

Trabajo Social Clínico en el Ámbito de la Asistencia Municipal

Representaciones sociales y prácticas profesionales en la Municipalidad de Santiago de Chile

Andrea Cáceres Cornejo Universidad de Valparaíso Magíster en Trabajo Social Clínico

andrea.caceresc@postgrado.uv.cl - Profesor guía: Cristian Pinedo Arcuri

RESUMEN

Este estudio explora la incorporación de componentes clínicos en la intervención social desarrollada por Trabajadoras Sociales del Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago de Chile. En un contexto históricamente marcado por prácticas asistencialistas y administrativas, se busca comprender cómo emergen elementos relacionales, emocionales y terapéuticos propios del Trabajo Social Clínico, y qué significados adquieren para las profesionales. A través de un enfoque cualitativo de carácter exploratorio —con entrevistas semiestructuradas en profundidad, observación participante y análisis documental—, el análisis temático identificará prácticas vinculadas a la contención emocional, la escucha activa, el acompañamiento y la construcción de vínculo profesional como herramientas transformadoras. Asimismo, se evidenciarán tensiones institucionales que dificultan el despliegue del enfoque clínico, junto con oportunidades para su integración. Se concluye que el Trabajo Social Clínico constituye un enfoque potencialmente innovador para fortalecer la atención municipal, promover procesos de cambio sostenibles y humanizar la intervención social.

Palabras clave: Trabajo Social Clínico, intervención municipal, vínculo profesional, contención emocional.

INTRODUCCIÓN

En Chile, los municipios representan el nivel institucional más cercano a la ciudadanía y son los encargados de proveer servicios sociales básicos a personas y familias en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, gran parte de la intervención municipal se ha caracterizado por un enfoque asistencialista, en el cual predominan las gestiones administrativas y la entrega de recursos materiales, como subsidios, cajas de alimentos o ayudas económicas de emergencia (Aylwin, 2019).

Si bien estas estrategias responden a necesidades inmediatas, resultan insuficientes para abordar las complejidades sociales actuales, donde se entrelazan dimensiones económicas, emocionales y relacionales. La falta de un abordaje integral suele generar que los usuarios retornen reiteradamente a los servicios municipales sin lograr una solución estructural a sus problemáticas.

El Trabajo Social Clínico surge como una respuesta innovadora ante este escenario, ya que se orienta a trabajar no solo con la carencia material, sino también con la subjetividad de las personas, incorporando técnicas de escucha, análisis psicosocial y acompañamiento emocional (Hernández, 2020). En países como Estados Unidos o España, este enfoque ha demostrado ser efectivo en la prevención de problemáticas de salud mental y violencia, y en el fortalecimiento de las capacidades individuales y comunitarias (Martínez y Gómez, 2017).

En este contexto, mi trayectoria profesional de doce años en el Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago adquiere un valor reflexivo singular. Durante el período que cubre de Abril de 2013 a Diciembre de 2025, participé activamente como parte del equipo de trabajadoras sociales, observando y desarrollando prácticas de intervención en un entorno marcado por

tensiones entre lo asistencial y lo relacional. Este cierre de ciclo laboral —que culmina una etapa formativa clave— me posiciona ahora en una perspectiva de distancia reflexiva, desde donde puedo analizar sistemáticamente las dinámicas, significados y potencialidades del Trabajo Social Clínico en el ámbito municipal. Este estudio se enmarca, además, en mi proceso de formación de posgrado en Trabajo Social Clínico, especialidad a la que he llegado con el propósito de sistematizar mi práctica profesional, integrar herramientas académicas actualizadas y contribuir al desarrollo de una atención municipal más integral, ética y humanizada. Desde esta posición reflexiva post-experiencial, el presente artículo busca explorar de qué manera los elementos Clínicos del Trabajo Social pueden incorporarse en la atención municipal chilena —específicamente en la Municipalidad de Santiago— y cómo podrían contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar psicosocial de las personas atendidas

En este sentido, la investigación se propone profundizar en la comprensión del Trabajo Social Clínico como un marco teórico-metodológico capaz de enriquecer las intervenciones municipales, promoviendo espacios de encuentro más humanos y transformadores entre profesionales y usuarios. Asimismo, busca identificar los desafíos, tensiones y potencialidades que emergen al intentar articular la práctica cotidiana del Departamento de Atención Social con los principios clínicos del trabajo social contemporáneo. Se espera que los resultados permitan aportar orientaciones para el fortalecimiento institucional, favorecer el desarrollo de competencias reflexivas y relacionales en los equipos municipales, y abrir camino a una gestión pública más sensible a las dimensiones emocionales y vinculares de la intervención social.

Este estudio tiene como propósito **identificar los componentes clínicos presentes en la práctica profesional de las trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago de Chile, durante el período comprendido entre Junio de 2024 y Junio de 2025**. Este objetivo general se enmarca en la necesidad de comprender cómo, en un contexto institucional marcado históricamente por el asistencialismo, se incorporan -de manera consciente o implícita- elementos relacionales, emocionales y terapéuticos propios del Trabajo Social Clínico.

De manera específica, la investigación busca **describir las principales problemáticas abordadas por las trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social, analizando de qué manera estas se relacionan con los enfoques y dimensiones propias del Trabajo Social Clínico**. A partir de ello, se pretende **caracterizar los modelos y enfoques de intervención social que las profesionales identifican como parte de su quehacer cotidiano, poniendo especial atención en las herramientas y marcos de referencia que orientan su práctica**.

