

# LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Juan Manuel Herrera Hernández; Juani Mesa Expósito  
y M.<sup>a</sup> Almeida Montelongo

Universidad de La Laguna  
jmherera@ull.es

## RESUMEN

Este artículo de investigación teórica sobre el Trabajo Social Clínico Psicoterapéutico pretende aportar luz a un espacio profesional poco desarrollado teóricamente en el panorama español. Se hace un recorrido basado en argumentos teóricos, legales y psicosociales para constatar que la psicoterapia es un ámbito de intervención multidisciplinar en la que tienen cabida muchas profesiones, entre ellas el Trabajo Social.

El artículo no pretende demostrar el porqué los trabajadores sociales pueden ejercer la psicoterapia, sino más bien desde qué marco epistemológico la llevan a cabo y la necesidad de una especialización y una mejor formación en este ámbito dentro de los estudios de Grado.

**PALABRAS CLAVES:** Trabajo Social clínico, psicoterapia, grado, competencias, modelos, estrategias.

## SUMMARY

This article of theoretical investigation on the Clinical Social Work Psicoterapia, pretends to contribute light to a professional space little developed theoretically in the Spanish panorama. It does a route based in theoretical arguments, legal and psychosocial to ascertain that the psicoterapia is a field of multidisciplinary intervention in which they have fit a lot of professions, between them the Social Work.

The articulate does not pretend to show the why the social workers can exert the psicoterapia, but rather since epistemological frame carry it out and the need of a specialisation and a better training in this field inside the studies of Degree

**KEY WORDS:** clinical Social Work, psicoterapia, degree, competitions, models, strategies

## INTRODUCCIÓN

En este artículo se hace un recorrido por el campo de la psicoterapia, entendida como un ámbito de intervención multidisciplinar y cómo ésta se desempeña desde el Trabajo Social. Aunque el término psicoterapia tradicionalmente se ha asociado a profesiones como la psicología, la psiquiatría y la medicina, ésta



no es exclusiva de ninguna profesión y como práctica profesional no está regulada oficialmente en nuestro país.

El Trabajo Social como profesión, al igual que el resto de profesiones de las ciencias sociales, dentro de sus planes de estudios, incorpora la formación en competencias directas o indirectas relacionadas con la intervención profesional, pero es preciso resaltar que el aprendizaje para el desarrollo de las competencias es eminentemente práctico (una vez concluida la formación universitaria), fundamentándose en las características biográficas, los rasgos de personalidad y las habilidades previas, junto a los conocimientos, destrezas y actitudes (Roe, 1999).

Dentro de la formación universitaria, el Grado de Trabajo Social capacita en competencias al alumnado para la intervención profesional que se recogen en el Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social del año 2005, presentado a la ANECA.

No obstante, la formación de grado en Trabajo Social y por extensión a otras profesiones, no puede aspirar a un nivel de desarrollo de las competencias calificadas de «maduras» (Fernández-Ballesteros, Oliva, Vizcarro y Dolores, 2011), pero tiene como fin preparar a los estudiantes para alcanzar progresivamente estadios de desarrollo que le acerquen al logro pleno de dicha capacidad.

En el caso concreto de las profesiones de la ayuda del campo psicosocial, los distintos grupos que han trabajado en la identificación de las principales competencias para un correcto desempeño de la intervención profesional, enfatizan la capacidad de desarrollar una visión lo suficientemente rica y compleja de sí mismo y de otros, la inteligencia emocional o la atención a cuestiones de multiculturalidad, entre otras. Además del hincapié en otras facetas específicas de estas profesiones como distintos componentes del funcionamiento interpersonal, tales como habilidades para relacionarse eficazmente con otros, empatía, consideración positiva o aproximación genuina hacia los demás. Sobre este particular véanse, entre otros, Elman, Illfelder, Kaye y Robiner, 2005; APA, 2008; EFPA, 2008; COP, 2008.

Por tanto, la formación universitaria centrada en competencias específicas y transversales (instrumentales, personales, sistémicas y otras competencias), y cómo éstas pueden contribuir en la relación de ayuda a las personas, permiten a los estudiantes de cualquier disciplina de las ciencias sociales alcanzar de forma progresiva estadios de desarrollo que le acerquen al logro pleno de dicha capacidad, pero dicha formación universitaria y concretamente para poder desempeñar funciones psicoterapéuticas, debe ser completada y ampliada una vez el estudiante se ha graduado, con una formación especializada en este ámbito de especialización, si éste quiere mejorar las buenas prácticas y alcanzar buenos resultados en el trabajo con las personas.

## 1. LA PSICOTERAPIA COMO ÁMBITO DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR Y SU EVOLUCIÓN

La psicoterapia puede definirse desde distintos ejes (objetivos, procedimientos, profesionales implicados, tipo de relación, etc.) y cualquier definición de psicoterapia va a tener como elementos comunes: la intervención de un especialista con el propósito de aliviar o curar determinados trastornos de la persona, de base

emocional y mediante procesos psicológicos (Poch y Ávila, 1998). El término psicoterapia se encuentra ampliamente difundido, englobando un conjunto de diferentes técnicas, llevadas a cabo por distintos profesionales y con finalidades diversas (Gómez, Villoria, 2010: 51).

La palabra psicoterapia o terapia tradicionalmente se ha asociado a unas profesiones concretas, pero es necesario aclarar que «del mismo modo que el trabajo social, la medicina, la psicología, la pedagogía o la enfermería son profesiones legitimadas y reconocidas socialmente, la terapia no es una profesión, ni como tal está sancionada socialmente, por lo que parece más acertado entender la terapia como un ámbito de intervención concreto, sin asociarlo en exclusividad a ninguna profesión concreta (Mustieles, 2007: 91).

