


## Trabajo Social y Salud Pública. Genealogía de una relación recíproca


### Juan Brea Iglesias

Trabajador social. Obtuvo un contrato predoctoral de investigador en formación de la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente se encuentra a punto de defender su tesis doctoral titulada "Participación social, activismo y experiencias en primera persona en el ámbito del sufrimiento psíquico". Su interés radica en la investigación de alternativas grupales en la provisión de cuidados en el ámbito del sufrimiento psíquico. También le interesa el feminismo, la interseccionalidad, así como el trabajo social grupal y comunitario.

### Andrés Arias Astray

Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Tecnología del Conocimiento. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. ✉ 

### David Alonso Gonzalez

Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Tecnología del Conocimiento (UCM). Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad Complutense de Madrid. Participa en la autoría de este artículo en su calidad de Personal Investigador adscrito al grupo de investigación consolidado de la UNED "Koinonía" dentro del Programa de Recualificación del Sistema Universitario Español financiado por la Unión Europea – NextGeneration EU con el código MV11/22-1 de la Universidad Complutense de Madrid. 

<https://dx.doi.org/10.5209/cuts.90116>

Enviado: 25/06/2023 • Aceptado: 4/12/2023

**ES Resumen.** El objetivo de este estudio es analizar el surgimiento del trabajo social como profesión y su relación con la medicina. Para entender el contexto y los antecedentes de la profesionalización del trabajo social es necesario remontarse al final del siglo XIX. Se utiliza una revisión bibliográfica narrativa de textos clásicos sobre el trabajo social. Se abordan los orígenes del trabajo social y su relación con la medicina progresista de la época. La interacción entre ambas disciplinas pudo suponer una contribución importante de lo que hoy denominamos salud pública. Es comúnmente conocido que la medicina influyó en el trabajo social, pero una revisión cuidadosa de la bibliografía muestra que la influencia fue bidireccional. El trabajo social es una profesión práctica y femenina, relacionada con la reforma y el progreso social, y pudo haber sido olvidada o cooptada por la medicina masculina. Este estudio reflexiona sobre la identidad del trabajo social y su contribución a los determinantes sociales en la salud.

**Palabras clave:** Trabajo Social; Salud Pública; Prevención; Identidad Profesional; Trabajo Social Sanitario.

## ENG Social Work and Public Health. Genealogy of a Reciprocal Relationship

**Abstract.** The aim of this study is to analyse the emergence of social work as a profession and its relationship with medicine. It is necessary to go back to the end of the 19th century to understand the context and background of the professionalisation of social work. This study uses a narrative literature review of classical texts on social work to address the origins of both social work and medicine. The interaction between both disciplines made a significant contribution to the discipline we now call public health. It is commonly known that medicine influenced social work, but a careful review of the literature shows that the influence was bidirectional. Social work is a practical and female-dominated profession, related to reform and social progress, and it may have been overlooked or co-opted by male-dominated medicine. This study reflects on the identity of social work and its contribution to the social determinants of health.

**Keywords:** Social Work; Public Health; Prevention; Professional Identity; Health Social Work.

**Sumario.** 1. Introducción. 2. *Case work* y la incorporación de la dimensión social en el ámbito médico. 3. *Hull House*, trabajo social y promoción de la salud. 4. Consideraciones finales. 5. Referencias bibliográficas.

**Como citar:** Brea Iglesias, Juan; Arias Astray, Andrés y Alonso Gonzalez, David (2024). Trabajo Social y Salud Pública. Genealogía de una relación recíproca. *Cuadernos de Trabajo Social* 37(1), 115-155. <https://dx.doi.org/10.5209/cuts.90116>

## 1. Introducción

Existen mitos fundacionales en todas las profesiones. En trabajo social, Mary Richmond representa la figura mitológica por antonomasia y su obra *Diagnóstico Social* (2008; publicado originalmente en 1917) se tiene como el acto fundacional de la disciplina. No obstante, la institucionalización de las diferentes profesiones se debe vincular con contextos sociohistóricos concretos, permitiendo así una mejor comprensión de su génesis.

La profesionalización del trabajo social data del primer tercio del siglo XX. A pesar de ello, hemos de remontarnos al siglo XIX para comprender mejor el contexto social que fue, en parte, condición de posibilidad de la existencia de una profesión como el trabajo social. Este contexto tiene que ver con un momento de empeoramiento de las condiciones sociales tras la revolución industrial. Así, la emergencia del trabajo social se puede acotar entre dos momentos clave de recrudescimiento de la *cuestión social*: la crisis de finales del siglo XIX, y la de los años veinte, tras la Primera Guerra Mundial y la Revolución Rusa (Álvarez-Uría y Parra, 2014; Stuart, 2013; Abbot y Wallace, 2020).

La historia del trabajo social siempre ha estado sometida a una doble tensión. Por un lado, a interpretaciones individualizantes, pero, por otro, a una toma de conciencia de la influencia del medio social. Es decir, el análisis de sus orígenes se ha movido entre la psicologización y la politización de los problemas sociales. El propio título de la obra de Richmond (*Diagnóstico Social*; 2008) expresa esta idea. En relación con esta dualidad, se suele hacer alusión a dos líneas teóricas que forman parte de "la tradición más reciente del trabajo social: el marxismo y el psicoanálisis" (Zamanillo, 2018, p. 53), o a este último y al movimiento de higiene mental (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Estas dos tendencias se sitúan en dos corrientes concretas vinculadas con dos formas diferentes de entender la intervención social: el movimiento de los *Settlement*, centrado en los aspectos comunitarios y cuyo principal exponente es el centro social Hull House abierto por Addams; y el *Charity Organization Movement*, centrado en las necesidades sociales (y más tarde psicológicas) de los individuos (Ruth y Marshall, 2017). En el fondo de la cuestión resuena la contradicción entre aquellos que aceptaban los principios del *laissez-faire*, la fe en la autoayuda y el individualismo (con el protestantismo anglosajón), y la creciente toma de conciencia de la necesidad de una reforma social amplia y profunda (Zamanillo, 2018; Álvarez-Uría y Parra, 2014).