Finalmente, se propone **explorar las representaciones sociales construidas por las trabajadoras sociales respecto al uso de componentes clínicos en su práctica profesional**. Este último objetivo reconoce que toda acción profesional está mediada por significados compartidos, creencias y narrativas que otorgan sentido a la intervención social, por lo que comprender estas representaciones permite acceder a la dimensión simbólica que sostiene las prácticas institucionales y personales.

MARCO TEÓRICO

La tradición del casework, iniciada por Mary Richmond a comienzos del siglo XX, enfatiza la comprensión del individuo en su contexto social y la relación profesional como herramienta de intervención. Este enfoque fundacional sienta las bases del Trabajo Social Clínico contemporáneo, donde el vínculo, la evaluación individualizada y la intervención centrada en la persona constituyen elementos esenciales para promover cambios sostenibles en situaciones de vulnerabilidad (Richmond, 1917; Woods y Hollis, 1964).

El Trabajo Social entendido como arte relacional enfatiza la creación de un espacio seguro donde la escucha atenta, la empatía y la construcción de confianza permiten acceder a significados profundos de la experiencia humana. Esta perspectiva sostiene que la intervención profesional no puede limitarse a la gestión de recursos, sino que debe integrar técnicas de acompañamiento que faciliten la agencia y la resiliencia de las personas atendidas (Guinot y Ferran, 2018; Matus, 2018).

La evidencia neurobiológica y clínica expuesta por Bessel van der Kolk (2014) muestra que el trauma y la adversidad se inscriben en el cuerpo y en las redes neuronales, afectando la regulación emocional y relacional. En este marco, el apoyo social —ser acogido, escuchado, visto y sentir que a alguien le importa— funciona como una necesidad biológica que puede modificar la configuración cerebral y favorecer la recuperación (Siegel, 2012; Cozolino, 2017). Por tanto, las intervenciones sociales que incorporan contención emocional y vínculo terapéutico no son meramente complementarias, sino indispensables desde una perspectiva de salud integral.

A nivel internacional se observa una transición desde modelos asistencialistas hacia enfoques integrales centrados en la persona, la salud mental y la intervención comunitaria.

Países y municipios están incorporando prácticas de Trabajo Social Clínico, integración psicosocial y abordajes basados en evidencia para reducir la recurrencia de demandas y promover capacidades generativas en las comunidades (OECD, 2021; National Association of Social Workers [NASW], 2020). Este cambio implica reconfigurar objetivos institucionales, indicadores y recursos humanos hacia una atención que combine apoyo material y acompañamiento terapéutico (Healy, 2005; Puig y Cruells, 2018).

La atención integral y comprometida requiere institucionalizar prácticas éticas y sostenibles que vayan más allá del altruismo individual o del gesto voluntarista. Proponer que el trabajo serio y responsable con personas en vulnerabilidad sea la norma ética significa exigir estándares de formación, supervisión clínica, tiempos adecuados y políticas públicas que permitan sostener intervenciones de calidad (Banks, 2012; Reamer, 2018). De lo contrario, la carga emocional recae sobre profesionales y usuarios sin garantías de continuidad ni eficacia.

Repensar los modelos de intervención implica cuestionar la primacía de la asistencia económica como respuesta única y promover marcos que articulen apoyo material, intervención clínica y articulación intersectorial. Esto requiere evaluaciones que valoren resultados a mediano y largo plazo en bienestar psicosocial, funcionamiento familiar y participación comunitaria, no sólo la entrega puntual de recursos (Ituarte Tellaeché, 2018; Fombuena Valero, 2018).

El espacio de atención del Departamento constituye un lugar de encuentro humano, donde se evidencia la capacidad de sobreponerse a adversidades y, a la vez, la potencialidad de daño. Reconocerlo como un espacio de significación profunda permite valorar la intervención social como práctica relacional y terapéutica, que requiere formación clínica, supervisión constante y políticas que la sostengan (Guinot y Ferran, 2018; Healy, 2018).

Diferencias entre Trabajo Social Asistencial y Trabajo Social Clínico

El enfoque asistencial en Trabajo Social se caracteriza por centrar la intervención en la gestión de recursos materiales, la respuesta rápida a demandas y la atención de emergencias sociales. Desde esta perspectiva, el rol profesional se vincula principalmente con el cumplimiento de procedimientos administrativos y la canalización de ayudas económicas, subsidios o prestaciones (Puig & Cruells, 2018). Si bien este modelo responde a necesidades urgentes, su alcance resulta limitado frente a problemáticas complejas y multidimensionales.

Por su parte, el Trabajo Social Clínico propone una intervención orientada a la comprensión profunda de los significados, emociones y relaciones que sostienen las problemáticas sociales. Este enfoque pone énfasis en el vínculo profesional, la subjetividad y el acompañamiento terapéutico, promoviendo procesos de cambio más sostenibles en el tiempo, basados en el fortalecimiento interno de las personas, sus capacidades y recursos emocionales (Matus, 2018). Así, el Trabajo Social Clínico integra dimensiones relacionales, psicosociales y terapéuticas, entendiendo la intervención como un proceso humano y transformador.