El binomio exclusivista psicólogo - psicoterapia es la posición defendida por el Colegio Oficial de Psicólogos, pero la psicoterapia no tiene que ir obligatoriamente de la mano de la primera. Garrido (1994) y Mustieles (2007) recopilaron 64 definiciones de profesionales de diferentes disciplinas y adscritos a diferentes modelos teóricos, y en ninguna de ellas se habla específicamente del rol de psicólogo. En algunas de estas definiciones sí se mencionan conceptos como los de «profesional cualificado», «profesional clínico», etc., y de muchas de ellas se desprende que la terapia tiene que ver, evidentemente, con la aplicación de principios psicológicos.

En España no existe una regulación oficial de la psicoterapia. Cualquiera de los títulos, acreditaciones, certificaciones, registros y medallas existentes con la palabra «psicoterapia» inserta no son oficiales, son oficiosos y tienen carácter privado (Mustieles, 2007: 97). De esto se desprende que «no es perseguible que una persona cualquiera pueda anunciar sus servicios como psicoterapeuta avalado por alguna sociedad que no ha cumplido más trámite que el de inscribirse en el registro, o, incluso, por su propio convencimiento de lo que hará se llama psicoterapia» (Fernández y Rodríguez, 2000: 123).

Partiendo de que no existe una regulación oficial de la psicoterapia en España, aun así, actualmente hay cuatro organizaciones (Pereira, 2009: 76-84) que han definido y hecho público una serie de criterios de formación de psicoterapeutas y un registro de los psicoterapeutas acreditados y que por orden de antigüedad son:

La Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar —FEATF—, que estableció sus criterios de Acreditación en octubre de 1994.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas —FEAP—, que los aprobó en noviembre del mismo año.

Los Colegios Oficiales de Psicólogos —COPs—, que adoptaron los Criterios de Acreditación de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos —EFPA— en 2006.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría —AEN—, que definió sus criterios en 2008.

A su vez, estas organizaciones están conectadas con otras europeas, que reconocen sus criterios de acreditación.

Aún a principios de siglo XXI no existe en la comunidad científica consenso respecto a un concepto de lo que es la psicoterapia, pero en la Declaración de Estrasburgo de 21 de octubre de 1990 de la Asociación Europea de Psicoterapia, se establece que:

La Psicoterapia es una disciplina científica independiente, cuya práctica se dirige hacia una profesión libre e independiente.

La formación en Psicoterapia tiene lugar en un nivel avanzado, cualificado y científico. Se asegura y garantiza la multiplicidad de los métodos en Psicoterapia.

En un proceso psicoterapéutico, la formación se desarrolla completamente e incluye la teoría, la experiencia personal y práctica supervisada. Se obtiene conocimiento adecuado de ulteriores procesos psicoterapéuticos.

Se accede a la formación a través de varias cualificaciones preliminares, en particular en ciencias sociales y humanas.

En el discurso profesional muchas veces oímos voces propias del Trabajo Social y de otras profesiones, afirmando que la psicoterapia no es un espacio de intervención de los profesionales del trabajo social. Esta afirmación que carece de base jurídico-legal se ha mantenido y compartido, sin determinarse si la misma afirmación es cierta o no. Por ello es preciso saber que el código penal regula el delito de intrusismo en su artículo 403 en referencia a quienes ejercieran actos propios de una profesión (*la psicoterapia no es una profesión, es un ámbito de intervención multidisciplinar*), sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España (*actualmente no existe en nuestro país una regulación oficial de la psicoterapia*). Se pena también el desarrollo de una actividad profesional que exija un título oficial que acredite debidamente la capacitación necesaria y habilite legalmente para el ejercicio profesional cuando se carezca de dicho título.

Por ello, partiendo del párrafo anterior los argumentos que se esgrimen de que el profesional trabajador social no puede desempeñar funciones psicoterapéuticas quedan neutralizados desde el marco jurídico-legal.

Es preciso saber de la diversidad de profesiones que, antes de que comenzaran a fijarse criterios —y aún ahora—, han ejercido la psicoterapia. Primero fueron los médicos —básicamente los psiquiatras, luego los psicólogos, a los que se unieron otros profesionales de ese difuso campo socio-sanitario—. En los países anglosajones, la practican abundantemente los trabajadores sociales o los enfermeros psiquiátricos. En Alemania los psicopedagogos; en Francia, los educadores familiares y psicomotricistas, y en España hay una variedad de profesiones que suponen, aproximadamente el 9% de los psicoterapeutas aprobados por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia), y que entran dentro de esas profesiones definidas como sociosanitarias o biopsicosociales (Pereira, 2009).

Según Avila (1996), uno de los aspectos más debatidos es si las plenas competencias psicoterapéuticas deben estar reservadas exclusivamente a licenciados en medicina (incluso restringiéndolo a los especialistas en psiquiatría) y a los licenciados

en psicología (v.g. especialistas en psicología clínica)<sup>1</sup>, que además hayan seguido una formación acreditada en psicoterapia. Una posición más abierta pone el énfasis en que lo esencial es la formación específica en psicoterapia, para la que la titulación de acceso aporta un «marco general» que algunos concretan en el nivel de licenciaturas conexas a la salud o las ciencias sociales y humanas, y otros ven más específicamente asociados a los profesionales de la salud, con independencia de que sean licenciados o diplomados (v.g. Trabajo Social, Enfermería especializada en Salud Mental, o afines). La legislación española no pone unos límites precisos a estas cuestiones, lo cual resulta funcionalmente enriquecedor, al propiciar que desde diferentes ámbitos se contribuya a la psicoterapia, que por naturaleza, tanto histórica como conceptualmente, es interdisciplinar en su objeto y multiprofesional en su práctica<sup>2</sup>.

