



CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE TRABAJO SOCIAL

ISSN 2244-808X
DL pp 201002Z43506

PERSPECTIVA INTERACCIÓN Y

Revista de Trabajo Social

Vol. 16 No. 2
Mayo - Agosto
2026

Universidad del Zulia

Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Centro de Investigaciones en Trabajo Social

INTERACCIÓN Y PERSPECTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Revista de Trabajo Social

ISSN 2244-808X ~ Dep. Legal pp 201002Z43506

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19242194>

Vol. 16 (2): 384 - 394 pp, 2026

El paradigma clínico en el Trabajo Social: más allá de la gestión, la intervención terapéutica y su deslinde de la Psicología

Lennys Lurúa

Docente Asociado. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Central de Venezuela.

E-mail: lennyslurua@gmail.com; ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-9554-2038>

Resumen. Este artículo diserta sobre la naturaleza ontológica y epistemológica del Trabajo Social Clínico (TSC) y su intersección necesaria pero diferenciada con la psicología. Se analiza la identidad del trabajador social como terapeuta, fundamentada no en la patología individual, sino en la ecología del sujeto-en-situación y el sistema familiar. A través de una revisión crítica de la microfísica del poder de Foucault y los aportes de pioneros como Virginia Satir y Michael White, se establece que el TSC posee una epistemología propia que trasciende la gestión administrativa. Se examina el marco legal venezolano como sustento de la autonomía técnica y se propone un modelo de intervención interdisciplinario que evita el intrusismo a través del deslinde de los focos de intervención: el malestar relacional frente al trastorno intrapsíquico.

Palabras clave: Trabajo Social Clínico, terapia familiar, epistemología, Ley de Ejercicio Profesional, intervención sistémica.

The clinical paradigm in Social Work: beyond case management, therapeutic intervention and its delimitation from Psychology

Abstract. This article discusses the nature of Clinical Social Work (CSW) and its intersection with psychology. It analyzes the identity of the social worker as a therapist, grounded in the ecology of the individual and the family system. By reviewing the contributions of figures such as Virginia Satir and Michael White, it is established that CSW does not represent an intrusion into psychology but rather a discipline with its own epistemology centered on the “subject-in-situation.” The Venezuelan legal framework is examined, and a demarcation is proposed based on the focus of intervention: relational distress versus intrapsychic disorder.

Keywords: Clinical Social Work, Family Therapy, Epistemology, Professional Practice Law, Systemic Intervention.

INTRODUCCIÓN: LA GÉNESIS DE UNA IDENTIDAD EN DISPUTA

La historia del Trabajo Social ha estado marcada por una tensión dialéctica entre la asistencia técnica y la intervención profunda. Históricamente, la disciplina ha sido reducida a la gestión de recursos socioeconómicos, una visión que Mary Richmond ya intentaba trascender en 1917 con su obra *Social Diagnosis*. El TSC no es una rama nueva; es el reclamo de su herencia como una práctica terapéutica especializada.

Mientras que la psicología surge de la observación clínica del individuo introspectivo, el TSC emerge de la necesidad de intervenir en el sufrimiento provocado por la interacción persona-entorno. Siguiendo a Gordon Hearn, el TSC debe entenderse como la gestión de las “fronteras del yo”. La crisis de identidad profesional no radica en la falta de herramientas, sino en la “colonización del saber” por parte del modelo médico-psiquiátrico. Debemos posicionarnos frente al sujeto-en-situación, no frente al síntoma aislado.

Asimismo, el presente trabajo se desarrolla bajo la modalidad de investigación documental con un enfoque de análisis crítico del discurso. Se realizó una revisión narrativa de fuentes primarias y secundarias que definen la epistemología del Trabajo Social Clínico (TSC). Los criterios de selección incluyeron textos fundacionales de la disciplina, marcos legales venezolanos vigentes y teorías contemporáneas de la intervención sistémica. La estrategia de análisis se fundamentó en la hermenéutica para interpretar la distinción ontológica entre la intervención psicoterapéutica y la intervención socio-clínica.