Trabajo Social Asistencial	Trabajo Social Clínico
Foco en la gestión de recursos y la respuesta administrativa.	Foco en lo relacional, emocional y subjetivo de las problemáticas sociales.
Intervención breve, centrada en la demanda inmediata.	Intervención reflexiva, centrada en procesos y significados.
Rol técnico-administrativo.	Rol terapéutico, acompañante y reflexivo.
Soluciones de corto plazo.	Cambios sostenibles y transformadores.
Modelo centrado en la carencia.	Modelo centrado en la agencia y la capacidad interna.

(Puig & Cruells, 2018; Matus, 2018)

El Trabajo Social Clínico emerge como una respuesta crítica y renovadora frente a las limitaciones del modelo asistencial, al proponer una intervención que **integra la dimensión emocional, vincular y subjetiva** como parte fundamental del bienestar social. Este enfoque considera que las problemáticas sociales no solo se manifiestan en términos materiales, sino también en forma de malestar psicológico, rupturas vinculares y experiencias de dolor social, afectando la dignidad y la identidad de las personas (Van der Kolk, 2014; Cozolino, 2017).

Experiencias internacionales del Trabajo Social Clínico

En Estados Unidos, el Trabajo Social Clínico es reconocido como una especialidad profesional consolidada, con un enfoque centrado en la salud mental, la intervención terapéutica individual, grupal y familiar, y el uso de técnicas basadas en evidencia (NASW, 2020). Este modelo confiere reconocimiento institucional y académico a la dimensión clínica del quehacer social.

En España, el enfoque clínico se ha integrado progresivamente en los servicios sociales comunitarios, especialmente en intervenciones vinculadas a la violencia intrafamiliar, dependencia, salud mental y acompañamiento psicosocial. Se destaca su aporte en la construcción de vínculos significativos y en la promoción del bienestar relacional (López, 2018; Guinot & Ferran, 2018).

En América Latina, el Trabajo Social Clínico se encuentra en fase emergente, con avances significativos en Brasil y Argentina, donde se articula con enfoques comunitarios, salud mental y políticas públicas sensibles a las emociones y vínculos (Castillo, 2022; Matus, 2018).

En Chile, su incorporación es aún incipiente, representando tanto un desafío como una oportunidad para innovar en la gestión social, fortalecer la atención municipal y enriquecer la formación profesional. El contexto chileno evidencia una transición desde prácticas predominantemente asistenciales hacia enfoques más integrales y relacionales, donde el Trabajo Social Clínico puede aportar un marco significativo para la construcción de intervenciones más humanas, éticas y transformadoras (Matus, 2018).

Evolución histórica del Trabajo Social y emergencia del enfoque clínico

El Trabajo Social, desde sus orígenes a comienzos del siglo XX, ha transitado por diversas etapas que han configurado su identidad profesional. Las primeras aproximaciones, fuertemente influenciadas por el pensamiento de Mary Richmond (1917), centraban la intervención en el vínculo personalizado, la comprensión del individuo en su contexto y la escucha profesional intencionada. Este enfoque, conocido como **casework**, sentó las bases de lo que hoy se reconoce

como Trabajo Social Clínico, al situar al sujeto, la relación profesional y la subjetividad como elementos centrales del proceso de ayuda.

Sin embargo, con la consolidación del Estado de Bienestar y el desarrollo de políticas sociales masivas, el Trabajo Social adoptó progresivamente un enfoque **asistencial y administrativo**, orientado a la gestión de recursos, la aplicación de normativas y la respuesta rápida a necesidades sociales urgentes (Healy, 2005). Esto dio origen a un modelo centrado en la entrega de prestaciones, subsidios y ayudas materiales, donde la intervención se estructuró principalmente desde la lógica de la demanda y la eficiencia institucional (Banks, 2012).

Este enfoque **asistencialista**, si bien relevante para la atención de emergencias, presentó limitaciones para abordar problemáticas complejas, especialmente aquellas vinculadas a experiencias de trauma, violencia, duelo, exclusión y sufrimiento socioemocional. La dimensión subjetiva y relacional quedó relegada a un segundo plano, invisibilizando el potencial terapéutico y transformador del acompañamiento profesional.

CONEXIÓN CONCEPTUAL: DEL ENFOQUE RELACIONAL AL POTENCIAL TRANSFORMADOR

El Trabajo Social Clínico no reemplaza al trabajo asistencial, sino que lo **complementa y lo transforma**, reconociendo que el bienestar social incluye también la salud emocional, los vínculos significativos, la dignidad y la construcción de un sentido de vida (Healy, 2018). Desde esta perspectiva, la intervención social deja de ser meramente administradora de recursos para convertirse en un espacio de encuentro humano, donde la escucha, el acompañamiento y el reconocimiento operan como herramientas terapéuticas.

Como señala Guinot y Ferran (2018), *“el Trabajo Social no solo entrega recursos; también entrega presencia, mirada, palabra y sentido”*.

MARCO METODOLÓGICO

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo de carácter exploratorio, orientado a comprender los componentes clínicos presentes en la práctica profesional de las trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago de Chile. El enfoque cualitativo permite acceder a las experiencias, significados y representaciones que las profesionales construyen en torno a su quehacer, favoreciendo una comprensión situada y relacional del fenómeno (Creswell & Poth, 2018; Flick, 2015). Desde una perspectiva interpretativa, se asume que la realidad social es una construcción simbólica que emerge de la interacción, el lenguaje y las prácticas cotidianas (Denzin & Lincoln, 2018). En coherencia con ello, el estudio busca comprender las representaciones sociales que orientan el ejercicio profesional en el ámbito municipal, entendidas como sistemas de conocimiento compartidos que permiten interpretar y dar sentido a la experiencia (Moscovici, 1961; Jodelet, 1986; Abric, 2001). Este marco conceptual se vincula estrechamente con el Trabajo Social Clínico, en tanto enfoque que reconoce el valor de lo relacional, lo emocional y lo subjetivo en la intervención social (Matus Sepúlveda, 2018; Guinot Viciano & Ferran, 2018).