Así mismo, en nuestro país la evolución o tendencia en la oferta de demanda y servicios de psicoterapia ha ido sufriendo variaciones a lo largo de los años, tal como indica Ávila (2002), y que se recogen en la tablas 1 y 2, y en donde tienen cabida entre otros, los profesionales del Trabajo Social.

Una vez neutralizado desde el marco jurídico-legal que no existe impedimento legal para que los profesionales del Trabajo Social puedan desempeñar funciones psicoterapéuticas, quedan los argumentos formativos, es decir, la capacitación para ejercer dicha práctica. Ante este argumento y según Mustieles (2007), Fernández y Rodríguez (2000), Pereira (2009), Garrido (1994), Ávila (2002), debemos saber que quienes la practiquen (la psicoterapia), deben ser profesionales formados en competencias específicas y con experiencia de su implicación personal en el proceso que conducen, que además se establezcan y acepten límites éticos de la práctica, que estos profesionales operen con referencia, dirijan su trabajo en un sentido finalista, a un ideal de bienestar psicosocial que tiene que ser formulado en algún tipo de compromiso o referencia ideológica.

Este argumento queda reforzado aún más por el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, que con fecha de 19 de mayo de 2011 establece que «a nuestro juicio y desde una perspectiva jurídica el trabajador/a social que pretenda asumir la conducción psicoterapéutica, deberá acreditar, además de la formación académica como diplomado o grado, la especialización u obtención de las competencias técnicas indispensables para el desempeño de tales funciones».

Estas competencias técnicas o llamadas «maduras» (Fernández-Ballesteros *et, al.*, 2011) sólo se adquieren con la formación de postgrado y las buenas prácticas profesionales cuyo objetivo debe ser alcanzar una práctica profesional basada en evidencias.

---

<sup>1</sup> FEAP. «Psicólogos y Psicoterapeutas. Los documentos de una polémica (COPFEAP)». *Boletín de la FEAP*, (1996). 2, 3-6.

<sup>2</sup> ÁVILA ESPADA, A. «La situación actual de la formación en Psicoterapia en España y Europa. Reflexiones sobre los procedimientos de acreditación de la formación». En M. GARRIDO FERNÁNDEZ y J. GARCÍA MARTÍNEZ (Comps.) *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, pp. 697-714. Valencia: Promolibro, 1994.



TABLA 1: TENDENCIAS DE EVOLUCIÓN EN LA OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS.

+	Oferta de programas de psicoterapia en los servicios públicos y concertados Financiación pública y coberturas de sistemas de seguros
-	Consulta privada individual tradicional (el psicoterapeuta aislado del contexto)
=	Se consolidará la oferta en los centros privados que ofrezcan una pluralidad de servicios
Puntos más conflictivos	Evolución de la financiación de los Sistemas de Salud Precariedad actual de las coberturas de seguros privados
(+ Indica los fenómenos con tendencia al alza; (-) indica los fenómenos con tendencia a disminuir; (=) indica las tendencias que se mantienen.	
Fuente: ÁVILA, (1994: 223).	

TABLA 2: TENDENCIAS DE EVOLUCIÓN EN CUANTO A CLASES DE PROFESIONALES Y NIVELES DE INTERVENCIÓN.

+	Médicos de familia Enfermería especializada Salud Mental Trabajadores sociales con «habilidades psicoterapéuticas» Psicólogos formados como Psicoterapeutas
-	Intrusismo incontrolado
=	Psiquiatras formados como Psicoterapeutas Para-profesionales para ciertas intervenciones
Puntos más conflictivos (cuestiones profesionales)	Plenas competencias psicoterapéuticas para los que no son licenciados universitarios Trabajo interdisciplinar y multiprofesional
(+ Indica los fenómenos con tendencia al alza; (-) indica los fenómenos con tendencia a disminuir; (=) indica las tendencias que se mantienen.	
Fuente: ÁVILA, (1994: 226).	

Para llegar a este cometido se requiere un proceso de aprendizaje que permita adquirir los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias, y que atraviesa el siguiente proceso descrito por Rodrigo, Máiquez y Martín (2011): «se parte de experiencias directas, es decir, del trabajo que lleva a cabo con las personas con las que interviene. Partiendo de esta experiencia, se desencadena la observación y reflexión vicaria mediante la búsqueda y análisis de otros ejemplos: qué actividades hacen otros, cómo funcionan, cómo solventan las dificultades, etc. De esta observación y reflexión se pasa a la conceptualización abstracta, que permita repensar sobre la práctica y volver sobre ella con nuevos marcos conceptuales para entender lo que ocurre, para lo cual, hay que trazar puentes activamente entre la teoría y la práctica durante esta etapa y, por último, se vuelve a la práctica real mediante la experimentación activa».