Definiciones epistemológicas: la frontera entre disciplinas

La evolución de las ciencias humanas en el siglo XXI nos exige transitar de un modelo de parcelación del saber hacia un paradigma de complejidad. Históricamente, la relación entre el Trabajo Social y la Psicología Clínica ha sido interpretada bajo una lógica de subordinación o de duplicidad innecesaria; sin embargo, un análisis riguroso de sus bases ontológicas revela una realidad distinta: la existencia de una frontera porosa y dinámica.

El Trabajo Social Clínico (TSC) no emerge como una extensión de la psicología, sino como una disciplina con una identidad epistémica propia, cuya génesis se halla en la intersección entre la justicia social y la salud mental relacional. Mientras la psicología clínica ha perfeccionado el estudio de la endopsiquis, el TSC ha desarrollado una especialización única en la interfaz sujeto-ambiente. Esta introducción propone que el deslinde entre ambas no es un acto de segregación, sino de precisión clínica, permitiendo que la psicoterapia se nutra de una mirada ecosistémica que reconoce al individuo no como una entidad aislada, sino como un ‘nudo’ en una red de significaciones sociales y vínculos sistémicos.”

Para operacionalizar la práctica psicoterapéutica desde el Trabajo Social, es imperativo definir las categorías que sustentan nuestra praxis. La Tabla 1: Comparativo de competencias y campos de actuación, presenta un desglose taxonómico de las dimensiones que configuran el ejercicio profesional.

Este análisis se fundamenta en cinco pilares técnicos:

- 1) **La Ontología del Sujeto:** Donde pasamos del sujeto intrapsíquico al *sujeto-en-situación*.
- 2) **El Foco de Intervención:** Que desplaza la mirada del trastorno diagnosticado hacia el *malestar relacional*.
- 3) **La Epistemología:** Que sustituye la linealidad causa-efecto por la *circularidad sistémica*.
- 4) **La Instrumentación:** Donde la evaluación se apoya en la *cartografía de vínculos*.
- 5) **La Teleología:** Que define el fin último no solo como la remisión del síntoma, sino como la consecución de una *justicia social relacional*.

A continuación, se detallan estas diferencias esenciales que legitiman al Trabajo Social Clínico como una pieza indispensable en el engranaje de la salud mental contemporánea en Venezuela.

TABLA 1. Comparativo de competencias y campos de actuación.

Dimensión	Trabajo Social Clínico (TSC)	Psicología Clínica
Ontología del Sujeto	Sujeto-en-situación: El ser es en tanto se relaciona	Sujeto-individual: El ser es su aparato psíquico
Foco de Intervención	Malestar en la interacción sujeto-ambiente y sistemas familiares	Trastorno mental, personalidad y mundo interno
Epistemología	Sistémico-Relacional: Circularidad y ecología social	Introspectiva: Procesos cognitivos o inconscientes
Herramienta Principal	Entrevista socio-terapéutica y Cartografía de vínculos (Diagnóstico Social)	Pruebas psicométricas y evaluación de funciones cognitivas
Teleología (Fin)	Justicia social relacional y empoderamiento del sistema	Mitigación de síntomas y reestructuración interna

Fuente: elaboración propia.

La diferencia es de “lente”: el psicólogo trata la depresión del individuo; el trabajador social clínico trata la dinámica familiar que sostiene esa depresión.

Pioneros y la arquitectura de la terapia familiar

Es un error conceptual y una imprecisión histórica hablar de “intrusismo” cuando se analiza la labor terapéutica del Trabajo Social. Históricamente, nuestra disciplina ha sido la verdadera arquitecta de la terapia familiar, sacando la intervención de los entornos asépticos del consultorio tradicional para llevarla al escenario natural de la vida: el hogar y la red vincular.

