social Work in Mental Health*, 18(2), 149–169. <https://doi.org/10.1080/15332985.2019.1700582>
- Nieves-Rolón, I. E., Rivera Rodríguez, E., Ortiz-Candelaria, V. C., & Pérez-Martínez, K. L. (2019). Trabajo Social Clínico en Puerto Rico: Alcances y debates que rodean su práctica. *Voces Desde El Trabajo Social*, 7(1), 14–35. <https://doi.org/10.31919/voces.v7i1.73>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe sobre los sistemas de salud mental en Puerto Rico*.
- Ortiz-Fonseca, K. (2020). *Mortalidad asociada a enfermedades de salud mental en Puerto Rico: 2015 a 2018* [Tesis de Maestría]. Universidad de Puerto Rico.
- Polanco Frontera, N., Cajigas Vargas, I., Rivera Segarra, E., Varas Díaz, N., Santos Figueroa, A., & Rosario

- Hernández, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad, 4*(3), 250–263. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2013.0003.00003>
- Pomeroy, E. C., & Parrish, D. E. (2012). The new DSM-5: Where have we been and where are we going? *Social Work, 57*(3), 195–200. <https://doi.org/10.1093/SW/SW5027>
- Powell, T. M., Yuma, P. J., Scott, J., Suarez, A., Morales, I., Vinton, M., Marrero, M., & Li, S.-J. (2020). In the aftermath: The effects of hurricanes Harvey and Maria on the well-being of health-care and social service providers. *Traumatology, 26*(3), 298–307. <https://doi.org/10.1037/trm0000228>
- Powers, R. (2017). *No one cares about crazy people: the chaos and heartbreak of mental health in America*. Hachette Books.
- Quiñones, M. (2019). *Puerto Rico se aleja de cumplir los objetivos de desarrollo y de derechos humanos*.
- Ramos, J. G. P., Garriga-López, A., & Rodríguez-Díaz, C. E. (2022). How is colonialism a sociostructural determinant of health in Puerto Rico? *AMA Journal of Ethics, 24*(4), 305–312.
- Reyes-Barría, D. (2019). Cartografía del Trabajo Social Clínico en Chile: una historia en construcción y un comentario profesional. *Revista Perspectivas, 34*(1), 161–199.
- Rivera, S., Voyles, C., Williams, K., Smith, E., & Chilton, M. (2020). Colonial neglect and the right to health in Puerto Rico After Hurricane María. *Perspectives from the Social Science, 110*(10), 1512–1518. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020>
- Robbins, S. P. (2014). From the editor - The DSM-5 and its role in social work assessment and research. In *Journal of Social Work Education, 5*(2), 201–205. <https://doi.org/10.1080/10437797.2014.885363>
- Rojas, C. (2011). La dimensión terapéutica del trabajo social. *Revista Costarricense de Trabajo Social, 2011*(1), 19–23.
- Rosario-Rivera, N., & Sánchez-Marcano, F. (2012). *Trabajo Social Clínico: Discursos sobre las prácticas profesionales y formativas del ejercicio clínico en el contexto socio-histórico y político de Puerto Rico a mayo 2012* [Tesis de Maestría]. Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras.
- Rosenfield, S., Kato, K., & Smith, D. (2017). Gender and mental health. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A*

- handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 266–280). Cambridge University Press.
- Roth, A. (2018). *Insane: America's criminal treatment of mental illness*. Basic Books.
- Ruiz González, M. (2003). El Trabajo Social Clínico: ¿especialización o modelo hegemónico para la práctica? *Análisis*, 4(1), 79–91.
<https://doi.org/10.54114/revanlisis.v4i1.13416>
- Ruth, B. J., & Marshall, J. W. (2017). A history of social work in public health. *American Journal of Public Health*, 107(3), 236–242.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304005>
- Scheid, T., & Wright, R. (2017). The social context of mental health and illness. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A Handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 173–179). Cambridge University Press.
- Shim, R., & Vinson, S. (2021). Social (In) Justice and mental health. In R. Shim & S. Vinson (Eds.), *Social Injustice and Mental Health* (pp. 3–12). American Psychiatric Association Publishing.
- Simon, R., & Stahl, P. (2020). *Forensic psychology consultation in child custody litigation: A handbook for work product review, case preparation, and expert testimony*. American Bar Association.
- Tedam, P. (2021). *Anti-oppressive social work practice*. Learning Matters.
- United States Census Bureau. (2020). *Encuesta sobre la comunidad de Puerto Rico 2015–2019*.
- Urraca, L. (2021). *La dimensión terapéutica del trabajo social: Guía práctica del desarrollo del trabajo social clínico: Volviendo a su origen humanista y relacional*. Nau Libres.
- Velez Ortiz, D. (2015). Mental health services structure: The case of older Puerto Ricans in senior centers. *Journal of Social Service Research*, 41(2), 204–215.
<https://doi.org/10.1080/01488376.2014.977987>
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5 and clinical social work: Mental disorder and psychological justice as goals of clinical Intervention. *Clinical Social Work Journal*, 41(2), 131–138.
<https://doi.org/10.1007/s10615-013-0446-1>
- Washburn, M. (2013). Five things social workers should know about the DSM-5. *Social Work*, 58(4), 373–376.
<https://doi.org/10.1093/sw/swt030>
- Watts, G. (2012). Critics attack DSM-5 for overmedicalizing normal human

- behavior. *British Medical Journal*, 344(1), 1020.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e1020>
- Wheaton, B., & Montazer, S. (2017). Studying stress in the Twenty-First-Century: An updated of stress concepts and research. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 180–206). Cambridge University Press.
- Williams, D., Costa, M., & Leavell, J. (2017). Race and mental health. In T. Scheid & E. Wright (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 281–303). Cambridge University Press.
- Zilberstein, K. (2021). Neoliberalism in clinical social work practice: the benefits and limitations of embedded ideals of individualism and resiliency. *Critical and Radical Social Work*, 9(3), 339–352.
<https://doi.org/10.1332/204986021X16177218690703>