En el origen del trabajo social se encuentra la incorporación de las ideas progresistas del momento que señalaban factores objetivos productores y mantenedores de la pobreza (condiciones laborales inhumanas, trabajo infantil, desempleo, enfermedad, viviendas insalubres, etc.). Todo ello en un contexto de crisis económicas y sociales, epidemias, aumento de la población y la llegada de la industrialización. El papel de lo que hoy en día denominamos sociedad civil (*Trade Unions*, asociaciones, ligas y federaciones obreras) constituyó un impulso importante en el reconocimiento de la necesidad de un estado regulador.

Las duras condiciones sociales de la época fueron ampliamente documentadas y recogidas por parte de algunos historiadores, activistas y todo tipo de científicos sociales (Hopkins, 1982; Engels, 2020; Addams, 2014; Goldman, 2014; Thompson, 2012). Un ejemplo paradigmático de la relación entre el contexto social, histórico y político es el texto en el que Engels (2020) describe los estragos producidos por la revolución industrial en Manchester (*La situación de la clase obrera en Inglaterra*), puesto que fue traducido al inglés por Florence Kelley, activista que formaría parte de Hull House. Existían amplias redes sociales conformadas por periodistas, intelectuales, activistas, y todo tipo de asociaciones progresistas (Álvarez-Uría y Parra, 2014).

El análisis sociohistórico del surgimiento del trabajo social como profesión, y de su vinculación con la medicina, permite poner en relación estas tendencias con la génesis de la disciplina que posteriormente pasaría a denominarse salud pública (Ruth y Marshall, 2017). Para ello, en este artículo, se hace uso de una revisión bibliográfica narrativa partiendo de textos que hoy se consideran clásicos del trabajo social. Se trata de un análisis bibliográfico cualitativo e interpretativo a través del que se plantea la posible bidireccionalidad de la relación entre medicina y trabajo social, dando lugar a prácticas relacionadas con la prevención y promoción de la salud, y por tanto vinculadas con el concepto más amplio de salud pública. En 1920, Charles Winslow<sup>1</sup> definía la salud pública como el arte de prevenir las enfermedades, de prolongar la vida y de fomentar la salud poniendo énfasis en la organización comunitaria y en la educación. También planteaba desarrollar una maquinaria social que permitiese un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Winslow, 1920). En este mismo texto, Winslow entiende que el trabajo social es una de las profesiones "altamente cualificadas" para trabajar en el campo de la salud pública (Winslow, 1920, p. 30). De este modo, es posible reabrir un debate en torno a los orígenes e identidad del trabajo social en el ámbito de la salud, en un momento en el que el incremento de la tecnología biomédica está relegando los aspectos sociales a un segundo plano. Los determinantes sociales en salud, tan vinculados con la salud pública, ocupaban un lugar relevante en la práctica de las primeras trabajadoras sociales, tal y cómo se argumenta a lo largo de este artículo.

## 2. Case work y la incorporación de la dimensión social en el ámbito médico

La relación entre la medicina y el trabajo social es notoria y se ha señalado en repetidas ocasiones (Ruth y Marshall, 2017; Stuart, 2013). Estos vínculos son evidentes cuando se alude a los referentes del *case work*. Así, Richmond estableció una metodología análoga a la que ya estaba implementando la medicina. No es casualidad, por tanto, que el título de uno de sus libros más importantes fuese *Diagnóstico social* (2008), publicado en 1917, en el que se emplea la terminología médica contemporánea.

<sup>1</sup> Charles Edward Amory Winslow fue uno de los principales impulsores de la disciplina de la salud pública en todo el mundo.

Aún con todo, Richmond critica la “actitud no social” (2008, p. 228) de algunos informes médicos a los que se debe acudir como fuente para el diagnóstico social. También destaca la complementariedad de la información proporcionada por ambas disciplinas (médica y social), utilizando ejemplos en los que el diagnóstico puede llegar a corregirse utilizando información proporcionada por una trabajadora social, o viceversa. En este sentido, afirma: “No cabe duda de que ambos grupos de servidores públicos, el social y el médico, servirían mejor a la sociedad si dominaran todas las vertientes de la técnica del trabajo común” (Richmond, 2008, p. 233).

Richmond (1996, p. 156) también destaca el éxito del trabajo social en los hospitales, afirmando que “con frecuencia, la disponibilidad de trabajadores médico-sociales cualificados se vea desbordada”. Para esta autora, la trabajadora social debe actuar como “intérprete entre la comunidad y el hospital, y entre el hospital y la comunidad” (1996, p. 156). Además, destaca que “en el terreno de lo mental aún más que en el de lo físico, un buen diagnóstico depende en gran parte del contexto social, y el tratamiento subsiguiente suele consistir fundamentalmente en lograr una mayor adaptación con el medio” (1996, p.157).

Para hablar de los orígenes de la interacción entre trabajo social y medicina es necesario referirse al médico Richard Clarke Cabot y su obra *Social services and the art of healing* (1912). Cabot fue fuertemente influenciado por los desarrollos europeos en el cuidado de la salud, que enfatizaron el contexto comunitario de la enfermedad. Conocía los trabajos del médico Charles Emerson, vinculado con la COS (Charity Organization Society) y el hospital universitario John Hopkins de Baltimore (1889), en donde se estableció un programa para que los estudiantes de medicina y los médicos residentes visitaran los hogares de las personas a las que atendían y pudiesen aprender cuestiones relacionadas con sus condiciones de vida (Nacman, 1977).

También, en Londres, en 1875, existieron vínculos entre la LCOS (London Charity Organization Society) y diversos hospitales y clínicas, que derivaron a algunos de sus pacientes a las oficinas de la LCOS con fines investigadores. Como resultado de estas investigaciones se introdujo a una *lady almoner* de la LCOS en el Royal Free Hospital de Londres. El programa fue considerado exitoso, pero, a pesar de ello, no se institucionalizó y cerró después de tres meses. Aun así, la experiencia sirvió para que se incorporara la figura de la *social almoner* en otros hospitales, haciéndose cada vez más habitual su presencia (Nacman, 1977; Stuart, 2004). En otras experiencias en Francia, se realizaban visitas domiciliarias vinculando la casa de las personas enfermas con los dispensarios médicos (higiene, bacterias, tuberculosis, etc.) (Stuart, 2004). Todos estos antecedentes son explicitados por el propio Cabot en la introducción de uno de sus libros principales: *Social Work. Essays on the meeting-ground of doctor and social worker* (1919).