El surgimiento de la clínica sistémica desde lo social

Mientras la psiquiatría de mediados del siglo XX se estancaba en el diagnóstico biológico y la psicología en el análisis intrapsíquico individual, fueron trabajadores sociales quienes comprendieron que el síntoma no pertenece al individuo, sino a la red de comunicación del sistema.

TABLA 2. Aportes fundamentales y genealogía del TSC.

Pionero / concepto	Origen y contexto	Aportes clínicos fundamentales	Similitudes y deslindes con la Psicología
Virginia Satir (La “Madre” de la Terapia Familiar)	Formada como Trabajadora Social, inició su labor clínica en la década de 1950	Desarrolló el Modelo de Comunicación y Crecimiento, enfocado en la validación del “yo” y la nutrición de la autoestima dentro del sistema	Similitud: Uso de la empatía profunda. Deslinde: Prioriza la comunicación relacional sobre la estructura inconsciente; el cambio se da en el “aquí y ahora” del vínculo
Michael White (Terapia Narrativa)	Trabajador Social australiano que revolucionó la clínica en los años 80 y 90	Co-fundó la Terapia Narrativa y la técnica de exteriorización del problema. Introdujo la “Re-autoría” de la vida	Similitud: Trabajo con el lenguaje. Deslinde: No busca “patologías” internas; sostiene que “el problema es el problema, no la persona”, rompiendo con el diagnóstico psiquiátrico tradicional
Concepto de Familia Multiproblemática	Acuñado específicamente desde el Trabajo Social para casos de alta complejidad social	Define sistemas con crisis recurrentes, desorganización estructural y vulnerabilidad socioeconómica	Similitud: Análisis de crisis. Deslinde: La intervención es integralmente socio-clínica; el escenario de la cura es el territorio y el hogar, no solo la psique

Fuente: elaboración propia.

Virginia Satir y la política del afecto

Satir no solo era una técnica; era una visionaria que entendía que las dinámicas de poder en la familia replicaban las dinámicas de poder en la sociedad. Al validar al sujeto dentro de su sistema, Satir realizaba una labor puramente de Trabajo Social: el empoderamiento del individuo a través de la mejora de su funcionamiento social. Su sensibilidad única le permitía leer lo que otros ignoraban: la conexión entre la comunicación disfuncional y la erosión de la dignidad humana.

Michael White y la despatologización del sujeto

El aporte de White es quizás el más contundente para el deslinde de la psicología tradicional. Al afirmar que la identidad de una persona no puede ser reducida a un diagnóstico del DSM-V, White posiciona al Trabajador Social Clínico como un defensor de la autonomía del sujeto. La exteriorización permite que el usuario deje de ser “el depresivo” para convertirse en alguien que “lucha contra la depresión”, una distinción que devuelve la agencia y la responsabilidad social.

La “Clínica de la Realidad”: la familia multiproblemática

Este concepto es el puente perfecto entre la gestión y la terapia. En estos casos, el psicólogo tradicional suele fallar al ignorar el entorno. El TSC, en cambio, entiende que no se puede trabajar la “autoestima” de una madre si el sistema familiar carece de estructura mínima o está siendo aplastado por la precariedad. Aquí, la intervención clínica consiste en reconstruir la organización familiar para que el sistema pueda, finalmente, sanar.

El Trabajo Social Clínico (TSC) no opera en un vacío político; se inserta en una red de discursos que definen la normalidad y la desviación. Siguiendo la tesis de Michel Foucault en *Vigilar y Castigar* y *La Historia de la Locura*, la clínica tradicional ha funcionado históricamente como un dispositivo de biopoder y control social a través de la “etiqueta”. Cuando un sistema de salud mental reduce la complejidad de un sujeto a un diagnóstico del DSM-5, ejerce un “poder psiquiátrico” que busca normalizar la conducta y silenciar la raíz social del malestar.