La unidad de análisis corresponde a las representaciones sociales construidas por tres trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social, cuyas trayectorias profesionales prolongadas suman colectivamente más de treinta años de experiencia institucional. La selección de las participantes respondió a un muestreo intencional de tipo teórico, estrategia habitual en investigación cualitativa exploratoria cuando se privilegia la profundidad analítica y la riqueza interpretativa por sobre la representatividad estadística (Patton, 2015; Creswell & Poth, 2018). La relevancia de esta muestra radica en su trayectoria acumulada, que permite acceder a

representaciones profesionales maduras y significativas, así como en la homogeneidad contextual, dado que todas desarrollaron práctica directa en el mismo entorno organizacional. En estudios cualitativos, un número reducido de casos en profundidad puede generar mayor saturación teórica que muestras amplias con menor densidad analítica (Lincoln & Guba, 1985).

Para la recolección de información se emplearon **entrevistas**¹ semiestructuradas en profundidad, con una duración aproximada de entre 60 y 90 minutos. Esta técnica resulta pertinente para indagar experiencias, significados y representaciones sociales, al ofrecer un espacio flexible y reflexivo para la narración de la experiencia profesional (Kvale, 2011; Angrosino, 2012). La guía temática incluyó ejes vinculados a los modelos de intervención utilizados, el uso de componentes clínicos, las experiencias de acompañamiento profesional y las barreras institucionales que condicionan la práctica.

De manera complementaria, se realizó observación participante y no participante en sesiones de atención social —previo consentimiento informado— con el fin de registrar interacciones, dinámicas relacionales y aspectos del entorno institucional, estrategia coherente con enfoques etnográficos y comprensivos (Angrosino, 2012). Asimismo, se llevó a cabo un análisis documental de lineamientos municipales, protocolos, fichas de atención y estadísticas institucionales correspondientes a los últimos doce meses, con el objetivo de comprender el marco organizacional que estructura la intervención social. Paralelamente, se mantuvo un diario reflexivo de la investigadora, herramienta que permitió registrar observaciones, percepciones y decisiones

¹ La información primaria proviene de 3 entrevistas semiestructuradas (60-90 min, transcritas literalmente, codificadas TS1-TS3), observación participante (sesiones atención, n=15) y diario reflexivo (junio 2024-junio 2025). Datos secundarios incluyen protocolos municipales, fichas atención (n=120, últimos 12 meses) y literatura sobre TS Clínico (35 referencias). Pie de página: 'Datos primarios recolectados por autora en contexto laboral Municipalidad Santiago; secundarios de archivos institucionales anonimizados

metodológicas, favoreciendo la reflexividad crítica sobre su posición en el proceso investigativo (Finlay, 2002).

El procedimiento contempló el contacto formal con las participantes y la entrega de consentimiento informado por escrito. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de manera literal, garantizando el anonimato mediante el uso de códigos alfanuméricos. El proceso de recolección de información tuvo una duración total aproximada de dos meses.

El material recolectado fue analizado mediante un análisis temático de carácter inductivo-deductivo, siguiendo las fases de familiarización con los datos, codificación inicial, agrupamiento en categorías y construcción de temas centrales (Braun & Clarke, 2006). Este procedimiento permitió identificar patrones de sentido en torno a los componentes clínicos, las modalidades de intervención y las representaciones sociales presentes en la práctica profesional.

La calidad y validez del estudio se fortalecieron mediante triangulación metodológica, contrastando los hallazgos provenientes de entrevistas, observaciones y documentos institucionales (Denzin & Lincoln, 2018), así como mediante el cotejo teórico de los resultados con la literatura clásica y contemporánea del Trabajo Social y del Trabajo Social Clínico (Richmond, 1917; Matus Sepúlveda, 2018; Healy, 2018).

Se adoptaron los criterios de rigor propuestos por Lincoln y Guba (1985): credibilidad, mediante la triangulación de fuentes y la devolución de hallazgos preliminares a las participantes (*member checking*); transferibilidad, a través de una descripción densa del contexto institucional y del perfil profesional de las participantes; y dependencia y confirmabilidad, garantizadas mediante el registro sistemático de decisiones metodológicas. El estudio se rigió por los principios éticos

establecidos en la Declaración de Helsinki y por las normativas nacionales de investigación en ciencias sociales, asegurando consentimiento informado, confidencialidad, anonimato y derecho a retiro voluntario, en concordancia con el Código de Ética del Colegio de Asistentes Sociales de Chile (2014).

Entre las principales limitaciones del estudio se reconoce que la muestra, al ser intencional y localizada, no permite generalizar los resultados a otros contextos institucionales. No obstante, los hallazgos pueden transferirse a realidades similares, contribuyendo a la reflexión profesional y a la innovación de la práctica, al priorizar la profundidad analítica y la saturación teórica por sobre la amplitud muestral (Patton, 2015).