Con estos antecedentes, Cabot decide incorporar a una trabajadora social a su clínica. Al principio, esta labor la asumió una enfermera llamada Garnet Isabel Pelton, pero se vio obligada a abandonarla porque contrajo tuberculosis.

En 1906 se incorporó al puesto una de las personas de referencia para el trabajo social en el ámbito de la salud: Ida Maud Cannon (Nacman, 1977; Stuart, 2004).

Cannon (1877-1960) se convirtió en la directora del primer Departamento de Servicio Social que se desarrolló en un hospital, siendo contratada por Cabot. Entre los años 1906 y 1946 trabajó como directora del Departamento de Servicio Social del Hospital General de Massachusetts, en Boston (Quam, 2013).

En Estados Unidos, a comienzos del siglo XX, la expansión del trabajo social surge en un contexto de aumento de la inmigración (Stuart, 2013). Esta trajo consigo la proliferación de religiones, lenguas y grupos diferenciados (franceses, alemanes, sirios, lituanos, polacos o portugueses convivían en el mismo entorno), junto con un aumento de la pobreza. Todo ello propició la aparición del trabajo social vinculado con la salud (Stuart, 2004; Otis-Green, 2013).

No obstante, hasta 1919 las trabajadoras sociales no fueron reconocidas formalmente como parte del equipo del hospital. Su labor era posible gracias a las contribuciones individuales del propio Cabot, junto con otras donaciones (Stuart, 2004).

Volviendo a la obra de Richmond (*Diagnóstico social*, 2008), se destaca de manera explícita la contribución de Cabot en la propia especialización del diagnóstico y su relación con profesiones vinculadas con la psicología y la medicina: “prestará un inestimable servicio a la medicina y la psicología, y huelga decir que estas últimas seguirán suministrando datos de incalculable valor para el diagnóstico social” (p. 418).

Del mismo modo, Richmond (1996, p. 156), citando a Cannon (1920), alerta de cuestiones de plena actualidad en el contexto español:

Hoy en día, las funciones administrativas de la trabajadora social están colapsando la práctica de su trabajo social de casos. Se halla demasiado ocupada como para visitar los hogares y percibir con claridad y frescura la situación social subyacente a sus casos. Termina, así, por convertirse en una persona institucionalizada y por echar a perder la mayor contribución que puede aportar al hospital, que es no pensar nunca de forma rutinaria y mantener siempre en presente el punto de vista del paciente y de la comunidad. (p. 156)

En esta lógica, conviene detenerse en las principales contribuciones de Cabot y Cannon.

Cabot, en su obra *Social services and the art of healing* (1912; pp. VII-IX) establece tres formas de trabajar en equipo. En primer lugar (1), con las trabajadoras sociales; en segundo lugar (2), junto con otros profesionales (educadores y psicólogos); y en tercer lugar (3), se establece la necesidad de trabajar en equipo con los propios *pacientes*<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Cuando usamos el término paciente es porque responde a la terminología de los autores a los que citamos

Esta necesidad de trabajar en equipos interdisciplinarios se justifica con que “cuando el doctor busca la causa fundamental de la mayoría de las enfermedades [...], él [el médico] encuentra condicionantes sociales, tales como el vicio, la ignorancia, el hacinamiento, la explotación en las fábricas y la pobreza”<sup>3</sup> (Cabot, 1912, p. VII). También afirma que “detrás de la mayor parte del sufrimiento físico está el tormento mental, la duda, el miedo, la preocupación, o el remordimiento que el estrés de la vida ha creado en la mayoría de los enfermos” (p. VIII)

Si atendemos a la “causa fundamental de la mayoría de las enfermedades” (Cabot, 1912, p.VII), ya en los inicios del siglo XX se atisba la necesidad de un ejercicio preventivo que tenga en cuenta los condicionantes sociales. La noción de prevención se explicita cuando, hablando del trabajo social, Cabot (1912) refiere que la medicina se ocupa de los “casos de enfermedad (*un caso significa un accidente*)” (p. 36) y no tiene tiempo, por tanto, para atender a las “*causas*” (p.36). Es decir, la salud tiene que ver con el trabajo preventivo en la comunidad, siendo esta una de las funciones más importantes del trabajo social.

Uno de los libros de Cabot que fue importante para el desarrollo y la identidad del trabajo social es *Social Work. Essays on the meeting-ground of doctor and social worker* (1919)<sup>5</sup>. Es interesante destacar que el libro está dedicado a Richmond.

Entre las funciones del trabajo social, Cabot (1920) identifica dos niveles de intervención diferenciados (individual –*casework*– y comunitario):

1. En primer lugar, descubrir en qué medida la persona atendida sufre y lo que significan sus síntomas. Afirma lo siguiente: “el médico es con frecuencia incapaz de decidir de una manera cierta la importancia de los síntomas que encuentra en la exploración, el grado de sufrimiento del enfermo, la gravedad del caso” (Cabot, 1920, p.40). Se refiere, por ejemplo, a personas que tienen un sufrimiento o un malestar físico que los acompaña desde hace tiempo y que han naturalizado. Es decir, que no consideran importante. Del mismo modo, “la inspectora puede observar en la casa un estado de desorganización, de falta de limpieza, de mala nutrición, de disgusto en los otros miembros de la familia, demostrando en casa del enfermo un estado mucho más serio de lo que pudieran hacer sospechar los datos obtenidos en la consulta del dispensario” (Cabot, 1920, p. 44). Cabot es consciente de las limitaciones de su intervención dentro de un contexto exclusivamente clínico y, de este modo, considera importante acudir a otras fuentes de información para atender el caso de manera conveniente.
2. En segundo lugar, Cabot explica que una de las funciones más importantes de la trabajadora social es “*descubrir los nidos o focos de la enfermedad*”<sup>6</sup> (1920, p. 46) en lo que concierne al medio en el que vive la persona atendida, y no únicamente en lo concerniente al individuo atendido. En este punto se está refiriendo a un trabajo preventivo, en relación con enfermedades contagiosas, a las enfermedades relacionadas con la ocupación laboral, u otras cuestiones que la trabajadora social tendrá que investigar.