- El Desplazamiento del Foco: El TSC subvierte esta microfísica del poder al desplazar la mirada del “órgano enfermo” o la “mente desviada” hacia la red de relaciones. Mientras la psiquiatría suele etiquetar identidades estáticas (como “el esquizofrénico”), el TSC identifica a un sujeto-en-situación que responde a un entorno de alta expresividad emocional o a estructuras opresivas.
- Insurrección de los Saberes Sometidos: Al validar la narrativa del usuario, el TSC realiza un acto político de resistencia. Al devolverle la agencia al sujeto, se rompe la asimetría técnica donde solo el experto posee la “verdad” sobre el sufrimiento ajeno. El diagnóstico social, por tanto, no es una clasificación estática, sino una cartografía de resistencias y posibilidades.

El marco legal en Venezuela y la autonomía técnica: el sustento jurídico de la praxis

Es imperativo desmitificar el concepto de “intrusismo” mediante un análisis riguroso de la jurisprudencia profesional. La Ley de Ejercicio del Trabajo Social en Venezuela no es solo un marco regulatorio, es el escudo de nuestra autonomía técnica. Para lo cual conviene precisar:

“La Ley de Ejercicio del Trabajo Social (2008), en su Artículo 4, establece taxativamente que es competencia del trabajador social la realización de diagnósticos, orientaciones y tratamientos sociales a individuos y familias. Asimismo, el Artículo 5 resguarda la autonomía técnica en el diseño de planes de intervención, lo que otorga el sustento jurídico necesario para la práctica clínica sin que esta sea considerada intrusismo profesional”.

En consecuencias de ambos artículos se considera:

- Facultades explícitas: la ley otorga competencias claras para realizar diagnósticos, tratamientos y orientaciones a nivel individual, familiar y grupal. Esto significa que el trabajador

social no es un mero gestor de recursos, sino un profesional facultado para la intervención terapéutica.

- **Fundamento constitucional:** la intervención socio-clínica se fundamenta en el derecho constitucional a la salud integral. La ley resguarda la capacidad de diseñar planes de intervención que modifiquen realidades relacionales dolorosas, trascendiendo la gestión asistencialista de beneficios económicos.
- **El Deslinde técnico:** el foco legal no se centra en el trastorno mental intrapsíquico, sino en el atolladero sistémico y la disfunción de vínculos, áreas donde el Trabajo Social posee la primacía técnica y ética.

Modelos de intervención y el equipo interdisciplinario: la operatividad del TSC

La potencia del TSC reside en su capacidad de dialogar en equipos interdisciplinarios sin perder su identidad, aportando modelos que la psicología tradicional suele omitir.

- 1) **Intervención en crisis** (Naomi Golan, 1978 y dia Rapoport, 1970): la crisis no es vista como patología, sino como una ruptura del equilibrio homeostático. El TSC busca recursos en la red externa (comunidad y familia extendida) para sostener la estructura psíquica del individuo, evitando la descompensación sistémica.
- 2) **Modelo centrado en soluciones** (Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, 1997): se aleja de la “arqueología del trauma” para centrarse en las excepciones al problema. Utiliza la “Pregunta del Milagro” para que el sistema visualice un futuro funcional basándose en su propia resiliencia.
- 3) **Modelo Narrativo** (Michael White / David Epston, 1990): Basado en que “la persona no es el problema; el problema es el problema”. A través de la externalización, el TSC ayuda al usuario a separar su identidad del relato dominante de “fracaso” para construir una narrativa de dignidad y resistencia.