## 2. LA PSICOTERAPIA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Quando hablamos de psicoterapia en Trabajo Social, debemos partir de la siguiente premisa: «todo comportamiento humano tiene un origen social e igualmente está enmarcado en un contexto social y cultural, por lo que cualquier intervención

TABLA 3: PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PROCESO CLÍNICO.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	EL PROCESO CLÍNICO
Identificación del problema	El proceso de derivación (remitante)
Construcción de un modelo teórico	La demanda (tipología)
Deducción de causas particulares	El proceso de participación (joining: ¿quién?)
Prueba de las hipótesis	El contrato terapéutico (o compromiso)
Introducción de las conclusiones en la teoría	La recogida de información: ¿Qué?: áreas, dimensiones: perceptivas, cognitivas, emocionales, conativas y socio-culturales
	La formulación de hipótesis (descriptivas y relacionales)
	La evaluación inicial o diagnóstica (continuo)
	Las intervenciones formalizadas (simples y elaboradas): Plan de Tratamiento
	Evaluación del proceso ( conjunto)
	Preparación para el final
	Seguimiento

Fuente: Elaboración propia.

debe partir del análisis global e integral del sujeto y no desde perspectivas parcializadoras y reduccionistas del ser humano» ( Perona-Garcelán y Cuevas, 2002: 33).

El Trabajo Social desde sus orígenes ha desarrollado dos tipos de orientaciones: terapéutica y educativa, que se incluían bajo la denominación «intervención directa» o de «trabajo social directo», siendo en la década de los sesenta cuando se trata de diferenciarlas y definir las con mayor exactitud, dando paso así a lo que llamamos «Trabajo Social Clínico» (Ituarte, 1992: 24).

El Trabajo Social clínico se puede definir como « una práctica psicoterapéutica cuyo objetivo general es ayudar a las personas a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, a través de un trabajo de análisis y profundización de sus sentimientos, emociones, vivencias, dificultades y de la manera en que todo ello se manifiesta en sus relaciones interpersonales en diferentes contextos significativos; y que se realiza por medio de y en la relación profesional con el trabajador social (Ituarte, 2002).

El procedimiento metodológico empleado en la investigación científica en general se estructura en las siguientes etapas y éste mantiene relación con las etapas del Trabajo Social Clínico que se recogen en la tabla 3.

Ahora bien, podemos decir que cualquier intervención en el ámbito de la psicoterapia y por extensión cualquier intervención profesional, debe partir en y desde un ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo), concepto acuñado y desarrollado por Pichón-Riviére (1965, 1969), siendo un modelo desde el que se entiende la realidad, se interioriza, transmitimos, compartimos y modificamos.

Bricchetto y Franz (1974) señalan que en el ECRO hay un *esquema* (entendido) como un conjunto de nociones y de conceptos. Es *conceptual*, porque hace referencia

a un grupo de ideas básicas y fundamentales para el trabajo profesional; es *referencial*, porque este esquema de conceptos va a servir de marco de referencia, donde ciertas situaciones se pueden dar y pueden ser comprendidas; es *operativo*, porque con este esquema se puede trabajar en el aprendizaje individual y grupal de los profesionales. Partiendo de la teoría de Pichón-Revière (1965,1969), se articula el ECRO, para el proceso de intervención en la relación de ayuda, sobre cuatro conceptos fundamentales.

a) *La táctica*, que contiene los presupuestos esenciales: postulados (son presupuestos éticos para la acción profesional), los principios (son las normas que orientan la acción del profesional), y los constructos teóricos (modelos teóricos de referencia).

Podríamos concretar que dentro del ámbito de la intervención, los presupuestos éticos y principios para la intervención se podrían resumir en los siguientes (Beyebach, 2006)

El cliente (casi) siempre tiene la razón y por ello debemos respetar su idiosincrasia y no imponer un modelo de normalidad desde la óptica del profesional, así como evitar arreglar lo que no está roto, es decir, la propia persona decide cuándo tiene un problema y cuándo deja de tenerlo.

Como profesionales debemos comprender el problema, pero es más importante ayudar a solucionarlo.

La intervención debe empezar desde el primer contacto con la persona, no demorando la misma.

Si la situación es compleja y como profesionales no sabemos por dónde empezar, debemos actuar sobre lo más simple.

La interacción que se da entre la persona y el profesional es la clave para el éxito de la intervención. Esta interacción está condicionada por la implicación de la persona en su proceso de cambio (Miller, Rollnick, 1999), y el establecimiento de una buena alianza terapéutica con el profesional (Friedlander, Escudero, Heatherington, 2009).

Se debe partir y aprovechar al máximo los recursos de las personas (capacidades, habilidades, relaciones de apoyo, etc.), así como analizar y partir de las «*soluciones intentadas*», entendidas como las reacciones y comportamientos llevados a cabo por las personas para afrontar las dificultades en relación consigo mismas, con los demás y con el mundo (Nardone, 1993).

Los constructos teóricos o modelos teóricos de referencia sobre los que se basa la intervención profesional. El marco teórico es el «modelo de trabajo» que guía al profesional en su intervención clínica, pues le permite determinar qué datos ha de observar y obtener y cómo entender la información recogida (Sperry, 2010). Para este autor, hay cinco tareas terapéuticas fundamentales que deben llevar a cabo los terapeutas de tal manera que sirvan de guía o mapa conceptual para su actuación clínica: establecimiento de la alianza, evaluación, formulación del caso y planificación de la intervención, enfoques y estrategias de intervención y finalización y evaluación de la intervención realizada. Se recogen en la siguiente tabla los modelos de psicoterapia e intervenciones características de las correspondientes entrevistas terapéuticas más utilizados en la intervención profesional.