Cabot enfatiza la labor como la formación en trabajo social, al que dota de identidad propia. Lo diferencia de la enfermería pues “una mujer que ha recibido una educación de enfermera [...] se vuelve [...] inapta para el trabajo de las trabajadoras sociales, ya que [...] se la habitúa a una sumisión constante y a un estado de ánimo de inferioridad con relación al médico” (Cabot, 1920, p. 54-55). La trabajadora social debe poseer un “carácter y una actividad mental” (Cabot, 1920, p. 55). En concreto, “un carácter agresivo frente a la enfermedad, una actividad mental de jefe y una educación especializada frente al enfermo” (Cabot, 1920, p. 55).

En el libro escrito por Cannon (1913) se enumeran lo que denomina “problemas médico-sociales”, entre los que se sitúan enfermedades contagiosas, crónicas o que requieren de un periodo de reposo; pero también cuestiones relacionadas con la empleabilidad, con la maternidad, con el “desequilibrio mental”, la neurastenia, el suicidio, y otras cuestiones como el miedo, la soledad, la angustia, la sensación de fracaso e inutilidad... En fin, cuestiones relacionadas con el sufrimiento psíquico y social (Cannon, 1913, pp. 33-105).

Para Cannon (1913), uno de los factores para valorar la calidad del trabajo social en los hospitales es la cooperación con el paciente. Así, afirma: “la cooperación debe ser más que la receptividad [del paciente], pero la receptividad marca el primer paso hacia una relación cooperativa” (p. 107)<sup>7</sup>. Una de las funciones del trabajo social pasaría por generar un clima de confianza y reciprocidad, de generar una relación de ayuda con las personas.

En 1922 se publicaría un manual de referencia para el trabajo social en psiquiatría, siendo escrito por quienes dirigían el Departamento de Trabajo Social del Hospital Psiquiátrico de Boston: la trabajadora social Mary Cromwell Jarret y el médico Ernest Southard: *The Kingdom of evils* (1922; Bell y Spiegel, 1966; Clark, 1966). Este libro cuenta con una introducción de Cabot. Además, a lo largo del texto aparecen referencias bibliográficas de Richmond y Cannon.

En este manual (Southard y Jarrett, 1922, p. 523) se define el “trabajo social psiquiátrico” como el “tipo especial de trabajo social en el que el conocimiento psiquiátrico es particularmente requerido”. Además, conceptualiza la higiene mental como un término inclusivo que engloba “las actividades del psiquiatra, del

<sup>3</sup> La traducción del inglés de todas las citas del libro de Richard Cabot (1912) son propias

<sup>4</sup> Las cursivas se encuentran en el original

<sup>5</sup> Cabe mencionar que el libro fue traducido al español en 1920 con el siguiente título: *Ensayos de medicina social (la función de la inspectora a domicilio)*. La traducción, obviando la terminología propia de la profesión, es indicativa del desconocimiento que existía en España en aquel momento.

<sup>6</sup> La cursiva se encuentra en el original

<sup>7</sup> Las traducciones del libro de Cannon (1913) son propias

psicólogo, del trabajador social psiquiátrico, en la promoción de la salud mental en cualquier lugar (Southard y Jarrett, 1922, p.523).

La obra está integrada por una exposición de cien casos. A lo largo del mismo, se formulan diferentes distinciones: entre lo público, lo social y lo individual, pero también entre lo relacionado con la enfermedad, la ignorancia, los vicios y los malos hábitos, así como con la pobreza u otras formas de vulnerabilidad (Southard y Jarrett, 1922). Al final de cada caso se presenta una tabla con las horas invertidas en su resolución, diferenciándolas por profesión y actividad. Por poner un ejemplo, en uno de los casos se determina que la trabajadora social ha invertido 293 horas en realizar 133 visitas, 19 intervenciones en el hospital, 80 llamadas telefónicas y 47 cartas. Todo ello contrasta con el número de horas empleadas por el resto de profesionales, puesto que los médicos habrían invertido solo 4 y el personal de psicología una única hora (Southard y Jarrett, 1922, p. 80).

Paralelamente cabe destacar los juicios morales vinculados con las concepciones mantenidas sobre lo considerado normal y patológico. Uno de los casos hace referencia a una mujer de 43 años que se viste como un hombre. En el texto se recalca que “ella llevaba una vida feliz de acuerdo con sus propias concepciones, y era aceptada como un hombre” (Southard y Jarrett, 1922, p. 133), a la par que se califica de “delincuencia bisexual” al hecho de estar viviendo con otra mujer. Se afirma, eso sí, que de este modo “encuentra trabajo más fácil y mejor pagado como un hombre” (Southard y Jarrett, 1922, p. 133).

A pesar de todo, por un lado, se ha encontrado en el papel de Jarrett un ejemplo para mostrar las aspiraciones del trabajo social en los inicios del siglo XX, y las dificultades de generar una nueva identidad profesional liderada por mujeres (Clark, 1966). Por otro lado, los historiadores de la psiquiatría, al igual que Robert Castel (Castel, Castel y Lovell, 1980), tratan el surgimiento del trabajo social en este ámbito como parte de la transformación que se estaba produciendo en psiquiatría hacia el ajuste de las personas con su entorno social (Gabriel, 2005). Esta transformación está vinculada a la extensión de la autoridad psiquiátrica más allá de los muros del hospital (Gabriel, 2005; Cohen, 1983; Castel, Castel y Lovell, 1980).

Cabe en este punto volver a Richmond y a la diferenciación entre individualidad y personalidad. Este último es un término de mayor complejidad pues constituye “no sólo lo que es innato e individual en el hombre, sino también todo lo que se adquiere por medio de la educación, la experiencia y la interrelación humana” (Richmond, 1996, p. 99). Por ello, es importante acudir a todas las fuentes posibles, compararlas e interpretarlas, para poder emitir un “diagnóstico social” adecuado (Richmond, 2008, p. 418).