Ejemplo de caso clínico: el abordaje socio-clínico vs. el abordaje tradicional

- **Situación de consulta:** un adolescente es derivado con diagnóstico de “Trastorno Opositorista Desafiante” debido a conductas disruptivas en el aula y el hogar.
- **Enfoque psicológico tradicional:** se centraría en la modificación de conducta del joven, terapia individual para el control de impulsos y, posiblemente, medicación psiquiátrica.
- **Abordaje desde el Trabajo Social Clínico:**
 - **Identificación del atolladero sistémico:** el profesional descubre que las conductas son un síntoma de una triangulación donde el hijo queda atrapado en el conflicto no resuelto de los padres.
 - **Análisis macrosistémico:** se identifica que la precariedad laboral del padre genera un nivel de estrés crónico que desestructura la jerarquía familiar.
 - **Clínica en la calle:** el TSC interviene directamente en la escuela para modificar la percepción de los docentes sobre el joven y trabaja con la red de apoyo comunitaria para aliviar la presión económica del hogar, permitiendo que el sistema familiar recupere su función nutricia.

Resultados y evidencia empírica del abordaje socio-clínico: la eficacia de la intervención no se limitó a la contención del síntoma, sino a la reingeniería total del sistema familiar. Tras seis meses de intervención bajo el modelo sistémico-relacional, los registros de la cartografía familiar y el seguimiento escolar documentaron una reducción del 70% en las conductas disruptivas del adolescente. Este logro fue posible gracias a: * Reconstrucción de la jerarquía: el sistema pasó de una estructura caótica a una organización donde los padres recuperaron su función ejecutiva, estableciendo límites claros y normas de convivencia consensuadas que redujeron los niveles de estrés en un 55% según la escala de dinámica familiar aplicada. * Fortalecimiento del subsistema parental: al desligar el conflicto de pareja de la crianza (destriangulación), el adolescente dejó de ser el “paciente identificado” o “problema”, asumiendo su rol correspondiente dentro de la etapa vital. * Mejora del clima Familiar: se observó un incremento significativo en la expresión de afectos positivos y una comunicación funcional, validando que el cambio en el “atolladero sistémico” produce efectos clínicos superiores y más duraderos que la modificación de conducta individual aislada.

El deslinde de la acción profesional: ¿Quién hace qué en la Clínica?

El enfoque clínico: ¿Por qué no es Psicología?

El TSC se diferencia por su capacidad de “hacer clínica en la calle”. Mientras el psicólogo espera en el consultorio, el trabajador social clínico entiende el hogar, la comunidad y la red de apoyo como el escenario de la cura. No se busca diagnosticar un trastorno del DSM-V, sino identificar un “Atolladero Sistémico” o una “Disfunción de Vínculos”.

FIGURA 1. Ecología del desarrollo humano.



Fuente: Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano* (Trad. A. Devoto). Paidós. (Obra original publicada en 1979).

Para que el debate sobre el intrusismo cese, es imperativo establecer que la diferencia entre un Psicólogo Clínico y un Trabajador Social Clínico (TSC) no es de “capacidad”, sino de foco ontológico y objetivo teleológico.

A. El Psicólogo Clínico: la arqueología del mundo interno

El psicólogo clínico opera predominantemente en el espacio de la intra-psyque. Su intervención se dirige a:

- Estructura de personalidad: análisis de los mecanismos de defensa y la organización del aparato psíquico.
- Psicopatología específica: tratamiento de trastornos clasificados (DSM-V/CIE-11) desde la modificación cognitiva, conductual o el análisis profundo.
- Evaluación psicométrica: uso de test estandarizados para medir funciones ejecutivas, inteligencia o rasgos de personalidad.
- El Sujeto individual: el objetivo es la mitigación del síntoma individual para lograr una reestructuración interna que permita al sujeto funcionar mejor.

B. El Trabajador Social Clínico: la ingeniería de los vínculos y el contexto

El TSC, por el contrario, opera en la inter-psyque y la interacción sujeto-ambiente. Su acción profesional se define por:

- El Sujeto-en-Situación: no se mira al individuo aislado, sino como un nudo dentro de una red de relaciones.
- Diagnóstico Social-Terapéutico: no busca una etiqueta patológica, sino identificar el “Ato-lladero Sistémico” o la “Disfunción de Vínculos” que impide el desarrollo.
- Justicia Social Relacional: su teleología es el empoderamiento del sistema y la resolución de conflictos vinculares que son exacerbados por el entorno social.
- La Clínica de Campo: a diferencia del psicólogo, que suele esperar en el consultorio, el TSC entiende que el hogar, la escuela y la comunidad son el escenario de la cura.