RESULTADOS

1. Caracterización general de la muestra

La información analizada proviene de **tres entrevistas semiestructuradas en profundidad**², realizadas a trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago de Chile. Las participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional teórico, considerando su trayectoria profesional prolongada y su experiencia directa en atención social municipal.

Las entrevistadas cuentan con **12, 12 y 8 años de experiencia institucional**, acumulando en conjunto más de **30 años de ejercicio profesional** en el mismo contexto organizacional. Dos de

² El análisis temático de tipo inductivo-deductivo se realizó siguiendo las fases de familiarización, codificación inicial y agrupamiento en categorías. Análisis temático asistido por IA (Chat GPT y Perplexity; prompt: 'extraer temas inductivos de transcripciones de entrevistas TS sin interpretar resultados, solo identificar patrones descriptivos como contención emocional, vínculos, limitaciones institucionales'). No se incluyeron interpretaciones en esta sección.

las participantes se encontraban en una posición de cierre de ciclo laboral o distancia reflexiva al momento de la entrevista, mientras que una continuaba en ejercicio activo, lo que permitió recoger perspectivas complementarias sobre la práctica profesional.

Tabla 1. Características generales de las participantes

Código	Cargo / Rol	Años de experiencia	Situación laboral al momento de la entrevista	Instrumento aplicado
TS1	Trabajadora Social	12 años	Cierre de ciclo laboral	Entrevista semiestructurada
TS2	Trabajadora Social	12 años	En ejercicio	Entrevista semiestructurada
TS3	Trabajadora Social	8 años	Reubicación institucional	Entrevista semiestructurada

2. Presentación de los hallazgos según objetivos de investigación

2.1 Objetivo específico 1: Describir las principales problemáticas abordadas por las trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social y su relación con dimensiones clínicas del Trabajo Social

Los relatos de las entrevistadas evidencian que las problemáticas abordadas en la atención municipal exceden ampliamente la carencia material. De manera reiterada, las participantes mencionan situaciones asociadas a **malestar emocional, crisis vitales, experiencias de trauma, violencia intrafamiliar, soledad, duelos no elaborados, sobrecarga de cuidados y desesperanza.**

Las entrevistadas señalan que, si bien la demanda inicial suele presentarse bajo la forma de una solicitud de ayuda material, en el espacio de atención emergen dimensiones emocionales y relacionales que requieren una intervención distinta a la puramente administrativa.

Tabla 2. Problemáticas abordadas en la atención social municipal

Tipo de problemática	Presencia en entrevistas	Descripción reportada
Carencia económica	Alta	Solicitudes de ayuda económica, subsidios, alimentación
Malestar emocional	Alta	Angustia, llanto, desesperanza, ansiedad
Violencia intrafamiliar	Media-Alta	Relatos de violencia psicológica y física
Crisis vitales	Media	Duelo, enfermedad, pérdida de redes
Sobrecarga de cuidados	Media	Mujeres cuidadoras sin apoyo

2.2 Objetivo específico 2: Caracterizar los modelos y enfoques de intervención utilizados en la práctica cotidiana

Las entrevistas muestran que las trabajadoras sociales combinan de manera simultánea **un enfoque asistencial institucional con prácticas relacionales y clínicas**, aun cuando estas últimas no siempre son nombradas explícitamente como tales.

Las participantes describen el uso recurrente de **escucha activa, contención emocional, validación del relato, acompañamiento en crisis y construcción de vínculo profesional**, integrando estas acciones a la gestión de recursos y derivaciones formales.

Tabla 3. Enfoques y herramientas de intervención reportadas

Enfoque / herramienta	TS1	TS2	TS3
Gestión de recursos	Sí	Sí	Sí
Escucha activa	Sí	Sí	Sí
Contención emocional	Sí	Sí	Sí
Acompañamiento sostenido	Sí	Sí	Regularmente
Derivación intersectorial	Sí	Sí	Sí

2.3 Objetivo específico 3: Identificar representaciones sociales sobre el uso de componentes clínicos en la práctica profesional

Los discursos de las participantes revelan representaciones compartidas que conciben la intervención social como un **espacio de encuentro humano**, donde la relación profesional tiene efectos significativos en las personas atendidas.

Las entrevistadas reconocen que su forma de intervenir puede generar alivio emocional, fortalecimiento interno y cambios subjetivos, aun cuando señalan que estas dimensiones no son formalmente reconocidas ni evaluadas por la institución.

Tabla 4. Representaciones sociales sobre la dimensión clínica

Dimensión representada	Evidencia en entrevistas
Importancia del vínculo	Presente en las tres entrevistas
Efecto terapéutico de la escucha	Presente en las tres entrevistas
Tensión con lo institucional	Presente en las tres entrevistas
Invisibilización del trabajo emocional	Presente en las tres entrevistas

3. Hallazgos vinculados a las intervenciones realizadas

Las entrevistas dan cuenta de intervenciones que incluyen, además de la gestión de ayudas materiales, **acciones de contención emocional, acompañamiento en situaciones de crisis y seguimiento informal**, especialmente en casos de alta complejidad.

Las participantes relatan haber sostenido espacios de escucha prolongada, priorizando la estabilidad emocional del usuario antes de la resolución administrativa de la demanda.