En definitiva, es posible afirmar que al hablar de Cabot, Cannon o, incluso, Richmond, entre otras figuras, no se está aludiendo exclusivamente al origen del trabajo social. El concepto de determinantes sociales de la salud está implícito en gran parte de las citas que se acaban de referir, así como el concepto de prevención. La medicina durante prácticamente todo el S. XIX (excepto honrosas excepciones) atendía exclusivamente a las clases adineradas, por no hablar del carácter especulativo y anti empírico de una parte importante de sus prácticas. Los vínculos del trabajo social con la medicina, junto con otras disciplinas, parecen sugerir un cambio de paradigma en el ámbito médico.

Teniendo en cuenta la doble tendencia del trabajo social, quedaría por dar cuenta de los aportes de las trabajadoras sociales comunitarias en relación con la salud pública. El siguiente apartado se dedica a esta cuestión.

### 3. Hull House, trabajo social y promoción de la salud

El proyecto de Jane Addams en Hull House era, sin duda, de carácter político y buscaba transformar la sociedad y hacerla más justa. Muy vinculada al espíritu de las sufragistas siempre estuvo relacionada con los movimientos sociales. Entre los muros de Hull House, por ejemplo, eran frecuentes las reuniones de sindicalistas. También es conocido el linchamiento público que sufrió el centro debido a una conferencia de Piotr Kropotkin después de que se produjera un atentado terrorista, y sobre el que Addams reflexiona en un texto titulado “Ecos de la revolución rusa” (Addams, 2014, p. 429).

Addams sentía afición por la pobreza y los modos de vida de la clase trabajadora en las grandes ciudades. Tras abandonar la carrera de medicina por un problema de salud, escribe: “descubrí que había otras razones genuinas para vivir entre los pobres además de para atenderlos médicamente, y nunca retomé mi breve incursión en la profesión” (Addams, 2014, p. 161).

Addams, al igual que otras mujeres comprometidas de la época, fue tratada por el médico Weir Mitchell con sus famosas curas de reposo. Es probable que el éxito tuviese que ver con que su tratamiento no suponía dolor, a diferencia de los de sus colegas de la época (Ehrenreich y English, 2010; García y Pérez, 2017). A pesar de ello, sus prácticas son el ejemplo paradigmático del poder médico para la sumisión y adecuación de las mujeres a la función doméstica que socialmente se les asignaba. Se puede decir que Mitchell fue uno de los pioneros en pensar la relación médico-paciente o, más concretamente, “experto-mujer” en el siglo XX (Ehrenreich y English, 2010, p. 186).

Un ejemplo de lo que suponía una *cura de reposo* se muestra en el relato de Charlotte Perkins Gilman (2017) *El papel amarillo* (publicado en 1892 bajo el título original: *The yellow wallpaper*). Se trata de un relato de terror con un elevado componente autobiográfico basado en el tratamiento de Weir Mitchell. El problema de Perkins Gilman no era médico, si no que procedía precisamente de la adecuación a los roles femeninos impuestos. La curación vino de la mano de la separación de su marido y de una vida entregada al activismo por los derechos civiles (Davis, 2010).

Del mismo modo, la recuperación de Jane Addams no se produce a raíz de la *cura de reposo* de Weir Mitchell, sino de la renuncia a los “imperativos domésticos” (Addams, 2014). Es conveniente destacar que

Jane Addams nunca se casó ni tuvo descendencia, aunque sí mantuvo una relación romántica con una mujer a la que ella misma denominó matrimonio.

La preocupación relacionada con la salud pública puede verse en la descripción del barrio de Chicago en el que se ubicó Hull House, que no fue escogido al azar (Addams, 2013):

las calles están terriblemente sucias, el número de escuelas es insuficiente, la legislación sanitaria no se ha impuesto, el alumbrado de la calle es malo, el pavimento escaso y completamente inexistente en los callejones y las calles pequeñas, y los establos están más asquerosos de lo que cualquiera pudiera imaginar. Cientos de casas no tienen acceso al alcantarillado público[...] (pp. 61-62)

En relación con el lugar que ocupaba Hull House, es importante destacar la colaboración con médicos y “enfermeras visitantes”. Así, “una de las enfermeras vive en la Hull House, paga su manutención y trabaja desde aquí. Amigos de la casa necesitan constantemente de sus servicios y sus casos se convierten en amigos de la casa” (Addams, 2014, p.69). También se proporcionaba “comida para inválidos con encargos recibidos por médicos y enfermeras visitantes del distrito” (Addams, 2014, p. 70). Disponía, por ejemplo, de dispensarios médicos para las personas que no podían obtener atención sanitaria.

Es pertinente destacar, por un lado, el trabajo en red con otros servicios y profesionales y, por otro, el trabajo relacionado con la salud realizado desde Hull House. De nuevo, se tiene en cuenta la prevención y los determinantes sociales relacionados con la migración y las clases populares. Por ejemplo, Hull House disponía de una cocina pública, además de servicio de venta de alimentos con calidad nutricional. También disponía de un café social y de espacios de ocio alternativos al consumo de drogas o alcohol.

Addams fue consciente de que, en los momentos de alta producción fabril, la clase trabajadora descuidaba la alimentación, comprando latas o productos ya preparados, desembocando en enfermedades y mala salud (Addams, 2014).

Addams también es considerada una pionera del movimiento de la recuperación (recovery), proporcionando un espacio de apoyo mutuo en donde se aceptaba la diferencia, y en el que se trabajaba por la defensa de los derechos sociales y civiles (Davidson, Rakfeldt y Strauss, 2010).

En Hull House también se desarrollaba una actividad investigadora relacionada con la salud pública y vinculada con la Escuela sociológica de Chicago. Allí se llevó el pragmatismo de Dewey, Pierce o Mead a una forma más radical, incorporando las perspectivas de clase y género, y conformando una Escuela sociológica de Chicago de Mujeres diferenciada, quizá más próxima a los presupuestos de la nueva Escuela de Chicago. La epistemología vecinal y cooperativa de Hull House se basaba en un conocimiento interpretativo, socialmente situado, relacional y basado en la experiencia personal (especialmente de las clases oprimidas) (García y Pérez, 2015).