TABLA 4: MODELOS DE PSICOTERAPIA E INTERVENCIONES CARACTERÍSTICAS DE LAS CORRESPONDIENTES ENTREVISTAS TERAPÉUTICAS.

MODELO	OBJETIVO	FOCO DE TRATAMIENTO	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA	INTERVENCIONES DURANTE LA ENTREVISTA
Dinámico (Terapia de tiempo limitado)	Comprender la experiencia	Analizar e interpretar relaciones interpersonales problemáticas	Facilitar nuevas experiencias relacionales que sustituyan a las disfuncionales	Interpretación Análisis de la transferencia Cuestionamiento incisivo
Cognitivo- conductual	Modificar creencias y comportamientos disfuncionales o no adaptativos	Analizar situaciones y modificar creencias y comportamientos disfuncionales asociados	Reestructuración cognitiva Modificación de conductas	Cuestionamiento socrático Técnica terapia racional emotiva Modelado Condicionamiento verbal Retroalimentación
Experiencial (Centrado en emociones)	Modificar la respuesta emocional, los esquemas y las narrativas sobre el sí mismo	Analizar y elaborar el problema central del cliente	Acceder a, y utilizar, funcionamiento emocional adaptativo	Sintonización (empática) Focalización Silla vacía Dos sillas
Sistémico- relacional (Terapia centrada en soluciones)	Facilitar los cambios mínimos necesarios para un mejor funcionamiento	Encontrar excepciones e implementar soluciones	Clarificar metas y amplificar soluciones	Hablar sin problemas Excepciones Pregunta del milagro Externalizar
Modelo de terapia Breve Estratégica	Obtener primero el cambio y luego la conciencia	Las soluciones intentadas disfuncionales	Preguntas con ilusión de alternativas, las paráfrasis reestructurantes, evocar sensaciones, resumir para definir y prescribir como descubrimiento conjunto	Conminación Sugestión Artificios Estratagemas

Fuente: Modificado de NARDONE, (2009), SPERRY, (2010) y CARRIÓ, BELLOCH (2012).

Sea cual sea el enfoque o modelo de psicoterapia del que cada profesional parta, se requieren ciertas habilidades para conseguir una comunicación efectiva con los clientes. Éstas se pueden concretar y resumir en las siguientes (Goss y Moretti, 2011):

Capacidad para proporcionar información relevante y ajustada a las necesidades del cliente

Capacidad para captar las reacciones del cliente, desde sus emociones, sentimientos, ideas, opiniones, prejuicios y expectativas hasta el rol que desearían desempeñar en el proceso de la psicoterapia

Habilidad para reconocer y legitimar o validar esas reacciones

Habilidad para implicar al cliente en el logro de las metas y objetivos del tratamiento, lo que conlleva consensuar, negociar y motivar

Capacidad para personalizar todas las anteriores en un cliente concreto, teniendo en consideración sus problemas, limitaciones, contexto social, recursos personales, etc.

b) *La logística*, es donde se describe la situación actual y la situación futura deseable que se desea alcanzar. Requiere los siguientes pasos: observar y describir el presente, conceptualizar la situación presente y la que se quiere alcanzar.

Toda intervención profesional precisa de un diagnóstico previo. El término indica un análisis que se realiza por un profesional debidamente cualificado, para determinar cuál es la situación y cuáles son las tendencias de la misma. Éste se realiza sobre la base de informaciones, datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten emitir un juicio sobre lo que sucede a la persona.

El diagnóstico requiere los dos aspectos de la lógica: el análisis y la síntesis y para ello se utilizan diversas herramientas, técnicas, instrumentos en el proceso de confección.

La entrevista evaluadora (diagnóstico), como estrategia de la que hacen uso los profesionales de las ciencias sociales y sanitarias, ha sido una de las herramientas claves para llegar al diagnóstico. Ésta tiene como objetivo principal recabar información que permita al profesional (García Soriano; Roncero, 2012: 245-246) lograr aspectos como:

Identificar y definir de forma adecuada y comprensible la demanda o problema: «saber qué le pasa» al cliente.

Formular o elaborar hipótesis acerca del diagnóstico que debe recibir la persona.

Contrastar las hipótesis descritas, en qué medida los problemas del cliente se ajustan a los criterios diagnósticos oficiales.

Sin pretender simplificar el amplio abanico de las demandas de los clientes cuando acuden a psicoterapia, podemos decir que las problemáticas grosso modo que se abordan son aquellas manifestadas en alguna de las cuatro áreas siguientes:

Duelo: pérdidas por separación, fallecimiento de personas significativas del presente o del pasado reciente o reactualizaciones de duelos pasados.

Disputas interpersonales: expectativas no recíprocas con personas significativas en el presente; cónyuge, hijos, familiares, cuidadores.

Transiciones de rol: cambios vitales importantes deseados o accidentales: divorcios, cambios laborales, limitaciones por enfermedad, cambios económicos...

Déficits interpersonales: dificultades para establecer y mantener relaciones de intimidad que provocan soledad y aislamiento social.



En esta fase o etapa de la logística, los profesionales hacen uso de múltiples herramientas y estrategias para llegar al diagnóstico y así poder conceptualizar la situación presente y la que se quiere alcanzar. Sin entrar en demasiado detalle y aunque en la entrevista se pueda disponer de un protocolo o guía que la orienta y explora las distintas áreas objeto del diagnóstico, los profesionales debemos obtener la información necesaria haciendo uso de distintas fuentes, que a continuación detallamos:

Los ejes diagnósticos del Manual DSM en su versión IV Texto Revisado de APA, o de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), de las OMS.