Tabla 5. Tipos de intervenciones identificadas

Tipo de intervención	Frecuencia reportada	Observaciones descriptivas
Atención administrativa	Alta	Presente en todos los casos
Contención emocional	Alta	Especialmente en crisis
Acompañamiento	Media	Dependiente de carga laboral
Orientación psicosocial	Media	Vinculada a redes y recursos

4. Relación entre hallazgos e instrumentos aplicados

El uso de entrevistas semiestructuradas permitió identificar patrones descriptivos consistentes entre las participantes, facilitando la comparación de experiencias y prácticas profesionales.

Las respuestas obtenidas se vinculan directamente con los ejes de la pauta de entrevista, permitiendo relevar dimensiones clínicas, institucionales y representacionales de la práctica.

Tabla 6. Instrumento y tipo de datos obtenidos

Instrumento	Tipo de datos recogidos	Resultados observados
Entrevista semiestructurada	Narrativas profesionales	Identificación de componentes clínicos

5. Síntesis general de los resultados

En conjunto, los resultados de las entrevistas muestran la presencia sistemática de **componentes clínicos, relacionales y emocionales** en la práctica profesional de las trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago.

Los hallazgos evidencian coincidencias relevantes entre las participantes respecto a las problemáticas abordadas, las herramientas utilizadas y las representaciones construidas sobre su rol profesional, información que será profundizada e interpretada en la sección de discusión.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general identificar los componentes clínicos presentes en la práctica profesional de las trabajadoras sociales del Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago de Chile, en un contexto institucional históricamente marcado por enfoques asistencialistas. A partir del análisis de las entrevistas³, los resultados permiten sostener que dichos componentes no solo están presentes de manera sistemática, sino que constituyen una dimensión central —aunque mayoritariamente invisibilizada— del quehacer profesional cotidiano.

En relación con el **primer objetivo específico**, orientado a describir las principales problemáticas abordadas, los hallazgos evidencian que las demandas que ingresan al sistema municipal trascienden ampliamente la carencia material. Si bien la solicitud de ayudas económicas o prestaciones sociales aparece como la puerta de entrada formal, los relatos de las participantes confirman la coexistencia de problemáticas complejas asociadas a malestar emocional, crisis vitales, experiencias de violencia, trauma y soledad. Estos resultados dialogan directamente con la literatura que cuestiona la suficiencia del modelo asistencial para abordar la multidimensionalidad

³ Interpretación de hallazgos desarrollada exclusivamente por autora; asistencia IA limitada a extracción descriptiva inicial.

del sufrimiento social (Aylwin, 2019; Ituarte Tellaeche, 2018), y refuerzan la idea de que la intervención social municipal se sitúa en un punto de intersección entre lo material y lo subjetivo.

Desde una perspectiva clínica-relacional, los hallazgos se articulan con los planteamientos de Van der Kolk (2014) y Cozolino (2017), quienes sostienen que las experiencias de adversidad y trauma no pueden ser comprendidas únicamente desde variables estructurales, sino que se inscriben en la regulación emocional y en los vínculos. En este sentido, los resultados del estudio sugieren que el espacio de atención social municipal opera, de facto, como un escenario de contención emocional primaria, aun cuando esta función no sea reconocida explícitamente por los marcos institucionales.

Respecto del **segundo objetivo específico**, orientado a caracterizar los modelos y enfoques de intervención utilizados, los resultados muestran una práctica híbrida en la que conviven la lógica asistencial y la lógica clínica. Las trabajadoras sociales describen el uso sistemático de herramientas como la escucha activa, la contención emocional, la validación del relato y el acompañamiento en crisis, integrándolas a la gestión administrativa de recursos. Esta coexistencia confirma lo señalado por Puig y Cruells (2018) y Matus (2018), quienes plantean que el Trabajo Social contemporáneo se encuentra tensionado entre exigencias burocráticas y prácticas relacionales que sostienen el sentido ético y terapéutico de la profesión.

Un hallazgo relevante es que estas prácticas clínicas no siempre son nombradas como tales por las propias profesionales, lo que puede interpretarse como efecto de una institucionalidad que prioriza indicadores cuantificables y resultados inmediatos. Esta invisibilización coincide con lo descrito por Banks (2012) y Reamer (2018), quienes advierten que el trabajo emocional y relacional suele quedar fuera de los sistemas formales de evaluación, a pesar de su impacto en el bienestar de las personas atendidas.

En relación con el **tercer objetivo específico**, centrado en las representaciones sociales sobre el uso de componentes clínicos, los resultados evidencian una concepción compartida de la intervención social como espacio de encuentro humano significativo. Las participantes atribuyen valor terapéutico al vínculo profesional y reconocen efectos subjetivos positivos en los usuarios, tales como alivio emocional, fortalecimiento interno y mayor capacidad de afrontamiento. Estas representaciones se alinean con la tradición del casework de Mary Richmond (1917) y con enfoques contemporáneos que conciben el Trabajo Social como una práctica relacional y transformadora (Guinot & Ferran, 2018; Healy, 2018).

No obstante, los discursos también dan cuenta de tensiones institucionales persistentes: sobrecarga laboral, escasez de tiempo, presión por cumplir metas administrativas y ausencia de espacios formales de supervisión clínica. Estas condiciones limitan la posibilidad de sostener intervenciones clínicas de manera ética y sistemática, reforzando la idea de que, en muchos casos, el despliegue del enfoque clínico depende del compromiso individual más que de una política institucional explícita.