Addams se convirtió en una persona de gran relevancia en Estados Unidos, llegando a ganar un premio Nobel de la paz en 1931. En cambio, tras la Primera Guerra Mundial muchas activistas de Hull House fueron tachadas de radicales y comenzaron a nutrir las listas negras del comunismo, cayendo su prestigio en picado. Para los académicos varones quedó el mérito académico, vinculado con un saber “puro” o con una “ciencia objetiva” (García y Pérez, 2015; Álvarez-Uría y Parra, 2014).

Un ejemplo tiene que ver con la fundación de la Oficina Federal de la Infancia en Estados Unidos, impulsada por Florence Kelley y Lillian Wald (activistas vinculadas con Hull House). La Oficina Federal de la Infancia fue dirigida por Julia Lathrop, focalizándose en abordar la elevada mortalidad infantil. Se realizó un importante y sofisticado estudio epidemiológico que incluía cuestionarios y entrevistas realizadas en las propias viviendas. Se publicaron numerosos informes y se impulsó una campaña de prevención a diferentes niveles, incluyendo la recaudación de fondos y reformas legislativas para mejorar las condiciones sociales de las personas (Ruth y Marshall, 2017).

A pesar del éxito de las reformas, incluyendo la ley Nacional de Maternidad de 1921, también conocida como Ley Sheppard-Towner, fueron muchas las entidades que se opusieron, principalmente grupos antisufragistas y anticomunistas, pero también la Asociación Americana de Medicina (“*American Medical Association*”). El resultado de estas críticas fue la eliminación de la Ley Sheppard-Towner en 1929 (Ruth y Marshall, 2017, p. S238).

Otro ejemplo en cuanto a la salud pública y a los determinantes sociales de salud tiene que ver con el movimiento de Higiene Mental y con la figura de Adolph Meyer.

Meyer fue responsable de la introducción del pensamiento de Freud en Norteamérica. Estuvo vinculado con los orígenes de la terapia ocupacional y del trabajo social, trabajando con su mujer, Mary Potter Brooks (considerada como la primera trabajadora social en psiquiatría), pero también con otras figuras conocidas como Julia Lathrop. Además, fue promotor del movimiento de Higiene Mental. Institucionalmente, estuvo al frente de la American Psychiatric Association, y de la American Neurological Association (In memoriam: Adolph Meyer, M. D., 1950).

Castel (Castel, Castel y Lovell, 1980) utiliza esta figura para referirse a los cambios progresistas en el ámbito psiquiátrico que estaban sucediendo:

se está instalando una red paralela que no por casualidad cuenta con un representante que no es un alienista sino alguien un poco psiquiatra, un poco psicoanalista, un poco trabajador social, un poco higienista: una nueva figura portadora de un rico porvenir. (p. 38)

La importancia de Meyer reside en que estuvo involucrado en prácticamente todas las novedades que se dieron en el ámbito psiquiátrico en aquel momento. Al igual que Addams (a la que conocía y con la que

trabajó), estuvo vinculado con la escuela de Chicago, relacionándose con filósofos como Dewey, Pierce o Mead (Castel, Castel y Lovell, 1980; Miranda, 2015).

En 1905 Meyer contrató a su mujer como trabajadora social. En los años siguientes se observó un aumento exponencial de trabajadoras sociales incluidas en los hospitales. En 1915 todos los hospitales de Massachusetts contaban ya con una trabajadora social (Miranda, 2015).

El contexto en el que surge el movimiento de higiene mental tiene que ver con la publicación del libro: *A mind that found itself: an autobiography* (Beers, 1908). En este texto, una persona psiquiatrizada realiza una crítica demoledora a las instituciones manicomiales. Su autor, Beers, fue usuario de diversos servicios del ámbito psiquiátrico: una clínica privada, una fundación benéfica y un hospital del Estado. A modo de autobiografía, relata sus vivencias con una fuerte crítica hacia las instituciones cerradas y hacia la inhumanidad de los tratamientos psiquiátricos. Beers en ningún momento niega la “enfermedad”, aunque plantea nuevas formas de intervención menos invalidantes, poniendo de relieve la importancia de lo biográfico y lo contextual. En palabras del autor el libro “es una autobiografía, y más: en parte es una biografía; porque, al contar la historia de mi vida, debo contar la historia de otro yo” (1908, p. 1)<sup>8</sup>. Se refiere al periodo de “sinrazón” que pasó entre los veinticuatro y los veintiséis años (Ehrenreich, 2014).

El libro de Beers fue apoyado por gran parte de la psiquiatría progresista del momento. Meyer escribió una reseña poco después de su publicación: “a través del conocimiento de lo que él mismo [Beers] experimenta, observa y escucha, espera obtener una acción para mejorar un sistema que es considerado lo suficientemente bueno” (Meyer, Johnston y Chambers, 1908, p. 612).

Un año después, bajo el consejo de Meyer, Beers funda el movimiento de Higiene Mental. Sus estatutos insistían en la prevención a través de actividades educativas, investigadoras y divulgativas, además del trabajo en red de todos los medios existentes (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Meyer era crítico con la hospitalización y el internamiento, abogando por una intervención en el entorno. El movimiento de Higiene Mental era considerado un movimiento de salud pública que buscaba el ajuste entre el sujeto y su entorno, facilitando una buena salud mental (Cohen, 1983). Se tenía en cuenta el contexto y la dimensión social, así como las condiciones de vida de la sociedad moderna fruto de la revolución industrial (Cohen, 1983).

A pesar de ello, hasta después de la primera guerra mundial, con las dificultades asociadas al regreso del frente, no comenzó el auge de este movimiento (Castel, Castel y Lovell, 1980).

Estas experiencias pioneras permiten atisbar la relación entre el ámbito de la salud pública y su carácter preventivo con la influencia del trabajo social en los aspectos no médicos de la enfermedad. En el siguiente apartado, establecemos una serie de consideraciones con el objeto de reivindicar el trabajo social y su contribución en el ámbito preventivo y de salud pública.