Pruebas psicométricas complementarias. Las podemos clasificar según la propuesta de Gisbert Calabuig y Sánchez Blaque (2000) en: test de inteligencia y test de personalidad.

Otras técnicas e instrumentos de exploración (protocolos, guías, genograma, mapa de relaciones, ecomapa, mapa de redes, culturograma, cronograma o línea de tiempo familiar, ciclograma, visitas a domicilio, etc. Todas estas técnicas e instrumentos están encaminadas a explorar y analizar en profundidad las dimensiones perceptuales, cognitivas, afectivas, conativas y socioculturales del mundo del sujeto y disponer de una información lo más detallada de las áreas del mismo.

Por todo ello, los objetivos que el profesional que desarrolla la psicoterapia en esta fase, los podemos concretar en los siguientes:

- Llegar a un diagnóstico.
- Conocer a la persona.
- Crear y mantener la relación interpersonal.
- Comprometer al cliente con el tratamiento.
- Respetar el tiempo.
- Responder a las expectativas del cliente.

c) *La estrategia*, es la línea general que delimita el cómo abordar una situación dada: ¿Cómo abordo la realidad? El abordaje de la realidad está condicionado por el énfasis en el cambio que se haga y por la formación del psicoterapeuta (marco teórico y/o «modelo de trabajo» que guía al profesional en su intervención clínica). Podemos principalmente aproximarnos a la realidad descrita desde dos postulados diferentes:

El primero centrado en cambiar la conciencia de la persona de forma coherente con sus respectivas asunciones teóricas haciendo hincapié a la hora de intervenir en «por qué existe el problema». La idea es cambiar la actitud problemática de la persona cambiando antes su manera de pensar (conciencia). Para realizar este proceso el psicoterapeuta hace uso de razonamientos, el lenguaje indicativo, descriptivo, explicativo, comparativo, etc. Este enfoque o postulado es el que adoptan la mayoría de los enfoques de psicoterapia y trabajan sobre el cambio de la comprensión o del comportamiento de las emociones (Watzlawick y Nardone, 2000; Nardone, 2009).

El segundo está centrado en cambiar la percepción de las cosas, para que así cambie la reacción emotiva, cambio de la reacción comportamental y como efecto final cambia la comprensión, y para ello se hace hincapié en «cómo funciona el problema», y que hacer para resolverlo, guiando a la persona a cambiar no sólo sus propios comportamientos, sino también las propias modalidades perceptivas y de atribución causal (Watzlawick *et al.*, 2000; Nardone, 2009).

Para cualquiera de los dos postulados en el que el profesional se suscriba, los objetivos de la intervención deben reunir las siguientes características: realistas, temporalizados, delegación profesional clara, negociados con la persona y evaluables (cuantitativo y cualitativo) y debe hacer uso de las técnicas y estrategias posibles para llevar a cabo la intervención psicoterapéutica.

d) *La técnica*, entendida como cualquier cosa que diga o haga el profesional con una intencionalidad consciente (Muestieles, 1996: 421). Las podemos aglutinar en dos modalidades (Muestieles, 2007; Nardone, 2009; García-Soriano, y Roncero, 2012):

Modalidad de intervención conversacional: donde se utilizan técnicas verbales y no verbales con la finalidad de lograr los objetivos mediante el intercambio del lenguaje con el entrevistado, por lo que se acepta como presupuesto esencial que la comunicación verbal es el vehículo principal para el cambio, porque existe un lenguaje que cura (Nardone, 2009). Siguiendo a Roji (1994), las agruparemos en técnicas no directivas (i.e., paráfrasis, reflejo de las emociones, clarificación y resumen) y directivas (Rojí, 1994; Beyebach, Herrero de Vega, 2010) (i.e., indagación, interpretación, encuadre, confrontación, afirmación de capacidad, información e instrucciones, cambio de roles, la escultura, el espejo, el doblaje, las dinámicas de grupo, las tareas prescriptivas, las dirigidas a promover interacciones positivas y las dirigidas a modificar, perturbar, interrumpir o incluso revertir las interacciones negativas), y en estas dos agrupaciones tienen cabida las técnicas de autorrevelación e inmediatez.

Modalidad de intervención no conversacional: según Muestieles (2007: 41), pueden agruparse en torno a los diferentes tipos de conducta comunicativa no verbal: conductas quinésicas (movimientos corporales, contacto ocular, postura, vestido, etc.), conductas paralingüísticas (tono, velocidad, ritmo, intensidad de la voz, etc.) y conductas proxémicas (modo de disponer el espacio, uso de la distancia interpersonal, etc.).

Ahora bien, en cualquiera de las modalidades de técnicas descritas, los profesionales deben saber, y parafraseando a Neimeyer (1995), que «no es la técnica en sí lo que promueve el cambio, sino el significado que surge tras su uso en el proceso terapéutico» y por ello, como comentó Maslow (en Mahoney, 1991), «*las técnicas son como lenguajes y cuantos más lenguajes hablemos mejor nos comunicaremos con el otro*».