Desde una perspectiva comparada, los resultados presentan similitudes con experiencias internacionales donde el Trabajo Social Clínico ha sido integrado progresivamente en servicios sociales comunitarios, especialmente en España y Estados Unidos, contextos en los que se reconoce formalmente la dimensión terapéutica del rol profesional (NASW, 2020; Guinot y Ferran, 2018). En contraste, el contexto chileno evidencia una incorporación incipiente y no institucionalizada de este enfoque, lo que abre un campo relevante para la innovación en políticas públicas y formación profesional.

En este punto, los hallazgos del estudio dialogan de manera significativa con el trabajo clásico de Medina Tornero (1996) sobre la evaluación de la calidad asistencial en servicios sociales. El autor plantea que la calidad no puede ser reducida únicamente a criterios de eficiencia administrativa o cobertura cuantitativa, sino que debe considerar dimensiones relacionales, comunicacionales y de satisfacción subjetiva de las personas atendidas. Desde esta perspectiva, los resultados de la presente investigación sugieren que los componentes clínicos identificados —como la escucha activa, la contención emocional y la construcción de vínculo— constituyen indicadores cualitativos relevantes de calidad asistencial, aunque no se encuentren formalmente incorporados en los sistemas de evaluación institucional.

Asimismo, la evidencia empírica recogida permite establecer un puente conceptual con los aportes contemporáneos que vinculan neurociencia y Trabajo Social, particularmente con la propuesta desarrollada por Araya Perdomo, quien destaca la simbiosis entre los procesos neurobiológicos y las intervenciones sociales basadas en el vínculo. Desde esta mirada, las prácticas descritas por las trabajadoras sociales —especialmente aquellas orientadas a la regulación emocional y al acompañamiento en crisis— adquieren un sustento neurocientífico que refuerza su legitimidad como prácticas profesionales fundadas, y no meramente intuitivas o vocacionales.

Las implicaciones prácticas de estos hallazgos son significativas. Reconocer la presencia de componentes clínicos en la atención municipal implica repensar los modelos de intervención, los tiempos asignados a la atención, los sistemas de evaluación y la necesidad de supervisión clínica permanente. Asimismo, plantea el desafío de avanzar hacia una atención integral que combine apoyo material y acompañamiento emocional, evitando la fragmentación de la experiencia de los usuarios.

Entre las **limitaciones del estudio**, se reconoce que la muestra es intencional y acotada a tres participantes de un mismo contexto institucional, lo que impide generalizar los resultados a otros municipios o realidades organizacionales. Asimismo, el estudio se centra en las representaciones y relatos de las profesionales, sin incorporar directamente la voz de los usuarios, lo que limita la posibilidad de contrastar los efectos percibidos de la intervención desde ambas perspectivas. Tampoco fue posible evaluar de manera longitudinal los impactos de las prácticas clínicas en el bienestar psicosocial de las personas atendidas.

No obstante, estas limitaciones no invalidan los hallazgos, sino que delimitan su alcance y abren nuevas **líneas de investigación futura**, tales como estudios comparativos entre municipios, investigaciones que incorporen la experiencia de los usuarios, análisis de impacto a mediano y largo plazo, y evaluaciones de programas piloto que integren formalmente el Trabajo Social Clínico en la atención municipal.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio permiten concluir, de manera prudente y respaldada por los datos, que el Trabajo Social Clínico ya se encuentra presente —aunque de forma implícita— en la práctica profesional de las Trabajadoras Sociales del Departamento de Atención Social de la Municipalidad de Santiago. Lejos de tratarse de una innovación externa, los componentes clínicos emergen desde la práctica cotidiana como respuesta a la complejidad del sufrimiento social que atraviesa a las personas atendidas.

Las conclusiones principales indican que la intervención social municipal no puede ser comprendida únicamente desde la lógica asistencial, ya que involucra de manera constante dimensiones emocionales, relacionales y subjetivas. El vínculo profesional, la escucha activa y la

contención emocional se configuran como herramientas centrales del quehacer profesional, con potencial terapéutico y transformador.

Asimismo, el estudio evidencia una brecha entre la práctica real y el reconocimiento institucional de estas dimensiones, lo que plantea un desafío ético y político para la gestión pública. Avanzar hacia la formalización del enfoque clínico en el ámbito municipal requiere no solo formación especializada, sino también condiciones estructurales que permitan sostener intervenciones de calidad, tales como tiempos adecuados, supervisión clínica y marcos evaluativos coherentes.

En términos teóricos, los hallazgos reafirman la vigencia del Trabajo Social Clínico como marco capaz de articular intervención social, salud emocional y dignidad humana, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad. En términos prácticos, invitan a repensar la atención municipal como un espacio de encuentro humano significativo, donde la ayuda material y el acompañamiento emocional no se excluyen, sino que se potencian.

Este estudio abre preguntas que interpelan tanto a la disciplina como a las políticas públicas: ¿qué indicadores permitirían evaluar el impacto del vínculo y la contención emocional en la atención social?, ¿cómo institucionalizar el cuidado emocional de los profesionales?, ¿qué transformaciones requiere la gestión municipal para sostener una intervención verdaderamente integral? Estas interrogantes constituyen un punto de partida para futuras reflexiones e investigaciones orientadas a humanizar y fortalecer la intervención social en el ámbito municipal.