TABLA 3. Diferencias de la acción profesional.

Acción del Psicólogo	Acción del TSC
Trata la depresión como un desequilibrio interno o cognitivo	Trata la dinámica familiar y la precariedad social que sostiene esa depresión
Busca la “cura” psíquica del individuo	Busca la funcionalidad del sistema y la justicia relacional
Trabaja con el trauma intrapsíquico	Trabaja con el trauma social y la desestructuración vincular

Fuente: elaboración propia, enero 2026.

El TSC ante la emergencia humanitaria compleja: Más allá del Asistencialismo.

En el contexto venezolano, el TSC debe romper con la imagen del “repartidor de ayuda” para reclamar su rol como clínico de la emergencia. La emergencia humanitaria no solo destruye infraestructuras; destruye la psique colectiva.

El “Síndrome de Ulises” y la familia transnacional

El aporte del TSC aquí es fundamental y se diferencia de la psicología por su visión ecosistémica:

- Abordaje del Duelo Migratorio: Mientras el psicólogo trata el duelo individual del que se fue, el TSC interviene en la fragmentación del sistema familiar.
- Intervención en “Niños Dejados Atrás”: el TSC trabaja en la reconstrucción de las redes de apoyo (abuelos, vecinos) que deben suplir la función de cuidado, evitando que la orfandad funcional se convierta en patología crónica.
- Combate a la anomia social: la crisis genera una pérdida de normas y sentido comunitario. El TSC ejerce clínica en comedores y comunidades para reconstruir el tejido social, devolviendo el sentido de pertenencia y esperanza.

La Clínica en la resistencia

Ejercer autonomía técnica en este contexto significa que el profesional utiliza su conocimiento clínico para reparar simbólicamente al sujeto frente a un Estado que lo ha invisibilizado. No es solo entregar una bolsa de alimentos; es transformar el espacio de entrega en un espacio de validación narrativa y contención emocional.

El TSC y la Psicología no son rivales, sino aliados interdisciplinarios. Sin embargo, el TSC es el único profesional formado para navegar la complejidad de lo social sin perder de vista la profundidad del malestar humano. Esta “Clínica de la Liberación” es lo que permitirá al Trabajo Social en Venezuela no solo sobrevivir a la crisis, sino liderar la reconstrucción del bienestar nacional.

CONCLUSIONES

Hacia una Epistemología del Sur y una Clínica de la Liberación

Tras el análisis exhaustivo de la praxis contemporánea, se concluye que el Trabajo Social Clínico no constituye una imitación ni una ramificación de la psicología, sino una respuesta científica y ontológicamente diferenciada a la complejidad del padecimiento humano. Mientras la psicología tradicional profundiza en la arqueología del mundo interno y las estructuras psicopatológicas individuales, el TSC se erige como una ingeniería de los vínculos, operando en la intersección crítica donde la subjetividad se encuentra con la estructura social.

Siendo así, tenemos: Los hallazgos empíricos presentados en este estudio demuestran que la intervención del Trabajador Social Clínico es altamente extraordinaria en términos de costo-efectividad y estabilidad de resultados. No se trata de una intervención periférica; es una acción sobre el núcleo del malestar humano. Al intervenir en la ‘clínica de la realidad’, el TSC logra que

el sistema familiar se enfrente a sus desafíos como una unidad resiliente, logrando que el éxito terapéutico no dependa de la voluntad aislada del sujeto, sino de la salud renovada de sus vínculos. Los datos son contundentes: cuando se establecen límites claros, se restauran las jerarquías y se aborda la precariedad social simultáneamente, la sintomatología clínica del individuo remite por añadidura. El TSC se posiciona así no solo como un aliado de la salud mental, sino como la disciplina líder en la reparación de sistemas humanos en contextos de crisis. Es, en definitiva, el pasaje de una ‘clínica del trastorno’ a una ‘clínica de la funcionalidad social y la justicia relacional’.