#### 4. Consideraciones finales

A modo de conclusión, se plantean diferentes elementos para reflexionar en torno a algunos de los retos actuales del trabajo social:

1. En primer lugar, cabe destacar que la influencia de la medicina en el trabajo social es notoria, pero, del mismo modo, gracias a la influencia del trabajo social en el ámbito médico se han podido desarrollar nuevos modelos de atención relacionados con la salud pública y la prevención, así como con los determinantes sociales.

La necesidad de realizar el trabajo en equipos multidisciplinares y de intervenir con la persona y su entorno en toda su complejidad no sería posible sin los aportes y la influencia del trabajo social. La existencia de un movimiento de higiene pública, por ejemplo, no se habría producido sin la existencia de trabajadoras sociales. No obstante, este optimismo de la medicina y la psiquiatría en lo social puede deberse a un desarrollo todavía muy rudimentario de la ciencia y la tecnología médicas (la penicilina no sería descubierta hasta 1928) y a la posibilidad de ampliar su campo de acción a otros ámbitos no médicos de la vida social (fábricas, escuelas, etc.).

El trabajo social, desde sus orígenes, ha intervenido en cuestiones relacionadas con la salud pública desde una perspectiva comunitaria y preventiva. Nadie pondría en duda la preocupación de Jane Addams por la salud del barrio en el que se ubicaba Hull House, y el trabajo desarrollado en torno a la prevención y la salud pública. Desde este punto de vista sería necesario no sólo reivindicar un trabajo social sanitario (desarrollado, por tanto, en servicios sanitarios), sino un trabajo social en salud (entendiendo este concepto de un modo holístico), desde los diferentes niveles de intervención: individual, grupal y comunitario.

Es pertinente reivindicar la necesidad de una mayor y mejor investigación en trabajo social, dedicada tanto a mejorar el conocimiento sobre el impacto de factores estructurales en la salud, como a la implementación y desarrollo de estrategias comunitarias de prevención y promoción de la salud. Si una disciplina como el trabajo social abandona lo que fueron, al menos en sus orígenes, sus ámbitos específicos, sucede que otras profesiones terminan por asumirlos, como así ha ocurrido desde tiempo atrás.

2. En segundo lugar, y como contraposición, el avance de la tecnología médica desde finales de los años noventa del s. XX, junto con un predominio cada vez mayor del modelo biomédico, suponen un importante reto para las profesiones relacionadas con lo social, que son relegadas a un segundo plano (Healy, 2016).

<sup>8</sup> La traducción es propia

El modelo biopsicosocial surge como una respuesta para atender a todas aquellas dimensiones que no son tenidas en cuenta desde el modelo biomédico (Engel, 2003). El interés que las primeras trabajadoras sociales ponían sobre la persona y su entorno, sobre los determinantes sociales, la salud pública y la prevención, es más necesario que nunca. Se está produciendo una medicalización de los problemas sociales poniendo el foco en la patología individual, relegando las causas y los determinantes sociales a un segundo plano. El énfasis que ponían las primeras trabajadoras sociales en el entorno y la prevención pueden servir de guía a las trabajadoras sociales que, en la actualidad, intervienen en el ámbito de la salud. Paradójicamente, el olvido por parte de la ciencia médica de los aspectos psicológicos y sociales suponen un fracaso en relación con la eficacia y eficiencia de los servicios de salud. En el contexto norteamericano, por poner un ejemplo en donde existe un avance tecnológico notorio, hay una creciente preocupación por la inaccesibilidad de algunas poblaciones vulnerables a los servicios de salud, debido a los ingresos, el origen étnico o cultural, la edad, la orientación sexual, o el aislamiento geográfico. Existen todavía muchas personas sin un seguro médico con dificultades para acceder a los servicios de salud y, además, existen nuevos contextos como los relacionados con las “enfermedades de la opulencia” (Pickett y Wilkinson, 2015): sobrepeso, hipertensión, diabetes, etc.

A pesar de todo el desarrollo biomédico, el foco de las primeras trabajadoras sociales es más necesario que nunca, generándose nuevos escenarios en los que intervenir. En este contexto, las trabajadoras sociales deben formarse en cuestiones relacionadas con la revolución de la tecnología biomédica para adquirir una posición crítica frente a la misma y poder seguir sustentando un modelo holístico y ético de intervención social (Healy, 2016).

3. En tercer lugar, cabría reflexionar en torno a la deriva administrativa y asistencial del trabajo social y reivindicar el papel tradicional de la profesión en el ámbito de la salud. Esta deriva podría ir de la mano de una desprofesionalización del trabajo social (Healy y Meagher, 2004).

Healy y Meagher (2004, p. 245) utilizan el término desprofesionalización para referirse, primero, a la fragmentación y rutinización de la atención directa, afectando al uso de la creatividad y la reflexividad de la práctica. Segundo, para referirse a la creciente pérdida de categorías profesionales, que son ocupadas por otras titulaciones menos cualificadas y peor remuneradas. Y, tercero, en relación con los empleos “paraprofesionales” en donde las habilidades y los conocimientos del trabajo social no son requeridos o utilizados plenamente.

Uno de los elementos que pueden ayudar a combatir esta desprofesionalización es volver a los orígenes y reivindicar una identidad profesional que estuvo en la vanguardia de nuevos modelos de atención social. De nuevo, si el trabajo social abandona sus ámbitos de intervención específicos y no es capaz de señalar su potencialidad y especificidad profesional, otras profesiones se encargarán de ocuparlos, tal y como ha ocurrido históricamente.