Cualquier forma de psicoterapia va unida a la comunicación fluida y adecuada entre el cliente y el profesional, y la entrevista terapéutica será el procedimiento fundamental y necesario a través del cual operan todas las modalidades de interven-

ción profesional. Establecer una buena comunicación con la persona es un requisito imprescindible en psicoterapia, independientemente del modelo, enfoque, técnica, modalidad o estrategia de tratamiento que se utilice. Entre las diversas funciones que tiene la comunicación en el contexto psicoterapéutico, Zimmermann y De Haes (2011) resaltan los siguientes:

- Propiciar la construcción de una relación terapéutica cuyos componentes básicos sean el respeto y la confianza mutuos.
- Facilitar que el terapeuta recabe información sobre los síntomas, experiencias y expectativas del cliente para establecer un diagnóstico y un plan de tratamiento.
- Proporcionar información al cliente para que éste comprenda su(s) problema(s) y el tratamiento que se le ofrece.
- Promover la participación del cliente en la toma de decisiones a lo largo del proceso terapéutico.
- Apoyar e implementar comportamientos relacionados con el tratamiento (uso de medicamentos, asistencia a las sesiones de terapia, realización de tareas, etc.).
- Permitir la expresión y exploración de las emociones en un ambiente de confianza y seguridad.

### 3. A MODO DE CIERRE

A lo largo de la historia del Trabajo Social, han sido muchos los profesionales de esta disciplina que han hecho aportes relevantes a la terapia, como son: Virginia Satir (1964), Peggy Papp (1980), Ruth McClendon (1977), Matthew D. Selekman (1993), Lynn Hoffman (1981), Goulding y Goulding (1979), Northen (1982), Ituarte (1992), Garrido, M. (1994), Mustieles (2007), Fernández, T., Ponce, L. (2011), Benoit, J.A. (2012), etc.

Aun así, al Trabajo Social le queda mucho camino por recorrer y profundizar en el tema que nos ocupa. Existen todavía voces contra corriente dentro y fuera de la profesión, que a pesar de no poder fundamentar dicho discurso en una base legal y/o científica (formación, investigaciones, publicaciones), siguen considerando y opinando «gratuitamente» que la psicoterapia no es espacio o campo de intervención de nuestra profesión.

Con el recorrido realizado en este artículo queda demostrado que la psicoterapia no es una profesión y por lo tanto no está regulada en nuestro país y por ello, en el desempeño de ésta, tienen cabida otros profesionales no mayoritarios que la ejercen, entre éstos, los propios trabajadores sociales.

Es preciso ser consciente y reconocer que la formación del Grado en Trabajo Social (a través de las asignaturas troncales, obligatorias, optativas e incluso los seminarios formativos específicos) al igual que sucede en los otros grados (Psicología, Medicina, Enfermería, etc.), aportan una formación en las llamadas competencias «blandas» para el ejercicio de la intervención profesional y que parafraseando a Ávila (1994: 236), dan como resultado a «*trabajadores sociales con habilidades psicoterapéuticas*».

No obstante, ninguna formación de grado, puede aspirar a un nivel de desarrollo de las competencias calificadas de «maduras» para la intervención psicoterapéutica (Fernández *et al.*, 2011), pues éstas competencias «blandas» recibidas durante el proceso formativo tienen como fin preparar a los estudiantes para alcanzar progresivamente estadios de desarrollo que le acerquen al logro pleno de dicha capacidad.

Por ello, los profesionales del trabajo social y otras profesiones que deseen desempeñar esta actividad especializada deben completar su formación académica con la especialización que otorga la formación de postgrado en cualquiera de las especializaciones para el ejercicio de la psicoterapia, y que junto con la mejora de la experiencia, basada en el ciclo del proceso de aprendizaje (observación, repensar sobre la práctica; teoría y práctica), permitirán a éste desarrollar intervenciones psicoterapéuticas.

Recibido en junio de 2012. Aceptado en octubre de 2012

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGENCIA NACIONAL DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (2004). Libro Blanco del Título de Grado de Trabajo Social. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia.
- ÁVILA, A. (1994). «¿Qué es psicoterapia?». En A. Ávila y J. Poch *Manual de Técnicas de Psicoterapia*, capítulo 1, Madrid: Siglo XXI.
- (1996). «Psicólogos y Psicoterapeutas. *Los documentos de una polémica* (COPFEAP)». Boletín de la FEAP, (1996). 2, 3-6.
- (2002). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Versión revisada de la conferencia pronunciada en las II Jornadas de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)*, celebradas en San Juan (Alicante) del 12 al 14 de Abril de 2002.
- BEYEBACH, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*, Herder, Barcelona
- BEYEBACH, M.; HERRERO DE VEGA, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Herder: Barcelona.
- BENOIT, J.A.; PETTINATI, G. (2012). *Dibújame un cordero: cómo interpretar los mensajes de los niños a través de los dibujos*. Barcelona: Obelisco.
- BRICCHETTO, O. y FRANZI, A. (1974). *Tres clases sobre ECRO*, Buenos Aires: Cinco.
- CARRIÓ, C., BELLOCH, A. (2012). La función de cambio de la entrevista: Terapéutica. En Concha PERPIÑA (coord.) (2012). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar* (343). Madrid: Pirámide.
- CARO GABALDA, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas principales*, Declée de Browner: Bilbao.
- COP (Colegio Oficial de Psicólogos), 2008. <http://www.apsique.com/node/380>