Este trabajo nace de una inquietud profundamente situada: la constatación cotidiana de que, en los espacios de atención social municipal, el sufrimiento humano se presenta de manera compleja, entrelazando precariedades materiales con dolores emocionales, historias de trauma y vínculos

fragilizados. La motivación que dio origen a este estudio no fue únicamente académica, sino también ética y profesional: la necesidad de nombrar, legitimar y cuidar una dimensión del ejercicio del Trabajo Social que históricamente ha estado presente, pero frecuentemente invisibilizada.

A lo largo de esta investigación, se ha evidenciado que las trabajadoras sociales no solo gestionan recursos, sino que sostienen, escuchan, contienen y acompañan procesos humanos profundamente significativos. Reconocer esta dimensión clínica no implica desdibujar el compromiso social ni político de la profesión, sino, por el contrario, fortalecerlo, al asumir que no es posible promover transformaciones sociales sin considerar la subjetividad y la experiencia emocional de las personas.

Este magíster representó para la autora un espacio de integración entre saberes, práctica y experiencia vital. La formación clínica permitió poner en palabras aquello que durante años fue vivido como una intuición profesional: que el vínculo es una herramienta, que la escucha es intervención y que la presencia profesional tiene efectos reales en la vida de quienes consultan. Desde esta convicción, se plantea la necesidad de avanzar hacia modelos de intervención social más integrales, que reconozcan explícitamente el valor del Trabajo Social Clínico en el ámbito público.

Finalmente, este trabajo no pretende cerrar debates, sino abrirlos. Invita a seguir interrogando las prácticas institucionales, los marcos formativos y las políticas públicas, preguntándose cómo cuidar a quienes cuidan, cómo evaluar la calidad más allá de indicadores cuantitativos y cómo sostener éticamente una práctica profesional que, aun en contextos de alta demanda y escasos

recursos, continúa apostando por la dignidad, el vínculo y la humanidad como ejes centrales del quehacer del Trabajo Social

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Coyoacán.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante*. Ediciones Morata.
- Araya Perdomo, M. Á. (2021, septiembre 30). La simbiosis perfecta: neurociencia y Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 94, 75–87. <https://doi.org/10.12960/TSH.20212.0015>
- Arias, A. J. (2022). Trabajo Social e Instituciones: control social, transformación... “Revista Propuestas Críticas”. Universidad de Chile. <https://revistapropuestascriticas.uchile.cl> [p.12]
- Ariño Altuna, M. E. (1998). El trabajo social y los servicios sociales. *Zerbitzuan: Revista de servicios sociales*, (33), 51–59.
- Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers*, 60, 137–158.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Castillo, J. (2022). *El trabajo social clínico en América Latina: Desafíos y perspectivas contemporáneas*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Colegio de Asistentes Sociales de Chile. (2014). *Código de ética para los trabajadores sociales*. Consejo Nacional Colegio de Asistentes Sociales de Chile.
<https://www.trabajosocialchile.com/c%C3%B3digo-de-%C3%A9tica>

Cozolino, L. (2017). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain* (3.^a ed.). W.

W. Norton & Company.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4.^a ed.). SAGE.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5.^a ed.). SAGE.

Estalayo, M. M. (2016). Burocracia e identidad del profesional de trabajo social. En -CIFETS 2016-. Universidad de La Rioja. [p.17]

Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: The opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research*, 2(2), 209–230.

Flick, U. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.

Fombuena Valero, J. (2018). Relaciones de autenticidad y mandato de autonomía en un mundo inestable. En C. Guinot & A. Ferran (Eds.), *Trabajo Social: Arte para generar vínculos* (pp. 139–154). Universidad de Deusto.

Guinot Viciano, C., & Ferran, A. (Eds.). (2018). *Trabajo Social: Arte para generar vínculos* (Vol. 13). Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Healy, K. (2018). El (re)descubrimiento de las emociones: Implicaciones para la práctica y la investigación en trabajo social. En C. Guinot & A. Ferran (Eds.), *Trabajo Social: Arte para generar vínculos* (pp. 167–180). Universidad de Deusto.

- Ituarte Tellaeché, A. (2018). El vínculo terapéutico en trabajo social clínico: Sentido, características y límites. En C. Guinot & A. Ferran (Eds.), *Trabajo Social: Arte para generar vínculos* (pp. 99–110). Universidad de Deusto.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (pp. 469–494). Paidós.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5.^a ed.). SAGE.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- López, A. (2018). *Trabajo social clínico en los servicios comunitarios de España*. Ediciones Pirámide.
- Martínez Navarro, E. (2006). Ética de la profesión: Proyecto personal y compromiso de ciudadanía. *Veritas: Revista de Filosofía y Teología*, 1(14), 121–139.
- Matus Sepúlveda, T. (2018). ¿Vincular en tiempos de crisis? Aportes de los enfoques contemporáneos en trabajo social a una crítica de lo relacional. En C. Guinot & A. Ferran (Eds.), *Trabajo Social: Arte para generar vínculos* (pp. 13–36). Universidad de Deusto.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses Universitaires de France.

Orb, A., Eisenhauer, L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93–96.

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4.^a ed.). SAGE.

Reamer, F. G. (2018). *Ethical standards in social work: A review of the NASW code of ethics* (3.^a ed.). NASW Press.

Richmond, M. (1917). *Social diagnosis*. Russell Sage Foundation.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (2.^a ed.). Guilford Press.

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Woods, M., & Hollis, F. (1964). *Casework: A psychosocial therapy*. Random House.