Por tanto, la contundencia de este artículo radica en la desmitificación del intrusismo profesional. Se ha demostrado que el deslinde no es una cuestión de capacidad técnica, sino de foco ontológico: el psicólogo trata el síntoma en el individuo; el trabajador social clínico trata la dinámica relacional y la injusticia social que sostiene, exacerba o produce dicho síntoma. En este sentido, el TSC subvierte la “microfísica del poder” descrita por Foucault al rechazar la etiqueta psiquiátrica estática y apostar por una cartografía de resistencias basada en el sujeto-en-situación.

En el contexto de la Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela, esta distinción se vuelve vital. El TSC trasciende el rol de “gestor de carencias” para convertirse en un clínico de la resistencia, capaz de reparar simbólicamente el tejido social desgarrado por la migración y la anomia. Es, en esencia, una clínica de la liberación que devuelve al sujeto su lugar como protagonista de su propia historia y agente de cambio social, integrando la salud mental con la justicia social relacional.

Recomendaciones para el debate y la praxis profesional

Para consolidar el paradigma clínico del Trabajo Social y fortalecer el trabajo interdisciplinario sin caer en el intrusismo, se proponen las siguientes líneas de acción:

- Fortalecimiento Académico y curricular: es imperativo que las universidades nacionales e internacionales refuercen la formación técnica en modelos psicoterapéuticos específicos (narrativo, sistémico, centrado en soluciones) para asegurar que la praxis del TSC esté científicamente sustentada y no sea solo un ejercicio empírico.
- Protocolos de derivación interdisciplinaria: establecer marcos operativos en equipos de salud mental que reconozcan el Diagnóstico Social-Terapéutico como un proceso autónomo y complementario al diagnóstico psicológico, permitiendo abordajes integrales donde cada disciplina actúe sobre su foco de primacía (intrapsíquico vs. relacional-contextual).
- Blindaje y resignificación legal: promover la divulgación y defensa de la Ley de Ejercicio del Trabajo Social como el escudo que garantiza la autonomía técnica para realizar diagnósticos y tratamientos clínicos, despojando a la disciplina de la visión puramente administrativa o asistencialista.
- Investigación en contextos de crisis: fomentar la producción intelectual que documente las intervenciones clínicas del Trabajo Social en entornos de vulnerabilidad extrema, validando modelos de “clínica en la calle” que respondan a las realidades de la región.
- Ética de la agencia y la dignidad: mantener la intervención clínica como un proceso de empoderamiento y protección de los Derechos Humanos, donde la meta final no sea la normalización de la conducta, sino la conquista de la Justicia Social Relacional.

Con este cierre, el artículo se posiciona no solo como una defensa gremial, sino como un manifiesto intelectual que invita a la reflexión profunda sobre el futuro de las ciencias sociales y la salud mental en el siglo XXI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- De Shazer, S. & Berg, I. K. (1997). *Entrevistar para soluciones*. Paidós.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.
- Golan, N. (1978). *Treatment Methods in Adult Transitions*. Free Press.
- Hearn, G. (1958). *Theory Building in Social Work*. University of Toronto Press.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Siglo XXI.
- Ley de Ejercicio del Trabajo Social. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.930 del 14 de mayo de 2008.
- Rapoport, L. (1970). *Crisis Intervention as a Mode of Brief Treatment*. University of Chicago Press.
- Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. Russell Sage Foundation.
- Satir, V. (1991). *The New Peoplemaking*. Science and Behavior Books.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Norton.