## 5. Referencias bibliográficas

- Abbott, P., & Wallace, C. (2020). Health visiting, social work, nursing and midwifery: A history. En P. Abbott y L. Meerabeau (Eds.), *The sociology of the caring professions* (pp. 20-53). Routledge.
- Addams, J. (2013). *Hull House: el valor de un centro social*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.
- Addams, J. (2014). *Veinte años en Hull House*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Álvarez-Urriá, F. y Parra, P. (2014). The Bitter Cry: materiales para una genealogía de la identidad profesional de las pioneras del Trabajo Social en Inglaterra y los Estados Unidos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 93-102. [https://doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2014.v27.n1.43219](https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2014.v27.n1.43219)
- Batista, L. C., y Cruz-Ledón, A. M. (2008). The relationship between civic engagement and health among older adults. En M. S. Plakhotnik y S. M. Nielsen (Eds.), *Proceedings of the seventh annual college of education research conference* (pp. 8-12).
- Beers, C. W. (1908). *A mind that found itself: an autobiography*. Nueva York: Longmans, Green, and Co. <https://doi.org/10.1037/10534-000>
- Bell, N. W., & Spiegel, J. P. (1966). Social psychiatry: Vagaries of a term. *Archives of General Psychiatry*, 14(4), 337-345.
- Cabot, R. C. (1912). *Social services and the art of healing*. New York: Moffat, Yard and Company. [Recuperado de <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=nnc2.ark:/13960/t7br9ht56&view=1up&seq=8>]
- Cabot, R. C. (1919). *Social Work. Essays on the meeting-ground of doctor and social worker*. [Recuperado de <https://www.worldcat.org/title/social-work-essays-on-the-meeting-ground-of-doctor-and-social-worker/oclc/1442254>]
- Cabot, R. C. (1920). *Ensayos de medicina social (la función de la inspectora a domicilio)*. Madrid: Calpe.
- Cannon, I. M. (1913). *Social work in hospitals: a contribution to progressive medicine*. New York: Survey Associates, INC. [Recuperado de <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc2.ark:/13960/t7pn8zx3n&view=1up&seq=7>]
- Castel, F., Castel, R. y Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.
- Cohen, S. (1983). The Mental Hygiene Movement, the Development of Personality and the School: The Medicalization of American Education. *History of Education Quarterly*, 23(2), 123-149. <https://doi.org/10.2307/368156>



- Clark, E. (1966). The development of psychiatric social work. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 30(3), 161
- Davidson, L., Rakfeldt, J., y Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com> <https://doi.org/10.1002/9780470682999>
- Davis, C. (2010). *Charlotte Perkins Gilman: A biography*. Stanford University Press.
- Ehrenreich, B. y English, D. (2010). *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid: Capitán Swing.
- Ehrenreich, J. (2014). *The altruistic imagination. A History of Social Work and Social Policy in the United States*. Estados Unidos: Cornell University Press. <https://doi.org/10.7591/9780801471230>
- Engel, G. (2003) 'The clinical application of the bio-psycho-social model'. En R. Frankel, R. Quill y S. McDaniel (eds), *The Bio-Psycho-Social Approach: Past, Present and Future*. Rochester: University of Rochester Press.
- Engels, F. (2020). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Akal.
- Gabriel, J. M. (2005). Mass-Producing the Individual: Mary C. Jarrett, Elmer E. Southard, and the Industrial Origins of Psychiatric Social Work. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(3), 430-458. <https://doi.org/10.1353/bhm.2005.0098>
- García, S. y Pérez, E. (2015). Los inicios de la sociología del trabajo: Jane Addams, la Hull House y las mujeres de la Escuela de Chicago. *Sociología del Trabajo*, 83, 24-49
- García, S. y Pérez, E. (2017). *Las "mentiras" científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.
- Gilman, C. P. (2017). *El papel amarillo*. Guadalajara: Bestia Negra.
- Goldman, E. (2014). *Viviendo mi vida. Volumen 1*. Madrid: Capitan Swing
- Healy, K. (2016). After the Biomedical Technology Revolution: Where to Now for a Bio-Psycho-Social Approach to Social Work?. *British Journal of Social Work*, 46, 1446-1462. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv051>
- Healy, K. y Meagher, G. (2004). The Reprofessionalization of Social Work: Collaborative Approaches for Achieving Professional Recognition. *British Journal of Social Work*, 34(2), 243-260. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch024>
- Hopkins, E. (1982). *Working Hours and Conditions during the Industrial Revolution: A Re-Appraisal*. The Economic History Review, 35(1), new series, 52-66. <https://doi.org/10.2307/2595103>
- In memoriam: Adolph meyer, M.D. (1950). *Social Service Review*, 24(1), 271. [Recuperado de <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es.bucm.idm.oclc.org/docview/1291047645?accountid=14514>] <https://doi.org/10.1086/637890>
- Meyer, A. Johnston, C. y Chambers, J. (1908). "A mind that found itself" (Book Review). *The North American Review*, 187, 611.
- Miranda, M. (2015). El trabajo social en salud mental. Un poco de historia. En *Lo social en la salud mental (1). Trabajo social en psiquiatría* (pp 69-81). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Nacman, M. (1977). Social Work in Health Settings, *Social Work in Health Care*, 2(4), 407-418. [https://doi.org/10.1300/J010v02n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J010v02n04_05)
- Otis-Green, S. (2013). Health Care Social Work. *Encyclopedia Of Social Work* [Recuperado de <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-176?rskey=q79Mgd&result=1>] <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.176>
- Pickett, K. E. y Wilkinson, R. G. (2015) Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316-326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>
- Quam, J. K. (2013). Cannon, Ida Maud. *Encyclopedia Of Social Work* [Recuperado de <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-662?rskey=XGkA2V&result=1>] <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.662>
- Richmond, M. E. (1996). *El caso social individual. El diagnóstico social: Textos seleccionados*. Madrid: Talasa
- Richmond, M. E. (2008). *Diagnóstico social*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social y Siglo XXI
- Ruth, B. J. y Marshall, J. W. (2017). A History of Social Work in Public Health. *American journal of public health*, 107(S3), S236-S242. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304005>
- Southard, E. E. y Jarrett, M. C. (1922). *The kingdom of evils; psychiatric social work presented in one hundred case histories, together with a classification of social divisions of evil*. Nueva York: McMillan.
- Stuart, P.H. (2013). Social work profession: History. *Encyclopedia of social work*. [Recuperado de <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-623>]
- Stuart, P. H. (2004). Individualization and prevention: Richard C. Cabot and early medical social work. *Social Work in Mental Health*, 2, 7-20. [https://doi.org/10.1300/J200v02n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J200v02n02_02)
- Thompson, E. P. (2012). *La formación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Capitan Swing
- Winslow, C. E. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23-33.
- Zamanillo, M. T. (2018). *Epistemología del Trabajo Social. De la evidencia empírica a la exigencia teórica*. Madrid: Ediciones Complutense.