- CONSEJO GENERAL DE DIPLOMADO EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES (2011). *Resolución de consulta: funciones del trabajador social: intervención psicoterapéutica*. Madrid.
- EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), 2008. <http://www.cinteco.com/profesionales/2008/10/16/efpa-federacion-europea-de-asociaciones-de-psicologos/>
- ELMAN, N.S.; ILLFELDER-KAYE, J. y ROBINER, W.N. (2005). Professional development: training for professionalism as a foundation for competent practice in psychology. *Professional Psychology Research and Practice*, 36, 367-375.
- FERNÁNDEZ, T.; PONCE, L. (2011). *Trabajo Social con Familias*, Ediciones Académicas, UNED, Madrid.
- FERNÁNDEZ, A. y RODRÍGUEZ, B. (2000). Formación en psicoterapia (en línea). Disponible el 4 de noviembre de 2007 en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa27/conferencias/27\\_c\\_f.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa27/conferencias/27_c_f.htm).
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; OLIVA MÁRQUEZ, M.; VÍZCARRO, C.; DOLORES ZAMARRÓN, M. (2011). *Buenas prácticas y competencias en evaluación psicológica: el sistema interactivo multimedia de aprendizaje del proceso de evaluación (SIMAPE)*, Madrid: Pirámide.
- FIEDLANDER, M.L.; ESCUDERO, V.; HEATHERINGTON, L. (2009). *La alianza terapéutica: en la terapia familiar y de pareja*, Paidós: Barcelona.
- GARCÍA SORIANO, G.; RONCERO, M., (2012). La función evaluadora de la entrevista. En Concha PERPIÑA (coord.) (2012). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar* (245-246). Madrid: Pirámide.
- GARRIDO, M. (1994). «Psicoterapia: concepto, fundamentos y tendencias actuales» En M. GARRIDO y J. GARCÍA (comps), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (23-63). Valencia: Promolibro.
- GISBERT, J.A. y SÁNCHEZ, A. (2000). «La prueba pericial Psiquiátrica». En GISBERT CALABUIG, J.A. (2000). «*Medicina Legal y Toxicología*». 5ª Edición. Editorial Masson, S.A.: Barcelona.
- GÓMEZ JIMÉNEZ, I., y VILLORIA BORREGO, L. (2010). Psicoterapia de Grupo, en GÓMEZ JIMÉNEZ, I. (Dir. y Ed.) y MOYA ALBIOL, L. (Ed.) (2010). *Abordaje terapéutico grupal en salud mental: experiencia en hospital de día*. Madrid: Pirámide.
- GOSS, C. y MORETTI, F. (2011). Providing information and Involving the Patient en the Therapeutic Process. En M. RIMONDINI (ed.), *Communication in Cognitive Behavioral Therapy* (cap. 4, pp. 71-106. Nueva York: Springer
- ITUARTE, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human Change processes*. Nueva York: Basic Books.
- MILLER, W.R. y ROLLNICK, S. (1999). *La entrevista motivacional*, Barcelona: Paidós.
- MUESTIELES, D. (2007). *La entrevista psicosocial: procesos y procedimientos*, Madrid: Grupo 5.
- NARDONE, G. (1997). «El lenguaje que cura: la comunicación como vehículo de cambio terapéutico». En P. WATZLAWICK y G. NARDONE (comps.). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (89-103). Barcelona: Paidós (2000).
- NARDONE, G., SALVINI, A. (2011). *El dialogo estratégico: comunicar persuadiendo, técnicas para conseguir el cambio*, Herder: Barcelona.
- NEIMEYER, R.A. (1995). Constructivist psychoterapies: features, foundations and future direccions. En R.A. NEYMEYER y M.J. MAHONEY (comps.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 11-38). Washington: American Psychological Association (Traducción castellana en Ed. Paidós)

- NORTHEM, H. (1982). *Clinical Social Work*, Columbia, University Press: New York.
- PICHÓN-RIVIÉRE, E. (1965). «Grupos operativos y enfermedad única». En E. PICHÓN-RIVIÉRE (1991). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social 1* (121-139). Buenos Aires: Nueva visión.
- (1969). «Estructura de una escuela destinada a la formación de psicólogos sociales». En E. PICHÓN-RIVIÉRE (1991). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social 1* (149-160). Buenos Aires: Nueva visión.
- POCH, J. y ÁVILA, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- PEREIRA, R. (2009). *El laberinto de la acreditación*. Mosaico, 43, pp. 76-84.
- PERONA-GARCELÁN, S. y CUEVAS-YUST, C. (2002). *Aplicación de la terapia cognitiva-conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia*. *Psicothema* 14, 1, 26-33.
- PERPIÑA, C. (coord.) (2012). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Pirámide.
- POBLACIÓN, P. y LÓPEZ, E. (1991). «La escultura en terapia familiar». *Vínculos*, 3: 79-98.
- RODRIGO, M.J.; MÁIQUEZ, M.L. y MARTÍN, J.C. (2011). *Buenas prácticas profesionales para el apoyo de la parentalidad positiva*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).
- ROE, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del Psicólogo*, 86 y [www.papelesdelpsicologo.es](http://www.papelesdelpsicologo.es)
- ROJÍ, M.<sup>a</sup>, B. (1994). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.
- SATIR, V. (1964). *Psicoterapia Familiar conjunta*, Prensa Médica Mexicana: México.
- SELEKMAN, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio: soluciones de terapia breve con adolescentes con problemas*, Gedisa: Barcelona.
- SPERRY, L. (2010). *Highly effective therapy*. Nueva York: Routledge.
- WATZLAWICK, P.; NARDONE, G. (2000). *Terapia Breve Estratégica*. Barcelona: Paidós.
- ZIMMERMANN, Ch. y DE HAES, H. (2011). Building the working alliance in brief psychotherapies. En M. RIMONDINI (ed.). *Communication in Cognitive Behavioral Therapy* (cap. 3, pp. 53-69). Nueva York: Springer.

